МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ'Я ТА ТУРИЗМУ
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
МАГІСТРА

НА ТЕМУ: «ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ»

Виконав: студент ii курсу, групи 8.2273
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»
освітньо-професійної програми «Фізична терапія»
Варавін Станіслав Ігорович

Керівник професор, д.б.н. Богдановська Н.В

Рецензент професор, д.мед.н. Івченко Д.В.

Запоріжжя 2025

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра – 57 стор., 7 табл., 86 джерел.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Об’єктом дослідження є функціональний стан та якість життя людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що є важливими показниками їх фізичного і психологічного здоров’я, а також рівня здатності до адаптації в соціальному середовищі.

Метою дослідження є комплексна оцінка ефективності застосування засобів фізичної терапії у реабілітаційних програмах для осіб із ПТСР, з метою визначення їх впливу на покращення функціонального стану та підвищення якості життя.

Методи дослідження – включають систематичний аналіз і обробку наукової літератури. Для оцінки функціонального стану використовуються стандартизовані шкали, такі як шкала самопочуття, активності та настрою, а також методика Айзенка, яка дозволяє оцінити емоційний стан, рівень тривожності і депресії. Математичні методи статистичної обробки.

Дослідження показало, що після проведення курсу фізичної терапії з використанням функціональних вправ, спрямованих на зняття напруги, зниження рівня стресу та травматичного досвіду, у пацієнтів спостерігалося значне покращення їхнього загального самопочуття, підвищення рівня активності і позитивних настроїв.

Це сприяло зменшенню симптомів тривоги, депресії та фізичної напруги, що є характерними для ПТСР і покращенню якості життя залучених до дослідження пацієнтів.

ABSTRACT

Master's thesis – 57 pages, 7 tables, 86 sources.

PHYSICAL THERAPY, REHABILITATION, COMPREHENSIVE APPROACH, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, FUNCTIONAL STATE, QUALITY OF LIFE

The object of the study is the functional state and quality of life of people with post-traumatic stress disorder (PTSD), which are important indicators of their physical and psychological health, as well as the level of ability to adapt in the social environment.

The purpose of the study is a comprehensive assessment of the effectiveness of the use of physical therapy in rehabilitation programs for people with PTSD, in order to determine their impact on improving the functional state and improving the quality of life.

Research methods – include systematic analysis and processing of scientific literature. To assess the functional state, standardized scales are used, such as the Well-being, Activity and Mood Scale, as well as the Eysenck method, which allows you to assess the emotional state, the level of anxiety and depression. Mathematical methods of statistical processing.

The study showed that after a course of physical therapy using functional exercises aimed at relieving tension, reducing stress and traumatic experiences, patients experienced a significant improvement in their general well-being, increased activity levels and positive moods.

This helped reduce symptoms of anxiety, depression, and physical tension that are characteristic of PTSD and improved the quality of life of the patients involved in the study.

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень та термінів.. 7

Вступ…….. 8

1 Огляд літератури……..…….…… 10

1.1 Визначення поняття посттравматичний стресовий розлад ……. 10

1.2 Класифікація біологічної сутності посттравматичного стресового розладу…… 13

1.3 Засоби реабілітації для зменшення прояву посттравматичних стресових розладів ……..... 22

2 Завдання, методи та організація дослідження…… 31

2.1 Мета та завдання дослідження…… 31

2.2 Методи дослідження…… 31

2.3 Організація дослідження…….…… 37

3 Результати дослідження…….…… 39

Висновки……...…. 50

Перелік джерел посилання……... 52

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ПТСР – посттравматичний стресовий синдром.

АТО – антитерористична операція.

ВД – військові дії.

PTSD – посттравматичний стресовий розлад.

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб.

TRE – терапевтичні вправи для зменьшення симптоматики посттравматичних стресових розладів.

у.о. – умовні одиниці.

ВСТУП

Теперішні умови життєдіяльності характеризуються високою динамічністю та швидкоплинністю, що значно ускладнює адаптацію людини до навколишнього середовища. Вони пов’язані з рядом особливостей, що висувають високі вимоги до індивідуально-психологічних властивостей особистості, таких як стійкість, емоційна врівноваженість, здатність до мобілізації ресурсів у стресових ситуаціях [24, 38] .

Ці особливості визначають рівень напруження психофізіологічного функціонування, що зумовлює ризик виникнення різноманітних психологічних розладів. Зокрема, стресогенна дія несприятливих політичних, економічних та соціальних чинників – війни, економічна криза, соціальна нерівність, нестабільність у суспільстві – викликає високий рівень психологічного напруження, що може призводити до порушень психологічної рівноваги, зниження життєвого тонусу і виникнення психосоматичних захворювань [21].

Особливо вразливою категорією щодо несприятливих зовнішніх впливів є особи відносно молодого віку. Це зумовлено віково-віковою психологічною незрілістю, відсутністю достатнього життєвого досвіду і сформованих захисних механізмів, що робить їх більш вразливими до соціальної дезадаптації. Вони частіше за інших стикаються з труднощами у формуванні ідентичності, автономії, міжособистісних відносинах, що може сприяти розвитку пограничних нервово-психічних розладів, психосоматичних симптомів та інших порушень [16].

На сьогодні в Україні спостерігається тенденція до зростання частоти пограничних нервово-психічних розладів та психосоматичних захворювань серед молоді. Це зумовлено не лише зовнішніми факторами, а й внутрішніми причинами, такими як генетична схильність, специфіка особистісних характеристик та психологічних особливостей. Вважається, що процес соматизації емоційного дистресу – тобто перетворення психологічних

проблем у фізичні симптоми – є типовим механізмом реагування у підлітковому віці та пов’язаний із високим рівнем внутрішньої напруженості, недостатністю навичок емоційної регуляції. Це підтверджують численні дослідження [11, 16, 24, 38], які вказують на те, що саме у цьому віковому періоді спостерігається особлива чутливість до розвитку психосоматичних розладів [18, 36].

Психосоматичні розлади – це комплекс фізичних симптомів, що мають психологічні причини або проявляються під впливом емоційного дистресу. Вони залишаються актуальною проблемою для психології, медицини та реабілітаційних програм, оскільки їх діагностика і лікування вимагають міждисциплінарного підходу [15, 20].

Вивчення етіопатогенезу цих станів сприяє розробці більш ефективних методів профілактики і лікування, що враховують індивідуальні особливості пацієнтів. В останні роки особливу увагу привертає дослідження взаємозв’язків між стабільними особистісними характеристиками та схильністю до психосоматичних порушень. Встановлення таких зв’язків допомагає прогнозувати розвиток психосоматичних захворювань і розробляти індивідуальні профілактичні програми [7, 9, 29].

Метою дослідження є комплексна оцінка ефективності застосування засобів фізичної терапії у реабілітаційних програмах для осіб із ПТСР, з метою визначення їх впливу на покращення функціонального стану та підвищення якості життя.

Об’єкт дослідження – функціональний стан і якість життя таких осіб, що характеризуються рівнем фізичного здоров’я, психологічною стабільністю та соціальною активністю.

Предмет – вплив засобів фізичної терапії на ці показники, зокрема через покращення кровообігу, зниження рівня тривожності і депресії, підвищення стійкості до стресів і відновлення психологічної рівноваги.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Визначення поняття посттравматичний стресовий розлад

Теперішні уявлення про посттравматичний стресовий розлад сформувалися у 1970-1980-х роках, однак ідеї про розлади, що виникають унаслідок пережитої катастрофи, існували значно раніше. Вперше подібний синдром був описаний ще під час громадянської війни в Америці у роботах Dacosta (1864), який назвав його синдромом солдатського серця. В описі цього стану особливу увагу приділяли вегетативним проявам, таким як прискорене серцебиття, підвищене потовиділення, запаморочення та інші фізіологічні реакції, що виникали у солдатів під час боїв або після них. В 1867 році J.E. Eerichsen у своїй праці «Залізнична та інші травми нервової системи» детально описав психічні розлади у осіб, що пережили залізничні аварії, підкреслюючи тривожність, страх, ідеї переслідування та інші симптоми, які пізніше співвідносилися з ПТСР. У 1888 році H. Oppenheim увів у практику діагноз «травматичний невроз», в рамках якого описав широкий спектр симптомів, що нагадують сучасні прояви ПТСР, зокрема, повторювані нав’язливі спогади, тривогу, емоційну нестабільність і фізіологічні реакції [11, 32, 41].

Багато досліджень, присвячених цій проблемі, почали з’являтися після масштабних військових конфліктів. Перші великі дослідження були проведені у зв’язку з Першою світовою війною. E. Kraepelin (1916) вперше підкреслив, що тяжкі психічні травми можуть залишати довготривалі розлади, які з часом посилюються, що підкреслює потенціал для хронічної стабілізації стану. Мірс у роботі «артилерійський шок у Франції 1914-1919» відрізнив фізіологічний стан «контузії» (пов’язану з фізичною травмою і розривом снаряда) від «снарядного шоку», що був психогенним станом, спричиненим сильним стресом та психологічним потрясінням. Це означало, що змішання фізичних та психологічних наслідків війни вимагало окремого

вивчення. Реакції учасників бойових дій, зокрема, прояви «військової втоми», «бойового виснаження», «військового неврозу» і «посттравматичного неврозу», стали предметом активних досліджень у період Другої світової війни. В 1941 році А. Кардинер систематизував ці явища і назвав їх «хронічним військовим неврозом». Він, базуючись на ідеях Фрейда, ввів поняття «центральний фізіоневроз», що, на його думку, порушував функції особистості, необхідні для адаптації до навколишнього середовища. Кардинер підкреслював, що цей невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу і включав симптоми збудливості, дратівливості, неконтрольованих реакцій, фіксації на травмуючій події, втрати реальності і агресивної поведінки. Ці розлади спостерігалися також у в'язнів концентраційних таборів і військовополонених, що підтверджувало їхню універсальність [3, 29, 40, 69].

Дослідження психологічних наслідків війни у В'єтнамі (1955-1975) зробили значний внесок у розуміння постстресових розладів. Фіглі (1978) описав поств'єтнамський синдром, який відрізнявся повторюваними нав'язливими спогадами, що часто проявлялися у формі яскравих образних уявлень або флешбеків, супроводжувалися пригніченням, страхом і соматовегетативними порушеннями. У ветеранів були зафіксовані симптоми відчуження, байдужості, втрати інтересів, підвищена збудливість, повторювані нічні кошмари бойового характеру, а також почуття провини за те, що вони залишилися живими. Ці симптоми не відповідали жодній з відомих нозологічних форм, що спонукало М. Горовіца запропонувати їх як окремий діагностичний синдром – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Горовіц і його колеги розробили чіткі діагностичні критерії, які були включені до американських класифікацій DSM-III та DSM-III-R, а згодом і до МКХ-10 без суттєвих змін, що закріпило статус ПТСР як окремої нозології [9, 45].

У 1980-х роках дослідження ПТСР отримали значний поштовх. В США було проведено численні дослідження для розвитку і уточнення

діагностичних критеріїв та характеристик стану. Зокрема, роботи Егендорфа і Боуландера порівнювали адаптивні процеси у ветеранів В'єтнаму та їхніх ровесників, які не брали участі у військових діях. Вивчалися особливості відстроченої реакції на стрес, що допомогло визначити механізми психологічної резистентності та вразливості. Результати цих досліджень залишаються актуальними й досі. Основні підсумки міжнаціональних досліджень узагальнені у двотомній монографії «Травма та її слід», яка охоплює не лише військову етіологію ПТСР, але й наслідки травмуючих подій, таких як геноцид, природні катастрофи, насильство над особистістю [46, 62].

Дослідження постстресових станів, викликаних природними та індустріальними катастрофами, почалися ще у 1950-1960-х роках. Вони включали дослідження переживань у жертв ураганів, повеней, землетрусів, аварій на промислових об'єктах та інших масштабних катастроф. Однак кількість таких робіт значно менша порівняно з дослідженнями ветеранів. Особливо важливими були дослідження після аварії на Чорнобильській АЕС у 1986 році та землетрусу у Вірменії у 1988 році, які показали, що природні та техногенні катастрофи можуть спричинити розвиток ПТСР, особливо у тих, хто був безпосередньо залучений або постраждав фізично або психологічно [15, 68].

Поширеність ПТСР у загальній популяції залежить від частоти травматичних подій та їх характеру. Відповідно до досліджень, у країнах з авторитарними режимами або регіонах, що періодично зазнають природних катастроф, рівень поширеності може бути вищим. У 1990-х роках рівень поширеності ПТСР у США зріс до 7,8 %, що значно вище за показники 1980-х років (1-2 %). Статеві відмінності очевидні: у жінок рівень становить близько 10,4 %, тоді як у чоловіків – 5,0 %. Це пов'язано з тим, що жінки частіше стають жертвами насильства і зловживань, а також мають інший психологічний стиль реагування на стресові ситуації [60].

Медичні обстеження населення показали, що поширеність ПТСР коливається від 1 до 14 %, залежно від методології дослідження та особливостей вибірки. У групах ризику – ветеранах, жертвах катастроф, жертвах насильства – цей показник може сягати від 3 до 58 %. Наприклад, за даними національного дослідження ветеранів В'єтнаму, у 1988 році у 30,6 % учасників війни було діагностовано ПТСР. У тих, у кого був цей діагноз, часто спостерігалися пограничні нервово-психічні розлади, високий рівень соціальної ізоляції, ворожість, проблеми у сімейних стосунках і трудова нестабільність. Ліквідація таких симптомів та їх лікування залишається актуальним завданням сучасної психіатрії [72, 79, 81].

Відсутність достовірних статистичних даних щодо кількості ветеранів у країнах СНД і реальної поширеності ПТСР у цих регіонах ускладнює планування системи медичної, реабілітаційної та соціально-психологічної допомоги. Це зумовлює необхідність подальших досліджень і створення більш точної бази даних для оптимізації профілактики та лікування посттравматичних розладів у цих країнах [75, 84].

1.2 Класифікація біологічної сутності посттравматичного стресового розладу

Сутність бойового стресу з точки зору психобіології полягає у складному процесі перепрограмування ресурсів людського організму з метою забезпечення виживання в екстремальних, життєво небезпечних умовах бойових дій. Цей процес включає мобілізацію систем нервової, ендокринної та серцево-судинної систем, що сприяє підвищенню рівня пильності, швидкому реагуванню на потенційні загрози та фізіологічній підготовці до боротьби або втечі (fight-or-flight). Зокрема, активуються надниркові залози, зокрема кора наднирників, що виробляє адреналін і кортизол, що підвищують серцебиття, кровообіг, рівень глюкози в крові та інші фізіологічні реакції. Одночасно відбувається зміна функціонування

мозку, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що підсилює адаптивні механізми, але при надмірних або тривалих навантаженнях може призводити до психофізіологічної дезінтеграції – стану, що характеризується порушенням психічної рівноваги, когнітивних функцій і емоційної стабільності, що і визначає поняття бойової психічної травми [19, 39].

На рівні психіки цей процес супроводжується змінами у сприйнятті, емоційних реакціях та поведінкових моделях. Можуть виникати гострі психічні розлади, що проявляються у вигляді підвищеної тривожності, панічних атак, агресії або, навпаки, апатії та зниження активності. У разі надмірної інтенсивності та тривалості таких реакцій можливий розвиток стійких травматичних станів, що мають суттєві наслідки для психічного здоров'я воїна або постраждалого [5].

Термін «бойова психічна травма» широко застосовується для опису комплексних психологічних і фізіологічних наслідків бойового стресу, проте в доступних наукових джерелах відсутнє єдине, чітко визначене визначення цього поняття. Більшість дослідників порівнюють його з реактивними станами і гострими стресовими реакціями, що виникають у відповідь на життєво небезпечні бойові ситуації. Це проявляється у клінічній картині, що характеризується широким спектром симптомів, таких як швидка зміна настрою, порушення сну, концентрації уваги, а також фізіологічні прояви, що супроводжують стресовий стан [12, 34].

У контексті психологічних реакцій на бойовий стрес важливо розрізняти нормальні, адекватні відповіді і патологічні. Природні реакції тривоги і страху є нормальним і адаптивним явищем, що допомагає уникнути небезпеки. Однак при сильних і тривалих стресах у військових або цивільних може виникати транзиторні психічні розлади – гострі реакції на стрес (код МКХ-10 – F43.0). Вони мають ознаки змішаних і мінливих симптомів, що включають депресивні настрої, тривожність, гнів, розпач, ажитацію, гіперактивність або загальмованість. Важливий аспект – це явище

оглушення, коли у особи виникає звуження поля свідомості, порушення здатності адекватно реагувати на навколишні стимули, що може супроводжуватися частковою або повною амнезією. Це є захисною реакцією мозку на надмірне навантаження або травму [1, 81].

Розділ F43 у міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) присвячений реакціям на тяжкий стрес і порушенням адаптації:

- F43.0 – Гостра реакція на стрес – короткочасна, гостра реакція, що виникає у відповідь на екстремальні ситуації.
- F43.1 – Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
- F43.2 – Розлад пристосувальних реакцій.
- F43.8 – Реакції на тяжкий стрес.
- F43.9 – Неуточнена реакція на тяжкий стрес [70, 81]

Інтенсивність психічної ситуації, яка травмує, є ключовим фактором ризику виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), визначає ступінь психологічних та фізіологічних наслідків травми. Чим більш інтенсивною є травматична ситуація, тим вищий ризик розвитку ПТСР, оскільки вона здатна викликати глибокі порушення у нервовій системі та емоційній сфері особистості. Крім того, важливими факторами ризику є низький рівень освіти, що обмежує знання та навички подолання стресу, а також соціальне становище, яке впливає на доступ до підтримки й ресурсів для реабілітації. Попередні травматичні події, особливо якщо вони були сильними або повторювалися, підвищують ймовірність повторного реагування організму на нову травму. Психіатричні проблеми, такі як тривожні розлади, депресія або інші психічні захворювання, створюють уразливість до розвитку ПТСР, оскільки вони порушують нормальні механізми адаптації. Наявність близьких родичів, які страждають від психіатричних розладів, може передавати генетичну схильність або створювати додатковий емоційний тиск через сімейні динаміки. Хронічний стресс, зумовлений тривалим психологічним або фізичним напруженням,

знижує здатність організму адекватно реагувати на нові стресори і підвищує ризик розвитку ПТСР [4, 22].

Важливим аспектом є вторинна травматизація, яка часто виникає у тих, хто вже пережив травму. Це може проявлятися через негативні реакції оточуючих, медичного та соціального персоналу, що ігнорують, заперечують або звинувачують жертву, що призводить до додаткового психологічного болю та ізоляції. Така реакція може посилювати почуття безсилля і відчуження у постраждалих. Крім того, навколишні інколи створюють «травматичну мембрану» з надмірної опіки, яка ізолює постраждалого від зовнішнього світу, ускладнюючи процес реабілітації та сприяючи формуванню гіперчутливості до будь-яких стресових ситуацій [8, 14].

Порушення з біологічної точки зору при ПТСР значно ускладнюють його прояви та уявляють собою порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН). Це система, відповідальна за відповіді на стрес, і її порушення веде до дисбалансу між збуджуючими та гальмуючими нейронними системами мозку. У пацієнтів з ПТСР спостерігається підвищена чутливість ГГН-осі, що проявляється у значних коливаннях рівнів адренокортикоїдів (кортизолу та адреналіну), що відповідають за мобілізацію ресурсів у відповідь на стрес. Така гіперчутливість сприяє надмірній реактивності організму навіть при незначних подразниках [30, 85].

Дослідження показали, що у пацієнтів із ПТСР спостерігається структурна та функціональна дисфункція в мозкових ланцюгах, відповідальних за обробку сигналів загрози. Це включає гіперактивність амігдали та гіперчутливість системи страху, що робить її надмірно реагуючою навіть на незначні стимули. Водночас, ці зміни можуть бути або передумовами, що існували до травматичної події, або результатом посттравматичного розладу. Внаслідок цього система страху стає гіперчутливою та ізольованою від префронтальної кори, яка відповідає за планування, прийняття рішень та контроль емоцій. Це зменшує здатність до

раціональної обробки інформації й сприяє автоматичним реакціям боротьби або втечі, навіть у безпечних ситуаціях [25, 37].

Фізіологічні реакції у людей з ПТСР характеризуються збільшеною частотою серцевих скорочень, потовиділенням, прискореним диханням, тремором і відчуттям надмірного збудження. Навіть невеликі стресори здатні викликати ці реакції через гіперреактивність нервової системи. Це спричиняє фізіологічний стан, схожий із бойовою готовністю, що постійно підтримується в організмі, що призводить до виснаження і погіршення загального стану здоров'я [35].

Симптоми ПТСР у ветеранів війни мають специфічні прояви. Надпильність – це постійне виявлення ознак потенційної небезпеки, що проявляється у напруженості м'язів, підвищеній увазі до дрібних деталей і тенденції до постійного очікування загрози. Це створює енергетичний виснажливий цикл і ускладнює розслаблення. Перебільшене реагування проявляється у несподіваних фізичних та емоційних реакціях, таких як різкі рухи, здригування або голосний крик при несподіваних звуках. Притупленість емоцій веде до зниження здатності відчувати радість, любов чи інші почуття, що ускладнює встановлення і підтримку близьких зв'язків [48].

Агресивність виявляється у схильності використовувати фізичну силу або вербальні напади у вирішенні конфліктів. Це може бути реакція на фрустрацію або спроба контролювати ситуацію, що здається безвихідною. Порушення пам'яті та концентрації уваги проявляються у труднощах з фокусуванням, особливо під час стресу, що ускладнює виконання щоденних завдань і знижує якість життя [42].

Депресія – це частий супутник ПТСР, що проявляється у вигляді безнадійності, відчаю, апатії та зниження інтересу до улюблених занять. Вона поглиблює почуття ізоляції і може призводити до суїцидальних думок [42].

Загальна тривожність викликає фізіологічні симптоми, такі як болі, спазми, головні болі, а також постійне відчуття небезпеки і невпевненість у собі [42].

Напади люті – це раптові вибухи гніву, які можуть бути спровоковані як фізичними, так і психологічними чинниками, і часто супроводжуються зловживанням алкоголем або наркотиками, що ускладнює їх контроль і лікування [55, 59].

Зловживання наркотичними засобами та алкоголем є спробою знизити інтенсивність симптомів ПТСР, що у довгостроковій перспективі може погіршувати ситуацію, сприяючи формуванню залежності і додаткових психологічних проблем [55, 59].

Непрохані спогади – це нав’язливі образи, які з’являються у відповідь на зовнішні стимули, що нагадують про травматичну подію (звуки, запахи, зорові образи). Вони супроводжуються сильними почуттями тривоги, страху і можуть спричиняти фізичний та емоційний дискомфорт, що значно ускладнює адаптацію і повернення до нормального життя [49, 67].

Непрохані спогади, які надходять у сні, називаються нічними кошмарами. Вони є одним із найяскравіших і найболючіших проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особливо у ветеранів війни. Ці сновидіння часто відтворюють травмуючі події з максимальною точністю, ніби відеозапис, що закарбувався у пам’яті [63, 67].

Вони можуть включати звуки, запахи, образи та емоційний стан, що переживали під час реальної травми. Наприклад, ветеран, який пережив бойові дії, може бачити себе в епіцентрі обстрілу або близько до вибуху, з відчуттям страху, болю чи безсилля. Такі сни залишаються у пам’яті настільки яскравими, що після пробудження людина часто відчуває сильне виснаження, м’язове напруження, спітніла і цілком розбитою. Це явище є природною реакцією нервової системи на сильний стрес, але з часом може перерости у хронічний стан, що суттєво погіршує якість життя [49, 67].

Інший тип сновидінь пов’язаний з їхньою символікою та змістом, де обстановка і персонажі можуть бути зміненими або абстрактними. У таких випадках травма проявляється через відчуття тривоги, страху або безпомічності, але без точного відтворення конкретної ситуації. При цьому елементи, що нагадують травматичну подію – люди, ситуації або відчуття – проявляються у сні у більш скупому або символічному вигляді. Людина може прокинутися розбитою, напруженою, з напругою у м’язах та підвищеним потовиділенням. Часто такі ночі супроводжуються станом, коли вона відчуває себе немов у бою, готова до бійки, або переживає напади паніки. Це один із найнеприємніших аспектів ПТСР, оскільки він викликає сильний емоційний дискомфорт і може спричинити порушення режиму сну, що поглиблює проблему [63, 74].

Галюцинаторні переживання – це ще один різновид непроханих спогадів, пов’язаних із травмуючими подіями. Вони відрізняються надзвичайною яскравістю та реалістичністю, настільки, що події минулого здаються сучасним досвідом, а ситуація навколо – менш реальною. Людина у такому стані поводиться так, ніби знову опинилася в травмуючій ситуації, діє, думає і відчуває так, як у момент, коли вона рятувала своє життя або переживала сильний страх [63].

Галюцинаторні переживання частіше виникають під впливом наркотичних речовин або алкоголю, але можуть з’явитися і в тверезому стані, навіть у тих, хто ніколи не вживав психоактивних препаратів. Вони є особливо болісними, оскільки руйнують межу між минулим і теперішнім, поглиблюючи почуття ізоляції, безнадії і безвихідності [77].

Порушення сну – ще один важливий симптом ПТСР. Воно проявляється у труднощах із засинанням, переривчастих снах та ранніх пробудженнях. Людина з нічними кошмарами боїться засинати, оскільки кожна ніч може принести новий жахливий сон, що повертає її у травмуючий досвід. Це створює замкнене коло – страх перед сном сприяє його

ускладненню, а недосипання призводить до нервового виснаження, зниження концентрації і підвищеної дратівливост [49].

Регулярне недосипання може поглиблювати симптоми ПТСР і навіть сприяти розвитку депресії або тривожних розладів. Таке тривале порушення режиму сну суттєво знижує якість життя, робить людину ще більш вразливою до психологічних та фізичних проблем [77].

Думки про самогубство – один із найжахливіших і найтяжчих симптомів ПТСР. Багато ветеранів у моменти глибокого відчаю починають планувати або навіть намагатися здійснити самогубство, оскільки життя здається їм надто болючим і безнадійним. Вони можуть відчувати, що їхні страждання безперспективні, а єдине полегшення – це покінчити з цим світом. Це особливо характерно у тих випадках, коли відчуття безсилля, провини чи страху домінують у їхньому внутрішньому світі. Важливо розуміти, що ці думки часто є ознакою глибокої депресії і потребують негайної допомоги. Водночас, багато з тих, хто у важкий період зумів знайти сили жити, дізнаються, що з часом і підтримкою можливо подолати цей стан і повернутися до нормального життя [71].

Відчуття вини за те, що ти вижив у випробуваннях, а хтось, ні – ще один важливий аспект посттравматичного розладу. Це почуття часто супроводжується емоційною глухотою, коли людина втрачає здатність переживати радість, любов або співчуття. Вона може постійно відчувати провину і страх перед нагадуванням про загиблих товаришів або загрозливі ситуації, що пережила. Це змушує їх уникати будь-яких нагадувань про травму, в тому числі спогадів, фотографій, розмов чи навіть певних місць. Сильне почуття провини може провокувати приступи самозвинувачення або самопринизливої поведінки – вони відчувають потребу заслужити прощення або покарати себе за те, що вижили, тоді як інші загинули [71].

Основні симптоми ПТСР були використані для розробки діагностичного опитувальника, зокрема шкали клінічної діагностики

посттравматичного стресового розладу. Гострий ПТСР діагностується, коли симптоми виникають у перших шести місяцях після травматичної події і зберігаються не більше ніж 6 місяців. Прогноз при гострому ПТСР зазвичай сприятливий, з можливістю повного одужання при відповідній терапії. Хронічний ПТСР – це випадки, коли симптоми тривають понад шість місяців і можуть ускладнюватися з часом [60].

Відстрочений ПТСР характеризується появою симптомів після латентного періоду, тобто через кілька місяців або навіть років після травми. У таких випадках симптоми з'являються раптово і мають тривалість більше шести місяців, що ускладнює лікування і потребує спеціалізованої допомоги [1, 82].

За даними досліджень, у ветеранів з ознаками ПТСР найбільшу кількість скарг викликають проблеми з серцево-судинною системою – до 36 % усіх скарг. Це може включати підвищений кров'яний тиск, прискорене серцебиття, болі в серці або запаморочення, що часто виникають на тлі нервового напруження. Наступною за частотою є скарги на нервове виснаження – близько 24,6 %, що проявляється у зниженій витривалості, роздратуванні або відсутності інтересу до життя. Також поширені болі різної етіології та локалізації (20,2 %), проблеми з шлунково-кишковим трактом (19,1 %), які проявляються у вигляді нудоти, діареї або закрепів. Загалом, інтенсивність скарг у ветеранів з ПТСР у 2 рази вища, ніж у тих, хто його не має. Вони частіше скаржаться саме на стан серцево-судинної системи – у 40,5 % випадків, що значно перевищує показники у контрольних групах [70].

З літератури відомо, що у ветеранів афганської війни психопатологічні порушення мають різні прояви. Найпоширенішими є істеро-іпохондричний синдром (32 %), що проявляється у надмірній тривожності щодо здоров'я, і астеноіпохондричний синдром (35 %), який характеризується сильним фізичним виснаженням і страхами щодо стану здоров'я. Обсесивно-фобічний синдром (33 %) проявляється у нав'язливих думках та страхах, а

астенодепресивний – у поєднанні фізичного виснаження з депресивними настроями. Астеноневротичний синдром (38 %) – це комплекс симптомів, що включає втому, дратівливість, порушення сну та концентрації уваги. У ветеранів з ознаками ПТСР ці синдроми зустрічаються у 3,7-9,5 разів частіше, ніж у тих без таких проявів, сигналізуючи про глибоку структурну зміну психічного стану, що вимагає комплексного лікування [63, 76].

Науковці виділяють та описують типи психічної дезадаптації ветеранів, виділені залежно від цілісної поведінкової стратегії.

Перший тип – це активно-оборонний. Він характеризується здатністю пацієнта адекватно оцінювати тяжкість захворювання або проявляє тенденцію до його ігнорування, що може бути результатом навмисного або несвідомого прагнення уникнути психологічного дискомфорту. У таких випадках спостерігаються різні невротичні розлади, зокрема тривожні, обсесивно-компульсивні або іпохондричні симптоми. Ветерани цього типу часто проявляють прагнення обстежуватися і отримувати лікування у амбулаторних умовах, що свідчить про їхню внутрішню мотивацію до контролю стану та бажання повернутися до нормального життя. Вони здатні до самоаналізу і бережливого ставлення до свого здоров’я, що сприяє більш швидкому та ефективному одужанню при правильному лікуванні [35, 78].

Другий тип – пасивно-оборонний – є проявом внутрішнього відступу і примирення з хворобою, що часто супроводжується зменшенням активності щодо боротьби з недугою. Пацієнти цього типу мають тенденцію до тривожно-депресивних станів, проявляють іпохондричні настрої, що полягають у постійному нагадуванні собі про хворобу та її можливі ускладнення. Вони демонструють знижену потребу у боротьбі з хворобою і часто орієнтуються на отримання виграшу від захворювання, наприклад, на соціальну увагу, піклування або фінансову компенсацію. Психічний дискомфорт виражається у скаргах соматичного характеру, таких як

головний біль, слабкість, болі без очевидних фізичних причин, що ускладнює діагностику і лікування [35, 78].

Третій тип – деструктивний – характеризується порушеннями у соціальному функціонуванні, що проявляється у внутрішній напруженості, дисфорії, конфліктах із оточенням і частими вибухами агресії. Пацієнти цього типу мають тенденцію до деструктивної поведінки, руйнування міжособистісних зв'язків та соціальної стабільності. Вони часто вдаються до алкоголю, наркотиків, агресивних дій або навіть суїцидальних спроб для розрядки накопичених негативних емоцій і афектів. Це може бути наслідком глибокого почуття безсилля, відсутності підтримки або низької соціалізації. Такий стан потребує негайного втручання для запобігання більш серйозних наслідків [35, 78].

Крім описаних вище типів психічної дезадаптації, існують і окремі симптомокомплекси, характерні для ветеранів і задокументовані у наукових дослідженнях. Це дозволяє більш точно визначити профілі психічних розладів і розробити індивідуальні підходи до лікування [82].

Астенічний симптомокомплекс має виражену симптоматику, що включає підвищену збудливість і дратівливість на тлі загальної слабкості та виснаженості. Пацієнти часто скаржаться на емоційну слабкість, знижений настрій і образливість, що суттєво знижує їхню здатність до адаптації та соціальної інтеграції. Цей стан часто супроводжується порушеннями сну, зниженням працездатності і підвищеною схильністю до психічної та фізичної втоми [12].

Обсесивно-фобічний симптомокомплекс проявляється у вигляді невмотивованих тривог і страхів, що виникають без очевидних причин і мають характер нав'язливих думок. Це може проявлятися у повторюваних спогадах про травмуючу подію, що заважає повсякденному життю, викликає запаморочливий стан і психофізіологічний дискомфорт. Часто пацієнти

намагаються уникати ситуацій або думок, що асоціюються з травмою, що ще більше поглиблює їхню ізоляцію [52].

Істеричний симптомокомплекс характеризується підвищеною сугестивністю і самонавіюваністю, прагненням привернути увагу оточуючих і демонстративною поведінкою. Пацієнти можуть вдаватися до театралізованих проявів, використовувати психологічний вплив для отримання співчуття або уваги, що часто ускладнює діагностику і лікування. Їхня поведінка може бути спробою компенсувати внутрішній емоційний дисбаланс [52].

Депресивний симптомокомплекс включає зниження настрою, почуття песимізму і втрату інтересу до звичних занять. Це супроводжується емоційною нестабільністю, зниженням самоповаги і почуттями безнадійності, що значно ускладнює функціонування пацієнта у соціальних і професійних сферах [52].

Експлозивний симптомокомплекс характеризується підвищеною дратівливістю, вибуховістю, злостивістю та агресивністю. Пацієнти можуть мати раптові і неконтрольовані спалахи гніву, що веде до конфліктів у сім’ї, на роботі або у суспільстві. Це часто є проявом глибоких внутрішніх конфліктів і незадоволеності, що знижують якість життя [52].

Психоорганічний симптомокомплекс зазвичай розвивається у постраждалих від черепно-мозкових травм, зокрема після сильних ударів голови або ускладнених пошкоджень мозку. У таких пацієнтів спостерігаються симптоми астенії, дисфорії, порушення пам’яті, емоційних розладів і порушень сну. Можливі короткочасні епізоди дереалізації – стану, коли реальність здається чужою або нереальною, деліріозні прояви і онейрологічні розлади, що характеризуються порушеннями сну і сновидінь [52].

Загалом, усі наведені симптоми і типи психічної дезадаптації підкреслюють необхідність застосування комплексних відновлювальних і

реабілітаційних заходів, спрямованих на подолання посттравматичного стресового розладу, відновлення психічної рівноваги і покращення якості життя ветеранів [37, 48].

1.3 Засоби реабілітації для зменшення прояву посттравматичних стресових розладів

Вправи для зняття стресу, напруги і травматичного досвіду (TRE) розроблені з семи спеціальних рухів, які сприяють стимулюванню нейрогенних тремтінь – природного біологічного процесу, що дозволяє організму відновлюватися після травм. Цей процес є ключовим для зменшення симптомів посттравматичних синдромів стресових розладів (ПТСР), таких як нічні кошмари, спогади, емоційне виснаження, порушення сну, дисоціації, а також тривожні та депресивні розлади, які виникають унаслідок травматичних подій. Мета цих вправ – активізувати внутрішні механізми саморегуляції організму, знизити рівень напруги та сприяти емоційному відновленню [13].

Тема ПТСР є надзвичайно актуальною у сучасному світі через зростання кількості травматичних ситуацій у повсякденному житті. В засобах масової інформації все частіше з’являються повідомлення про природні катастрофи – землетруси, повені, цунамі, тайфуни, урагани – які спричиняють масові руйнування та людські втрати. Крім того, поширеними є випадки людського насильства: домашнє насильство, жорстоке ставлення і знущання над дітьми, зґвалтування, воєнні дії, терористичні акти, тортури, політичні репресії та арешти. Такі події залишають глибокий психологічний слід і часто приводять до розвитку ПТСР, особливо у тих, хто безпосередньо пережив травму, або у свідків [6, 27].

Нещасні випадки, медичні втручання, тяжкі хвороби та інші стресові ситуації також можуть спровокувати травми та їх наслідки. В Міжнародній

класифікації хвороб травма визначається як «надзвичайна загроза», або «катастрофічно великий обсяг навантаження, який у більшості людей може викликати глибокий відчай» (МКБ-10: F43.1 – реакції на екстремальні події). Водночас, ступінь реакції залежить не лише від об'єктивних обставин, а й від індивідуальних особливостей особи: її генетичного бекграунду, попереднього досвіду, соціального оточення, рівня життєвої стійкості, здатності до адаптації та ресоціалізації. Саме суб'єктивне переживання ситуації визначає, наскільки глибоко травма проникне у психологічний стан [26, 33, 81].

Деякі люди можуть пережити одну травматичну подію та швидко повернутися до нормального життя, тоді як інші – залишаться з тривалими симптомами, які серйозно порушують їхню здатність функціонувати. Надалі з'являються характерні симптоми ПТСР: нічні кошмари, нав'язливі спогади, порушення сну, відчуття відчуження або дисоціації, депресія, страхи, примушування та залежності. Внаслідок травматичних переживань змінюються когнітивні схеми – уявлення про себе, інших людей і світ в цілому. Наукові дослідження довели, що травми впливають на процеси формування самосприйняття і регуляції емоцій, особливо у дітей, які навчаються керувати своїми емоціями у взаємодії з батьками. Діти, що зростають у стабільному та підтримуючому середовищі, здатні розвивати емоційну толерантність і навички саморегуляції, тоді як порушення у цих процесах, особливо при тривалому травматичному досвіді, призводять до порушень у розвитку емоційної сфери [23].

Значні труднощі у емоційній регуляції – це наслідки тривалого ушкодження розвитку нервової системи, що проявляються у переповненні емоціями, які виникають у відповідь на певний тригер – ситуацію або подразник, що нагадує про травму. Це може бути гучний звук, різка зміна обстановки, слова або дії, які викликають у людини стан тривоги або паніки. Знижена здатність контролювати афекти і імпульсивність часто призводить до неадаптивної поведінки: агресії, імпульсивних вчинків або уникання

ситуацій, що нагадують про травму. Агресія у травматиків зазвичай є імпульсивною, а не навмисною, що зумовлено порушеннями у менталізації – здатності розуміти свої емоції і чужі наміри. Це ускладнює співчутливе ставлення до себе і інших, що ще більше поглиблює проблему емоційної дисфункції [31].

З нейробіологічної точки зору, ПТСР є порушенням процесів переробки стресу у мозку. Взаємодія між системами обробки інформації – такими як амігдала, гіппокамп і кора головного мозку – порушена. Це веде до зниження здатності мозку розпізнавати і відповідати на потенційно небезпечні подразники, що викликає перезбудження і порушення здатності до адекватної реакції. На рівні нейрогормонів спостерігається збільшення рівня норадреналіну, що викликає підвищену збудливість, а також великі коливання у концентрації кортизолу, що порушують гомеостаз. Зниження рівня серотоніну сприяє розвитку депресії і тривоги. На нейроанатомічному рівні у людей із ПТСР спостерігається зменшення об’єму гіппокампа – області, відповідальної за пам’ять і емоційну регуляцію, з хронічною активізацією амігдали – центру страху і тривоги, а також зниженою активністю у префронтальній корі, що відповідає за раціональне мислення і контроль емоцій [17].

Під час травмуючої події активуються дві основні системи реакції – психофізіологічна (здатність тіла реагувати на загрозу) та нервогормональна (регулювання рівня гормонів, що відповідають за стрес). Вони формують схему реагування: втеча, боротьба або заціпініння (заміру). Реакція втечі і боротьби активує симпатичну нервову систему і нейрогормональну систему, сприяючи підвищенню рівня адреналіну і норадреналіну, що викликає сильне хвилювання і фізіологічний підйом. У разі неможливості виконати фізичну реакцію, виникає заціпеніння, що проявляється у фізичному знерухомленні, і диссоціативні стан – когнітивна і психічна відчуженість від реальності, що є захисною реакцією організму. Ці реакції ускладнюють подальше відновлення

і часто залишаються у пам’яті у вигляді фізіологічних і психологічних слідів [10, 47].

У відповідь на травму імпульси передаються через нервову систему у м’язи кістково-м’язової системи, що зумовлює реакції втечі, боротьби або нерухомості. Якщо фізичні відповіді обмежені або блокуються, організм може зберігати напругу у м’язах, що сприяє виникненню хронічних м’язових скорочень та болю, відомих як міофасціальні болі. Часто ці болі локалізуються у м’язових ділянках голови, шиї, плечей, тазостегнових м’язах і ногах, і мають стресовий характер – вони зменшуються при знятті напруги або зменшенні рівня стресу [2, 28].

Вправи для зняття напруги, стресу і травми, зокрема, техніка TRE, можуть виконуватися у групах або індивідуально, вдома або під керівництвом фахівця. Їх механізм полягає у стимулюванні природного процесу нейрогенних тремтінь, що активізують внутрішні ресурси організму для зняття напруги і відновлення рівноваги. Відчуття спокою і розслаблення, яке виникає під час або після виконання TRE-вправ, особливо цінне для людей із травматичним досвідом, оскільки воно сприяє підвищенню толерантності до афектів і зменшенню їхньої інтенсивності [43].

Основні вправи TRE включають такі рухи: згінання ступень у різні напрямки для активізації м’язів ніг і тазу, балансування на одній нозі з підняттям п’яти для стимуляції глибоких м’язів і підтримки рівноваги, присідання з витягуванням руки для активізації м’язів ніг і зняття напруги, нахили вперед для розтягнення внутрішніх м’язів стегна та підколінних сухожиль, стиснення і натискання на таз для розтягнення передньої частини стегна, а також вправи тремтіння біля стіни та на підлозі, що сприяють глибокій релаксації та зняттю фізичної та емоційної напруги [43].

Після завершення таких вправ рекомендується кілька хвилин відпочивати для інтеграції пережитого досвіду, а також вести щоденник, що допомагає відслідковувати зміни та реакції організму. Важливо під час

виконання вправ зберігати усвідомленість і контроль, оскільки саморегуляція під час тремтіння є ключовою для безпечного і ефективного відновлення. Недостатній рівень саморегуляції може призвести до неконтрольованих емоційних реакцій або поглиблення травматичного стану, тому важливо поступово розвивати здатність управляти своїми відчуттями і реакціями, щоб збільшити межі толерантності та сприяти довгостроковому психологічному оздоровленню [50].

При виконанні TRE-вправ – мета саморегуляції є – навчити хворих переносити фізичні відчуття, емоційні реакції не перенапружуючись, без дискомфорту. Це дозволяє уникнути небажаних станів, таких як нерухомість, завмирання або диссоціація, які можуть виникнути при неправильному або надто швидкому виконанні вправ [50, 66, 83].

Тому важливо вміти розпізнавати перші ознаки початку цих станів, такі як затримка дихання, напруга у м’язах, нервовість або почуття тривоги. Якщо такі симптоми починають проявлятися і викликають сильний дискомфорт, процес тремтіння слід негайно зупинити, щоб запобігти погіршенню стану. Це особливо важливо для уникнення емоційної та фізичної переактивації, що може поглибити травматичний досвід [44, 57, 66].

Згідно з методикою самодопомоги, вправи TRE рекомендується виконувати самостійно вдома після їх первинного вивчення у групі або під керівництвом лікаря-консультанта. Це дозволяє пацієнту засвоїти техніку і набути навичок саморегуляції у комфортних умовах, що сприяє більшій впевненості і стабільності у процесі. Центральні пункти саморегуляції, такі як контроль за диханням, м’язовою напругою та усвідомлення своїх відчуттів, потрібно ретельно зрозуміти і регулярно тренувати, щоб вони стали автоматичними і допомагали контролювати стан у будь-який момент [51, 64].

Вправи TRE можна виконувати щодня без шкоди для здоров’я. Регулярна практика сприяє пристосуванню тіла до тремтіння, що зменшує

рівень напруги та сприяє поступовому зниженню стресу. Спочатку рекомендується робити ці вправи щодня, щоб закріпити навички і забезпечити стабільний ефект. Після того, як тіло звикне до навантаження, кількість сеансів можна зменшити до двох разів на тиждень. При цьому важливо враховувати реакцію організму: якщо з'являється новий стрес, підвищена напруга або занепокоєння, слід збільшити частоту виконання вправ для підтримки балансу і запобігання накопиченню негативних ефектів [58, 61, 83].

Проведено кілька сеансів за методикою TRE, зокрема, з використанням вправ, виконуваних у положенні лежачи на спині. Перший сеанс тривав близько 5 хвилин і вже дав характерну реакцію – активну діяльність м'язів ніг, зокрема литкових і чотириголових м'язів стегна, а також роботу тазу. Пацієнта просили не закривати очі і постійно описувати свої відчуття, що допомагало зосередитись і краще усвідомлювати власний стан. Психолог рекомендував пацієнту сидіти і легенько постукувати ступнями об підлогу, а потім підніматися і пройтися з допомогою консультанта, поступово збільшуючи силу натиску на ступні. Це допомогло знизити відчуття «ватності» і повернути контроль над тілом. В кінці сеансу пацієнт відчув втому і сильне бажання поспати, що є природною реакцією на процес глибокої розслаблюючої роботи [53, 65, 80].

У наступних трьох заняттях активність м'язів ніг, тазу, рук і грудної клітини зросла, і відчуття «ватності» зникло. В процесі вправ дихання стало більш глибоким і ритмічним, з використанням голосового видиху для посилення релаксації та зменшення напруги. Це дозволяло досягати більшої стабільності у стані та посилювати ефект релаксації. Після застосування методу TRE пацієнт повідомив про зникнення болю, напруги у м'язах і почуття сильної розслабленості, яка з часом трансформувалась у відчуття бадьорості та покращення якості сну [53, 56, 80].

Враховуючи актуальність, особливо для осіб, що пережили тяжкі психологічні травми в умовах війни, виникає нагальна потреба у пошуку ще більш ефективних методів відновлення. Це дозволить швидше повернути людину до нормального функціонального стану, відновити її здатність до соціальної адаптації та відновлення внутрішнього балансу. Враховуючи досвід застосування TRE, рекомендується включати цю методику у програми реабілітації для постраждалих, з урахуванням індивідуальних особливостей та реакцій пацієнтів для максимальної ефективності [54, 73, 86].

2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Завдання дослідження

Метою дослідження є комплексна оцінка ефективності застосування засобів фізичної терапії у реабілітаційних програмах для осіб із ПТСР, з метою визначення їх впливу на покращення функціонального стану та підвищення якості життя.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані конкретні задачі:

Перша задача полягає у всебічній оцінці початкового психофізіологічного стану, індивідуально-психологічних характеристик і рівня якості життя осіб з ПТСР перед початком застосування фізіотерапевтичних засобів.

Друга задача зосереджена на дослідженні динаміки змін у психофізіологічних показниках, індивідуально-психологічних характеристиках і якості життя осіб, що проходять реабілітацію.

Третя задача передбачає оцінку змін у психофізіологічному стані, індивідуально-психологічних властивостях і якості життя після застосування фізичних засобів у рамках комплексної реабілітації.

Четверта задача полягає у формуванні обґрунтованої оцінки ефективності застосування фізичних засобів у реабілітації осіб з ПТСР на основі зібраних даних.

2.2 Методи дослідження

В нашій роботі використовувалися наступні методи:

1. Узагальнення і аналіз літературних джерел за обраною темою.
2. Метод оцінки психофізіологічного стану (анкетування за шкалою САН та методикою Айзенка).
3. Метод математичної статистики.

2.2.1 Методи оцінки функціонального стану для визначення емоційного стану, рівня тривожності і депресії

Показник якості життя ми досліджували за допомогою тесту САН (Самопочуття. Активність. Настрій), який є ефективним інструментом для оцінки психологічного і фізіологічного стану пацієнтів у контексті їхнього повсякденного функціонування.

Ця методика спеціально розроблена для самостійного контролю і самооцінки стану людини щодо трьох ключових аспектів: рівня самопочуття, рівня активності та емоційного настрою [74].

Шкала САН складається з індексів, які мають значення від 3 до -3, з послідовністю: 3, 2, 1, 0, -1, -2, -3. Вона розташована між тридцятьма парами слів або фраз, що є антонімами і відображають різноманітні аспекти рухливості, швидкості і темпу протікання фізичних та психоемоційних функцій [74].

Перевагами тесту є його стислість – він займає мінімум часу для заповнення, що робить його зручним для регулярного застосування в клінічній практиці або для самостійного моніторингу.

У практиці нашої клінічної роботи пацієнти співвідносили свій поточний стан із ознаками за багатоступінчастою шкалою. Вони обирали і позначали цифру на типовій карті методики САН, яка найбільш точно відображала їхній стан у конкретний момент часу [74].

При обробці цифри перекодовували. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і т. п. Враховували те, що полюси шкали постійно змінюються. І позитивні стани одержують високі бали, а негативні низькі. Згідно цих балів ми розраховували середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Карта перекодування за результатами самопочуття, активності, настрою (САН)

Перекодування	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

При оцінці психофізіологічного стану пацієнтів були важливі, як значення окремих показників так і їхнє співвідношення.

Ключ до визначення психофізіологічного стану пацієнтів за методикою самопочуття, активність, настрій:

- питання на самопочуття: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.
- питання на активність: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.
- питання на настрій: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30 [85].

2.2.2 Методика оцінки індивідуальних властивостей особистості пацієнтів і якості життя

Під час дослідження у залучених пацієнтів реєструвалися такі психофізіологічні показники: концентрація і переключення уваги, обсяг пам’яті, темп виконання тестового завдання, а також ступінь вираженості екстраверсії.

Вивчення оперативної пам’яті, є ключовим компонентом когнітивного резерву та здатності до швидкого прийняття рішень у повсякденних та екстремальних ситуаціях.

Інструкція перед проведенням методики звучить так: «зараз я назву вам 5 чисел. Вам потрібно запам’ятати їх, потім скласти перше число з другим у розумі, а отриману суму записати; потім друге число скласти з третім, суму записати і четверте з п’ятим, знову записати. Таким чином, у вас повинно бути отримано і записано чотири суми. Час обчислення – 15 секунд. Після чого зачитується наступний ряд чисел. Будьте уважні, числа зачитуються

один раз». Це завдання стимулює одночасно кілька когнітивних процесів: запам’ятовування чисел, швидке обчислення, концентрацію уваги і роботу з короткочасною пам’яттю. Часовий обмежень додає елемент стресу і дозволяє оцінити швидкість когнітивних реакцій.

Обробка цих даних для здійснювалась шляхом підрахунку кількості правильно знайдених сум. Максимальна кількість правильних відповідей у рамках дослідження могла досягати 40. Норматив для дорослої людини становить від 30 і вище.

Концентрація та стійкість уваги пацієнтів визначаються за допомогою коректурної проби, яка є одним із тестів, розроблених для об’єктивної оцінки когнітивних функцій. Зокрема, цей метод базується на тесті за Бурдоном, що дозволяє дослідити рівень концентрації уваги, швидкість її переключення та стійкість у процесі виконання завдання.

Мета дослідження полягає у визначенні ступеня здатності пацієнтів зосереджуватися на виконанні однотипних дій протягом певного часу та зберігати увагу без зниження якості роботи.

Матеріал для обстеження складається з спеціальних бланків, на яких розташовані рядки з випадковим порядком букв. Досліджуваний переглядає бланк, ряд за рядом, і викреслює певну літеру, яка зазначена в інструкції. Важливо, що букви розміщені без певного порядку, що ускладнює запам’ятовування та стимулює увагу до деталей. Такий підхід дозволяє об’єктивно оцінити швидкість і точність виконання завдання.

Інструкція до виконання полягає у тому, щоб на бланку з літерами викреслити всі букви Е, переглядаючи ряд за рядом. Після кожних 60 секунд досліджуваний відзначає вертикальною рисою місце, до якого він встиг переглянути текст, за командою дослідника. Це дозволяє фіксувати швидкість роботи та рівень концентрації на різних етапах завдання, а також аналізувати динаміку уваги.

Результати оцінюються за кількістю пропущених літер Е, кількістю помилок, часом виконання та кількістю переглянутих знаків. Важливими є

характеристики якості виконання і темпу роботи, що виражаються через кількість опрацьованих рядків і кількість помилок у кожному 60-секундному інтервалі.

Для більш глибокого аналізу концентрації уваги застосовується формула: $К = (С \times С) / п$,

де С – кількість рядків таблиці, переглянутих досліджуваним, а п – кількість допущених помилок. Ця формула дозволяє отримати кількісну оцінку здатності концентруватися на завданні.

Стійкість уваги визначається за зміною швидкості перегляду протягом усього завдання. Цей показник розраховується за формулою: $А = S / t$,

де А – темп виконання (кількість літер у переглянутій частині таблиці за час), S – кількість літер, опрацьованих за відповідний інтервал, t – час, витрачений на цей період. Аналіз цих даних дозволяє побудувати «криву виснаження», яка ілюструє зміну рівня уваги та працездатності пацієнта у динаміці, що є важливим для визначення його психологічної стійкості.

Показник вміння переключати увагу обчислюється за формулою:

$С = (SO/S) \times 100$,

де SO – кількість рядків, які були опрацьовані з помилками, а S – загальна кількість рядків у дослідженій частині таблиці. Цей показник відображає здатність досліджуваного швидко і правильно переключатися між різними аспектами уваги.

Для визначення індивідуально-психологічних особливостей особистості пацієнтів застосовується методика Айзенка – опитувальник MPI. Цей інструмент дозволяє діагностувати ключові риси особистості, зокрема рівень екстраверсії та нейротизму, що є важливими для розуміння особистісних особливостей та психологічної стабільності [70].

Опитувальник містить 70 запитань, з яких 24 спрямовані на виявлення рівня екстраверсії – схильності до активної соціалізації, комунікабельності, енергійності. Інші 24 питання спрямовані на визначення рівня нейротизму – емоційної нестійкості, тривожності, вразливості до стресів. Два маскувальні

питання не дають додаткової інформації і використовуються для підвищення об’єктивності тестування.

Решта 20 питань формують «Шкалу брехні», яка призначена для визначення рівня достовірності відповідей. Вона допомагає виявити можливу симуляцію або недостовірність відповідей, що може вплинути на інтерпретацію результатів. Обстежуваному пропонується відповісти «так», «ні» або утриматися від відповіді («?»). За систему оцінювання:

- 2 бали за відповідь, що збігається з ключем,
- 1 бал за відповідь «?»,
- 0 балів – за невірну відповідь.

Загальна сума балів по шкалі брехні використовується для оцінки достовірності тестування. Якщо цей показник перевищує 20 балів, результати вважаються недійсними через високий рівень недостовірності відповідей. Вірогідний діапазон для достовірних відповідей – 6-12 балів. Значення нижче 4 або вище 16 свідчать про потенційні проблеми з чесністю або свідомою симуляцією, що ускладнює коректну інтерпретацію результатів [70].

2.2.3 Методи математичної статистики

Отримані нами дані були оброблені за математичною програмою «Статистика», розраховувались наступні показники: M (середньої арифметичної), m (помилки середньої арифметичної), δ (середньоквадратичного відхилення), t (критерію достовірності стьюдента).

2.2.3 Реабілітаційна програма фізичної терапії для пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом

Завданнями фізичної терапії було:

1. Вирівняння динаміки основних нервових процесів – гальмування та збудження.

2. Поліпшення координаційної функції нервової системи.

3. Нормалізація зміненої реактивності організму.

4. Поліпшення загального самопочуття.

5. Поліпшення функціонального стану центральної нервової системи.

У рамках реабілітаційної програми для пацієнтів з посттравматичними стресовими розладами були включені засоби, які можна було виконувати як під час короткочасного перебування у шпиталі, так і самостійно в домашніх умовах. Це забезпечувало безперервність терапевтичного процесу і підтримку стабільного стану пацієнтів.

Всі реабілітаційні заходи проходили під ретельним контролем фахівців – лікаря ФРМ та фізичного терапевта – протягом всього перебування пацієнтів у шпиталі.

2.3 Організація дослідження

Згідно з метою і завданнями нашої роботи було проведено всебічне обстеження 16 осіб першого зрілого віку, які перебували на лікуванні у військовому госпіталі м. Дніпро. Вибірка включала пацієнтів у віковій категорії від 25 до 35 років, що дозволяло дослідити особливості перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) саме у молодих дорослих, які зазвичай мають активний соціальний та професійний статус. У всіх учасників лікарем було встановлено діагноз ПТСР, що ускладнює їх психофізіологічний стан та потребує спеціалізованої терапії.

Обстеження проводилося на трьох ключових етапах: на початку лікування, у середині курсу та по завершенню виконання комплексу спеціальних функціональних вправ, спрямованих на корекцію функціонального стану центральної нервової системи. Ці вправи були складовою частиною психофізіологічної терапії, яка застосовувалася для зменшення симптомів стресу, поліпшення настрою та відновлення когнітивних функцій.

Тривалість всього курсу становила приблизно 1-1,5 місяці, що дозволяло відстежити динаміку змін у психофізіологічному стані пацієнтів.

На кожному з етапів експерименту у пацієнтів реєструвалися показники, що характеризують їхній психофізіологічний стан. Зокрема, оцінювалися самопочуття – суб'єктивні відчуття та рівень внутрішнього комфорту, активність – рівень енергетичного тонусу й здатність до виконання фізичних і психологічних навантажень, а також настрій – емоційний фон і рівень тривожності.

Важливими були й індивідуально-психологічні характеристики, зокрема обсяг пам'яті (V ПАМ, у умовних одиницях), концентрація уваги (К, у відсотках), темп виконання тестових завдань (А, Б/С – швидкість реагування і точність), а також ступінь переключення уваги (С, %), що відображає здатність пацієнтів швидко переносити фокус уваги між різними видами діяльності.

Окрім того, досліджували рівень вираженості екстраверсії, оцінюючи його за шкалою у балах, що дозволяло визначити рівень соціальної активності та схильність до відкритих міжособистісних контактів.

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою стандартних методів математичної статистики.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводилось в два етапи, що дозволило отримати більш глибоке розуміння психологічного та фізіологічного стану пацієнтів із посттравматичними психологічними розладами. На першому етапі було зосереджено увагу на вивченні їх психофізіологічних характеристик, а також індивідуально-психологічних властивостей. Для цього застосовували комплексне обстеження, яке включало нейрофізіологічні тести, психологічні опитувальники та клінічні оцінки. Визначалося рівень тривожності, рівень стресової реактивності, рівень адаптаційних можливостей організму та психологічних характеристик, таких як рівень стресостійкості, емоційна стабільність і здатність до концентрації уваги.

У цій групі пацієнтів було зафіксовано, що при неврологічному дослідженні встановлено наявність посттравматичних психологічних розладів, що підтверджувалося симптоматикою, характерною для таких станів: тривожність, депресивні настрої, порушення сну та підвищена дратівливість. Враховуючи цю особливість, дослідження початково було спрямоване на визначення доцільності застосування комплексу вправ TRE (Trauma Releasing Exercises) у рамках психофізичної корекції та реабілітаційних заходів для цієї групи.

З урахуванням того, що всі учасники скаржилися на дратівливість, постійну втому та порушення сну, було проведено комплексне дослідження якості їхнього життя до і після проходження курсу реабілітації у шпиталі. Це дозволило оцінити ефективність застосовуваних методів та визначити, наскільки зміни у психологічному стані вплинули на їхнє повсякденне функціонування. Для об’єктивної оцінки використовували шкалу САН (Шкала Аналізу Настрою), яка дозволяє визначити рівень тривожності, депресії, агресії та інших психічних станів.

Дивлячись на те, що функціональний стан систем організму після курсу реабілітаційних заходів значно покращився, але у більшості пацієнтів не

відзначалося суттєвого підвищення настрою.

Вони продовжували відчувати внутрішню втрату почуття задоволення від життя та зменшення інтересу до навколишнього світу, що свідчить про глибокі психологічні та емоційні наслідки травматичних подій. Багато з них переживали стан внутрішнього неспокою, що проявлявся у вигляді провини, яку вони відчували через свою участь у бойових діях, або через уявлення, що стали тягарем для своїх родичів.

Ці психологічні труднощі супроводжувалися фізіологічними симптомами, що ускладнювали їхній стан: зниження апетиту та маси тіла, що могло призводити до виснаження, больовий синдром різної локалізації – від головного болю до м'язових болів, що не мали очевидних соматичних причин, пітливість, особливо у нічний час, часте сечовипускання. Важливо відзначити, що ці симптоми не можна було пояснити наявністю супутніх соматичних захворювань, що вказує на їхню психосоматичну природу.

Результати дослідження пацієнтів, які брали участь у бойових діях та зазнали значного стресу, свідчать про провідну роль психосоціальних чинників у формуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Виявлено, що фактор віку також є важливим, оскільки молодий вік може посилювати ризик розвитку таких станів через недостатній життєвий досвід, слабше сформовану особистісну стійкість або недостатню соціальну підтримку.

Для об'єктивної оцінки якості життя пацієнтів, які пройшли травматичний досвід, нами було використано шкалу САН (самопочуття, активність, настрій).

Це дозволило визначити рівень суб'єктивного сприйняття їхнього психофізичного стану та рівень задоволеності життям. Виявлено, що навіть після терапії багато учасників залишалися знизженими в настрої та мотивації, що підтверджує необхідність комплексного підходу до їхньої реабілітації.

Наступним етапом дослідження стало визначення індивідуально-

психологічних властивостей у групі пацієнтів, з урахуванням всіх етапів відновного періоду – від моменту госпіталізації до завершення реабілітаційних заходів.

Важливість такого підходу полягає у тому, що психофізіологічний статус особистості визначає ефективність реабілітаційної роботи і ступінь її адаптації.

Згідно з результатами, у всіх випробовуваних на початковому етапі спостерігалися прийнятні рівні концентрації уваги (301,10±11,14 знаків), швидкість виконання тестових завдань (6,52±0,18 букв/60 с), обсяг короткочасної пам’яті (28,44±2,16 умовних одиниць).

Також були зафіксовані показники, що характеризували здатність до переключення уваги (15,12±0,74 %) і ступінь вираженості екстраверсії (18,36±1,28 балів).

Це свідчить про те, що у більшості пацієнтів з початковими посттравматичними розладами спостерігалися достатньо стабільні когнітивні і психологічні функції, хоча й з певними особливостями, що потребують корекції.

Зазначаємо, що параметри за своїм абсолютним значенням не зовсім відповідали фізіологічним нормам, для даного віку, що може свідчити про певний рівень девіації або нестачі у функціональних показниках у цій групі. Враховуючи цю особливість, повторне обстеження було проведено в середині реабілітаційного періоду, тобто через два тижні застосування комплексу вправ TRE (триггерної релаксаційної техніки), що є важливим етапом для оцінки динаміки змін та ефективності лікувальних заходів.

Це обстеження здійснювалося під час проведення психофічної корекції серед зазначеного контингенту пацієнтів, що дозволяло більш об’єктивно оцінити вплив програми на їх психологічний та фізіологічний стан.

Згідно з результатами, вже до середини дослідження відзначалося статистично значуще покращення практично всіх вивчених психофізіологічних показників, що характеризують індивідуально-

психологічні властивості.

Це свідчить про позитивний вплив застосовуваного комплексу вправ TRE у поєднанні з психофічною корекцією, що дозволяє зробити висновок про його ефективність у покращенні когнітивних та емоційних функцій у молоді.

Зокрема, величина концентрації уваги зросла до 345,29 ± 16,23 знаків або на 16,13 % у порівнянні з початковим рівнем, що є важливим показником підвищення здатності до зосередження та довготривалого уваги. Темп тестового завдання підвищився до 7,22 ± 0,26 знаків або на 11,91 %, що відображає швидкість обробки інформації та здатність швидко реагувати на зміни у зовнішньому середовищі.

Обсяг короткочасної пам’яті збільшився до 34,26 ± 3,17 умовних одиниць або на 18,36 %. Водночас, знизилася величина помилки в тесті на перемикання уваги до 12,92 ± 0,83 %, або на 16,58 %, що говорить про підвищення рівня когнітивної гнучкості та здатності швидко перемикатися між різними задачами без втрати якості виконання.

Значно збільшився ступінь вираженості екстраверсії до 23,16 ± 2,81 балів або на 21,76 %.

З отриманих даних видно, що значне покращення психофізіологічних показників у досліджуваних пацієнтів вже до середини їхнього перебування в шпиталі та під час проведення психофічної корекції із використанням комплексу вправ TRE. Всі ключові показники у пацієнтів реєструвалися на достовірно вищому рівні порівняно з початковими даними, отриманими на початку експерименту

Дані, демонструють додаткові кількісні результати досліджень. Після проведення психофізіологічної терапії спостерігалося суттєве збільшення рівня концентрації уваги, що склало 358,08±19,68 знаків, що на 22,19 % більше у порівнянні з початковими показниками.

Це свідчить про покращення здатності пацієнтів зосереджуватися на задачах і підтримувати увагу протягом тривалого часу, що є важливим

фактором для успішної соціальної адаптації та навчання. Також відзначалося підвищення темпу виконання тестового завдання – до 8,32±0,30 знаків, що на 15,02 % більше, що відображає покращення швидкості обробки інформації і когнітивної мобільності.

Обсяг короткочасної пам’яті значно зріс і склав 36,18±2,57 умовних одиниць, що на 25,48 % більше за початкові значення. Це вказує на посилення здатності до швидкого запам’ятовування та утримання інформації, що є важливим для навчальної діяльності та міжособистісного спілкування. Ступінь вираженості екстраверсії збільшився до 25,42±2,12 балів, що на 33,42 % більше, відображаючи тенденцію до більшої відкритості у спілкуванні та активнішої соціалізації.

Крім того, значно знизилася кількість помилок у тесті на перемикання уваги – до 11,49±0,87 %, що на 26,35 % менше за початковий рівень. Це свідчить про покращення здатності швидко і ефективно переключатися між різними видами діяльності, що є критично важливим у контексті адаптації до складних ситуацій і зменшення психологічного навантаження.

Отже, проаналізувавши отримані дані можна зробити висновок, що перебування на лікуванні в шпиталі у поєднанні з своєчасним проведенням психофізичної корекції сприяє значній оптимізації психофізіологічного статусу піддослідних пацієнтів із постравматичними стресовими розладами.

У зв’язку із складною природою процесу відновлення та комплексністю обстеження, нами був проведений додатковий аналіз динаміки змін психофізіологічного статусу пацієнтів і наприкінці дослідження, що здійснювалося на тлі продовження застосування комплексу вправ TRE у рамках психофізичної терапії.

За результатами, у середньому через два тижні перебування у шпиталі було зафіксовано значне покращення основних психофізіологічних показників.

Зокрема, відбулося підвищення обсягу короткочасної пам’яті, що дозволяло піддослідним краще справлятися з запам’ятовуванням нової

інформації.

Зростання концентрації уваги на 9,66 % свідчить про покращення здатності фокусуватися і довше утримувати увагу на виконанні завдання. Участь у тестах показала, що швидкість виконання завдань зросла, а переключення уваги стало більш гнучким та ефективним, що є важливим для адаптації до змінних ситуацій у бойових або стресових умовах.

Значне підвищення рівня екстраверсії на 13,29 % свідчить про позитивну динаміку у соціальній адаптації та емоційній відкритості піддослідних.

Значущим є також зниження кількості помилок у тестах на переключення уваги на 8,28 %, що відображає покращення когнітивної гнучкості та зменшення внутрішньої напруги.

Це важливо, оскільки під час бойових дій або інших травмуючих ситуацій підвищений рівень стресу негативно впливає не лише на психологічний стан, а й на функціональні можливості нервової системи.

Отже, результати досліджень чітко демонструють, що при тривалому виконанні комплексу вправ TRE відзначається виражена оптимізація психофізіологічного статусу пацієнтів з посттравматичними розладами.

Дивлячись на позитивну динаміку у зміні основних психофізіологічних показників, яка спостерігалась у процесі реабілітації, цілком природним було передбачити їх подальше зниження або стабілізацію після завершення психофізіотерапевтичних заходів, проведених у умовах шпиталю під керівництвом досвідченого реабілітолога.

З цією метою важливо пояснити пацієнтам цінність регулярного виконання комплексу вправ TRE, що сприяють зняттю напруження та зниженню рівня стресу, а також підвищенню стійкості нервової системи. Включення цих вправ у повсякденне життя дозволить закріпити отримані під час реабілітації позитивні зміни, покращити рівень концентрації уваги, зміцнити короткочасну пам’ять і підвищити рівень екстраверсії, що сприяє більшій відкритості до спілкування та активнішому соціальному життю.

Результати психофізіологічного обстеження, проведеного наприкінці дослідження, підтвердили припущення про природний характер змін у показниках під час і після реабілітаційного курсу. Вони показали, що у більшості обстежених пацієнтів рівень концентрації уваги збільшився на 12,18 %, що свідчить про покращення здатності зосереджуватися на завданнях і зменшення відволікаючих чинників.

Обсяг короткочасної пам’яті зріс на 30,88 %, що дозволяє говорити про її більш стабільне функціонування та підвищену здатність запам’ятовувати нову інформацію у короткий термін. Показник екстраверсії зріс на 20,67 %, що вказує на більш високу відкритість до нових соціальних контактів і більшу активність у спілкуванні.

У той час як число помилок у тесті на перемикання уваги зменшилось на 9,34 %, що характеризує покращення здатності до швидкої адаптації та переключення між різними видами діяльності.

Разом з тим, слід підкреслити, що ці перетворення є природним явищем, властивим процесу адаптації і перебуванню у стані психологічного комфорту у безпечному середовищі.

Підсумовуючи аналіз отриманих даних під час обстеження пацієнтів з посттравматичними стресовими розладами, можна зробити висновок, що характер динаміки психофізіологічних показників у цей період є досить інформативним і відкриває можливості для ефективної корекції функцій центральної нервової системи саме у віковому діапазоні людей першого зрілого віку.

Зокрема, результати нашого дослідження підтверджують високу ефективність застосування комплексу вправ TRE у психофізичній терапії для осіб першого зрілого віку з посттравматичними розладами.

З огляду на це, отримані експериментальні дані мають важливе значення для розробки і вдосконалення програм реабілітації для пацієнтів, що пережили травматичні події.

Вони слугують підґрунтям для створення індивідуальних та групових

заходів профілактики, корекції та відновлення психічного здоров’я, що враховують особливості вікових та індивідуальних особливостей осіб із посттравматичним стресовим розладом протягом застосування комплексної реабілітації.

Вчасне застосування таких методик дозволяє уникнути поглиблення симптоматики, запобігти формуванню хронічних розладів і сприяти більш швидкому поверненню людини до активного та здорового способу життя.

Щодо прогнозних перспектив дослідження, планується розширення спектру параметрів для вивчення, включаючи біологічні маркери, нейропсихологічні показники і додаткові психологічні інструменти, що дозволить отримати більш комплексне уявлення про механізми формування і подолання посттравматичних розладів у молоді. Це сприятиме не лише глибшому розумінню процесів адаптації, але й створенню більш ефективних і цілеспрямованих програм допомоги, що враховують індивідуальні особливості кожного пацієнта.

ВИСНОВКИ

1. Результати проведеного нами дослідження дозволили стверджувати, що для молодих людей з ПТСР на початку і в кінці перебування в шпиталі характерний різний функціональний стан центральної нервової системи.

2. Відмінності у функціональному стані ЦНС пацієнтів проявлялися у зниженні якості життя, що виражалося через погіршення настрою, втрату почуття задоволення та інтересу до навколишнього світу. Це супроводжувалося зниженням обсягу короткочасної та довготривалої пам'яті, труднощами у концентрації уваги, уповільненням темпу виконання тестових завдань і зменшенням здатності переключати увагу між різними видами діяльності. Додатково було зафіксовано підвищення ступеня вираженості екстраверсії.

3. Після впровадження комплексу вправ TRE, в кінці дослідження, відзначалося суттєве покращення їх психофізіологічного статусу. Завдяки цим вправам молоді люди отримували інструменти для зняття напруги та відновлення внутрішньої рівноваги, що сприяло зменшенню проявів ПТСР та підвищенню їх життєвого рівня.

4. Отримані дані дозволили констатувати високий рівень ефективності комплексу вправ TRE у психофізичній терапії пацієнтів з ПТСР.

5. Нами визначено напрямки профілактики психосоматичних розладів і психологічної корекції у пацієнтів з ПТСР. Основою є комплекс вправ TRE, що сприяє активації природних механізмів саморегуляції організму через релаксаційні та рухові практики. Чинниками, що сприяють її розвитку, є: розвиток здатності до самоаналізу, рефлексії, формування навичок критичної оцінки власних особистісних рис і усвідомлення негативних емоцій та неконструктивної поведінки; підвищення толерантності до фрустрацій, що допомагає легше переносити психологічні навантаження та уникати розвитку хронічних розладів; в) навчання способам вираження негативних емоцій у

прийнятний спосіб – через вербальні комунікації або рухову активність, що сприяє їх конструктивному переживанню і зниженню ризику розвитку психосоматичних симптомів.

6. Представлені нами експериментальні дані бажано враховувати при складанні реабілітаційних програм для пацієнтів з ПТСР, а також при своєчасному плануванні профілактичних, корекційних і реабілітаційних заходів.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як спосіб зниження тривожності у внутрішньо переміщених осіб. Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я: матеріали П Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2023. С. 13-16.

2. Бабов К.Д. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад. Одеса: Поліграф, 2015. 238 с.

3. Балашова І.В., Футрук О.В. Реабілітація військовослужбовців з наслідками легкої черепно-мозкової травми в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів: метод. Вказівки. Одеса: ДУ «Укр. НДІМР та К МОЗ України», 2022. 22 с.

4. Блінов О.А. Нормативні документи організації та проведення психологічної реабілітації військовослужбовців. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали II міжнародної науково-практичної конференції*. К: КНУ імені Тараса Шевченка, 2017. С. 36-38.

5. Бочелюк В.Й., Панов М.С. Діагностика реадаптаційного потенціалу особистості: методологічний аспект. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди: Психологія*, 2019. № 60. С. 8-24.

6. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Хмельницький національний університет МОН України, Хмельницький, 2018. 46 с.

7. Бучок Ю.С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. Український вісник психоневрології, 2014. Т. 22, Вип. 3 (80). С. 42-47.

8. Васильєв О.Г. Чинники психологічної стійкості сімейних стосунків під час війни. Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2024. 28 с.

9. Венгер О.П. Посттравматичний стресовий розлад: Навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України. ДВНЗ «Тернопіл. Держ. мед. Ун-т ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України». Тернопіль: ТДМУ, 2016. 260 с.

10. Власенко С.Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*, 2018. № 2. С. 59-71.

11. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (Методичні рекомендації). Харків, 2014. 79 с.

12. Гавловський О.Д., Голованова І.А. Аналіз фокус-групи організаторів охорони здоров'я, щодо системи реабілітації учасників АТО. *Вісн. пробл. біол. і медицини*, 2021. № 3. С. 302-305.

13. Герольд А. Нейрогенне тремтіння при проведенні TRE-вправ для зняття напруги, стресу та травми за методикою доктора Девіда Берселі при позбавленні посттравматичного стресового розладу ПТСР. *Психологічне консультування та психотерапія*, 2015. Т. 2, №1-2. С. 85-95.

14. Голованова І.А., Гавловський О.Д. Аналіз думки лікарів та пацієнтів-учасників АТО щодо необхідності психологічної реабілітації. *Вісн. пробл. біол. і медицини*, 2021. № 1. С. 351-354.

15. Горбунов О.А., Лисенко В.Ю., Кляцький Ю.В., Терещенко В.М. Використання інформаційних технологій для медичної реабілітації військовослужбовців в умовах центру медичної реабілітації та санаторного лікування «Пуща-Водиця». *Укр. журн. військ, медицини*, 2020. Т. 1, № 3. С. 127.

16. Григус І.М., Нагорна О.Б. Основи фізичної терапії. Одеса: ОЛДІ+, 2022. 150 с.

17. Гридковець Л., Вебер Т., Журавльова Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ,

2018. 236 с.

18. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *Вісник вінницького національного медичного університету*, 2015. № 1, Т. 19. С. 216-219.

19. Гурлєва Т.С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах. *Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія*, 2018. № 14 (3). С. 191-213.

20. Жиленко Р.В. Досвід США у запровадженні системи приятелів у роботі з ветеранами, що страждають на ПТСР. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*, 2021. № 2. С. 102-104.

21. Журавльова Н.Ю. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій. Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції. Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113-117.

22. Заболотна І.Б., Гуща С.Г., Бабова І.К. Організація реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом: аналіз зарубіжних підходів та вітчизняного досвіду. *Актуальні проблеми транспортної медицини*, 2021. № 2 (64). С. 32-44.

23. Зеленська К.О. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів). *Укр. вісн. психоневрології*, 2021. Том 29, вип. 4. С. 27-29.

24. Зливков В., Лукомська С. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги. Київ-Ніжин: Лисенко М. М., 2022. 95 с.

25. Ісаков Р.І. Клініко-психопатологічна характеристика внутрішньо переміщених жінок із розладами адаптації. *Світ медицини та біології*, 2021.

№ 1 (75). С. 64-68.

26. Кальниш В.В. Трансформація відчуттів, пов’язаних з рівнем емоційного вигорання, при відновленні функціонального стану військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування. *Український журнал з проблем медицини праці*, 2021. Том 17, № 2. С. 84-92.

27. Каряка І.В., Доценко Л.В. Психокорекційні засоби подолання та попередження депресії у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*, 2023. № 1. С. 79-84.

28. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. К.: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

29. Коваль І.А. Поведінкові розлади у дітей і підлітків-біженців. Збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи». Київ, 2023. С. 23-25.

30. Ковальова І., Попова Г. Проблемні питання психосоціальної реабілітації учасників бойових дій та їхніх родин. *Теорія і практика управління соціальними системами*, 2019. № 4. С. 46-55.

31. Кожина Г.М., Зеленська К.Ю., Кожин М.І. Комплексний підхід в терапії розладів адаптації. *Укр. вісн. психоневрології*, 2020. Том 28, вип. 4. С. 34-39.

32. Кокун О.М. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод, посіб. К.: 7БЦ, 2023. 175 с

33. Комаровський М.С. Використання моделі BASIC PH як методики психоневрологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій на Сході України. *Український журнал військової медицини (Ukrainian journal of military medicine),* 2020. Vol. 1, № 3. С. 121.

34. Кононенко О.І., Григоращенко А.В. Психологічні особливості адаптації дітей в умовах війни та еміграції. *Психологія та соціальна робота*,

2022. Вип. 1-2. С. 55-56.

35. Коростій В.І., Платинюк О.Б. Принципи корекції та профілактики соціально-стресових розладів у категорій населення, постраждалих внаслідок АТО. *Укр. вісн. психоневрології*, 2017. Вип. 1. С. 127-128.

36. Коширець В.В., Шкарлатюк К.І. Особливості організації особистісного простору військовослужбовців з ознаками ПТСР. *Психологічні перспективи*, 2020. № 36. С. 124-143.

37. Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. *Експерим. і клініч. медицина*, 2020. № 4. С. 53-57.

38. Креденцер О.В., Сергієнко Д.С. Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2024. 32(2), 85-95.

39. Крук І.М., Григус І.М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and recreation*, 2023. № (15). С. 50-56.

40. Крячкова Л.В., Хаітов Р.П. Актуальність вивчення чутливості системи охорони здоров'я в процесі реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Клінічна та профілактична медицина*, 2022. № 2. С. 103.

41. Кушнікова С.В. Психологічна підтримка вимушених переселенців в умовах війни. *Наукові перспективи*, 2022. № 11(29). С. 419-428.

42. Лазуренко О.О., Сміла Н.В. Актуальні питання психологічної допомоги під час війни та у післявоєнний період. Збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи». Київ, 2023. С. 26-28.

43. Ліхолепіов Є.О. Обґрунтування персоніфікації лікувально-реабілітаційної допомоги цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, на основі тяжкості їх наслідків. *Український вісник психоневрології*, 2021. Том 29, вип.

2(107). С. 41-46.

44. Матяш М.М. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров'я. *Укр. мед. часопис*, 2023. Том 2, № 1 (Спецвип.). С. 6-9.

45. Михайлов Б.В. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник. Вид. 2-Е, Перероблене та доповнене. Х.: Хмапо, 2014. 285 с.

46. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження. *Психічне Здоров'я*, 2015. № 2 (47). С. 9-18.

47. Мішура С.С., Меленчук С.А. Комплексна реабілітація пацієнтів із посттравматичним головним болем внаслідок мінно-вибухової травми. *Укр. наук.-мед. молодіжний журнал*, 2022. Спецвип. № 3. С.36-37.

48. Могильова Н.М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, 2023. Вип. 2. С. 81-85.

49. Мордик М.М. Психологічні особливості резильєнтності підлітків в умовах воєнного стану. Вісник *Волинський національний університет імені Лесі Українки*, 2021. № 30. С. 34-42.

50. Москаленко М.М. Психологічна реабілітація ветеранів військових конфліктів. *Тео-психології та її перспективи розвитку: збірник доповідей всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з дня народження Гордона Олпорта*. Кропивницький, 2022. С. 134-137.

51. Мошонська Д.В. Стрес в умовах війни та можливі шляхи його опанування. *Scientific Collection «InterConfii*, 2023. № 158. С. 189-192.

52. Огоренко В.В., Щорніков А.В. Порушення сну та якість життя здобувачів освіти під час воєнного стану. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2023. Том 8, № 2. С. 39-49.

53. Пампура І.І., Остапович В.П. Особливості соціальної та

психологічної реабілітації учасників бойових дій. *Тези міжвідомчої науково-практичної конференції: Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції.* Ч. 1. Київ : Національна академія внутрішніх справ, 2016. С. 77-80.

54. Підлужна С.А., Корчан О.Н. Психологічна реабілітація військовослужбовців з бойовими психогенними травмами. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти». Полтава: Полтава, 2023. С. 74-78.

55. Пономаренко О.Л. Резильєнтність, як складова процесу адаптації підлітків всучасних умовах. Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2024. 69 с.

56. Пономаренко Т.В., Денисенко М.В. Напрям реалізації соціальної адаптації демобілізованих учасників бойових дій з розладами психіки та поведінки. *Клінічна та профілактична медицина*, 2022. № 4. С. 73-79.

57. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів. Київ : Вид-во Людмила, 2020. 391 с.

58. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Д. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1. К.: Знання, 2018. 208 с.

59. Ребрик Ю.Ю., Ульяницька Н.Я., Андрійчук О.Я. Оцінка стану осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and recreation*, 2024. № *18* (1). С. 133-139.

60. Рибалко Л.М., Жамардій В.О., Замахін А.Л. подолання посттравматичних стресових розладів в умовах правового режиму воєнного стану. *Rehabilitation and recreation*, 2024. № 18 (3). С. 189-201.

61. Русанов В.О. Сучасні нейробіологічні теорії свідомості як основа профілактики та лікування емоційного вигорання: інновації, досвід та перспективи. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2025. Том 10, № 1. С. 1-20.

62. Салайда І.М., Коваль В.Б., Попович Д.В. Гідротерапія при м'язово-скелетній реабілітації в умовах військових дій на території України. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2023. № 3. С. 19-24.

63. Селюк М.М. Особливості ведення пацієнтів із вертеброгенним болем в умовах воєнного часу: на стику рекомендацій. *Здоров'я України*, 2023. № 3. С. 46.

64. Сиропятов О.Г., Напрєєнко О.К., Дзеружинська Н.О. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом. К.: О.Т. Ростунов, 2012. 76 с.

65. Сіделковський О.Л., Овсянніков О.А., Марусіченко В.В., Савчук М. М. Діагностичні шкали і тести в неврології, нейрохірургії і нейрореабілітації Київ: Пабліш Про, 2022. 295 с.

66. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І., Золочевський І.О. Психосоціальна реабілітація осіб із посттравматичним стресовим розладом. Тези доповіді ІІІ науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності», 2024, Київ: online. https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/486.

67. Смашна О.Є. Порушення функціонування у ветеранів із посттравматичним стресовим розладом та легкою черепно-мозковою травмою. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2022. №3. С. 102-112.

68. Содолевська Валерія. Психологічна дезадаптація та резілієнтність: досвід української молоді під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2025. Том 10, № 1. С. 42-59.

69. Соловйов Олександр. Помилки при веденні пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом. Медична газета «Здоров'я України 21 Сторіччя», 2023. № 7 (543).

70. Спірна І.Д., Леонов С.Ф., Рокутов С.В. Особливості діагностики,

терапії та медико-психологічної реабілітації вимушених переселенців з зони бойових дій, хворих на посттравматичний стресовий розлад (Методичні Рекомендації). Київ, 2015. 28 с.

71. Стеблюк В.В. Розвиток системи фізичної та реабілітаційної медицини в умовах ведення збройного конфлікту. М-во оборони України, НАМИ України, МОЗ України. Київ :Вид-во Людмила, 2020. 435 с.

72. Столярик О., Семигина Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів жінок та членів їхніх сімей. *Social Work and Education*, 2023. Vol. 10, № l. P. 63-77.

73. Суббота С.О. Психосоціальна реабілітація посттравматичних стресових розладів. *Psychological Journal,* 2021. Volume 7 Issue 7 (51). С. 78-86.

74. Ткачишина О.Р. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. *Вчені записки Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського*, 2021. Т. 32, № 3. С. 93-98.

75. Толста Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців. *Укр. вісн. психоневрології*, 2021. Том 29, вип. 4. С. 33-35.

76. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги при гострій реакції на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації. МОЗ України, 2024. 30 с.

77. Царенко Л.Г. Принципи реабілітації учасників антитерористичної операції. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції*. Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ : НУОУ, 2016. С. 358-360.

78. Черненко І.І., Фоменко Ю.Ю. Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій після отриманої бойової черепно-мозкової травми. Психіатрія, неврологія та

медична психологія, 2023. № 22. С. 54-63.

79. Чистовська Ю.Ю. Особливості психічного здоров'я осіб із посттравматичним стресовим розладом. *Вчені записки ТНУ імені Вернадського*, 2021. Т. 32 (71). № 3. С. 44-49.

80. Шатило В.Й. Соціальна та фізична реабілітація осіб з посттравматичними стресовими розладами засобами ерготерапії. *Магістр медсестринства*, 2020. № 1. С. 93-104.

81. Швець А.В. Використання Міжнародної класифікації функціонування як універсального інструменту в управлінні якістю реабілітації військовослужбовців. *Український журнал військової медицини*, 2022. Vol. 3, № 3 (додаток). С. 78-79.

82. Швець А.В. Прогностична оцінка потреби у медичній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України на основі даних структури їх бойової травми. *Український журнал військової медицини,* 2022. Vol. 3, № 3. С. 110-117.

83. Швець А.О. Особливості організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах та партнерах НАТО. *Український журнал військової медицини*, 2021. Vol. 2, № 4. С. 26-39.

84. Шель Н.В. Емоційне виснаження та втома під час війни. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки*, 2024. 2(5), 80-87.

85. Юр'єва Л.М., Вишніченко С.І., Шорніков А.В. Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2022. № 7(1). С. 13-25.

86. Яковенко О., Овдій М., Волянський О. Застосування мультидисциплінарного методологічного підходу для підготовки фізичних терапевтів в процесі реабілітації пацієнта з вогнепальним ураженням спинного мозку. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2023. № 3. С. 131-137.