

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування факультету)

Кафедра практичної та клінічної психології

(повна назва кафедри)

## Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**«Особливості використання майндфулнес-терапії в лікуванні  
посттравматичного стресового розладу»**

(тема кваліфікаційної роботи українською мовою)

**«Features of the use of mindfulness therapy in the treatment of post-  
traumatic stress disorder»**

(тема кваліфікаційної роботи англійською мовою)

Виконав: здобувач заочної форми навчання  
спеціальності 053 Психологія

(код, назва спеціальності)

Освітня програма Психологія

(назва)

Белінська Анастасія Євгенівна

(прізвище, ім'я, по-батькові здобувача)

Керівник к.психол.н., доцент Смокова Л.С.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)  
(підпис)

Рецензент: к.психол.н., доцент Бондаревич С.М.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

Практичної та клінічної психології

№     від    .   . 2023 р.

Завідувач(ка) кафедри

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК №      
протокол №     від    .   . 2023 р.

Оцінка     /     /      
(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)

Голова ЕК

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я)

Одеса 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ...	9
1.1 Посттравматичний стресовий розлад в сучасній психології.....	9
1.2 Історія розвитку і філософське підґрунтя майндфулнес терапії....	21
1.3 Майндфулнес терапія як один з сучасних методів лікування ПТСР.....	36
Висновки до 1 розділу.....	41
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	43
2.1 Методики дослідження психічних явищ і статистичні методи обробки результатів.....	43
2.2 Опис етапів дослідження та характеристика вибірки.....	45
Висновки до 2 розділу.....	50
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МАЙНДФУЛНЕС ТЕРАПІЇ НА ЛЮДЕЙ З СИМПТОМАМИ ПТСР.....	52
3.1 Порівняльний аналіз результатів діагностики посттравматичного стресового розладу (за методикою PCL-5) в експериментальній та контрольній групах.....	52
3.2. Порівняльний аналіз результатів діагностики посттравматичних реакцій за Місісіпською шкалою в експериментальній та контрольній групах.....	55
3.3. Порівняльний аналіз рівнів підвищення стресостійкості в експериментальній та контрольній групах.....	57
3.4. Вплив соціально-демографічних характеристик на вплив майндфулнес-терапії на стан людей з симптомами ПТСР.....	59
Висновки до третього розділу.....	73
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	80
ДОДАТКИ.....	92

## ВСТУП

Сучасні умови існування громадян України, ускладнені повномасштабною війною з Росією, призводять до збільшення кількості стресів, значних психологічних та фізичних травм, що має негативний вплив на здоров'я населення та ускладнює політико-соціо-економічну ситуацію. Нинішнє століття називають «століттям травми». Внаслідок значних руйнувань інфраструктури на тимчасово окупованих територіях та порушення звичайного способу життя тисячів українців, щодня збільшується число переселенців та потреба в допомозі для постраждалих. Збільшується число військовослужбовців, які ризикують своїм життям та здоров'ям. Психічні розлади, які виникають унаслідок цих стресів, ускладнюють соціально-психологічну адаптацію, що призводить до зниження працездатності населення та негативно впливає на розвиток та благополуччя українців на десятиліття вперед. Особливо це стосується демобілізованих осіб, які брали участь у бойових подіях. За міжнародними статистичними даними, 20% з них можуть страждати від посттравматичного стресового розладу, симптоми якого можуть проявлятися довгий час. Ця ситуація підкреслює актуальність дослідження цих питань.

Сьогодні у зв'язку зі складними політичними та соціо-економічними умовами, а також внаслідок повномасштабної війни в Україні, спостерігається збільшення кількості стресових та, в деяких випадках, дійсно драматичних та травматичних ситуацій.

Отже, надзвичайно важливо та невідкладно розглянути завдання створення сприятливих умов для забезпечення високого рівня якості життя, де стреси, катастрофи та травматичні події стають частиною повсякденного існування для окремих осіб, а також для груп, включаючи малі спільноти, сім'ї та суспільство в цілому.

З 2014 року Україна перебуває у стані відкритого воєнного конфлікту з Російською Федерацією. З початком повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну, що розпочалося 24.02.2022 р. та триває донині, життя багатьох людей розділилося на «до» та «після». І якщо проблеми стресу, тривожності, травматичних стресових розладів, ПТСР в індивідуальних випадках в житті українських громадян були присутні і до цього, то під час війни ці питання проявилися дуже гостро.

Крім військовослужбовців і добровольців територіальної оборони, всі українці, незалежно від віку та статі, опинилися в групі ризику стосовно можливості виникнення психологічних травм, завданих війною. Це стосується і теперішнього часу, і недалекого майбутнього. Існує підстава вважати, що від приблизно чверті до половини населення України може знадобитися професійна психологічна підтримка для успішної адаптації до мирного життя після завершення війни.

Щодня люди стикаються з високою емоційною напругою, до цього додається значне психічне навантаження, високі вимоги до пристосування в нових умовах життя. Все це викликає стрес, втому, високий рівень тривожності, емоційне виснаження, високу тривожність і як наслідок – може призводити до різних розладів, у тому числі і ПТСР. Тож особливої актуальності сьогодні набуває питання застосування сучасних, дієвих, науковообґрунтованих, доступних методів допомоги людям.

В цей же час, на сьогодні вже існує багатий міжнародний досвід, який свідчить про те, що зокрема прояви ПТСР можна мінімізувати, якщо надавати постраждалим своєчасну допомогу та підійти до питання терапії комплексно. Зокрема досвід Ізраїлю може бути дуже цінним для України, оскільки ця країна також перебуває в стані відкритого конфлікту зі своїм сусідом, військові дії відбуваються на території країни, а армія захищає свої землі та державні

кордони. Також можуть бути корисними програми та терапії для професійних військових США.

Одним із затребуваних і ефективних в сучасному світі методів профілактики та подолання негативних особистих психологічних станів, показала себе Майндфулнес-терапія. Цей підхід набув особливої популярності в Сполучених Штатах, де він вперше з'явився. Саме американські наукові інституції проводять більшість досліджень щодо впливу майндфулнес терапії на психічне здоров'я людини. Отримані результати відкрили шлях до створення різних програм майндфулнес терапії, кожна з яких спрямована на допомогу особам з конкретними проблемами.

Майндфулнес терапія показала свою ефективність в терапевтичній роботі з ветеранами воєнних дій, жертвами стихійних лих, в тому числі і з дітьми, а також в роботі з людьми, професії яких пов'язані з високим стресом та надзвичайно травмуючими ситуаціями.

Майндфулнес — це здатність безоціночно зосередити увагу на думках, фізичних відчуттях, образах, звуках, запахах — на всьому, що відбувається з нами в даний момент життя. Вміння усвідомлено, предметно та повністю сприймати наш життєвий досвід, з усвідомленням того, що переживані відчуття становлять внутрішню репрезентацію досвіду, суб'єктивне відображення реальності, а не саму об'єктивну реальність.[23]

Цей новаторський психотерапевтичний підхід спочатку розроблявся як засіб профілактики рецидивів депресії, і він поєднує в собі класичну когнітивно-поведінкову психотерапію з будистськими медитативними практиками.

Наукові дослідження свідчать, що майндфулнес-підхід сприяє зниженню рівнів депресії і тривожних розладів, підвищення толерантності до болю, підвищення загального рівня стресостійкості, розвиток емоційної саморегуляції і покращення загальної якості життя.

Згідно вищезазначеної інформації, нами було сформульовано мету дослідження:

**Об'єкт дослідження:** психічний стан здоров'я людини після перенесення стресових подій.

**Предмет дослідження:** вплив майндфулнес-практик на динаміку змін психічного стану здоров'я людини після перенесення стресових подій.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості впливу майндфулнес-практик на зміни в стані досліджуваних з симптомами ПТСР.

#### **Завдання дослідження.**

Згідно з метою, було визначено наступні завдання нашого дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити сучасні теоретичні концепції та існуючий практичний досвід використання практик майндфулнес.

2. Розробити діагностичний інструментарій та провести емпіричне дослідження впливу майндфулнес-практик на стан досліджуваних, в яких прослідковуються симптоми ПТСР.

3. Виявити особливості впливу майндфулнес-практик на прояви симптомів ПТСР та на додаткові фактори оцінки психологічного стану досліджуваних (стресостійкість, самооцінка, тривога).

4. Розробити рекомендації щодо використання практик майндфулнес для досліджуваних з симптомами ПТСР.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань, були використані наступні теоретичні та психодіагностичні методи:

1. Теоретичні методи дослідження – аналіз та порівняння методичної та наукової літератури, що стосувалася теми кваліфікаційної роботи, а також використання методу узагальнення та систематизації психологічних знань.

2. Емпіричні методи дослідження – використання психодіагностичних методів, таких як опитування та тестування, а також використання статистичних

методів для обробки отриманих результатів досліджень, включаючи описову статистику, кореляційний аналіз та дисперсійний аналіз. З метою вирішення наукових завдань були використані добре відомі та стандартизовані методики:

- Методика PCL-5;
- Тест самооцінки стресостійкості Кохена и Віліансона;
- Опитувальник «Місісіпська шкала ПТСР»

### **Організація і база проведення емпіричної роботи.**

В емпіричному дослідженні були задіяні учасники віком 20-65 років. Загальний обсяг досліджуваної вибірки становив 55 осіб, з них 36 осіб були в експериментальній групі, а 19 – в контрольній. Збір даних проводили на базі форми опитування у Google Forms. Дослідження проводилося в період з жовтня 2022 року по листопад 2022 року і включало 3 етапи:

Перший етап дослідження - пошуковий (листопад 2022 - березень 2023 р.) На цьому етапі проводилося вивчення наукової літератури та глибоке дослідження проблеми, її основних понять. Також, аналізувалися результати психологічних досліджень, які були проведені як іноземними, так і вітчизняними дослідниками в рамках кваліфікаційної роботи. На основі отриманих даних і висновків була створена робоча модель для оцінки психічних станів, якості життя та когнітивних процесів.

Другий етап дослідження - діагностико-аналітичний (березень 2023 р. - серпень р.). На цьому етапі було підбрано методичний інструментарій і проведено емпіричне дослідження, зібрано дані для подальшого статистичного аналізу.

Третій етап дослідження - статистична обробка та аналіз отриманих результатів (вересень 2023 - листопад 2023 р.). На даному етапі дослідження проводилася робота по обробці і систематизації даних, здійснено аналіз отриманих результатів і зроблені висновки. Підсумкові дані по кожному виду опитування були зведені в таблиці і рисунки, які представлені в даній роботі.

**Практична значимість.** Робота буде корисною практикуючим психологам-консультантам, психотерапевтам – з метою більш комплексного розуміння способів справляння з тривогою, втрати самоцінності, симптомами ПТСР за допомогою майндфулнес-практик, а також способів, за допомогою яких можна мати добрий вплив на дані показники, та сприяти виходу з посттравматичного стану у посттравматичне зростання. Корисною, зокрема, дана робота буде і сертифікованим тренерам, розробникам програми MBSR – для ознайомлення з новими даними щодо ефективності програми, її впливу на показники, що не є цільовими точками втручання програми, та можливостей її подальшого вдосконалення.

**Апробації та публікації.** Брала участь у XIII Всеукраїнській науково-практичній конференції на базі Хмельницького національного університету 30 листопада 2023 р. з темою доповіді: «Аналіз теоретичних аспектів використання майндфулнес при посттравматичних стресових розладах». Опубліковані тези у збірнику матеріалів XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору: матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Хмельницький, 30 листопада 2023 р.)» / редкол.: Т. В. Комар, Є. М. Потапчук, О. В. Варгата; Д. Є. Карпова; Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки. Хмельницький, 2023. 375 с.

**Структура та обсяг роботи:** Робота складається зі вступу, трьох розділів, переліку використаних джерел (90 найменувань) та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи – 92 сторінок. Робота проілюстрована 3 рисунками та 11 таблицями.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ВИВЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.

#### 1.1 Посттравматичний стресовий розлад в сучасній психології.

Переважає більшість людей у сучасному суспільстві перебуває під впливом стресових чинників, які пов'язані зі збільшенням війн, катастроф, природних катаклізмів. Уперше поняття «посттравматичний стресовий розлад» був вперше введений у військовий контекст і офіційно визнаний у 1980 році. Він був вперше запропонований М. Горовіцем, науковцем, який розробив діагностичні критерії для ПТСР, які були прийняті за основу при формуванні Американської класифікації хвороб.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, ПТСР визначено як тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиничної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, перебування в ролі жертви знущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину) [38]. У клінічному довіднику МКХ-10 зазначено, що ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого [17].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) представляє собою складну та суперечливу проблему у психіатрії з розбіжностями у визначенні подій, що можуть спровокувати його, симптомів та методів лікування. Різні діагностичні класифікації, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я та Американська психіатрична асоціація, описують різні категорії симптомів ПТСР та

підкреслюють тривалу та глибоку зміну у пізнанні, емоціях і поведінці, що може тривати значний період, іноді протягом усього життя [15].

Під час Другої світової війни (1941-1945 років), у початкові місяці війни майже не проводилося військово-психіатричної роботи.

Радянські лікарі, включаючи психіатрів та невропатологів, широко використовували термін «лікувально-організаційне визначення «контужені»», що застосовувалось до військовослужбовців із різними проявами бойового стресу. Не було єдиної системи поглядів, і тому було використано безліч різних термінів, таких як «екзогенна реакція», «реактивний стан», «реактивний психоз», «реактоз», «реактивна неврастенія», «неврастенічна реакція», «істеро-неврастенія», «істеро-травма», «реактивний невроз», «функціональний невроз», «амбітимоїдний невроз», «істеро-амбітимоїдний невроз», «істеропатія», «травматична неврастенія», «травматична психастенія», «невротичні психогенні реактивні стани». Сучасний термін для оцінки стану - COSR (короткочасні реакції бойового стресу) [28].

В англійських країнах у 1948 році Kardiner та Spiegel описали стан, відомий як «chronic traumatic war neurosis» (хронічний травматичний воєнний невроз), який має велику схожість зі сучасним Посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У дослідженні ветеранів Другої світової війни, проведеному Archibald et al. у 1962 році, подібний синдром до ПТСР був названий «gross stress reaction» (надмірна стресова реакція) [61].

За часів СРСР, згідно із відомостями медичних фахівців того часу, під час Другої світової війни, яка тривала з 1941 по 1945 рік, військовослужбовці, що страждали від нервових і психічних захворювань, включаючи «контужених», становили близько 3-4% від загальної кількості санітарних втрат Червоної Армії.

У 2013 році «Американська психіатрична асоціація» переглянула діагностичні критерії ПТСР у п'ятому виданні свого Діагностичного та

статистичного підручника з розумових розладів (DSM-5) [53]. Посттравматичний стресовий розлад, так само, як і Гострий стресовий розлад, було переміщено з класу «Розлади тривоги» до нового класу «Розлади, зумовлені травмою та стресором». Усі ці стани передбачають експозицію до травматичної події як діагностичну ознаку.

У своєму п'ятому виданні «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» [43] вони внесли ПТСР до нового класу «Розлади, зумовлені травмою та стресором», включаючи такий діагностичний критерій, як експозиція до травматичної або стресової події.

Критерії діагнозу, які встановлені в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5).

Діагноз Посттравматичного стресового розладу (ПТСР), згідно зі стандартами DSM-5 (2013), передбачає підтвердження наявності групи критеріїв (А—Н). Ці критерії включають в себе факт психотравми (критерій А), одночасну наявність симптомів із чотирьох категорій (В—Е), тривалість більше ніж 1 місяць (критерій F), значне страждання або порушення здійснення щоденних функцій (критерій G), та відсутність інших причин розладу (критерій Н).

При цьому симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватись з часом і можуть набути в хронічної форми. У найгостріших випадках, без належного лікування та терапії, вони можуть призвести до самогубства особи з цим розладом. Важливо також відрізнити ПТСР від гострого стресового розладу та гострого стресу учасника бойових дій та операцій. Тут важливою є тривалість цих станів. Гострий стресовий розлад, зокрема, триває до 1 місяця, гострий стрес учасника бойових дій та операцій - лише до 4 днів, в той час як ПТСР триває більше місяця і, в деяких випадках, може мати також відстрочену дію, перші симптоми якого можуть проявитися після 6-8 місяців після пережитого стресу чи психотравмуючої події.

У результаті цих симптомів може розвиватися схильність до антисоціальної поведінки, яка включає алкоголізм, наркотикові звички та виражається в надмірному цинізмі. ПТСР є серйозним станом, і важливо шукати професійну допомогу для ефективного лікування та підтримки.

Психологічні травми в дитинстві та юнацькому віці, незалежно від того, чи були вони одноразовими чи тривалими, часто призводять до глибоких особистісних розладів, які виходять за межі загальних симптомів посттравматичних захворювань. Після довготривалого психологічного травмування в родинному або соціальному оточенні, яке характеризується насильством, психічні наслідки можуть проявлятися через вплив на формування мислення, почуттів, поведінки, спілкування та цінностей.

Серед факторів ризику належать відсутність емоційної підтримки з боку батьків або родичів, погіршення фінансового стану, низький рівень освіти батьків, перебування у великій сім'ї з обмеженим житловим простором, кримінальна або антисоціальна поведінка одного з батьків, розлади психіки щонайменше одного з батьків, авторитарний спосіб виховання, розлучення батьків, виховання з одним з батьків, незначна різниця в віці між дітьми та погані стосунки зі сверстниками [83].

Додатковими факторами ризику розвитку посттравматичного стресового розладу є такі обставини:

1. Участь у війнах і збройних конфліктах, таких як полон, катування, обстріли або оточення ворогом.
2. Свідоме спостереження за насильницькою смертю іншої особи.
3. Тяжкі нещасні випадки, наприклад, автокатастрофи.
4. Фізичне або сексуальне насильство, зокрема в дитинстві.
5. Важливі питання зі здоров'ям або перебування в реанімаційному відділенні.
6. Складні пологи.

7. Наявність серйозного захворювання, що загрожує життю.
8. Терористичні атаки.
9. Природні або техногенні катастрофи, такі як цунамі чи пожежі. [16]

Концепцію травматизації було розширено і на такі випадки, як наприклад катастрофа, фізичний напад, зґвалтування [56]. Але події, котрі спричинюють ПТСР, є суттєво численнішими. Так, можна бачити що медичні обставини, як от важкі пологи, викидень, серцевий напад, рак, реанімація після клінічної смерті — здатні викликати ПТСР» [89]. «Підручник по клінічній практиці у поводженні із пост-травматичним Стресом» [90]; сюди ж віднесли несподівану смерть члена родини від природної причини [19].

Одним з наслідків переживання травматичного стресу може бути розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що є серйозним психічним розладом. Згідно з МКХ-10 (Міжнародного класифікатора хвороб, який є основним діагностичним стандартом в багатьох європейських країнах), визначено, що посттравматичний стресовий розлад може розвиватися після травматичних подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду [30].

Згідно МКБ 10 перегляду F00-F99 / F40-F48 / F43, «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відтермінована або затягнута відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати глибокий стрес майже в кожного. Сприятливі фактори, такі, як особистісні особливості (компульсивність, астенічність) або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає через сильну психологічну травму, що перебільшує адаптивні можливості нормальної людської психіки (критерій А за Фрідманом). Характеризується одночасною наявністю симптомів із чотирьох основних категорій:

В) Вторгнення нав'язливих спогадів – флешбеків.

Флешбек - це яскравий тривожний спогад, під час якого людина переживає або відчуває аспекти травматичної події. Людина може бачити зображення, відчувати звуки, запахи, смаки, відчувати фізичну біль або тиск і відчувати емоції, що були присутні під час травми. Спогади можуть спровокувати певні місця, люди або ситуації, або виникати випадково і тривати від кількох секунд до кількох днів.

Причому певні місця, особи або ситуації можуть призвести до з'яви спогадів, пов'язаних з травмою. Або постраждалий відзначає, що спогади виникають мимоволі. Флешбеки можуть тривати від кількох секунд до кількох годин або навіть днів.

С) Уникання спогадів, думок і подій, які нагадують про травму (тригери). Постраждалі уникають зазначених стимулів будь-яким чином.

Д) Негативні думки та настрої, які виникають після травматичної події, включаючи втрату позитивних переконань про себе та інших.

Е) Гіперзбудливість, гіперреактивність і порушення сну. Це може включати проблеми зі здоров'ям сну, нездатність заспокоїтися, легко сполохуватися, стан роздратованості.

Для діагнозу ПТСР потрібно мати не менше двох симптомів із категорії D і E, що створює загальне правило «шість симптомів», а також щоб ці симптоми тривали щонайменше чотири тижні після травматичної події і суттєво обмежували звичайне функціонування особи. Також важливо враховувати тривалість симптомів, яка повинна перевищувати місяць від пережитої травми [30].

Діагноз стресового розладу ставлять в наступних групах осіб:

- 1) військовослужбовців, які перебували у зоні бойових дій;
- 2) цивільне населення, що стало жертвою воєнних конфліктів або катастроф;

3) діти, чоловіки і жінки, які пережили психотравмуючі події у цивільному житті мирного часу [26].

Симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей можуть виявлятися наступними способами:

1. Постійні згадування про пережиті події, що проявляються у вигляді нав'язливих спогадів, які дитина може утримувати від дорослих. Одночасно з цим дитина намагається уникати всього, що нагадує їй про пережите.

2. Емоційне напруження, яке може виявлятися у формі роздратування або, навпаки, байдужості. Дитина може відчувати депресивний настрій та проявляти чуттєву відстороненість.

3. Порухення сну, включаючи лячні сновидіння, які призводять до того, що дитина прокидається вночі. Особливо маленькі діти дошкільного та молодшого шкільного віку можуть плакати вночі через ці кошмари.

4. Підвищений рівень тривожності та очікування повторення страшних подій.

5. Порухення пам'яті, уваги та здатності вчитися.

6. Часте відтворення пережитого у грі, особливо для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

7. Саморуйнівна поведінка, яка може включати завдачу собі ушкоджень, а також ризиковану поведінку, таку як алкоголізація та наркотизація, особливо у підлітків [41].

Для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) характерно підсилення інстинкту самозбереження, що призводить до зміни звичної поведінки та реакцій на різні ситуації. Наприклад, люди, які пережили бомбардування, при вході в приміщення негайно перевіряють та закривають вікна, оглядають кімнату і обирають безпечне місце, де можна заховатися, якщо станеться повторне бомбардування. У осіб, які зазнали впливу травматичної події, часто розвивається явище, відоме як «набута беспорядність»: їхні думки

часто супроводжуються тривожним очікуванням повторення травматичної події та переживаннями, пов'язаними зі зазначеною подією. Різні звуки, запахи або ситуації можуть легко викликати в їхній пам'яті спогади про цю подію, що, в свою чергу, призводить до знову переживаного почуття безпорадності [40], [11].

До чинників, які збільшують ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), включають наступні аспекти: індивідуальні риси характеру, схильність до залежної поведінки, історія психотравм, пережитих раніше, підлітковий вік, люди похилого віку, наявність соматичних захворювань та інші фактори.

Доречно зазначити, що в більшості випадків, в людей, які пережили психотравмуючі події, не розвивається ПТСР.

Проте також існує відтермінований розвиток цього захворювання, який може виникнути, наприклад, після виходу на пенсію.

Професійні рятувальники (наприклад, робітники ДСНС, поліціанти), що пройшли особливу підготовку, мають меншу ймовірність розвитку післятравматичного стресового розладу у разі надзвичайної події, ніж ті, хто не пройшов особливої підготовки і не має досвіду [55].

Фактори, що зменшують вірогідність появи ПТСР у бійців: близькі стосунки з батьками, вища освіта, високий соціально-економічний статус, соціальна підтримка [72].

За інформацією експертів з США, загальна поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед призовників тамтешньої армії зазвичай коливається в межах 3–6%. Дослідження персоналу американських військових підрозділів, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані між 2004 і 2007 роками, показали поширеність гострого стресу або ПТСР (за показниками опитувальника PCL на рівні 50 і більше) від 10% до 20%. Ці показники мали прямий зв'язок з частотою та інтенсивністю бойових

дій [88]. «Підручник по клінічній практиці у поводженні із пост-травматичним Стресом» [91, с.4-5].

В США також спостерігається зростання кількості ветеранів, які звертаються за допомогою у зв'язку з ПТСР до Міністерства справ ветеранів США. З 2004 по 2008 роки ця кількість зросла з 274 000 до 442 000 осіб [91, с.4].

Дослідження, опубліковане у 2022 році, показало, що щодня в США самогубство скоюють 44 ветерани бойових дій, якщо враховувати також смерті, пов'язані із суїцидальною поведінкою та самозавданою шкодоносною діяльністю [70]. Загальна кількість самогубств відрізняється за віковими групами, де 31% випадків припадає на колишніх солдат віком до 49 років, а 69% — на ветеранів віком 50 років і старше [85].

В Україні, станом на 2016 рік, полковник медичної служби Всеволод Стеблюк оцінював поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, які брали участь в російсько-українській війні на Донбасі, на рівні 10–15% [21].

На червень 2017 року в Україні 280 тисяч осіб мали статус учасників бойових дій. За даними прокуратури, після повернення із зони бойових дій, 500 учасників війни на Донбасі скоїли самогубство [29].

Деякі приклади психотравматичних ситуацій включають: «Більшість вояків США в Іраку мали передісторію до стану бойової психотравми, як от: зазнали нападу або потрапляли у ворожу засідку (92 %), бачили трупи (94.5 %), були під обстрілом (95 %), мали побратимів що зазнали каліцтва або були вбиті (86.5 %)» [90].

Основні методи лікування людей із посттравматичним стресовим розладом включають психотерапію та медикаментозну терапію. Антидепресанти, такі як SSRI або SNRI, є першою лінією терапії ПТСР і корисні приблизно для половини пацієнтів. Проте користь від медикаментів менша, ніж від психотерапії. Питання щодо ефективності комбінованого

використання ліків та психотерапії залишається предметом подальших досліджень [79].

Ліки, за винятком деяких СІЗЗС або ІЗЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну), мають обмежену підтримку наукових доказів щодо їх використання, і у деяких випадках вони можуть навіть погіршити стан людини. Вищі рівні ПТСР частіше відзначаються в регіонах збройних конфліктів, і ця проблема більш загострена серед жінок, ніж серед чоловіків [57].

Профілактика ПТСР може бути ефективною для осіб із передчасними симптомами синдрому у вигляді спілкування та консультації.

У XXI столітті, дослідження ПТСР активно проводяться переважно серед військовослужбовців і ветеранів США [59].

За даними, які були актуальні на 2016 рік, найбільш ефективними методами допомоги особам, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), є два психотерапевтичні підходи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ, Cognitive Behavioral Therapy) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR). Ці два методи рекомендовані сучасними протоколами лікування ПТСР, включаючи Підручник з ПТСР CPG [34][VA and DoD (2010). «Підручник по клінічній практиці у поводженні із пост-травматичним Стресом» [90; 26].

Ефективність КПТ та EMDR підтверджена результатами десятками рандомізованих контрольованих досліджень, проведених Американською психіатричною асоціацією в 2004 і 2009 роках [86].

Різновиди когнітивно-поведінкової терапії, такі як терапія із пролонгованим перебігом (Prolonged Exposure Therapy, PE), та терапія із когнітивним процесінгом (Cognitive Processing Therapy, CPT), показують високу ефективність, особливо в лікуванні жінок, які пережили сексуальну травму у

дитячому або дорослому віці, ветеранів із наслідками воєнної травми та осіб, які пережили серйозну дорожньо-транспортну аварію [34].

Згідно з психотерапевтичним досвідом, тривалість терапії для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) зазвичай залежить від ступеня важкості самого розладу. У випадку простих форм ПТСР лікування може бути короткотривалим і складатися з 6-12 сесій, тоді як при більш складних випадках може знадобитися багато місяців або навіть років для досягнення значущого полегшення [26]. Важливим аспектом є також залучення до лікування родичів чи близьких постраждалого.

Під час методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR), людина зосереджується на травматичному досвіді, супроводжуючи його візуальними рухами очей, які спрямовуються терапевтом зліва направо або за іншими білатеральними методами стимуляції, такими як дотики до лівої та правої долоні або аудіо-стимуляція та інші.

Фармакотерапевтичні можливості лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) досить обмежені, оскільки лікарські засоби можуть лише зменшити виразність окремих симптомів розладу [26]. У медикаментозному лікуванні ПТСР використовуються майже всі групи психотропних препаратів: антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, а в окремих випадках - антиконвульсанти, нормотиміки (стабілізатори настрою) та психостимулятори. Проте важливо враховувати, що лікування ПТСР виключно медикаментозними засобами, без застосування психотерапії, не забезпечить належного полегшення симптомів та відповідного лікувального ефекту.

Серед медикаментів для лікування ПТСР, найчастіше використовують антидепресанти та транквілізатори. Антидепресанти групи СІЗЗС (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну), препарати, що впливають на МТрецептори та транквілізатори вважаються найбільш ефективними в цьому

контексті. Транквілізатори, однак, повинні призначатися обмежено і на короткий термін, з огляду на ризик розвитку залежності. З іншого боку, антидепресанти є препаратами для тривалого застосування. Зазвичай для досягнення помітного зменшення симптомів ПТСР їх слід приймати протягом щонайменше 6-8 тижнів.

Науково засвідчена і ефективність психоделічно-асистованої терапії (ПАТ) для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), яка підтверджена дослідженнями [77]. Різні психоделічні речовини, такі як МДМА [76, 47, 78], кетамін [58, 42, 82], класичні психоделіки (ЛСД, псилоцибін) [69], а також медичний канабіс [60] і канабіноїди [84, 48, 65], показали обіцяючі результати у лікуванні ПТСР. Однак найбільш вражаючі показники ефективності були показані в психотерапії, супроводжувані прийомом MDMA.

Слід зазначити, що на червень 2023 року в Україні психоделіки є недозволеними речовинами [18], що створює проблему в легалізації психоделічної психотерапії [73, 18]. Проте в 2022 році Адміністрація Президента США офіційно оголосила про плани широкого впровадження психоделічно-асистованої терапії з використанням MDMA для лікування ПТСР у 2023-2024 роках [62].

МДМА (3,4-метилендіоксиметамфетамін), більш відомий як екстазі, був об'єктом клінічних випробувань як можливий засіб для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У 2017 році Управління з продовольства і медикаментів США (FDA) відзначило терапію ПТСР з використанням МДМА як «проривну терапію», що підкреслює її вищу ефективність порівняно з існуючими методами лікування [47].

Мультидисциплінарна асоціація психоделічних досліджень (MAPS) провела Фазу 3 клінічних досліджень з використанням МДМА для лікування ПТСР. У цьому дослідженні брали участь 121 учасник, які пройшли 12-тижневий курс лікування. З них 104 учасники були випадково розділені на дві

групи: одній надавали дозу від 80 до 120 мг гідрохлориду МДМА, а потім додатково 40 або 60 мг під час трьох розширених терапевтичних сеансів, а іншій групі надавали плацебо разом з розширеними терапевтичними сеансами. Результати дослідження показали значуще поліпшення симптомів ПТСР, виміряних за допомогою шкали посттравматичного стресового розладу, керованої лікарем згідно з DSM-5 (CAPS-5) і шкали інвалідності Шихана (SDS). Не було зафіксовано жодних серйозних побічних ефектів ні в групі, що отримувала МДМА, ні в контрольній групі [78].

Серед немедикаментозних методів лікування ПТСР виявлено, що чорниця проявляє протизапальну та нейропротекторну дію, і її можна використовувати в комбінованому лікуванні ПТСР [54, 22].

Важливо пам'ятати, що психіка як дорослих, так і особливо дітей і підлітків, має значний потенціал для відновлення і саморегуляції. За наявності підтримки від рідних і, в разі необхідності, допомоги психологічних фахівців, людина може відновити свій психічний стан після травматичного досвіду [41].

## **1.2 Історія розвитку і філософське підґрунтя майндфулнес терапії.**

Усвідомленість – це мистецтво помічати та приділяти увагу тому, що розгортається в даний момент, вміння уникати поспішних висновків.

Майндфулнес, або свідомість, - це спосіб мислення та уваги, який може допомогти краще розуміти та інтегрувати свій поточний досвід. Майндфулнес включає в себе увагу до власних почуттів та сприйняття вражень.

Цей психологічний феномен спочатку був описаний у контексті медитативних практик буддизму. Проте введенню цього терміну в наукову лексику ми зобов'язані Джону Каббат-Зінну, професору медицини та засновнику клініки з редукції стресу та Центру Майндфулнес в медицині, системі охорони здоров'я та суспільстві при Медичній школі Массачусетського

університету. В 1979 році Джон Каббат-Зінн заснував цю клініку, де він розпочав адаптацію та узагальнення буддистських практик медитації та уважності в контексті психологічних технік. Головною метою було надавати психологічну допомогу людям з хронічними захворюваннями, зокрема, серцевими, онкологічними та іншими хворобами, щоб допомогти їм краще адаптуватися до свого стану та швидше відновитися після перенесених епізодів хвороби. На основі досліджень Джона Каббат-Зінна була розроблена восьмитижнева програма, яка отримала назву «Mindfulness Based Stress Reduction» (MBSR), тобто програма зниження рівня стресу на основі практик майндфулнес. Вивчені дані показали, що учасники експериментальної групи, які пройшли цей курс, відзначили суттєве зниження рівня тривожності, симптомів депресії та інтенсивності болю порівняно з контрольною групою [5].

Вивчення підходу майндфулнес у психокорекції, психотерапії і профілактиці різноманітних негативних станів і розладів розпочалося з робіт таких вчених, як Д. Кабат-Зінн (1994), Дж. Тісдал (2000), З. Сегал (2007), М. Вільямс (2010) і Д. Пенман (2010). Україна щойно розпочала розвивати цей напрям, як свідчать праці О. Романчука (2012), Т. Гері (2014) та інші.

Термін «майндфулнес» (mindfulness) перекладається з англійської як «повна свідомість», «уважність» і «зосередженість». Вчені визнають майндфулнес як повну безоцінкову концентрацію та увагу на поточному моменті реальності з повним прийняттям її такою, якою вона є, і реєстрацією різних її аспектів, утримуючися від спроб їх аналізу [68]. Усвідомленість представляє собою одну з форм сприйняття реальності, яка дозволяє відчувати та спостерігати власні емоції та думки, не намагаючись їх аналізувати або критикувати.

Практика майндфулнес включає в себе теоретично обгрунтовану і емпірично підтверджену програму, що включає медитативні техніки, які можуть бути використані з метою психотерапевтичних, релаксаційних та розвивальних

цілей. Психотерапія майндфулнес є відносно новим і сучасним методом, який особливо активно розвивається та досліджується протягом останніх 10-15 років.

Термін «mindfulness» був введений американським професором медицини Джоном Кабат-Зіном в 70-х роках ХХ століття. Він визначав майндфулнес як «безоцінкову усвідомленість, яка виникає в результаті свідомої спрямованості уваги на поточний момент власного досвіду» [67].

Усвідомленість - це процес тренування свідомої уваги та підвищення чутливості до стимулів, які можуть викликати реакцію новизни. Внаслідок тренування усвідомленості, особа може вирішувати, які подразники слід ігнорувати, а які - враховувати.

Усвідомленість є одним із аспектів стародавніх духовних традицій. Вона визначається як «Усвідомленість – це усвідомлення, яке виникає, коли ми звертаємо увагу до досвіду, увага зосереджена на окремих аспектах досвіду, в заданий момент (коли розум сягає в минуле чи майбутнє, ми повертаємо його до теперішнього часу)» [51].

Повнота свідомості (mindfulness) є стародавньою буддійською практикою, яка прямо пов'язана з повсякденним способом життя. Ця практика не передбачає конвертації в буддизм, але вона спрямована на пробудження до життя в гармонії з самим собою і світом навколо. Повнота свідомості виявляється у вмінні цінувати кожен життєвий момент, який ми переживаємо. Сила цього підходу полягає в тренуванні та його практичному застосуванні.

Глибокі коріння практики майндфулнес можна відстежити в різних духовних традиціях, включаючи буддизм, даосизм та йогу. Вплив цих традицій відображено в роботах видатних мислителів, таких як Ральф Вальдо Емерсон, Карлос Кастанеда, Генрі Девід Торо, та Уолт Уїтмен. У буддизмі майндфулнес визначається як одна з численних практик, мета якої полягає в підвищенні екзистенційного розуміння, зменшенні страждання, пов'язаного з надмірною приєднаністю, і досягненні духовного просвітлення.

Практики майндфулнес також входять у духовні традиції східного християнства, де вони проявляються у практиці ісихазму і в молитвовій практиці «стишення думок». Звичка ігнорувати теперішній момент, віддаючи перевагу майбутньому або минулому, може призвести до неможливості вирватися з павутини повсякденних думок і клопотів. Медитація допомагає зрозуміти цю звичку та навчити вирватися з потоку буденних думок, а також керувати енергією цього потоку.

Майндфулнес представляє собою унікальне поєднання філософських і психологічних концепцій. Одна з робіт Джона Кабат-Зінна, яка демонструє практику майндфулнес, називається «Куди б ти не йшов, ти вже там» [66].

З релігійних традицій практика майндфулнес взяла принцип фокусування уваги на «тут і тепер», без осудження, з відкритістю і прийняттям. Принцип «тут і тепер» є основою для таких напрямків психотерапії, як гештальт-психотерапія і танцювально-рухова психотерапія.

Отже, майндфулнес - це здатність підтримувати усвідомлення та відкритість до поточного досвіду, включаючи внутрішні психічні стани та аспекти зовнішнього світу, без осуду і з прийняттям [25]. Багато фахівців з психічного здоров'я вважають, що здатність бути присутнім у теперішньому моменті і не осуджувати себе або світ, а не бути залежним від негативних аспектів минулого або переживати стосовно майбутнього, допомагає зменшити психологічне страждання і сприяє певним корисним психологічним процесам [25].

Адаптуючи буддистські медитативні практики для використання в офіційній медицині, Джон Кабат-Зінн створив програми зменшення стресу, орієнтовані на майндфулнес (Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR), з метою допомогти людям, які страждають від хронічних фізичних захворювань, таких як серцево-судинні або онкологічні захворювання, які часто супроводжуються болісними симптомами. Дослідження показали, що учасники

цих програм мали значно менше проявів депресії та тривоги порівняно з контрольною групою. Ці програми отримали широке розповсюдження в Сполучених Штатах та інших країнах і були пропоновані різним категоріям людей з метою зменшення стресу та поліпшення загального стану здоров'я. На сьогоднішній день, практики майндфулнес займають важливе місце у західній культурі щодо дбання про психічне та фізичне здоров'я, подібно до східної культури. Основними компонентами цих програм є використання технік зосередження уваги та розширення поля свідомості (адже «майндфул» перекладається з англійської як «повна свідомість», «уважність»).

Практики майндфулнес навчають людей бути повністю присутніми «тут і зараз», дозволяють помічати звичні стани свідомості. Крім того, ці практики сприяють вчитися приймати життя таким, як воно є, спрямовують на шлях доброзичливості, відкритості і цікавості. Ті, хто пройшли майндфулнес-психотерапію, відкривають для себе новий і незвичний стан свідомості: стан «просто буття». Цей стан пов'язаний із безпосереднім відчуттям себе, інших людей, природи та життя в цілому. Водночас постійне перебування у стані «думання», як корисне і важливе в певних ситуаціях, може зменшити здатність особистості відчувати реальність і бачити її.

З часом визнані фахівці когнітивно-поведінкової психотерапії, такі як Марк Вільямс (Mark Williams, Oxford), Джон Тісдал (John Teasdale, Oxford) та Зіндел Сегал (Zindel Segal, Toronto), розробили програму майндфулнес-орієнтованої когнітивно-поведінкової психотерапії (МО-КТ/МВСТ), спрямовану на допомогу людям із рекурентною депресією (рекурентна депресія - це депресія з кількома повторними епізодами).

Програма МО-КТ включає основні знання про тривожні стани та депресію і використовує певну кількість технік когнітивно-поведінкової терапії, що допомагають розуміти зв'язок між думками і почуттями. Учасники програми

вчать розпізнавати негативні автоматичні думки, які можуть впливати на їх настрій і змінювати емоційний стан.

Однак, відмінно від когнітивно-поведінкової психотерапії, майндфулнес-підхід спрямований на зміну негативного змісту думок. Цей підхід надихає учасників переглянути своє ставлення до власних думок, почуттів і фізичних відчуттів, навчаючи їх бачити це як тимчасовий досвід, який можна або прийняти, або відхилити.

Це повторювальна практика, яка передбачає уважне відмічання, спостереження з цікавістю і співчуттям, а також децентрацію. Вона допомагає учасникам розуміти, що їхні думки, емоції і відчуття є лише частиною їхнього досвіду і не обов'язково відображають об'єктивну реальність.

Важливим аспектом майндфулнес є ідея прийняття, яка включає в себе визнання та відкритість до поточного переживання без позначення його як «доброго» або «поганого». Це також означає свідомий вибір переживати відчуття, почуття і думки такими, як вони є [64]; [68]; [67].

Компонент прийняття в майндфулнесі є дуже важливим і, можливо, навіть важливішим, ніж розвиток навичок уваги та усвідомлення, які також є суттєвими для цього підходу. Карл Роджерс (1961), відомий психотерапевт і представник гуманістичної психології, висловив тезу щодо суперечності в осягненні прийняття як способу змінити свої думки та почуття про те, що виникає, «цікавий парадокс – коли я приймаю себе таким, яким я є, я змінююсь» [13].

Учасники програми набували навичок в тому, щоб дозволяти емоціям, думкам і відчуттям, які можуть викликати дистрес, приходити і йти, без бажання придушити, уникати або боротися з ними. Вони вчилися бути присутніми у теперішньому моменті, уникати «румінації» думок про минуле та переживань щодо майбутнього.

Поєднання майндфулнес-практик і основних концепцій когнітивно-поведінкової психотерапії дозволило учасникам програми розглядати процеси виникнення і підтримання різних розладів шляхом усвідомлення ключових аспектів свого досвіду: негативних автоматичних думок, когнітивних спотворень (катастрофізація, генералізація тощо), стійких переконань та уявлень про себе та світ (дисфункціональні припущення, глибинні переконання, схеми).

Ця програма виявила дуже високий рівень ефективності, зокрема щодо зниження ризику повторення депресивних епізодів у осіб, які її пройшли тричі. Ці дослідження стимулювали застосування МО-КТ для лікування інших розладів, таких як тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад і інші.

Більш того, останнє дослідження підтвердило, що МО-КТ (Mindful-Based Cognitive Therapy) може надати конкретний і ефективний захист від подальших рецидивів депресії у людей, які пережили травму в дитинстві. Крім того, ця програма може бути корисною для зменшення суїцидальної поведінки у людей із межовим розладом особистості, як показано дослідженнями, проведеними М. Вільямсом та іншими дослідниками [20].

Довгий час панувала думка про те, що деякі люди мають природну схильність до щастя, тоді як інші завжди схильні до нещастя. Однак дослідники Річард Девідсон і Джон Кабат-Зінн, спростували це уявлення, надавши докази, що усвідомленість може допомогти людям протистояти гравітації емоційної установки. Іншими словами, особистість має унікальну можливість підвищувати свій передбачуваний рівень щастя [67].

Багато наукових досліджень свідчать про позитивний вплив медитації на фізичне та психічне здоров'я людини. Наприклад, проведені дослідження Національного інституту охорони здоров'я в США в 2005 році показали, що одна з форм медитації, практикувана на Заході з 1960-х років, призводить до значного зниження смертності. У експериментальній групі смертність була на

23% нижчою, ніж у контрольній групі. Також було відзначено зменшення смертності від серцево-судинних захворювань на 30% та від онкологічних захворювань на 49% [25; 51; 88].

Численні наукові дослідження підтверджують позитивний вплив майндфулнес-практик на різні аспекти психічного та фізичного здоров'я. Зокрема, Даніель Сігел (2007) надає наступні результати:

1) Майндфулнес-практики полегшують перебіг хронічних захворювань та розладів, включаючи серцево-судинні та онкологічні захворювання, що супроводжуються хронічним больовим синдромом. Вони сприяють збільшенню толерантності до болю, підвищенню рівня загальної протидії стресу та досягненню емоційної рівноваженості, а також покращують показники одужання та загальної якості життя.

2) Майндфулнес сприяє підвищенню рівня імунної системи організму.

3) Практика майндфулнес позитивно впливає на інтерперсональні стосунки, зокрема, зростає рівень емпатії.

4) Медитаційні практики допомагають зменшити депресивні та тривожні симптоми, включаючи «тривожну румінацію» [88].

Даніель Сігел (2016), у своїй праці «Мозок у стані майндфулнес», також провів дослідження нейробіологічних аспектів впливу майндфулнес-практик. Він пояснює ефективність цього підходу через підвищення активності та формування нових нейронних зв'язків у середній частині префронтальної кори головного мозку. Ця частина кори відповідає за функції емоційної регуляції, планування, усвідомленого вибору, інсайту та емпатії [89].

Отже, Даніель Сігел припускає, що середня частина префронтальної кори головного мозку володіє цілою низкою важливих функцій, які дуже виразно проявляються при систематичній активації цієї області [89]:

1. Регуляція тілесних функцій здійснюється за допомогою балансу між гальмівними та збудливими впливами.

2. Емоційна стійкість та гнучкість реакцій досягаються завдяки здатності середньої частини префронтальної кори головного мозку відстежувати та гальмувати активність лімбічної системи, яка відповідає за імпульсивні емоційні реакції. Важливою є можливість зробити паузу перед розпочатком відповідної дії, виключаючи імпульсивні емоційні реакції.

3. Модуляція страху можлива завдяки збільшенню кількості нервових волокон між префронтальною корою та підкіркою, що спрощує процес усвідомлення сприйняття загрози.

Наголошується, що практика усвідомленості сприяє зменшенню об'єму мигдалевидного тіла в головному мозку. Мигдалевидне тіло, яке є частиною лімбічної системи, відіграє провідну роль у формуванні емоцій, включаючи негативні (страх) та позитивні відчуття (задоволення). Різні розлади, такі як тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад і фобії, пов'язані з функціонуванням мигдалевидного тіла. У людей, які практикують майндфулнес, спостерігається активізація цієї частини мозку, яка обробляє болеве та температурне сприйняття і виконує інтеграційну роль щодо сенсорних та вегетативних імпульсів, що надходять від внутрішніх органів [6;25;51;68;67;89].

Практика Майндфулнес складається з двох важливих компонентів:

1. Удосконалення вміння звертати увагу на поточний момент і бути свідомим в цьому моменті;

2. Прийняття своїх думок і почуттів без вини або осуду.

Один з базових важливих компонентів і навичок цієї практики, - фокусування на своєму диханні - це один із способів глибше пережити теперішній момент. Майндфулнес допомагає думкам і почуттям проходити у розумі, не зациклюючись або не відкидаючи їх, дає можливість їм розвиватись природним шляхом. Під час практики можуть виникати відволікаючі думки, і це

нормально. Головне - бути готовим помітити, куди заводять ці думки, і потім повертати свою увагу у теперішній момент.

Як усвідомленість може зменшити реакції на травму?

Виконання практик усвідомленості може поліпшити здатність долати складні емоції, такі як тривога і депресія, які супроводжують людей з ПТСР. Усвідомленість допомагає бути більш зосередженими і свідомими в теперішньому моменті, що є важливим для людей з ПТСР, які часто провалюються в травмуючі відчуття та важкі переживання минулого, а також ефективніше сприймати власні складні емоції, які виникають після травми. Наприклад, практика майндфулнес може допомогти більше усвідомлювати свої думки і почуття і мати змогу відпустити їх, не класифікуючи їх як «хороші» чи «погані» і не реагуючи на них імпульсивно.

Практика усвідомленості - це неперервний процес. Навіть якщо на початку можуть виникати складнощі з її виконанням, з концентрацією, з відчуттями під час виконання вправ, - регулярна практика може допомогти помічати ці стани і навчити відпускати їх. Практика майндфулнес також сприяє розвитку більшого самоспівчуття до себе і інших. Знижується схильність до осуду своїх думок, почуттів і дій, до самокритики. Використання усвідомленості може допомогти м'якше реагувати на травматичну подію, а також швидше відновлюватись. Це важливий крок у процесі одужання.

Дослідження підтверджують корисність майндфулнесу у вирішенні багатьох тривожних проблем. Навіть коли дослідники ще не вивчили вплив майндфулнесу на допомогу тим, хто пережив травму та мав діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР), дослідження показали, що майндфулнес корисний для інших проблем з тривогою. Додатково, виявлено, що ця практика сприяє подоланню симптомів ПТСР, таких як уникання та збудження.

На сьогоднішній день існують три основних підтипи Майндфулнес, кожен з яких передбачає свої механізми розвитку і досліджується в різних контекстах:

1) Медитативний Майндфулнес (meditative Mindfulness) - це свідомість, яка виникає внаслідок спрямованої уваги на поточний момент досвіду.

2) Соціокогнітивний Майндфулнес (sociocognitive Mindfulness) - це процес виявлення і усвідомлення нових деталей і особливостей власного досвіду та чутливості до моменту завдяки спрямованій увазі на момент «тут і тепер» як на об'єкт.

3) Відсторонений Майндфулнес (detached Mindfulness) - це здатність абстрагуватися та сприймати власний внутрішній стан в ролі спостерігача, який дивиться на прояви свого «Я» та власні внутрішні переживання. Це супроводжується припиненням автоматичних реакцій, таких як розмірковування, негативні автоматичні думки, спроби контролю або пригнічення власних думок і емоційних реакцій, а також пригніченням надмірної тривоги та іншими проявами.

За останні десятиліття, практики Майндфулнес впоралися з рядом психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад та ускладнені реакції на втрату, і визнані як якісні та науково обгрунтовані психотерапевтичні [35; 37; 5].

Проте, перш ніж розглядати докладну структуру і мету цих практик, давайте розглянемо та розкриємо цей термін.

«Майндфулнес (від англ. Mindfulness) – це усвідомлення, яке виникає внаслідок вольового неосудливого зосередження уваги в даний момент» (Джон Каббат-Зінн) [66].

Це можна розглядати як усвідомлений процес керування увагою, або як сам стан свідомості, який виникає внаслідок цього процесу. З цієї точки зору, теперішній момент - це єдиний період часу, який ми маємо для переживання нашого життя, оскільки «майбутнє ще не настало, а минуле вже далеко.» Наш

мислительний процес за природою безперервно перескакує від однієї думки до іншої, від спогадів про минуле до очікувань майбутнього. Вправи майндфулнесс дозволяють усвідомлено скеровувати нашу увагу на поточний момент, усвідомлюючи все, що трапляється у ньому - від наших думок і тілесних відчуттів до реакцій та зовнішніх подій.

Ще одним основним аспектом цього процесу є важливість відкритого, неосудливого усвідомлення та прийняття власного досвіду та особистих переживань, і відмова надання їм будь-яких оцінювальних ознак. Такий підхід відкриває перед нами можливість більш широкого і цікавого сприйняття нашого досвіду, спонукає нас як дослідників реагувати на події та життєві ситуації, та дає нам можливість обирати свої реакції більш свідомо, поза межами автоматичних класифікацій та реакцій нашого мозку [66].

Терапія Майндфулнес ґрунтується на двох основних принципах. Перший з них полягає у розумінні, що людський мозок переважно працює у «автоматичному» режимі, проводячи когнітивні процеси відповідно до засвоєних шаблонів та сталих паттернів. Це призводить до формування стійких автоматичних реакцій на зовнішні подразники. Однак такий автоматизм у мисленні переважно не є достатньо виваженим та корисним для індивіда; переважно це звичний, але неадаптивний механізм реагування. Тому Майндфулнес-терапія пропонує розвивати вміння помічати та приймати свої думки без осуду, та в той же час обирати свідому реакцію на різні подразники та ситуації. Це є ключовим способом до розірвання у мозку дезадаптивних підтримуючих контурів ПТСР, депресії та інших психічних розладів або психоемоційних труднощів [5], [74].

Другий принцип полягає в усвідомленні можливості роботи людського мозку на двох рівнях: «Реагування» та «Буття». В «Реагуванні» людина зазвичай прагне задовольнити свої бажання або уникнути неприємних відчуттів, використовуючи встановлені паттерни поведінки.

У «Бутті» стан свідомості передбачає уважне та безоціночне сприймання теперішнього моменту разом з усіма відчуттями, які він приносить. Це означає прийняття будь-якого досвіду, який ми отримуємо у дану мить, як зовнішнього, так і внутрішнього (включаючи відчуття у тілі, думки та психоемоційний стан). Здатність утримувати стан свідомості в режимі «Буття» розвиває нашу здатність бути більш стійкими в обличчі стресу та життєвих труднощів, а також свідомо вибирати більш раціональні способи реагування на ситуації та приймати обдумані рішення [52]; [74].

Необхідно підкреслити, що починаючи з 2004 року, Комісією з національної клінічної та медичної майстерності у Великій Британії (NICE), комплексну програму Майндфулнес офіційно визнано як ефективний метод психотерапії та включено її до стандартних протоколів лікування стресу, хронічної втоми, ПТСР та депресії. Щодо останніх, дослідження підтверджують, що Майндфулнес в терапії цих розладів є так само ефективним, як медикаментозне лікування, а також значно знижує ризик рецидиву [71]; [37].

Враховуючи, що однією з наших основних цілей у цьому науковому дослідженні є дослідження особливостей використання медитацій Майндфулнес у осіб з ПТСР, ми докладно розглянемо види цих медитацій та практик в наступному підпункті цієї роботи 1.3. А поки що спробуємо освітлити недавні наукові публікації, що стосуються ефективності майндфулнес-технік у процесі психотерапії, а також їх впливу на загальний психологічний стан практикуючої особи.

Протягом останніх десятиліть, велика кількість наукових досліджень була присвячена аналізу ефективності майндфулнес-технік в лікуванні різних розладів психічного здоров'я, а також в підвищенні резилієнтності, життєстійкості та поліпшенні загального психоемоційного стану особи. В цьому напрямку працювали такі відомі дослідники, як Brown K. W., Keng S., Ryan R. M., Eberth J., Sedlmeier P., Little C. A., Gordon W., Giluk T.L., Halliwell E., Bishop

S.R. Також, вітчизняні науковці, такі як Гера Т.І., Карамушка Л. М., Заїка І. В., Нойфельд В., Романчук О., Пшук Н. Г та багато інших проводили свої дослідження в цій області.

Незабаром після розробки та успішного тестування програми MBSR, Марком Вільямсом (Mark Williams), Джоном Тісдалом (John Teasdale) та Зінделом Сегалом (Zindel Segal) була розпочата робота над новою галуззю, відомою як «КПТ третьої хвилі,» або Майндфулнес-орієнтованою КПТ (МВСТ) [5].

Цей підхід, крім традиційної моделі КПТ, яка фокусується на зв'язку когнітивних процесів (деструктивних глибинних / проміжних переконань, мисленневих румінацій), а також компонента поведінки, включає в себе практики усвідомлених медитацій як засіб контролю та корекції дезадаптивних когнітивних аспектів.

В першу чергу, цей підхід був створений для підтримки клієнтів з рецидивною депресією, з метою зменшення кількості повторних епізодів та створення більш стійкої ремісії. Однак невдовзі Майндфулнес-орієнтована КПТ також виявила високу ефективність у таких ситуаціях, як висока тривожність, розлади харчової поведінки, проблеми зі сном, хронічна втома та вигорання, і навіть у ролі допоміжної терапії для осіб з психотичними станами [5]; [12].

Зокрема, М. Вільямс та його колеги підтвердили позитивний терапевтичний ефект Майндфулнес-орієнтованої КПТ при лікуванні депресії, пов'язаної з раннім травматичним досвідом, і в управлінні суїцидальними тенденціями у осіб з межовим розладом особистості [46].

Теоретичний підхід до ефективності практик Майндфулнес має наукове обґрунтування у «полівагальній» теорії, розробленій американським дослідником Стівеном Порджесом. Ця теорія досліджує вплив блукаючого нерву (nervus vagus, 10-та пара черепно-мозкових нервів) на реакцію організму людини на стрес [81]; [63].

Він визначає дві гілки блукаючого нерва, кожна з яких має свої власні функції. Еволюційно стародавня та більш примітивна дорсальна гілка пов'язана з реакцією оціпеніння та непорушність під час стресових ситуацій, захищаючи організм від небезпеки, коли реакція «біжи або бийся» недоступна. З іншого боку, вентральна гілка відповідає за механізми самозаспокоюючої поведінки та соціальної взаємодії. Варто відмітити, що згідно філогенетичної ієрархії, більш «примітивні» системи активуються лише тоді, коли більш еволюційно розвинуті системи не можуть виконати свої функції. Проте, обом гілкам нерву властива гальмівна функція, пов'язана з активністю парасимпатичної нервової системи. Усвідомлені дихальні та медитативні практики запускають вентральний вагальний комплекс і сприяють більш адаптивній реакції організму на стрес, а також підтримують його в стані спокою та внутрішнього відчуття безпеки [64].

Техніки Майндфулнес також знаходять своє застосування в корпоративній сфері, де провідні компанії зі світовим ім'ям, такі як Google, Apple, Yahoo!, Starbucks та інші, впроваджують різноманітні тренінгові програми, що ґрунтуються на принципах Майндфулнес. Це стає частиною їхнього підходу до корпоративної культури та психологічного благополуччя працівників. Недавні дослідження підтверджують, що такі програми часто призводять до зниження рівня стресу серед учасників, поліпшення якості сну, функціонування серцево-судинної системи і зменшення реактивності [90].

У науковому дискурсі, який обговорює науково обґрунтовану ефективність технік Майндфулнес, важливим є також визначення конкретних когнітивних механізмів, що лежать в основі цієї ефективності. Наприклад, Холмогорова А. Б. виділяє наступні фактори:

- 1) Зглиблений контакт з власним внутрішнім досвідом;
- 2) Відмову від стратегій когнітивного уникнення та «захисної поведінки»;
- 3) Виявлення нових деталей та нюансів у власному досвіді;
- 4) Експозицію до негативних когнітивних та афективних процесів;

5) Поступові зміни у сприйнятті отриманого досвіду та зниження надмірного рівня тривожності;

6) Когнітивну реструктуризацію переконань про неспроможність впоратися з негативним досвідом та його неприпустимість;

7) Тренування вмінь концентруватися на внутрішньому досвіді, описувати його, фіксувати увагу на конкретних деталях, витримувати та приймати негативні думки та емоції як частину досвіду, в той же час – стримуючи себе від автоматичних реакцій [35], [32].

### **1.3 Майндфулнес терапія як один з сучасних методів лікування ПТСР.**

Інтерес до нейробіологічних основ впливу медитації на людський мозок сягає свого коріння ще в 70-80-х роках минулого століття у працях таких вчених, як Д. Еберт, В. С. Ротенберг, Х. Бергер та інших. Вони намагалися дослідити, що відрізняє «медитуючий» мозок від «немедитуючого». Ці дослідники допомогли встановити деякі ключові відмінності, такі як збільшення високоамплітудного альфа-ритму під час медитації, підвищену активацію правої півкулі головного мозку і деавтоматизацію сприйняття. [36], [75].

Особливу увагу заслуговує дослідження Hölzel та її колег, які вивчали нейробіологічну основу впливу Майндфулнес-практик на здатність до емоційної регуляції [63].

Вони зауважують, що завдяки регулярній активації передньої поясної кори головного мозку під час практик, що бере участь в таких процесах, як регуляція емоцій, обробка емоційно забарвленої інформації, система очікування винагороди, емпатія та прийняття рішень, - спостерігається значне покращення здатності до управління емоціями та підвищення рівня емоційного інтелекту. Слід відзначити, що в галузі психотерапевтичних втручань дослідники особливо

акцентують на перевазі Майндфулнес поряд з іншими діалектичними методами [45].

Понад усе, через вплив на нервові процеси, які пов'язані з саморегуляцією, усвідомленістю та медитативними практиками, передбачається, що їхні позитивні ефекти в основному визначаються зменшенням суб'єктивного емоційного навантаження та редукцією числа призначених значень, що пов'язані з власним досвідом. Іншими словами, принципи «неосудливості», «безоціночного ставлення» та «прийняття» дозволяють проживати власний досвід більш здорово і конструктивно, навіть якщо він має негативну конотацію [66].

Позитивні впливи усвідомлених медитативних практик на психологічне благополуччя не обмежуються лише допоміжною терапією психічних розладів, а також охоплюють поліпшення загального психоемоційного стану психічно здорових осіб. Зокрема, практики Mindfulness пов'язуються з поліпшенням контролю над емоціями та імпульс-контролем, збільшенням здатності концентрувати увагу та вирішувати складні когнітивні завдання, а також приймати непрості етичні рішення. Дослідження також вказують на позитивний взаємозв'язок між практикою усвідомленості і самооцінкою, здатністю підтримувати оптимістичний погляд та особистим відчуттям психологічного благополуччя. Існує також відзначена тенденція до того, що люди, які практикують техніки Майндфулнес, мають вищий рівень задоволеності власним життям, особистісною незалежністю, та оцінюють свої таланти та здібності більш позитивно.

Починаючи з 2004 року, Комісією з національної клінічної та медичної майстерності у Великій Британії (NICE), комплексну програму Майндфулнес було офіційно визнано як результативний метод психотерапії та включено її до стандартних протоколів лікування стресу, хронічної втоми, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії. Відносно останніх, дослідження

підтверджують, що Майндфулнес, застосований для терапії цих розладів, є так само результативним, як і медикаментозне лікування, а також суттєво знижує ризик виникнення рецидивів

Для вивчення впливу Майндфулнес терапії було проведено достатньо багато досліджень.

Так, рандомізоване неконтрольоване дослідження, проведене у 1981 році на ветеранах В'єтнаму [3], виявило значний позитивний ефект лікування трансцендентальної медитації порівняно з традиційною психотерапією на симптоми ПТСР. Це дослідження також виявило значне зниження тривожності, депресії, вживання алкоголю, безсоння та сімейних проблем у групі медитації.

Проведення у 2004 році після руйнівного цунамі на Шрі-Ланці короткочасної терапії за допомогою медитації та релаксації показало, що даний метод може зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу у дітей віком від 8 до 14 років [49].

«Кірні та його колеги повідомили, що 40% ветеранів ( $n = 92$ ), які практикували MBSR, показали клінічно значуще зниження тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу через два місяці, а покращення симптомів зберігалося протягом 6 місяців спостереження. З іншого боку, Стейпл та його колеги повідомили, що люди з вищими вихідними показниками тяжкості симптомів показали більше поліпшення у відповідь на втручання у розвиток навичок розуму та тіла, але ці покращення не повністю зберігалися при подальшому спостереженні. Бренстром і колеги також виявили, що 8-тижневе втручання MBSR не мало істотного впливу на зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу при 6-місячному спостереженні серед учасників з попереднім діагнозом раку, але повідомило про значне зменшення симптомів уникнення.» [86].

Втручання при посттравматичному стресі, засновані на практиках усвідомленості, продемонстрували клінічно значуще поліпшення симптомів

посттравматичного стресового розладу відразу після лікування (Jasbi et al., 2018; King et al., 2013; Niles et al., 2012) та стійке зменшення симптомів ПТСР після лікування [44].

Позитивний вплив Майндфулнес практик також підтверджений лабораторними дослідженнями [27].

Короткочасна терапія за допомогою медитацій Майндфулнес та релаксацій може зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу [86].

Марк Вільямс та Денні Пенман, аналізуючи результати наукових досліджень інших учених, вказують на те, що практика усвідомленості суттєво підвищує емоційну стійкість особистості, тобто її здатність протистояти різноманітним важким життєвим ситуаціям. Після проходження програми майндфулнес, учасники не лише відзначають покращення у суб'єктивних показниках щастя та енергії, зменшення рівня стресу, але також відчують, що мають більше контролю над своїм життям. Вони швидше знаходять сенс у житті і ставляться до проблем як до нових можливостей, а не загроз [20].

«Існують докази того, що численні компоненти практик розуму і тіла забезпечують благотворний терапевтичний ефект для полегшення симптомів посттравматичного стресового розладу, що відображено в розглянутих дослідженнях [7; 8; 9; 10; 14; 28; 33; 31].

Спостережувані терапевтичні ефекти в показниках клінічних результатів загалом зберігалися під час подальшого спостереження. Хоча одне дослідження ставить під сумнів переконливість висновків, які можна зробити лише на основі [24].

Дванадцять із шістнадцяти досліджень показали позитивний вплив підходу «розум-тіло» і продемонстрували значне поліпшення тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу. Важливо зазначити, що широкий спектр географічних і демографічних елементів в обраних

дослідженнях дає змогу припустити, що втручання в розум і тіло корисні для найрізноманітніших груп населення».

«Було висловлено припущення, що загальний час, проведений у практиці медитації, позитивно пов'язаний із більшим поліпшенням тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу [4].

Ці дослідження показують, що раннє втручання за допомогою практик розуму і тіла може сприяти ефективнішому лікуванню симптомів посттравматичного стресового розладу, але це не виключає ефективного використання втручань на пізнішій стадії. Однак у дорослій популяції з 99% жінками-пацієнтами з посттравматичним стресовим розладом Бренстром і колеги [2].

виявили, що 8-тижневе втручання MBSR приводило до зменшення симптомів уникання, але не до інших груп симптомів, і що ефект не зберігався протягом 6 місяців спостереження. вгору. Хоча низка досліджень продемонструвала, що кількість практики медитації позитивно пов'язана з корисним зниженням тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу, дані Branstrom et al. Той факт, що первісний ефект не зберігався, може вказувати на те, що самої лише усвідомленості може бути недостатньо для досягнення терапевтичного ефекту, але може бути потрібна постійна практика. Інше можливе пояснення полягає в тому, що початковий позитивний ефект міг бути зумовлений чимось іншим, ніж ефект усвідомленості (тобто ефект плацебо або групова підтримка).»

«Цілком імовірно, що триваліша практика може мати більший ефект у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу; що втручання слід призначати з урахуванням індивідуальної травми, віку та статі; і що для досягнення значного позитивного ефекту після закінчення програми може знадобитися продовження регулярної практики.» [86].

Серед найбільш відомих підходів у психотерапії посттравматичних стресових розладів, які систематично вивчаються і порівнюються, включають програми для керування стресом, підтримуючу недирективну роджеріанську психотерапію, гіпнотерапію, психодраму, а також міжособистісну, психодинамічну, когнітивно-поведінкову психотерапію та терапію десенсибілізації та репроцесингу травматичної пам'яті з використанням рухів очима (EMDR). Метааналізи порівняльної ефективності цих методів, проведені дослідниками М. Ван Еттеном і С. Тейлором [56], М. Клоїтером [50], Г. Сідлером і Ф. Вагнером [87], свідчать про те, що будь-які підходи, які не спрямовані на роботу з симптомами ПТСР, менше ефективні в порівнянні з тими, які були спеціально розроблені для лікування цього розладу. Згідно з рекомендаціями провідних організацій, таких як Американська психологічна асоціація, Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, Національний інститут здоров'я та якості медичної допомоги Великобританії і Управління психічного здоров'я ветеранів при міністерстві оборони США, найбільш ефективними методами лікування ПТСР на сьогодні є травмофокусова когнітивно-поведінкова психотерапія та метод десенсибілізації і репроцесингу травматичної пам'яті з використанням рухів очима (EMDR).

### **Висновки до 1 розділу.**

В даному розділі було розглянуто поняття ПТСР, історичний розвиток направлення Майндфулнес медитацій, а також проаналізовано останні наукові дослідження щодо впливу практик Майндфулнес на осіб з симптомами ПТСР.

Проведення наукового аналізу актуальних наукових досліджень, що стосуються впливу практики медитації Майндфулнес на психічну реальність індивіда, настільки наочно демонструє позитивну силу цих практик на психічне здоров'я та психологічне благополуччя, що вони відкриваються не лише перед

психологами-практиками, але й перед широкою громадськістю, яка впроваджує ці техніки у свій щоденний режим.

Починаючи з 2004 року, Комісією з національної клінічної та медичної майстерності у Великій Британії (NICE), комплексну програму Майндфулнес було офіційно визнано як результативний метод психотерапії та включено її до стандартних протоколів лікування стресу, хронічної втоми, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії.

Варто зазначити, що результати наукових досліджень чітко вказують на значущий вплив практик медитації Майндфулнес на розвиток стресостійкості, підвищення рівня емоційної компетентності та навичок управління емоціями, розвиток адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій, підвищення енергійності і робочої продуктивності. Поза цим, науково підтверджено високу ефективність програми MBSR у лікуванні рецидивів депресії, ряду тривожних розладів (особливо на завершальних етапах терапії), підвищенні психологічної стійкості до стресу і в лікуванні емоційного вигорання. Як додатковий метод терапії, медитації Майндфулнес та програма MBSR виявила свою ефективність у психологічній підтримці осіб, що мають хронічні болі внаслідок соматичних захворювань, а також у допомозі тим, хто піддається впливу хронічних стресогенних факторів.

В результаті аналізу та узагальнення найновіших наукових досліджень, що стосуються явища резиліентності та ролі груп MBSR як потенційного фактора впливу на це явище, була створена авторська теоретична модель. Ця модель була подана на емпіричному етапі даного дослідження для подальшої перевірки та дослідження.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.**

#### **2.1. Методики дослідження психічних явищ і статистичні методи обробки результатів.**

Відповідно до мети дослідження було підібрано такі психодіагностичні методики:

1. Опитувальник самооцінки стресостійкості С.Коухена та Г.Віліансона;
2. Методика PCL-5 щодо діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
3. Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант).

Детально про перелічені вище методики:

#### **Опитувальник самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Віліансона**

Даний тест дозволяє оцінити рівень стресостійкості (він може бути відмінний, хороший, задовільний, поганий або дуже поганий).

Тест містить 10 запитань із такими варіантами відповідей: ніколи (0 балів), майже ніколи (1 бал), іноді (2 бали), доволі часто (3 бали), постійно (4 балів).

Обробка одержаних результатів проводиться шляхом підрахунку балів відповідно до вибраних відповідей.

У результаті проходження тесту виходить індекс, що показує рівень стресостійкості.

#### **Методика PCL-5 щодо діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР)**

Опитувальник PCL-5 складається з 20 запитань, і кожне з них оцінюється від 0 до 4 балів, залежно від того, наскільки виражений симптом. Зазвичай цей опитувальник використовується для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Запитання у цьому опитуванні відповідають відповідним групам симптомів ПТСР відповідно до класифікації DSM-5 наступним чином:

- Критерій А - це опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії, включає перші п'ять запитань.
- Критерій С, симптоми уникнення, стосується шостого та сьомого запитань.
- Критерій D, негативні думки та емоції, включає в себе від восьмого по чотирнадцяте запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності, стосується п'ятнадцятого по двадцяте запитання.

Мінімальний можливий бал - 0, а максимальний - 80. Для постановки діагнозу ПТСР необхідно, щоб існувала історія травматичної події.

### **Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант)**

Місісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня виразності посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T.M, et al, 1987, 1988). В даний час вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів провадиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Пункти, що містяться в опитувальнику, входять у 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 — уникнення та 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини та

суїцидальності. Як показали дослідження, МШ має необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», що спонукало дослідників до розробки «цивільного» варіанта МШ, який складався з 39 питань.

У методиці виділяють дві субшкали: когнітивно-афективна субшкала (С-А) та субшкала соматичних проявів депресії (S-P)

Інтерпретація результатів тесту:

35-96 балів - гарний рівень адаптації;

97-111 балів – порушення адаптації;

112 балів і більше посттравматичний стресовий розлад. Рекомендовано звернутися до медичного центру чи центру психологічної реабілітації військовослужбовців.

**Методи обробки даних.** Дизайн емпіричного дослідження передбачає використання багатовимірних статистичних методів обробки результатів. Тому в якості методів опрацювання даних використовувалися процедури багатовимірного та багатофакторного дисперсійного аналізу, що входять до складу статистичного пакету SPSS 26.0. Ця статистична процедура дає змогу вивчати вплив кількох незалежних змінних на залежну змінну.

Крім того, для опрацювання результатів дослідження використовували лінійну регресію та коефіцієнт Спірмена. Лінійну регресію проводили для калібрування залежності сумарного показника когнітивної функції від зовнішніх середовищних чинників впливу. Коефіцієнт Спірмена використовувався для визначення рівня кореляції зважених змінних.

## **2.2. Опис етапів дослідження та характеристика вибірки.**

Розгляд питання специфічно-психологічного змісту понять «посттравматичний стресовий розлад», «психічний стан», «майндфулнес» і

«терапія» дає змогу конкретизувати характер взаємозв'язку між ними та обрати адекватний проблемі метод емпіричного дослідження. Теоретичний аналіз показує, що як ПТСР, так і майндфулнес підхід та терапія для подолання цього розладу різняться за тривалістю, якісно специфічними характеристиками, за ступенем усвідомленості та можливостями саморегуляції, за нейрофізіологічними засадами та ін. Про це свідчать роботи Дж. Кабат-Зінна, Д. Сігела [66, 68, 88].

Виходячи з усього вищесказаного, **мета кваліфікаційної роботи** - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості впливу майндфулнес-практик на зміни в стані рсіб з симптомами ПТСР.

Відповідно до мети і висунутого припущення вирішувалися **такі емпіричні завдання дослідження:**

1. Підібрати адекватні методики, на підставі яких провести визначення стресостійкості та наявності можливих симптомів ПТСР у випробовуваних;
2. Провести кількісну та якісну оцінку отриманих результатів
3. Виявити людей з низьким рівнем стресостійкості та можливим ПТСР;
4. Провести практичні зустрічі з вправами Майндфулнес-медитацій;
5. Проаналізувати отримані результати - встановити особливості впливу майндфулнес-практик на зміни в стані досліджуваних з симптомами ПТСР.

#### **Гіпотези магістерської роботи:**

1. Припускаємо, що досвід майндфулнес-практик позитивно впливатиме на стан людей з симптомами ПТСР, а саме призводитиме до їх зменшення.
2. Ймовірно, серед учасників експериментальної групи досліджуваних, внаслідок виконання майндфулнес-практик додатково зростатимуть такі показники як стресостійкість, зменшення проявів симптомів ПТСР.
3. Припускаємо, що для контрольної групи досліджуваних показники стресостійкості, та симптомів ПТСР протягом дослідження залишатимуться незмінними.

**Етапи дослідження.** Дослідження проводилося в період з жовтня 2022 року по листопад 2023 року і включало 3 етапи:

Перший етап дослідження - пошуковий (жовтень 2022 - травень 2023 р.) На цьому етапі було здійснено аналіз наукової літератури та теоретичне вивчення проблеми дослідження та основних понять, були проаналізовані результати психологічних досліджень зарубіжних і вітчизняних науковців за темою кваліфікаційної роботи; на основі результатів аналізу була розроблена робоча модель діагностики психічних станів, якості життя та когнітивних процесів.

Другий етап дослідження - діагностико-аналітичний (травень 2023-жовтень 2023 р.). На цьому етапі було підібрано методичний інструментарій і проведено емпіричне дослідження, зібрано дані для подальшого статистичного аналізу.

Експериментальне дослідження впливу майндфулнес-практик на симптоми ПТСР включало три основні етапи: проходження попереднього опитування, власне практики, та проходження фінального опитування.

На першому етапі експерименту учасникам було запропоновано пройти попередньо укладений опитувальник, що містив загальні анкетні запитання щодо віку, статі, сфери діяльності, приблизного регіону перебування, а також спеціальні методики – Тест стресостійкості Коухена та Віліансона, Методика PCL-5 щодо діагностики ПТСР, а також Цивільний варіант Місісіпської шкали ПТСР.

Третій етап дослідження - статистична обробка та аналіз отриманих результатів (жовтень 2023-листопад 2023 р.). На даному етапі дослідження проводилася робота по обробці і систематизації даних, здійснено аналіз отриманих результатів і зроблені висновки. Підсумкові дані по кожному виду опитування були зведені в таблиці і рисунки, які представлені в даній роботі.

**Логічна схема дослідження.** Відповідно до цілей і завдань, логічна схема

(послідовність) етапів емпіричного дослідження підпорядковувалася наступній логіці їх побудови:

Процедура дослідження поділялась на три етапи згідно дизайну експерименту (тест – вплив – ре-тест). На першому етапі було проведено опитування експериментальної та контрольних груп досліджуваних. Представлені вище методики були пред'явлені учасникам онлайн-групи. Згодом зібраний матеріал був систематизований, оброблений та проаналізований. На початковому етапі дослідження учасники поділились на контрольну та експериментальну групи.

На другому – учасники експериментальної групи проходили п'яти-тижневий курс MBSR; учасники контрольної групи не проходили практику майндфулнес. Учасники експериментальної групи приймали участь в 5 експериментальних практичних зустрічах, після яких отримували завдання для самостійної щоденної практики.

Кожна з 5 зустрічей в межах даного курсу мала окреме тематичне наповнення:

Зустріч 1: Симптоми прояву ПТСР. Як може допомогти майндфулнес. Освоєння майндфулнес-практики уважного спостереження за диханням.

Зустріч 2: Майндфулнес тіла. Відстеження напруження. Майндфулнес-практика сканування тіла.

Зустріч 3: Наші емоції живуть в тілі. Майндфулнес-практика управління емоціями.

Зустріч 4: Майндфулнес в стосунках. Підтримка і чуйність. Майндфулнес-практика проявлення самопідтримки та само-чуйності.

Зустріч 5: Фінальна зустріч. Комплексна майндфулнес-практика зі спостереженням за звуками.

Під час кожної зустрічі, учасники брали участь у майндфулнес-медитаціях, які проводила авторка цієї роботи, а також активно обговорювали

свій власний досвід медитаційних практик. У періоди між зустрічами, учасники регулярно впрактиковували методи майндфулнес, користуючись аудіо-медитаціями та домошніми завданнями. Також мали можливість самостійно застосовувати різноманітні практики згідно зі своїми власними уподобаннями.

На третьому етапі нашого наукового дослідження, ми провели повторне опитування учасників експериментальної та контрольної групи, використовуючи ті ж самі шкали та методики.

**База дослідження.** Початкова концепція експерименту передбачала залучення до нього не менше ніж 80 учасників. Але на практичному етапі ми змогли залучити лише 55 осіб, що призвело до зменшення обсягу вибірки для дослідження. Це, безумовно, створило певні обмеження для нашого дослідження та унеможливило розповсюдження результатів на більший вибірковий обсяг. Ми вважаємо це дослідження пілотним та сподіваємось на його розширення в майбутньому. Тим не менше, отримані результати нададуть нам можливість визначити загальні тенденції у зміні прояву симптомів ПТСР під впливом медитацій Майндфулнес і можуть послужити цінними точками відліку для майбутніх наукових досліджень в цій області.

В емпіричному дослідженні взяли участь громадяни України різного соціального статусу та різних професій, що перебували в Україні та закордоном, віком 20-65 років. Загальний обсяг досліджуваної вибірки становив 55 осіб.

Дослідження впливу майндфулнес практик на осіб з ПТСР проводили на онлайн зустрічах на платформі Google Meet та Google Forms.

Під час третього етапу дослідження, коли було проведено повторний збір даних після експериментального впливу, з участі у вибірковій групі було виключено 3 з 27 учасників, а з контрольної групи – 2 з 28, через те, що досліджувані не виявили бажання продовжувати свою участь у експерименті. Отже, на етапі обробки даних ми отримали результати 24 учасників експериментальної групи та 26 учасників контрольної групи.

## Висновки до 2 розділу

У другому розділі ми зазначили, що аналіз понять «посттравматичний стресовий розлад», «психічний стан», «майндфулнес» та «терапія» в контексті їх специфічно-психологічного змісту відображає важливий взаємозв'язок між ними, що визначає вибір належного методу емпіричного дослідження. Згідно з теоретичним аналізом, ПТСР, майндфулнес та терапевтичні підходи до подолання цих станів відрізняються за тривалістю, якісними характеристиками, рівнем усвідомленості, можливістю саморегуляції та нейрофізіологічними засадами. І саме роботи Дж. Кабат-Зінна та Д. Сігела відображають цей розрізнений підхід у розумінні та лікуванні цих станів.

Наведений у другому розділі опис структури експериментального дослідження зосереджений на використанні класичної схеми «тест-вплив-ретест». Це означає, що учасники спочатку пройшли попереднє тестування (тест), після чого були піддані впливу (в даному випадку — Майндфулнес-практикам), після чого повторно пройшли тестування (ретест) для виявлення змін у їхніх показниках або стані.

Також було описано, як проводилися опитування та обробка отриманих даних з використанням програми SPSS 26.0. Використання лінійної регресії та коефіцієнта Спірмена вказує на те, що дослідники використовували аналітичні методи для встановлення зв'язків та залежностей між змінними, наприклад, між симптомами ПТСР та впливом Майндфулнес-практик.

Лінійна регресія використовується для аналізу залежностей між змінними та прогнозування значень однієї змінної на підставі інших. Коефіцієнт Спірмена використовується для визначення ступеня кореляції між двома порядковими змінними, що дозволяє встановити, чи існує статистично значущий зв'язок між ними та його напрямок.

Ці методи дозволяють з'ясувати, як змінні взаємодіють одна з одною та впливають на результати дослідження, допомагаючи розкрити важливі відносини між факторами в контексті вивчення впливу Майндфулнес-практик на симптоми ПТСР у досліджуваних. Здійснено детальний опис вибірки досліджуваних, її характеристику за віком, родом зайнятості та попереднім досвідом практик Майндфулнес, поділ на експериментальну та контрольну групи. Описано батарею психометричних шкал методик, за допомогою яких було здійснено первинний та повторний заміри показників резильєнтності, стресостійкості, життєстійкості та проявів симптомів ПТСР серед учасників дослідження.

Також було детально описано структуру та наповнення курсу як чинника впливу в даному експериментальному дослідженні.

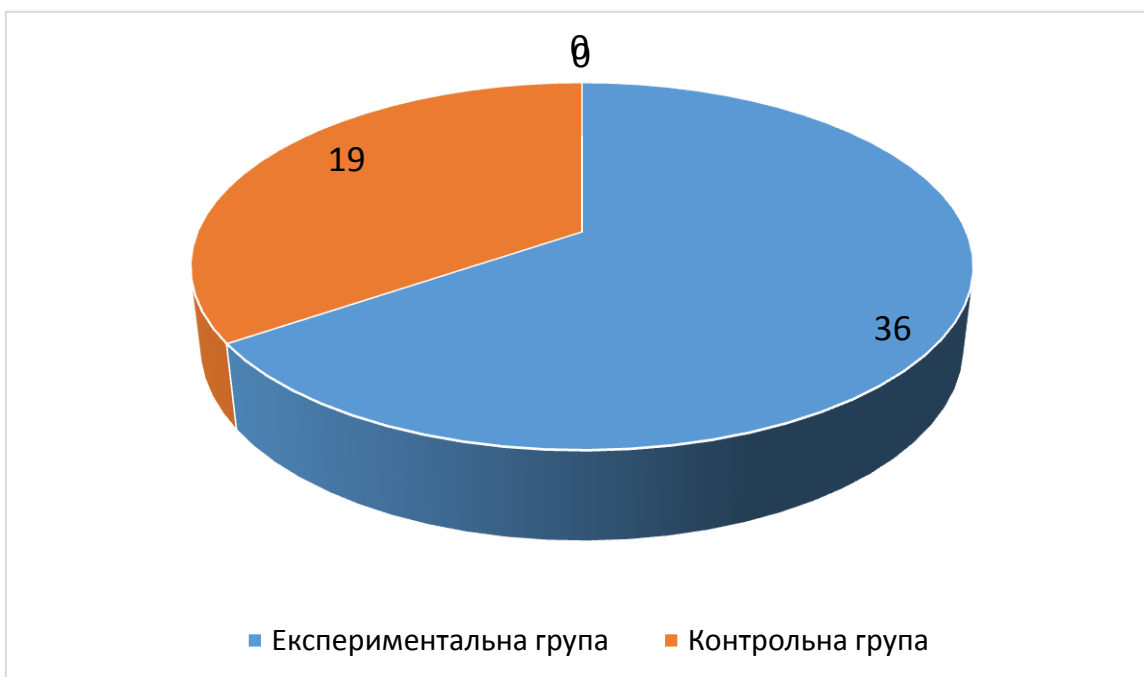
Встановлено ряд викликів та обмежень дослідження, пов'язаних з дистанційним форматом його проведення (у зв'язку з різним місцезнаходженням учасників), а також обмеженою кількістю учасників, та виключенням частини з них у зв'язку з небажанням проходити практики або опитування повторно. Проведено експеримент (у дві хвили), зібрано та систематизовано отримані дані та здійснено всю необхідну підготовку до емпіричного етапу дослідження.

### РОЗДІЛ 3.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МАЙНДФУЛНЕС-ПРАКТИК НА СИМПТОМИ ПТСР У ДОСЛІДЖУВАНИХ.

### 3.1. Порівняльний аналіз результатів діагностики посттравматичного стресового розладу (за методикою PCL-5) в експериментальній та контрольній групах.

На першому етапі нашого емпіричного дослідження, нами були оброблені результати діагностики посттравматичного стресового розладу за методикою PCL-5. В дослідженні приймало участь 36 осіб контрольної та 19 осіб експериментальної групи. Результати представлені на рис. 3.1.



**Рис.3.1. Загальна характеристика груп досліджуваних**

Виходячи з рисунку 3.1, зрозуміло, що з 55 досліджуваних 36 входило до експериментальної, а 19 - до контрольної груп.

Далі в експериментальній групі проводили практичні заняття, на яких використовували медитації та техніки Майндфулнес. Контрольна група терепію не проходила.

Для виявлення потенційних змін у рівнях стресостійкості та симптомів ПТСР респондентів після проходження практики MBSR, нами було застосовано (Paired T-Test) для порівняння двох залежних вибірок.

*Таблиця 3.1.*

**Порівняльний аналіз середніх значень за шкалою ПТСР (PCL-5) для експериментальної групи досліджуваних**

Симптоми ПТСР (PCL-5)	До експерименту Mean1	Після експерименту Mean2	Т-Ст'юдента	Ст.зн. р
ПТСР- симптом інтрузії	4,45	1,35	17,582	0,000
ПТСР- симптом уникання	0,48	0,27	10,206	0,145
ПТСР- симптом негативних думок та емоцій	10,18	6,13	20,397	0,010
ПТСР- симптом надмірної реактивності	7,37	3,30	20,397	0,007
ПТСР- підсумковий показник	17,37	14,13	21,782	0,001

Наведені результати аналізу вказують на значне зменшення середніх значень усіх симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

учасників експериментальної групи після проходження програми, порівняно з результатами до початку програми.

Інтрюзія (постійне відчуття небезпеки та невпевненості) значно зменшилася (Mean1 = 4,45; Mean2 = 1,35;  $p = 0,000$ ), вказуючи на значущу та статистично підтвержену зміну. Також спостерігалось важливе зменшення симптомів негативних думок та емоцій (Mean1 = 10,18; Mean2 = 6,13;  $p = 0,010$ ) та надмірної реактивності (Mean1 = 7,37; Mean2 = 3,30;  $p = 0,007$ ), що підтверджується статистично.

Щодо симптомів уникнення, спостерігалася зменшена різниця між середніми значеннями до та після програми, і це не досягло статистичної значущості (Mean1 = 0,48; Mean2 = 0,27;  $p = 0,145$ ).

Підсумковий показник ПТСР також демонструє статистично значуще зменшення (Mean1 = 17,37; Mean2 = 14,13;  $p = 0,001$ ).

*Таблиця 3.2.*

**Порівняльний аналіз середніх значень за шкалою ПТСР (PCL-5) для контрольної групи досліджуваних**

Симптоми ПТСР (PCL-5)	До експерименту Mean	Після експерименту Mean	Т-Ст'юдента	Ст.зн. p
ПТСР- симптом інтрузії	4,76	6,17	3,91	0,215
ПТСР- симптом уникання	0,57	0,71	4,65	0,345
ПТСР- симптом негативних думок та емоцій	13,24	17,12	2,68	0,012
ПТСР- симптом надмірної реактивності	6,78	7,26	3,75	10,107
ПТСР- підсумковий показник	25,35	27,10	3,741	0,201

Отже, загальна тенденція вказує на те, що учасники експериментальної групи показали значне поліпшення щодо симптомів ПТСР після завершення програми порівняно з початковими показниками. Ці результати свідчать про ефективність програми в зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу у даній групі досліджуваних.

Результати обробки тестування контрольної групи свідчать, що симптоми інтрузії, уникання та надмірної реактивності після повторного опитування незначною мірою підвищились, проте їх показники не отримали статистично значущих результатів. Симптом негативних думок та емоцій збільшив свій коефіцієнт в кінці програми, його статистичне значення є достовірним. Підсумковий показник ПТСР в кінці експерименту виявився вищим за показник, який був на початку (Mean1 = 25,35; Mean2 = 27,10), проте його статистичне значення  $p > 0,05$ , що також не може відноситись до статистично достовірних змін. Все це може певною мірою свідчити про те, що стан ПТСР в людей без терапії мав тенденцію посилюватись.

### **3.2. Порівняльний аналіз результатів діагностики посттравматичних реакцій за Місісіпською шкалою в експериментальній та контрольній групах.**

В даному підрозділі буде представлений порівняльний аналіз результатів діагностики посттравматичних реакцій за Місісіпською шкалою в експериментальній та контрольній групах. Таблиця 3.3 нижче наводить середні значення за Місісіпською шкалою ПТСР для експериментальної групи досліджуваних. Ці дані слугують для порівняння з контрольною групою і

вказують на можливі відмінності у реакціях обох груп на вплив психотравмуючих чинників.

*Таблиця 3.3.*

**Порівняльний аналіз середніх значень за Місісіпською шкалою ПТСР для експериментальної групи досліджуваних.**

	До експерименту Mean	Після експерименту Mean	T-Стьюдента	Ст.знач.
ПТСР Місісіпська шкала	100,63	86,13	-30,395	0,012

Результати програмного аналізу початкового та кінцевого опитувань за Місісіпською шкалою в експериментальній групі показують значне зменшення проявів симптомів ПТСР (Mean = 100,63; Mean = 86,13;  $p = 0,012$ ), відмінність достовірна, що показує значимість терапії в цій групі.

Цей результат свідчить про важливість терапії, яка відбувалася в експериментальній групі. За допомогою Місісіпської шкали, результати показали статистично значуще зменшення проявів симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) від початкового до кінцевого етапу терапії.

*Таблиця 3.4.*

**Порівняльний аналіз середніх значень за за Місісіпською шкалою ПТСР для контрольної групи досліджуваних.**

	До експерименту Mean	Після експерименту Mean	T-Стьюдента	Ст.знач.
ПТСР Місісіпська шкала	98,46	100,67	13,395	0,033

Цей результат щодо контрольної групи вказує на те, що середнє значення (Mean) проявів симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) зросло з початкового етапу до завершення дослідження.

У контрольній групі спостерігалось збільшення з середнього значення на початку, яке становило 98,46, до середнього значення на кінцевому етапі - 100,67. Значення  $p$  становить 0,033, що підтверджує статистичну достовірність цієї різниці.

Це вказує на те, що в контрольній групі спостерігалось зростання симптомів ПТСР протягом дослідження. Це може бути важливою інформацією для подальшого розуміння впливу чинників, які можуть призводити до збільшення симптомів ПТСР серед осіб, які не отримували терапію чи втручання, що застосовувалися в експериментальній групі.

### **3.3. Порівняльний аналіз рівнів появи стресостійкості в експериментальній та контрольній групах.**

У даному розділі наведено порівняльний аналіз рівнів появи стресостійкості в експериментальній та контрольній групах. Таблиця 3.5 приведена нижче представляє середні значення за шкалою стресостійкості Коухена та Віліансона для експериментальної групи досліджуваних. Ці дані є результатом оцінки стресостійкості і можуть свідчити про відмінності у виявленні стресу та здатності до його подолання між обома групами.

Результати обробки даних щодо появу стресостійкості в експериментальній групі в результаті проходження терапії показали, що стресостійкість учасників істотно покращилась (Mean1 = 18,48; Mean2 = 14,69;  $p = 0,007$ ), значення достовірні.

Таблиця 3.5.

**Порівняльний аналіз середніх значень за шкалою стресостійкості  
Коухена та Віліансона для експериментальної групи досліджуваних.**

	До експерименту Mean	Після експерименту Mean	Т-Ст'юдента	Ст.зн. р
Стресостійкість	18,48	14,69	20,30	0,007

Цей результат свідчить про значуще покращення рівня стресостійкості серед учасників експериментальної групи після проведення терапії.

За результатами обробки даних було виявлено, що на початковому етапі середнє значення стресостійкості (Mean) становило 18,48, а на кінцевому етапі - 14,69. Значення р дорівнює 0,007, що свідчить про статистичну достовірність отриманої різниці.

Отже, результати вказують на те, що терапія сприяла істотному покращенню стресостійкості учасників експерименту. Це може бути важливим для розуміння та підтримки терапевтичних підходів, спрямованих на покращення здатності людей адаптуватися до стресових ситуацій та підвищення їхньої психологічної стійкості.

Таблиця 3.6.

**Порівняльний аналіз середніх значень за шкалою стресостійкості  
Коухена та Віліансона для контрольної групи досліджуваних.**

	До експерименту Mean	Після експерименту Mean	Т-Ст'юдента	Ст.зн. р
Стресостійкість	17,56	17,51	6,432	0,047

У початковий момент часу, середнє значення рівня стресостійкості (Mean) у контрольній групі становило 17,56, а на завершення експерименту - 17,51. Хоча спостерігалось дуже слабе зниження, значення  $p = 0,047$  вказує на слабе статистичне значення цієї різниці.

Цей результат стверджує, що у контрольній групі учасників рівень стресостійкості практично залишався стабільним протягом експерименту.

Порівнюючи ці дані з даними експериментальної групи, будемо вважати цей факт ще одним пунктом на користь терапії.

В порівнянні з експериментальною групою, де було виявлено статистично значуще покращення стресостійкості, зниження у рівні стресостійкості у контрольній групі підтверджує вплив терапії, яка застосовувалася учасникам експериментальної групи. Це може вказувати на корисність та ефективність терапевтичних методів, оскільки вони сприяють покращенню стресостійкості, що не спостерігалось в контрольній групі без такого втручання.

### 3.4. Вплив соціально-демографічних характеристик на вплив майндфулнес-терапії на стан людей з симптомами ПТСР.

Таблиця 3.7.

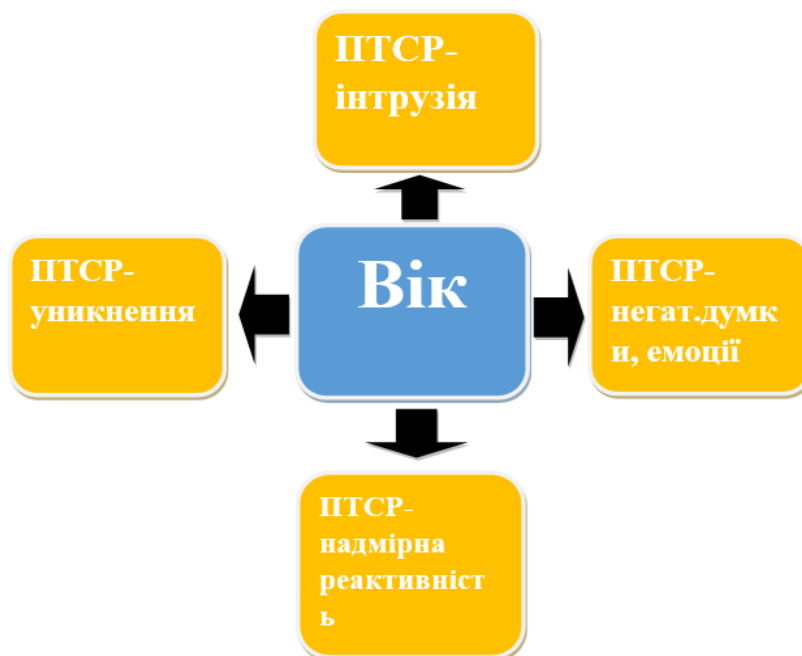
Взаємозв'язок віку та освіти з симптомами ПТСР

	ПТСР-симптом інтрузії	ПТСР-симптом нав'язливих негативних думок та емоцій	ПТСР-симптом надмірної реактивно-сті	ПТСР-загальний показник
Вік	-0,425(*) 0,027	-0,488(**) 0,010	-0,474(*) 0,013	-0,454(*) 0,017
Освіта	-0,389(*) 0,045	-0,488(**) 0,010	-0,411(*) 0,033	-0,504(**) 0,007

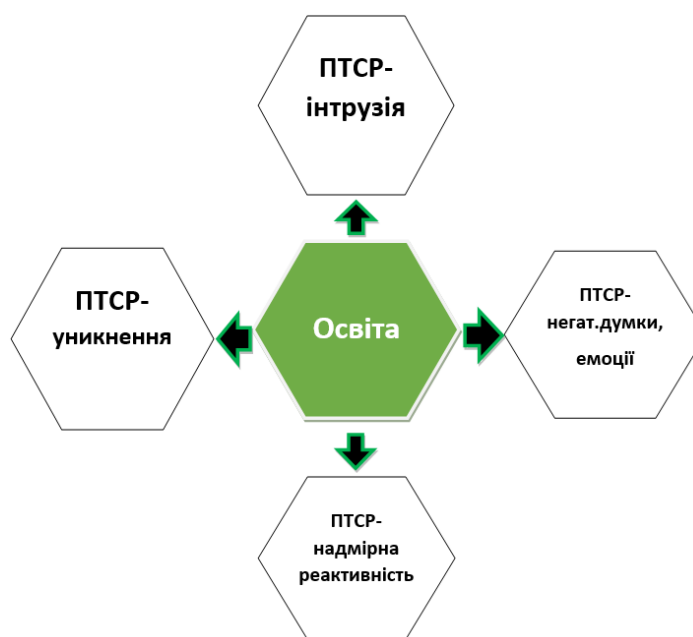
Зазначені вище дані вказують на зворотній зв'язок між віком та симптоматикою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це означає, що існує тенденція: чим вище вік, тим менше виражені симптоми ПТСР, і, навпаки, у молодшій віковій групі спостерігається більш виражена симптоматика ПТСР.

Щодо освіти, згідно з вказаним аналізом, також спостерігається зворотній зв'язок. Це означає, що із зростанням рівня освіти спостерігається зменшення вираженості симптомів ПТСР. Тобто люди з вищим рівнем освіти можуть демонструвати меншу схильність до проявів симптомів ПТСР порівняно з тими, хто має менший рівень освіти.

Ці спостереження вказують на можливий вплив віку та рівня освіти на ризик розвитку симптомів ПТСР. Вони можуть бути важливими для розуміння факторів, що впливають на виникнення та вираженість цього типу стресового розладу.



**Рис. 3.2. Вплив віку на симптоми ПТСР**



**Рис. 3.3. Вплив освіти на ПТСР**

Розглянемо більш детально вікові особливості прояву симптомів ПТСР. Результати порівняльного аналізу подано в табл. 3.8.

*Таблиця 3.8.*

**Вікові особливості вираженості досліджуваних змін в групі досліджуваних осіб після експерименту.**

Показники	Вікові групи			
	1 20-25 років	2 26-35 років	3 36-45 років	4 Старше 46 років
ПТСР-інтрузії симптом	0,60	0,71	0,20	0,13
ПТСР-уникання симптом	0,40	0,11	0,12	0,09
ПТСР-негативних думок та емоцій симптом	6,20	9,14	5,00	3,20
ПТСР-надмірної реактивності симптом	4,00	4,71	3,40	1,00
ПТСР-підсумковий	13,80	19,28	11,20	10,83

показник				
ПТСР шкала	Місісіпська	95,80	87,00	83,00 79,66

Вищезазначена таблиця вказує на те, що симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) найбільш виражені в молодій віковій групі (20-25 років та 26-30 років), а найменш виражені - у старшій віковій групі (36-45 років, 46 років і старше). Ця таблиця ілюструє, що із зростанням віку спостерігається зниження вираженості симптомів ПТСР.

Цей результат відображає можливі зміни в переживанні стресу та травматичних ситуацій протягом життя. Молодша вікова група може бути більш вразливою до стресу та травматичних подій, що може впливати на вираженість симптомів ПТСР. У той час як старша вікова група, можливо, набула більшого життєвого досвіду та розвинула стратегії копінгю, що допомагають їм краще впоратися з травмуючими ситуаціями, тому у них менше виявляється симптомів ПТСР.

В цій таблиці також наведені дані середніх балів за Місісіпською шкалою за віковими категоріями, де за результатами ми можемо пропустити, що існує зв'язок між віком і проявами симптомів ПТСР, вказуючи на тенденцію до зниження вираженості цих симптомів із зростанням віку.

Нами також було проведено поглиблений аналіз впливу рівня освіти на вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу. Результати порівняльного аналізу наведено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Вплив рівня освіти на вираженість досліджуваних змін в групі  
досліджуваних осіб**

Освіта	ПТСР– симптоми інтрузії	ПТСР– симптом уникнення	ПТСР- симпто м нав'язл. негат. думок, емоцій	ПТСР – симпто мнадм ірної реакти вності	ПТСР– загальн ий показн ик	Бали за місісіпсь кою шкалою	Стресос тійкість
Повна середня, загальна	2,00	0,11	11,00	6,00	14,00	94,00	12,00
Середня спеціальн а (технікум і т.п)	3,12	0,87	10,87	7,00	16,87	98,37	18,25
Неповна вища	5,62	0,12	9,87	7,12	17,75	108,87	21,12
Повна вища	1,68	0,03	7,12	4,68	8,09	89,12	15,56

Результати, викладені в таблиці 3.9, демонструють на зв'язок між рівнем освіти та симптоматикою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За наведеними даними, симптоми ПТСР мають тенденцію зменшуватися у своїй вираженості зі зростанням рівня освіти.

Висновок, який можна зробити з цієї таблиці, полягає в тому, що освіта може мати певний вплив на рівень симптомів ПТСР. Припускаємо, що люди в період навчання в технікумах, ліцеях та університетах можуть бути більш схильними до проявів симптомів ПТСР, особливо, коли вони можуть переживати нестабільність у виборі професійного шляху та ствердження в обраній сфері. Натомість, люди з вищою освітою можуть демонструвати менш

виражені симптоми ПТСР, що може вказувати на зв'язок між освітою, розвитком та здатністю впоратися з травмуючими ситуаціями або стресом. ч'

На наступному етапі нашого дослідження нами був проведений кореляційний аналіз для глибшого розуміння структури взаємозв'язку між досліджуваними показниками. Результати структури взаємозв'язків характеристик стресостійкості і симптомів ПТСР в контрольній групі наведено в наступній таблиці 3.10.

Таблиця 3.10.

**Структура взаємозв'язків характеристик стресостійкості і симптомів ПТСР в контрольній групі.**

	Стресостійкість	ПТСР–симптом інтрузії	ПТСР–симптом уникнення	ПТСР-симптом нав'язливих негативних думок та емоцій	ПТСР–симптоми надмірної реактивності	ПТСР – загальний показник
ПТСР-симптом інтрузії	-0,478(*)	-	0,499(**)	0,752(**)	0,793(**)	0,930(**)
	0,012	-	0,008	0,000	0,000	0,000
ПТСР-симптом уникання	-	0,499(**)	-	0,453(*)	0,403(*)	0,603(**)
	-	0,008	-	0,018	0,037	0,001
ПТСР-симптом негативних думок та емоцій	-0,610	0,752(**)	0,453(*)	-	0,735(**)	0,883(**)
	0,001	0,000	0,018	-	0,000	0,000
ПТСР-симптом надмірної реактивності	-0,477(*)	0,793(**)	0,403(*)	0,735(**)	-	0,896(**)
	0,012	0,000	0,037	0,000	-	0,000
ПТСР-	-0,518(**)	0,930(**)	0,603(**)	0,883(**)	0,896(**)	-

підсумковий показник	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	-
ПТСР	-0,715(**)	0,567(**)	-	0,689(**)	0,647(**)	0,653(**)
Місісіпська шкала	0,000	0,002	-	0,000	0,000	0,000

Результати кореляційного аналізу, які ми привели, вказують на цікавий та важливий аспект взаємозв'язку між стресостійкістю та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Зворотній характер взаємозв'язку між стресостійкістю та різними шкалами симптомів ПТСР вказує на те, що вищий рівень стресостійкості співвідноситься із меншою виразністю цих симптомів.

Негативна кореляція між стресостійкістю та симптом інтрузії ( $r = -0.478$ ,  $p < 0.05$ ). Можна констатувати, що люди з вищим рівнем стресостійкості можуть рідше відчувати наслідки травматичних подій у вигляді нав'язливих негативних спогадів та думок про минуле. Наприклад, вони можуть легше знаходити способи проходження через труднощі без постійного повернення до негативних моментів минулого.

Негативну кореляцію між стресостійкістю та симптомом негативних думок та емоцій ( $r = -0.610$ ,  $p = 0.001$ ) можна інтерпретувати таким чином, що особистості з вищим рівнем стресостійкості можуть краще контролювати негативні емоції та думки, пов'язані зі стресом або травматичними подіями. Наприклад, вони можуть швидше відновлюватися після стресових ситуацій.

Негативна кореляція стресостійкості та симптому надмірної реактивності ( $r = 0.477$ ,  $p < 0.05$ ) – можна зазначити, що люди з вищим рівнем стресостійкості можуть менше реагувати на стресові події або ситуації, що спричиняють дискомфорт, знижуючи ступінь психологічної напруги або відповіді на стрес. Наприклад, вони можуть бути менш схильні до панічних реакцій у стресових ситуаціях.

Негативна кореляція тресостійкості та загального підсумкового показника ПТСР ( $r = -0.518$ ,  $p < 0.05$ ) може свідчити, що вищий рівень стресостійкості може вказувати на менш виражені загальні симптоми посттравматичного стресового розладу. Наприклад, люди з вищим рівнем стресостійкості можуть краще адаптуватися до стресових подій та швидше повертатися до звичайного життя після травматичних викликів.

Симптом інтрузії позитивно корелює з симптомом уникнення ( $r = 0,499$ ,  $p < 0,05$ ), симптомами негативних думок та емоцій ( $r = 0,752$ ,  $p < 0,01$ ), симптомом надмірної реактивності ( $r = 0,793$ ,  $p < 0,01$ ), і загальним показником ПТСР ( $r = 0,930$ ,  $p < 0,01$ ).

Виходячи з вищезазначеного, бачимо, що чим сильніше виникає симптом інтрузії (нав'язливі негативні спогади та стани з минулого), тим більше виявляється негативних думок, емоцій та реактивності, і загалом рівень прояву ПТСР вищий.

Прояви:

- Людина може регулярно відчувати тривогу, страх, печаль або роздратування.
- Збільшена вразливість до стресу та важкості в контролі емоцій.
- Тенденція уникаюти ситуацій або об'єктів, які можуть тригерити негативні спогади.
- Стимування або уникнення соціальних взаємодій, оскільки це може викликати емоційний дискомфорт.
- Збільшене виникаюче злість чи депресія під час згадування чи роздумів про минуле.
- Наявність негативних переконань або змінений спосіб мислення про світ навколо.
- Можливість відчуття втоми, безсоння та загального стресу через постійний вплив інтрузивних спогадів.

- Створення ізолюваного середовища через прагнення уникати ситуацій, що можуть викликати виникнення негативних спогадів.
- Ускладнення взаємин з близькими людьми через переживання, пов'язані зі спогадами.

Шкала уникнення прямо корелює з симптомами інтрузії ( $r = 0,499$ ,  $p = 0,01$ ), що означає, що існує позитивний зв'язок між рівнем уникнення та інтрузивними симптомами ПТСР. Іншими словами, чим вищий рівень уникнення, тим сильніше проявляються нав'язливі спогади та стани з минулого; негативними думками та емоціями ( $r = 0,453$ ,  $p = 0,05$ ), що вказує на прямий зв'язок між уникненням та симптомами негативних думок та емоцій, хоча статистична значимість на рівні  $0,05$  вказує на менш сильний зв'язок; надмірною реактивністю ( $r = 0,403$ ,  $p < 0,05$ ), що показує, що існує прямий зв'язок між уникненням та надмірною реактивністю, що може виявлятися у високій реакції на стресові події; і загальним показником ПТСР ( $r = 0,603$ ,  $p = 0,01$ ), ця кореляція показує відносно сильний позитивний зв'язок між уникненням і загальним рівнем прояву симптомів ПТСР..

Вищий рівень уникнення пов'язаний з більш вираженими інтрузивними, негативними симптомами, надмірною реактивністю та загальними симптомами ПТСР.

Зв'язок між симптомом уникнення та іншими симптомами ПТСР є досить значущим у розумінні впливу на поведінку і емоційний стан особи.

- Особа, яка має вищий рівень уникнення, може уникаютьи будь-які події, людей або місця, які нагадують їм про травматичну ситуацію. Наприклад, вони можуть уникаютьи подій, пов'язаних із своєю травмою, або уникаютьи контакту з людьми, що нагадують їм про цю травму.

- Особа може відчувати зростаючий ступінь тривоги, невпевненості або навіть паніки, коли вони зіштовхуються з потенційними спогадами чи

ситуаціями, які нагадують їм про травму. Це може призвести до збільшення рівня стресу та загальної напруженості.

- відчуженість або неприязнь до оточуючих через бажання уникнення соціальних ситуацій, що стосуються травматичних подій.

- Це може призвести до обмеження можливостей та втрати різноманітності досвіду життя через уникнення нових ситуацій або подій.

- Уникнення може спричиняти подальше загострення інших симптомів ПТСР, таких як інтрузивні спогади, негативні думки та емоції, збільшена реактивність тощо.

- Люди з високим рівнем уникнення можуть відчувати відчуження від оточуючих, що може призвести до втрати підтримки та розуміння у важливих міжособистісних відносинах.

Симптом негативних думок та емоцій прямо корелює з інтрузією ( $r = 0,752$ ,  $p < 0,01$ ), уникненням ( $r = 0,453$ ,  $p < 0,05$ ), надмірною реактивністю ( $r = 0,735$ ,  $p < 0,01$ ), і загальним показником ПТСР ( $r = 0,883$ ,  $p < 0,01$ ).

Більш виражені негативні думки та емоції пов'язані з інтрузивними, уникненням, надмірною реактивністю та загальними симптомами ПТСР.

Розуміння взаємозв'язку між симптомами ПТСР, такими як негативні думки та емоції, і іншими проявами цього розладу в житті людини допомагає краще усвідомити вплив цих симптомів на психологічний стан та поведінку.

- Особа з негативними думками та емоціями може досить часто відчувати тривогу, роздратування, печаль чи безнадійність. Ці емоції можуть стати більш інтенсивними, коли вони зіштовхуються з подіями чи ситуаціями, що нагадують їм про травматичний досвід.

- Людина може переживати постійні негативні думки про самого себе, світ навколо або про події минулого. Ці думки можуть бути нав'язливими та повторюватися в різних ситуаціях.

- Негативні думки можуть призвести до зниження активності людини, обмежуючи їхню здатність до виконання звичних справ і завдань.

- Люди з негативними думками та емоціями можуть бути схильні до тривожних реакцій на зовнішні подразники або травматичні спогади.

- Негативні думки та емоції можуть підтримувати інші симптоми ПТСР, такі як інтрузивні спогади, надмірна реактивність тощо, і можуть сприяти загостренню розладу.

- Ці симптоми можуть призвести до значного погіршення якості життя людини через зниження настрою, занепокоєння та втрату радості від повсякденних справ.

Симптом надмірної реактивності прямо корелює з інтрузією ( $r = 0,477$ ,  $p < 0,05$ ), уникненням ( $r = 0,793$ ,  $p < 0,01$ ), негативними думками та емоціями ( $r = 0,735$ ,  $p < 0,01$ ), і загальним показником ПТСР ( $r = 0,896$ ,  $p < 0,01$ ). Більша реактивність пов'язана з інтрузивними, уникненням, негативними симптомами та загальними симптомами ПТСР.

Зв'язок між симптомом надмірної реактивності та іншими проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) виявляється в різних аспектах життя людини:

- Особи з вираженою надмірною реактивністю можуть мати посилену реакцію на звичайні подразники, наприклад, реагувати на незначні звуки, світло або навіть на запахи.

- Люди з цим симптомом можуть бути більш схильними до стресових ситуацій, більше переживати і зазнавати дискомфорту у таких умовах.

- Надмірна реактивність може призводити до конфліктів та труднощів у взаємодії з оточуючими. Особа може реагувати різкими емоціями, що ускладнює спілкування.

- Збільшена реактивність може вплинути на якість сну та спричиняти тривогу, внаслідок чого людина може відчувати постійну напругу та втомленість.

- Такі особи можуть мати вираженіше внутрішнє напруження та більші труднощі в заспокоєнні себе після стресових подій або спогадів.

- Надмірна реактивність може стати причиною ускладнення виконання звичних справ та концентрації на рутинних завданнях через відволікання від стресу.

Ці взаємозв'язки показують, що різні аспекти симптомів ПТСР взаємопов'язані і можуть взаємно посилювати один одного в процесі розвитку цього розладу.

*Таблиця 3.11.*

**Структура взаємозв'язків характеристик стресостійкості і симптомів ПТСР в експериментальній групі після експерименту.**

	Стресостійкість	ПТСР–симптом інтрузії	ПТСР–симптом уникнення	ПТСР–симптом нав'язл. негат. думок, емоцій	ПТСР–симптоми надмірної реактивності	ПТСР – загальний показник
ПТСР-симптом інтрузії	-	-	-	-	0,448(*)	0,594(**)
	-	-	-	-	0,032	0,003
ПТСР-симптом уникання	-0,588(**)	-	-	-	0,348	0,525(*)
	0,003	-	-	-	0,103	0,010
ПТСР-симптом негативних думок емоцій та	-0,521(*)	-	-	-	0,784(**)	0,893(**)
	0,011	-	-	-	0,000	0,000
ПТСР-симптом надмірної	-0,503(*)	0,448(*)	-	0,784(**)	-	0,898(**)
	0,014	0,032	-	0,000	-	0,000

реактивності						
ПТСР- підсумковий показник	- 0,598(**)	0,594(**)	0,525(*)	0,893(**)	0,898(**)	-
	0,003	0,003	0,010	0,000	0,000	-
ПТСР Місісіпська шкала	- 0,610(**)	0,537(**)	-	0,717(**)	0,723(**)	0,775(**)
	0,002	0,008	-	0,000	0,000	0,000

Як показано в таблиці 3.11, отримані результати кореляційного аналізу в експериментальній групі після проходження майндфулнес практик вказують на важливі зв'язки між рівнем стресостійкості та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Згідно з виявленими даними, в експериментальній групі, як і в контрольній, стресостійкість демонструє зворотній зв'язок майже з усіма симптомами ПТСР.

Зокрема, встановлено зворотню кореляцію між показником стресостійкості та симптомом уникання ( $r = -0,588$ ,  $p < 0,05$ ). Таким чином, можна говорити про те, що чим вищий рівень стресостійкості в людини, тим нижче уникнення нею того, що може активувати спогади про травматичні події.

Негативна кореляція стресостійкості та ПТСР-симптому негативних думок та емоцій ( $r = 0,521$ ,  $p < 0,05$ ) може свідчити, що особистості з вищим рівнем стресостійкості можуть краще контролювати негативні емоції та думки, пов'язані зі стресом або травматичними подіями. Наприклад, вони можуть швидше відновлюватися після стресових ситуацій.

Отримавши зворотній показник стресостійкості та симптому надмірної реактивності ( $r = -0,503$ ,  $p < 0,05$ ) можемо зазначити, що люди з вищим рівнем стресостійкості можуть менше реагувати на стресові події або ситуації, що спричиняють дискомфорт, знижуючи ступінь психологічної напруги або відповіді на стрес. Наприклад, вони можуть бути менш схильні до панічних реакцій у стресових ситуаціях.

Зворотня кореляція стресостійкості та загального підсумкового показника ПТСР ( $r = -0.598$ ,  $p < 0.01$ ) наводить на висновки, що вищий рівень стресостійкості може вказувати на менш виражені загальні симптоми посттравматичного стресового розладу. Наприклад, люди з вищим рівнем стресостійкості можуть краще адаптуватися до стресових подій та швидше повертатися до звичайного життя після травматичних викликів.

Це означає, що коли людина має вищий рівень стресостійкості, то прояви симптомів ПТСР, такі як інтрузія, уникнення, негативні повторювані думки та надмірна реактивність, є менш вираженими.

Отримані результати свідчать про важливість стресостійкості в контролі та профілактиці посттравматичного стресового розладу, а також підкреслюють взаємозв'язок між окремими симптомами цього розладу.

Значення кореляції ( $r = 0,448$ ,  $p < 0,05$ ) між симптомом інтрузії та симптомом надмірної реактивності в експериментальній групі вказує на те, що особи, які виявляють більше інтрузивних негативних спогадів, мають тенденцію також демонструвати більшу реактивність на подібні подразники або тригери.

Хоча симптом уникання мав слабку статистичну значимість у взаємодії з симптомом надмірної активності ( $r = 0,348$ ,  $p < 0,103$ ), він все ж показав значимий зв'язок з загальним показником ПТСР ( $r = 0,525$ ,  $p = 0,01$ ). Це може вказувати на те, що більш виражений симптом уникнення може бути пов'язаний із загальною вищою вираженістю симптомів ПТСР.

Кореляція між симптомом негативних думок та емоцій та симптомом надмірної реактивності має високе значення ( $r = 0,784$ ,  $p < 0,01$ ), що свідчить про тісний зв'язок між цими двома аспектами. Також, вираженість цього симптому має значення із загальним показником ПТСР ( $r = 0,893$ ,  $p < 0,01$ ), що підкреслює важливість цього симптому в контексті загального розладу.

Взаємозв'язок ПТСР-симптому надмірної реактивності із ПТСР-симптомом інтрузії ( $r = 0,448$ ,  $p < 0,05$ ) та ПТСР-симптомом нав'язливих

негативних думок та емоцій ( $r = 0,784, p < 0,01$ ) підтверджує, що ці симптоми тісно пов'язані один з одним. Також, їх зв'язок з загальним показником ПТСР ( $r = 0,898, p < 0,01$ ) підкреслює важливість цих симптомів у формуванні і загостренні розладу.

Ці знання вказують на важливість розуміння взаємозв'язків між окремими симптомами ПТСР для кращого розуміння та підходу до лікування цього розладу.

Наші спостереження вказують на ефективність терапевтичних втручань в експериментальній групі в порівнянні з контрольною групою. Зменшення прояву та впливу симптомів ПТСР в експериментальній групі може свідчити про успішність проведених терапевтичних методів чи інтервенцій у цій групі. Такі результати вказують на те, що застосування терапії або інших методів втручання, що використовувалися у дослідженні, могли мати позитивний вплив на управління або зменшення симптомів ПТСР у досліджуваних осіб.

Отже, на нашу думку, майндфулнес терапія може мати вплив на зміни взаємозв'язків між симптомами ПТСР, зменшуючи зв'язок певних симптомів з розвитком інших. Це може вказувати на позитивний ефект терапії у зниженні взаємозв'язків між різними аспектами ПТСР, що може бути корисним для розробки ефективних підходів у лікуванні цього розладу.

### **Висновки до третього розділу.**

Порівняльний аналіз середніх значень за шкалою ПТСР у експериментальній групі продемонстрував статистично значущі відмінності у кількох показниках, зокрема в інтрузії, симптомах повторюваних негативних думок та емоцій, надмірній реактивності і загальному показнику ПТСР. Це означає, що проходження програми або терапії (що була проведена з

експериментальною групою) може мати значущий вплив на зменшення цих симптомів у досліджуваних.

У контрольній же групі виявлено малу кількість статистично значущих відмінностей у порівняльному аналізі середніх значень за шкалою ПТСР. Однак, зазначено, що спостерігаються статистично значущі відмінності у симптомах негативних нав'язливих думок та емоцій.

Припускаємо, що у контрольній групі могли трапитися зміни у психічному стані досліджуваних протягом періоду дослідження, навіть якщо вони не брали участь у програмі або терапії, що досліджувалася. Існує безліч факторів, які можуть впливати на психічний стан людини: події в особистому житті, оточуюче середовище, стресові ситуації тощо.

Ці зміни могли відбуватися природно у той проміжок часу, що був відведений для дослідження, безпосередньо впливаючи на психологічний стан учасників контрольної групи. Такі зміни можуть впливати на порівняльний аналіз результатів до та після втручання.

Також виявлено за показником місісіпської шкали наявність статистично значимих відмінностей в прояві ознак ПТСР у різних вікових категоріях та рівнях освіти до експерименту та після. Констатовано, що симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) найбільш виражені в молодій віковій групі (20-25 років та 26-30 років), а найменш виражені - у старшій віковій групі (36-45 років, 46 років і старше), а також із зростанням рівня освіти спостерігається зменшення вираженості симптомів ПТСР. Тобто люди з вищим рівнем освіти можуть демонструвати меншу схильність до проявів симптомів ПТСР порівняно з тими, хто має менший рівень освіти.

Загальна тенденція вказує на те, що учасники експериментальної групи показали значне поліпшення щодо симптомів ПТСР після завершення програми порівняно з початковими показниками. Ці результати свідчать про ефективність

програми в зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу у даній групі досліджуваних.

В контрольній групі підсумковий показник ПТСР в кінці експерименту виявився вищим за показник, який був на початку. Це може певною мірою свідчити про те, що стан ПТСР в людей без терапії мав тенденцію посилюватись.

Також отримані в ході дослідження результати вказують на те, що терапія сприяла істотному покращенню стресостійкості учасників експерименту.

Результат, отриманий в контрольній групі учасників, стверджує, що у респондентів рівень стресостійкості практично залишався стабільним протягом експерименту і не мав тенденції до змін, що також можна вважати ще одним пунктом на користь терапії.

Також під час дослідницької роботи ми помітили, що майндфулнес-терапія може мати позитивний вплив на зміни взаємозв'язків між симптомами ПТСР, зменшуючи зв'язок певних симптомів з розвитком інших.

## ВИСНОВКИ

В цій роботі було детально розглянуто та проаналізовано особливості використання майндфулнес-терапії в лікуванні посттравматичного стресового розладу.

Результати теоретико-експериментального дослідження дали змогу виявити і зробити наступні висновки:

Аналіз і узагальнення сучасних теоретичних концепцій та існуючого практичного досвіду показав, що майндфулнес на сьогоднішній день є сучасним і ефективним видом терапії. Починаючи з 2004 року, Комісією з національної клінічної та медичної майстерності у Великій Британії (NICE), комплексну програму Майндфулнес було офіційно визнано як результативний метод психотерапії та включено її до стандартних протоколів лікування стресу, хронічної втоми, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії.

Результати наукових досліджень чітко вказують на значущий вплив практик медитації Майндфулнес на розвиток стресостійкості, підвищення рівня емоційної компетентності та навичок управління емоціями, розвиток адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій, підвищення енергійності і робочої продуктивності.

Інтерес до нейробіологічних основ впливу медитації на людський мозок почався у 70-80-х роках минулого століття у працях Д. Еберт, В. С. Ротенберг, Х. Бергер та інших.

Вивчення підходу майндфулнес у психокорекції, психотерапії і профілактиці розладів розпочалося з робіт таких вчених, як Д. Кабат-Зінн (1994), Дж. Тісдал (2000), З. Сегал (2007), М. Вільямс (2010) і Д. Пенман (2010). Україна щойно розпочала розвивати цей напрям, як свідчать праці О. Романчука (2012), Т. Гері (2014) та інші.

Численні наукові дослідження підтверджують позитивний вплив майндфулнес-практик на різні аспекти психічного та фізичного здоров'я. Зокрема, Даніель Сігел (2007) надає наступні результати:

1) Майндфулнес-практики полегшують перебіг хронічних захворювань та розладів, включаючи серцево-судинні та онкологічні захворювання, що супроводжуються хронічним больовим синдромом. Вони сприяють збільшенню толерантності до болю, підвищенню рівня загальної протидії стресу та досягненню емоційної рівноваженості, а також покращують показники одужання та загальної якості життя.

2) Майндфулнес сприяє підвищенню рівня імунної системи організму.

3) Практика майндфулнес позитивно впливає на інтерперсональні стосунки, зокрема, зростає рівень емпатії.

4) Медитаційні практики допомагають зменшити депресивні та тривожні симптоми, включаючи «тривожну румінацію»

Розроблено інструментарій для діагностування та проведено емпіричне дослідження про вплив майндфулнес практик на опитуваних.

Розроблено інструментарій та проведено дослідження. Для проведення дослідження застосовувались опитувальники: Тест самооцінки стресостійкості (С.Коухена та Г.Віліансона), Опитувальник ПТСР за шкалою PCL-5 та Місісіпська шкала (цивільний варіант).

Достовірність і надійність отриманих результатів і зроблених на їхній основі висновків забезпечується: теоретико-методологічним обґрунтуванням проблеми, що розглядається; вибором психодіагностичних методик, що відповідали предмету і завданням дослідження; адекватним і коректним застосуванням методів математичної статистики; кількісним і якісним аналізом емпіричного матеріалу.

Виявлено вплив майндфулнес практик на прояви симптомів ПТСР.

Незважаючи на те, що в експериментальній групі спостерігалось зниження рівня проявів симптомів ПТСР, отримані дані не підтверджують, що участь у майндфулнес програмах як основний чинник даних змін. Проте ми вважаємо, що отримані результати є важливим внеском не лише у сферу підтримки на шляху справляння з ПТСР, а й у сфері допомоги людям, які мають проблеми з показниками життєстійкості та справлянням з життєвими складнощами.

Так, отримані результати кореляційного аналізу, які вказують на зв'язок між рівнем стресостійкості та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), підкреслюють важливість подальших досліджень у цій області.

Необхідність проведення додаткових досліджень полягає в тому, щоб глибше розібратися у механізмах, як саме стресостійкість впливає на розвиток симптомів ПТСР, а також які конкретні стратегії лікування та підтримки можуть бути найбільш ефективними для осіб, які страждають від цього розладу.

Дослідження можуть охоплювати такі аспекти, як розвиток програм психотерапії, методів підвищення стресостійкості та розробки індивідуальних стратегій копіngu для осіб з ПТСР. Розуміння цих зв'язків може допомогти покращити якість та ефективність програм лікування та підтримки, які надаються людям, що страждають від посттравматичного стресового розладу.

Вважаємо, що впровадження даних методів діагностики та майндфулнес програм на різних ланках роботи психологів-консультантів, кризових психологів та психотерапевтів (державні та приватні психотерапевтичні центри, лікарні, кризові центри підтримки, сімейні амбулаторії тощо) могло б в значній мірі допомогти вчасно відслідковувати наявність проявів симптомів ПТСР та ефективно справлятися з негативними наслідками стресу та проявом стану ПТСР.

Дане дослідження, ми вважаємо, має пілотний характер, та ми віримо в його подальше розширення у майбутньому. Отримані результати, хоча і

обмежені, вже надають можливість визначити загальні тенденції в зміні прояву симптомів посттравматичного стресового розладу за участю медитаційних практик Майндфулнес. Ці результати можуть стати цінними вказівниками для майбутніх наукових досліджень у цій області, сприяти подальшому розвитку методик та стратегій терапії у людей з вказаними симптомами та сприяти поглибленню нашого розуміння впливу медитації на реакцію організму у контексті ПТСР.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борман Дж.Е., Лю Л., Торп С.Р., Ланг А.Дж. Духовне благополуччя сприяє зміні посттравматичного стресового розладу в ветеранів із посттравматичним стресовим розладом, пов'язаним із військовими. 2011. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21874605/> (дата звернення: 01.11.2022).
2. Бренстрем Р., Квілемо П., Московіц Дж.Т. Рандомізоване дослідження впливу тренування усвідомленості на психологічне благополуччя та симптоми стресу в пацієнтів, які лікувалися від раку, при 6-місячному спостереженні. 2011. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518555> (дата звернення 23.03.2023)
3. Брукс Дж.С., Скарано Т. Трансцендентальна медитація в лікуванні поств'єтнамської адаптації. // Журнал консультування та розвитку. 1985 р.; 64 (3): 212–215. URL: <http://sante-conscience.fr/medias/Brooks-PTSD-Depression-corie.pdf> (дата звернення 6.05.2023)
4. Вальде Л.К., Уддо М., Маркетт Р. Пілотне дослідження медитації для працівників психіатричної служби після урагану Катріна. // Травма Стрес. 2008; 21 (5): 497–500 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.20365> (дата звернення 11.04.2023)
5. Ващук В., Стадницька Ю. Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія як інструмент впливу на модифікацію схем особистості. URL: [https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2500/Vashchuk\\_Stadnytska\\_Mindfulness.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2500/Vashchuk_Stadnytska_Mindfulness.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення 29.11.2022)
6. Гера Т. І. Майндфулнес-техніка на заняттях із психології як елемент психологічного супроводу майбутніх педагогів. // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Вип. 2. Т. 1. Херсон: ВД «Гельветика», 2014. С. 174–179.

7. Гордон Дж.С., Стейплс Дж.К., Бліта А., Битікі М. Лікування посттравматичного стресового розладу у старшокласників повоєнного Косова з використанням груп із розвитку розумово-тілесних навичок: пілотне дослідження. Журнал травматичного стресу. 2004 р.; 17 (12): 143–147. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15141787/> (дата звернення 14.02.2023).

8. Гордон Дж.С., Стейплс Дж.К., Бліта А., Бітікі М., Уїлсон А.Т. Лікування посттравматичного стресового розладу в післявоєнних косовських підлітків з використанням груп навичок розуму і тіла: рандомізоване контрольоване дослідження. // Клін Психіатрія. 2008. 69 (9): 1469–1476. URL: <https://www.psychiatrist.com/cart/> (дата звернення 4.05.2023)

9. Гродін М.А., Пивоварчик Л., Фулкер Д., Базазі А.Р., Сапер Р.Б. Лікування жертв тортур і травм біженців: попередня серія випадків з використанням цигун і тай-чи. // Altern Complement Med. 2008. 14 (7): 801–806. URL: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2007.0736> (дата звернення 6.06.2023).

10. Дескіло Т., Ведамуртачар А., Гербарг П.Л. та ін. Ефекти йога-дихального втручання окремо і в поєднанні з експозиційною терапією при посттравматичному стресовому розладі та депресії в тих, хто вижив після цунамі в Південно-Східній Азії 2004 року. // Acta Psychiatr Scand. 2010. 121 (4): 289–300. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19694633/> (дата звернення 1.08.2023).

11. Куліш О.В., Сірик І.В. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у підлітків із внутрішньо переміщених осіб. // Журнал «Габітус». Серія Психофізіологія та медична психологія. Вип. 43. С.261-266. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/46-2023/43.pdf> (дата звернення 10.16.2023).

12. Замалієва С. А. Майндфулнес підхід в сучасних організаціях. URL: <https://www.applied-research.ru/pdf/2016/12-2/10840.pdf> (дата звернення 21.11.2022).
13. К. Роджерс. Про становлення особистістю К.: PSYLIB, 2004. URL: <http://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm> (дата звернення: 30.12.2022).
14. Катані С., Кохіладеві М., Руф М., Шауер Э., Ельберт Т., Нойнер Ф. Лікування дітей, травмованих війною і цунамі: порівняння експозиційної терапії та медитації-релаксації на північному сході Шрі-Ланки. // БМК Психіатрія. 2009. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19439099/> (дата звернення 4.02.2023).
15. Кекелідзе З.И., Портнова А.А. Посттравматичний стресовий розлад у дітей та підлітків // Журнал неврології та психіатрії ім. С.С. Корсакова. 2002. Т.102. №12. С. 56—62.
16. Лідія Гончар-Чердаклі. Що таке ПТСР: симптоми та лікування. URL: <https://darnytsia.ua/ptsr/shcho-take-ptsr-simptomi-ta-likuvannya> (дата звернення 17.07.2023).
17. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ, Протокол від 23.02.2016 № 121 (Чинний). URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ25625> (дата звернення 22.07.2023).
18. Теревенко О. Психоделічно асистована терапія в Україні: бути чи не бути? 2023. URL: <https://armyinform.com.ua/2023/05/05/psychodelichno-asystovana-terapiya-v-ukrayini-buty-chy-ne-buty/> (дата звернення: 6.07.2023).
19. Скринінг ПТСР для первинної медичної допомоги за DSM-5 (PC-PTSD-5). Офіційна публікація Міністерства у справах ветеранів США. 2016. URL: [https://web.archive.org/web/20161129022523/http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic\\_criteria\\_dsm-5.asp](https://web.archive.org/web/20161129022523/http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp) (дата звернення: 27.03.2023).
20. Пенман Д., Уільямс М. Усвідомленість. Як знайти гармонію в нашому шаленому світі / пер. з англ. М. Коваленко. Харків: Моноліт-Bizz, 2021. 256 с.

21. Полковник Стеблюк: У позиційних війнах небоюві втрати перевищують бойові» Вебсайт Главред, 2016. URL: <https://web.archive.org/web/20161130185839/http://glavred.info/zhizn/polkovnik-steblyuk-u-poziciynih-viynah-neboyovi-vtrati-perevischuyut-boyovi-389067.html> (дата звернення 18.11.2022)

22. Посттравматичний стресовий розлад. Матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Посттравматичний\\_стресовий\\_розлад](https://uk.wikipedia.org/wiki/Посттравматичний_стресовий_розлад)

23. Пшук Н. Г., Стукан Л. В., Сігнаєвська О. В. Використання майндфулнес-технік при тривожних розладах. // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, вип.1 (90). С. 151.

24. Розенталь Дж. З., Гроссвальд С., Росс Р., Розенталь Н. Ефекти трансцендентальної медитації у ветеранів операцій «Незламна свобода» та «Операція «Іракська свобода» з посттравматичним стресовим розладом: пілотне дослідження. Міл Мед. червень 2011 г.; 176 (6): 626–630. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21702378/> (дата звернення 13.14.2023).

25. Романчук О. І. Майндфулнес-орієнтована КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. *NeuroNews*. 2012. № 3. С. 40–45.

26. Романчук, О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії. // *NeuroNews*, 2012. С.30 – 37.

27. Сан Хван Кім, Шнайдер С.М., Беванс М., Кравіц Л., Мермье К., Куоллс К., Бердж М.Р. Зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу за допомогою медитацій на основі усвідомленості та вправ на глибоке дихання: рандомізоване контрольоване клінічне дослідження ефективності. // *Clin Endocrinol Metab*. Вип. 7, 2013., С. 2984–2992, <https://doi.org/10.1210/jc.2012-3742> (дата звернення 5.12.2022)

28. Стейплс Дж.К., Абдель Атті Дж.А., Гордон Дж.С. Групи психофізичних навичок для лікування посттравматичного стресового розладу та

симптомів депресії у палестинських дітей і підлітків у секторі Гази. // Міжнародний журнал управління стресом. 2011 г. 18 (3): 246–262. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2011-13205-001> (дата звернення: 23.12.2022)

29. Стратегія гібридного миру. Українська правда. Архів оригіналу за 25 червня 2017. URL: <https://www.pravda.com.ua/articles/2017/06/22/7147619/> (дата звернення: 26.04.2023)

30. Тарабріна Н., Лазебна Є. Синдром посттравматичних стресових порушень: сучасний стан та проблеми. Психологічний журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29., с. 53–56  
Туриніна О. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник. Київ : Персонал, 2017. 160 с.

31. Теллес С., Сінгх Н., Джоши М., Балкрішна А. Симптоми посттравматичного стресу і варіабельність серцевого ритму у людей, які пережили повінь у Біхарі після занять йогою: рандомізоване контрольоване дослідження. БМК Психіатрія. 2010. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20193089/> (дата звернення: 18.10.2022)

32. Турчин О. Вплив MBSR груп власного досвіду на показник резильєнтності психологів-консультантів. Львів, 2021. URL: [https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2769/Turchyn\\_mag.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2769/Turchyn_mag.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 30.04.2023).

33. Уотсон К.Г., Туоріла Дж.Р., Вікерс К.С., Gearhart Л.П., Мендес К.М. Ефективність трьох режимів релаксації при лікуванні посттравматичного стресового розладу у ветеранів війни у В'єтнамі. // Дж. Клін Психол. 1997. 53 (8): 917–923. URL: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199712\)53:8%3C917::AID-JCLP17%3E3.0.CO;2-N](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1097-4679(199712)53:8%3C917::AID-JCLP17%3E3.0.CO;2-N) (дата звернення: 6.06.2023).

34. Фрідман, М. Дж. ПТСР — історія та загальний огляд. // Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. 2016.

35. Холмогорова А. Б. Когнітивно-біхевіоральна терапія «на гребені третьої хвилі»: революційний поворот чи нові акценти? URL: [https://psypharma.ru/sites/default/files/selection\\_11.pdf](https://psypharma.ru/sites/default/files/selection_11.pdf) (дата звернення: 14.08.2023).

36. Холіна О. А., Казанцева Е. В., Петрова Е. Г. Психотерапевтичний потенціал та основні можливості медитаційних практик в роботі с адиктивною поведінкою. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihoterapevticheskiy-potentsial-iosnovnye-vozmozhnosti-meditativnyh-praktik-v-rabote-s-addiktivnymprovedeniem/viewer> (дата звернення: 21.02.2023).

37. Цибуляк Н. Ю. Майндфулнесс як метод поліпшення психічного стану. URL: <https://dspace.bdpu.org/bitstream/123456789/3512/1/Majndfulness%20yak%20metod%20pol%D1%96pshennya%20psix%D1%96chnogo%20stanu.pdf> (дата звернення: 1.05.2023)

38. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. // Мистецтво лікування. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2014-10-16/6.pdf> (дата звернення: 6.06.2023).

39. Шамрей В. К., Костюк Г. П., Чудиновських А. Г., Синенченко А. Г. Організація психіатричної допомоги та структура психічних розладів військовослужбових Червоної Армії в роки Великої Вітчизняної війни // Соціальна та клінічна психіатрія. Вип. № 4 / т. 20.

40. Шнейдер Л. Кризисні стани в дітей і підлітків: направлення роботи шкільного психолога : курс лекцій. Шкільний психолог. 2009. № 22. URL: <http://psy.1september.ru/index.php?year=2009&num=22> (дата звернення: 14.05.2023).

41. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформація для батьків. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder> (дата звернення: 24.07.2023).

42. Albott C. S., Kelvin O., Forbes M.K., Erbes C., Tye, S.J., Grabowski, J.G., Thuras, P., Batres-y-Carr, T.M. Efficacy, Safety, and Durability of Repeated Ketamine Infusions for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Treatment-Resistant Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2018. 79 (3). с. 17462. doi:10.4088/JCP.17m11634. (дата звернення: 9.03.2023).
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (дата звернення: 2.11.2022)
44. Ariel J Lang. Mindfulness in PTSD treatment. *Journal "Current Opinion in Psychology"*, Volume 14, 2017, P.40-43. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28813317/> (дата звернення: 11.12.2022)
45. Baltar Y. The Effects of Mindfulness Meditation on Attentional Control During Off-Season Among Football Players. 2018. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244018781896> (дата звернення: 10.12.2022)
46. Brown K., Ryan R. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. URL: [https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003\\_BrownRyan.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_BrownRyan.pdf) (дата звернення: 8.02.2023).
47. Burns J. FDA Designates MDMA As 'Breakthrough Therapy' For Post-Traumatic Stress. *Forbes*. URL: <https://www.forbes.com/sites/janetwburns/2017/08/28/fda-designates-mdma-as-breakthrough-therapy-for-post-traumatic-stress/> (дата звернення: 18.04.2023)
48. Cameron C., Watson D., Robinson J. (2014). Use of a Synthetic Cannabinoid in a Correctional Population for Posttraumatic Stress Disorder–Related Insomnia and Nightmares, Chronic Pain, Harm Reduction, and Other Indications: A Retrospective Evaluation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. doi:10.1097/JCP.000000000000180. (дата звернення: 10.01.2023)

49. Catani C., Kohiladevy M., Ruf M., Schauer E., Elbert T., Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685130/> (дата звернення: 21.02.2023)

50. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique // *CNS Spectrums*. 2009. Vol. 14(Suppl 1). P. 32–43 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19169192/> (дата звернення: 5.12.2022)

51. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Distinctive Features. 2009. № 20. P. 34–42. URL: [https://www.researchgate.net/publication/230660877\\_Crane\\_R\\_2009\\_Mindfulness-Based\\_Cognitive\\_Therapy\\_-\\_Distinctive\\_Features\\_Routledge](https://www.researchgate.net/publication/230660877_Crane_R_2009_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_-_Distinctive_Features_Routledge) (дата звернення: 25.05.2023)

52. Daniel J. Siegel *The New Science of Personal Transformation*. Random House Publishing Group, 2010, 336 p.

53. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*, URL: <https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 1.04.2023)

54. Ebenezer Ph. J., Wilson C. B., Wilson L. D., Nair A.R., Francis J. (2016). The Anti-Inflammatory Effects of Blueberries in an Animal Model of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Scavone, Cristoforo. *PLOS ONE*. doi:10.1371/journal.pone.0160923 (дата звернення: 11.02.2023)

55. Edwards S., Edwards-Stewart A., Dean Ch., Reddy M.K. (2022). Evaluation of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder VA/DoD Clinical Practice Guidelines Training. *Military Medicine*. doi:10.1093/milmed/usac105. (дата звернення: 30.01.2023).

56. Etten M. L. van., Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis // *Clinical Psychology and*

Psychotherapy. 1998. Vol. 5. P. 126–144 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67406/> (дата звернення: 25.05.2023)

57. Evans, Carole. Post-Traumatic Stress Disorder: Recovery After Accident and Disaster Gournay Kevin Post-Traumatic Stress Disorder: Recovery After Accident and Disaster. Sheldon Press. Mental Health Practice. 224 p.

58. Feder, Adriana; Parides, Michael K.; Murrough, James W.; Perez, Andrew M.; Morgan, Julia E.; Saxena, Shireen; Kirkwood, Katherine; aan het Rot, Marije та ін.. Efficacy of Intravenous Ketamine for Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2014. 71 (6). с. 681. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.62. (дата звернення: 26.12.2022)

59. Fodor, K. E. et al. «Is traumatic stress research global? A bibliometric analysis» Eur J Psychotraumatology, Vol 5, 2014.

60. Forsythe, Marika L.; Boileau, Andrew J. Use of cannabinoids for the treatment of patients with post-traumatic stress disorder. Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology. С. 121–132. doi:10.1515/jbcpp-2020-0279. (дата звернення: 1.03.2023)

61. Friedman, M. J., Schnurr, P. P., McDonagh-Coyle, A. «Post-traumatic stress disorder in the military veteran». Psychiatric clinics of North America, v.17, No.2, С.265—277

62. Haridy, Rich (30 Jun 2023). Australia to prescribe MDMA and psilocybin for PTSD and depression in world first. Nature. doi:10.1038/d41586-023-02093-8. (дата звернення: 28.12.2022)

63. Hölzel B., Ott U., Hempel H. Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators . URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17548160/> (дата звернення: 1.07.2023)

64. Ives-Deliperi V., Solms M. The neural substrates of mindfulness: an fMRI investigation URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20835972/> (дата звернення: 3.01.2023)

65. Jetly, Rakesh; Heber, Alexandra; Fraser, George; Boisvert, Denis (1 Jan 2015). The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over design study. *Psychoneuroendocrinology* 51. P. 585–588. doi:10.1016/j.psycneuen.2014.11.002. (дата звернення: 12.07.2023)

66. Jon Kabat-Zinn *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books, 1994, 278 p.

67. Kabat-Zinn J. An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: 43 Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*. 1982. Vol. 4. P. 33–47.

68. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. N.Y.: Delacourt, 1990.

69. Krediet, Erwin; Bostoen, Tijmen; Breeksema, Joost; van Schagen, Annette; Passie, Torsten; Vermetten, Eric (24 Jul 2020). Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 23 (6). С. 385–400. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32170326/> (дата звернення: 15.12.2022)

70. Levine, Joshua; Sher, Leo (5 липня 2022). Lethal means and suicide prevention among military veterans. *Military Medical Research* 9 (1). URL: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40779-022-00400-4> (дата звернення: 5.12.2022)

71. Maddi S.S. Hardiness: The courage to grow from stresses. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17439760600619609> (дата звернення: 4.04.2023)

72. Marshall R.D., Turner J B., Lewis-Fernandez R., Koenan K., Neria Y., Dohrenwend B. P. (2006). Symptom Patterns Associated With Chronic PTSD in Male Veterans. *Journal of Nervous & Mental Disease* 194 (4). P. 275–278. URL:

[https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2006/04000/symptom\\_patterns\\_associated\\_with\\_chronic\\_ptsd\\_in.7.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2006/04000/symptom_patterns_associated_with_chronic_ptsd_in.7.aspx) (дата звернення: 20.02.2023)

73. Matrenitsky V. L. (2022). Renaissance of psychedelic therapy and its significance for Ukraine *Likars'ka sprava* (3-4). P. 37–59. URL: <https://liksprava.com/index.php/journal/article/view/498> (дата звернення: 24.05.2023)

74. MBSR Workbook - Mindful Academy Solterreno ©Translated by Olena Mukha, Yuliia Stadnytska (The Center of Personality Development “Fizis”)

75. McCann C. Resilience in the health professions: A review of recent literature / C. McCann, E. Beddoe, K. McCormick. URL: <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/download/153/311/1228> (дата звернення: 29.04.2023)

76. Mithoefer, Michael C; Mithoefer, Ann T; Feduccia, Allison A; Jerome, Lisa; Wagner, Mark; Wymer, Joy; Holland, Julie; Hamilton, Scott та ін. (2018). 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *The Lancet Psychiatry* 5 (6). P. 486–497. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29728331/> (дата звернення: 6.12.2022)

77. Mohamed, Arafath; Touheed, Shehla; Ahmed, Muzammil; Hor, Mosab; Fatima, Sara; Mohamed, Arafath; Touheed, Shehla; Ahmed, Muzammil ect. (31 Oct 2022). The Efficacy of Psychedelic-Assisted Therapy in Managing Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): A New Frontier?. *Cureus* 14 (10). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36465766/> (дата звернення: 4.07.2023)

78. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (5 May 2023). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multi-Site Phase 3 Study of the Efficacy and Safety of Manualized MDMA-Assisted Psychotherapy for the Treatment

of Posttraumatic Stress Disorder of Moderate or Greater Severity. URL: <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04077437> (дата звернення: 9.06.2023)

79. Parslow, Ruth; Purcell, Rosemary; Garner, Belinda; Hetrick, Sarah E (16 липня 2008). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews (John Wiley & Sons, Ltd). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20614457/> (дата звернення: 22.01.2023)

80. Penman D., Mark Williams. Mindfulness: A Practical Guide to Finding Peace in a Frantic World /, 2012. 256 с.

81. Porges S., Stephen W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system / URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11587772/> (дата звернення: 14.02.2023)

82. Pradhan, Basant; Mitrev, Ludmil; Moaddell, Ruin; Wainer, Irving W. (1 Jun 2018). d-Serine is a potential biomarker for clinical response in treatment of post-traumatic stress disorder using (R,S)-ketamine infusion and TIMBER psychotherapy: A pilot study. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Proteins and Proteomics 1866 (7). С. 831–839. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29563072/> (дата звернення: 30.11.2022).

83. Riedesser, Peter (с 2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie mit 20 Tabellen (ed. 3, aktualisierte und erw. Aufl). München. ISBN 978-3-8252-8165-6. URL: <https://search.worldcat.org/title/181558403> (дата звернення: 1.02.2023).

84. Roitman, Pablo; Mechoulam, Raphael; Cooper-Kazaz, Rena; Shalev, Arieh (2014). Preliminary, Open-Label, Pilot Study of Add-On Oral  $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. Clinical Drug Investigation. P. 587–591. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24935052/> (дата звернення: 6.12.2022)

85. Rudd, M. David (2014). Assessing suicide risk in active duty military personnel. PsycEXTRA Dataset. URL: <https://dx.doi.org/10.1037/e530682014-001> (дата звернення: 5.01.2023)

86. Sang Hwan Kim, Suzanne M. Schneider, Len Kravitz, Christine Mermier, and Mark R. Burge « Mind-body Practices for Posttraumatic Stress Disorder» URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668544/> (дата звернення: 17.06.2023)

87. Seidler G. H., Wagner F. E. Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study // Psychological Medicine. 2006. Vol. 36. P. 1515–1522. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16740177/#:~:text=Seven%20of%20these%20studies%20were,probably%20not%20of%20clinical%20significance> (дата звернення: 14.12.2022).

88. Siegel D. The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being. N.Y.: Norton, 2007. 387 p.

89. VA and DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-traumatic Stress (PTSD CPG). Department of Veterans Affairs and the US Department of Defense. 254 с. C.58. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoD-CPG-PTSD-Full-CPGAug242023.pdf> (дата звернення: 11.12.2023).

90. Wolever R., Bobinet K. Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: a randomized controlled trial. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22352291/> (дата звернення: 28.07.2023).

## ДОДАТКИ

### Опитувальник самооцінки стресостійкості С. Коухена та Г. Віліансона

Даний тест дозволяє оцінити рівень стресостійкості (він може бути відмінний, хороший, задовільний, поганий або дуже поганий).

Тест містить 10 запитань із такими варіантами відповідей: ніколи (0 балів), майже ніколи (1 бал), іноді (2 бали), доволі часто (3 бали), постійно (4 бали).

Обробка одержаних результатів проводиться шляхом підрахунку балів відповідно до вибраних відповідей.

За набраною сумою балів можливі такі варіанти результатів:

Оцінка (за Коухеном)	Вік			
	18-29 років	30-44 роки	45-54 роки	55-64 роки
Чудово	0,5-6,7	2,0-5,9	1,8-5,6	1,3-5,1
Добре	6,8-14,1	6,1-12,9	5,7-12,5	5,2-11,8
Задовільно	14,2-24,1	13,0-23,2	12,6-22,5	11,9-21,8
Погано	24,2-34,1	23,3-32,9	22,6-23,2	21,9-31,7
Дуже погано	34,2-40	33,0-40	23,3-40	31,8-40

У результаті проходження тесту виходить індекс, що показує рівень стресостійкості.

## **Методика PCL-5 щодо діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР).**

Опитувальник PCL-5 складається з 20 запитань, і кожне з них оцінюється від 0 до 4 балів, залежно від того, наскільки виражений симптом. Зазвичай цей опитувальник використовується для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Запитання у цьому опитуванні відповідають відповідним групам симптомів ПТСР відповідно до класифікації DSM-5 наступним чином:

- Критерій А - це опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії, включає перші п'ять запитань.
- Критерій С, симптоми уникнення, стосується шостого та сьомого запитань.
- Критерій D, негативні думки та емоції, включає в себе від восьмого по чотирнадцяте запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності, стосується п'ятнадцятого по двадцяте запитання.

Мінімальний можливий бал - 0, а максимальний - 80. Для постановки діагнозу ПТСР необхідно, щоб існувала історія травматичної події.

Оцінка важкості симптомів ПТСР оцінюється за сумою балів по кластерам: «В» (симптоми нав'язливої поведінки), «С» (симптоми уникання), «D» (негативні зміни в когнітивно-емоційній сфері) та «Е» (симптоми збудливості).

**Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант)**

Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня виразності посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T.M, et al, 1987, 1988). В даний час вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів провадиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Пункти, що містяться в опитувальнику, входять у 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 — уникнення та 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини та суїцидальності. Як показали дослідження, МШ має необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», що спонукало дослідників до розробки «цивільного» варіанта МШ, який складався з 39 питань.

Результати тесту інтерпретуються таким чином:

Підрахунок балів:

Для питань: 1, 3-5, 7-10, 12-16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31-33, 35:

«Невірно» - 1 бал.

«Почасти вірно» - 2 бали.

«Вірно» – 3 бали.

«Досить вірно» – 4 бали.

«Цілком вірно» - 5 балів.

Питання 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 рахуються зворотно:

«Невірно» – 5 балів.

«Почасти вірно» - 4 бали.

«Вірно» – 3 бали.

«Досить вірно» - 2 бали.

«Цілком вірно» - 1 бал.

Також у методиці виділяють дві субшкали: когнітивно-афективна субшкала (С-А) та субшкала соматичних проявів депресії (S-P)

Інтерпретація результатів тесту:

35-96 балів - гарний рівень адаптації;

97-111 балів – порушення адаптації;

112 балів і більше посттравматичний стресовий розлад. Рекомендовано звернутися до медичного центру чи центру психологічної реабілітації військовослужбовців.