



ISSN 2450-6486

<http://ehs.eeipsy.org>DOI: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2025.4.10>

This publication was made with the funds of a joint Grant of
EEIP (Ukraine - France) and ChF "Education: Future"

**Оксана КОРБУТ**

До питання про методи подолання посттравматичного стресового розладу*

OXSANA KORBUT. To the problem of post-traumatic stress disorder overcoming methods. *The article is devoted to the problem of post-traumatic stress disorder. Methods and aim of the treatment are defined and analyzed by the author. In the article the attention is paid to the accidents which may cause post-traumatic stress disorder.*

***Keywords:** post-traumatic stress disorder, treatment methods.*

1. Постановка проблеми

Сьогодні майже 50% дорослого населення нашої планети страждає від посттравматичного стресового розладу, тому проблема його подолання є актуальною.

Теоретичні та практичні аспекти виникнення посттравматичного стресового розладу досліджували вітчизняні і зарубіжні вчені. Проте проблемі його появи приділялась недостатня увага.

Метою цього дослідження є визначити основні типи симптомів характерних для посттравматичного стресового розладу, розглянути



Received 12.02.2025
Peer-reviewed 12.16.2025
Revised version received 12.20.2025
Accepted 12.22.2025

події, які можуть призвести до появи посттравматичного стресового розладу у людини, розглянути основні методи лікування і визначити мету лікування посттравматичного стресового розладу.

2. Виклад основного матеріалу

Якщо ви не впевнені в тому, що маєте надмірну або нездорову ступінь стресу, дайте відповіді на наступні запитання:

- чи відчуваєте ви нервовим або на краю;
- чи відчуваєте себе перевантаженим або стомленим;
- чи маєте ви проблеми з зосередженням чи мотивуванням;
- чи виникає проблема сну;
- чи страждаєте ви болями в шлунку під час їжі;
- чи відчуваєте ви хронічні головні болі або напруження м'язів;
- чи відчуваєте ви дратівливість, неспокій або депресію?

Якщо ви можете відповісти «так» на наведені вище запитання, ви можете спостерігати збільшення рівню стресу. Слід зазначити, що насправді стрес не обов'язково шкідливий. Він є лише природною реакцією організму на виклики та потенційні небезпеки для вашого життя у навколишньому середовищі. З огляду на це, надмірна напруга або стрес протягом тривалого періоду часу може завдати шкоди здоров'ю, щастю та загальному добробуту. Якщо не лікувати, стрес може призвести до вигорання.

Вигорання – це емоційне, розумове та фізичне виснаження, викликане надмірним і тривалим стресом. Вигорання, звичайно, відбувається поступово, з часом. Людина може досить довго не помічати, що процес вигорання вже почався, поки не станеться виснаження. Вигорання змушує людину втрати мотивацію і відчувати себе апатично і безглуздо. Може навіть початися депресія.

Стрес і вигорання можуть мати дуже негативні наслідки для здоров'я людини, її особистого щастя та відносин з іншими. Вони сприяють підвищенню ризику виникнення депресії, зниженню працездатності людини, також виникає високий ризик для появи різноманітних медичних захворювань.

Негативні життєві події можуть призвести до дуже різних психологічних реакцій, починаючи від тривожності та депресії до посттравматичного стресового розладу. Як тривога, депресія або інші стресові реакції, посттравматичний стресовий розлад може стати патологічним, коли він досягне більшої інтенсивності і супроводжується почуттями безпорадності, поганим настроєм, нав'язливими думками,

агресією по відношенню до інших людей і фобією, бажанням уникати місць і осіб, які можуть нагадати про трагічну подію.

Поява посттравматичного стресового розладу не пов'язана з ситуаціями, які просто вважаються стресовими, наприклад, розлучення, втрата роботи, нещасливе кохання чи невдало складені іспити. Посттравматичний стресовий розлад розвивається не завжди, він з'являється приблизно в однієї з трьох осіб, які пережили тяжку травму. Відповіді на запитання, чому так відбувається немає, але відомо, що існують певні фактори, які роблять людину більш схильною до появи посттравматичного стресового розладу. До таких факторів можна віднести наявність депресії, низький економічний статус, наявність сімейної або особистої історії психічних захворювань, відсутність належної підтримки від родини і друзів, інше. Також не слід забувати про генетичний чинник, наприклад, якщо у людини є близький родич з проблемою психічного здоров'я, то це значно збільшить її шанси на розвиток посттравматичного стресу.

Наведемо приклади деяких подій, які можуть призвести до появи посттравматичного стресового розладу у людини:

- серйозні аварії;
- насильницькі напади, такі як сексуальні напади, або пограбування;
- тривале сексуальне насильство;
- участь у бойових діях;
- терористичні напади;
- стихійні лиха, такі землетруси або цунамі;
- діагноз небезпечного для життя стану;
- несподівана серйозна травма або смерть близького родича чи друга.

За допомогою людина може звернутися до психолога або психотерапевта, які будуть уважно спостерігати за симптомами, щоб визначити, чи вони поліпшуються чи погіршуються. Поєднання психотерапії та медикаментозного лікування може бути рекомендоване, якщо у людини виникли серйозні або стійкі порушення посттравматичного стресового розладу. Лікарі також можуть запропонувати своїм пацієнтам групову терапію. Деякі люди вважають корисним розповісти іншим про їх досвід, навіть негативний. Вони почуваються значно краще, коли знаходяться серед людей, які також страждають від посттравматичного стресового розладу. Також групова терапія може бути використана, щоб навчити пацієнтів

керувати своїми симптомами і розуміти свій стан. Багато людей з тих, хто страждає від посттравматичного стресового розладу і шукає допомоги, віддають перевагу альтернативним методам лікування. Масажна терапія є прекрасним доповненням до загального лікування для хворих з посттравматичним стресовим розладом. Масаж сприяє поліпшенню кровообігу, покращенню сну, допомагає людині розслабитись і стати більш відкритою. Згідно з західною медициною, симптоми посттравматичного стресового розладу є наслідком дисбалансу в хімії головного мозку, який спричинив емоційний стрес. Хімічні речовини, такі як серотонін, впливають на поведінку, почуття та пізнання. Люди, які зазнали травми завжди перебувають у стані підвищеної тривоги. Їхні тіла постійно затоплюються гормонами стресу, які викликають не тільки емоційний, але і фізичний біль, оскільки м'язи постійно напружені. Масажна терапія допомагає не тільки розслабити напружені м'язи але й полегшити фізичний біль.

Нажаль, замість того, щоб шукати допомоги, деякі люди самі себе ізолюють і страждають наодинці у тиші. Інші вживають наркотики або алкоголь для боротьби зі своїми симптомами, частота зловживання психоактивними речовинами в 2-3 рази вище в осіб з посттравматичним стресовим розладом в порівнянні з людьми, що не зазнали травми.

Основними методами лікування після травматичного стресового розладу сьогодні є психотерапія та ліки. Психотерапія - це така терапія, яка часто використовується для лікування емоційних проблем та психічних захворювань, таких як посттравматичний стресовий розлад та депресія.

Перед початком лікування спеціалістом буде проведено детальну оцінку ваших симптомів для забезпечення ефективного лікування, адаптованого до ваших індивідуальних потреб. Але людина може оцінити важкість наявних у неї після травми симптомів самостійно, за допомогою посттравматичної діагностичної шкали стресу.

Посттравматична діагностична шкала стресу була розроблена та затверджена Едною Фоа, щоб забезпечити надійний показник самооцінки посттравматичного стресового розладу для використання як у клінічних, так і в дослідницьких умовах.

Ця шкала призначена для відстеження наявності посттравматичного стресового розладу у пацієнтів, які визначили себе жертвами травматичної події або для оцінки тяжкості та функціонування симптомів у пацієнтів, які вже страждають від посттравматичного

стресового розладу. Пацієнти можуть самостійно використовувати посттравматичну діагностичну шкалу стресу, це займе приблизно 10-15 хвилин, існують не тільки паперові, але й комп'ютеризовані версії, але існують певні вікові обмеження – пацієнту має бути більше 13 років.

Посттравматична діагностична шкала стресу має 49 елементів. Короткий контрольний список визначає потенційно травмуючі події, які зазнає респондент. Тоді респонденти вказують, які з цих подій найбільше турбували їх в минулому місяці. Вони оцінюють свою відповідь на цю подію під час її виникнення, щоб визначити критерії впливу стресу (Критерій А1 – особа, яка пережила, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які мали реальну загрозу смерті або серйозної шкоди, та критерій А2, де відповідь людини включає в себе інтенсивний страх, безпорадність або жак). За допомогою чотирибальної шкали респонденти оцінюють 17 предметів, що відображають кардинальні симптоми посттравматичного стресового розладу, які вони зазнали протягом останніх 30 днів. Нарешті, респонденти оцінюють рівень порушень, спричинений їх симптомами у дев'яти областях життєдіяльності. Діагноз посттравматичного стресового розладу пацієнту ставлять тільки тоді, коли його відповіді включають в себе критерії від А до F. Посттравматична діагностична шкала стресу включає в себе показник тяжкості симптомів, який коливається від 0 до 51, його отримують шляхом складання окремих елементів відповідей пацієнта. Показник тяжкості симптомів має такий вигляд: 1-10 м'які симптоми, 11-20 помірні симптоми, 21-35 симптоми середньої тяжкості і > 36 важкі симптоми.

Для посттравматичного стресового розладу характерні три основні типи симптомів:

- повторне переживання (наприклад, спогади, нав'язливі зображення та сенсорні враження, мрії або нічні кошмари);
- уникнення (наприклад, уникнення людей, ситуацій або обставин, що нагадують про подію або пов'язані з нею);
- перебільшення (наприклад, перебільшення загрози, перебільшена реакція на здивування, дратівливість, складності під час концентрації та проблеми зі сном).

Найвищі показники посттравматичного стресового розладу (коливається від однієї третини до більш ніж половини) мають ті, хто пережив згвалтування, військовий бій і полон, а також геноцид по етнічному або політичному мотивах. Симптоми посттравматичного стресового розладу зазвичай починаються протягом перших 3 місяців

після травми, хоча може з'явитися затримка на декілька місяців або навіть років, перш ніж з'являються симптоми. Часто людина вперше виявляє гострий стресовий розлад безпосередньо після травми. Тривалість гострого стресового розладу коливається, при повному відновленні, що спостерігається протягом 3 місяців у приблизно половині випадків, при цьому багато хто має тривалі симптоми більше 12 місяців після травми.

Діагноз посттравматичний стресовий розлад ґрунтується на наступних висновках:

- наявність травматичних подій;
- тривога чи інвалідність не пов'язані з іншим медичним станом;
- тривалість тривоги становила більше 1 місяця;
- ця травматична подія викликала клінічно значущі страждання або інвалідність (все ще присутня);
- періодичні, небажані та нав'язливі спогади про травматичну подію (все ще присутні);
- періодичні невтішні мрії про цю травму (все ще присутні);
- дисоціативні реакції (наприклад, спогади) про травматичні події, які повторюються (все ще присутні);
- інтенсивний або тривалий психологічний стрес при нагадуванні про цю травму (все ще присутній);
- позначені фізіологічні реакції, коли нагадують про цю травму (все ще присутні);
- важкі спроби уникати думки про цю травматичну подію (все ще присутні);
- намагання уникнути зовнішніх нагадувань про цю травму (все ще присутні);
- неможливість запам'ятати важливий аспект травматичної події (все ще присутня);
- перебільшені негативні вірування після цієї травматичної події (все ще присутні);
- звинувачення себе чи інших в причині або наслідках травматичної події (все ще є);
- постійний негативний емоційний стан після цієї травми (все ще присутній);
- значне зменшення інтересу до важливих заходів після цієї травматичної події (все ще існує);
- почуття відчуження від інших людей після цієї травматичної події (все ще є);

- постійна нездатність відчувати позитивні емоції після цієї травми (все ще присутня);
- роздратована поведінка за наявності невеликої провокації після цієї травматичної події (все ще є);
- безпринципна або саморуйнівна поведінка після травматичної події (все ще існує);
- перебільшена вражаюча реакція після цієї травматичної події (все ще присутня);
- більше проблем з концентрацією після цієї травматичної події (як і раніше);
- більше ускладнень зі сном після цієї травматичної події (все ще є).

Метою лікування посттравматичного стресового розладу є:

- запобігти повторюваним, нав'язливим, неприємним спогадам травматичної події;
- запобігти повторюваним тривожним мріям про травму;
- запобігти дії або відчуттю, як травматична подія повторюється;
- запобігти сильному психологічному розладу, який нагадує про травматичні подію чи події;
- запобігти сильному фізіологічному стресу, який нагадує про травму;
- запобігти появі думок про травму;
- запобігти появі діяльності, пов'язаної з травматичною подією чи подіями;
- запобігти нездатності запам'ятати важливий аспект травматичної події;
- запобігти появі перебільшеного негативного вірування або очікування;
- запобігти неправильному звинуваченню себе або інших у травматичних подіях;
- подолання стійкого негативного емоційного стану;
- збільшити інтерес до участі у значних заходах;
- подолати відчуття відчуження від інших;
- подолати неможливість відчувати позитивні емоції;
- подолати дратівливість або вибухи гніву;
- запобігти необдуманій або само руйнівній поведінці;
- подолання проблем з концентрацією;
- подолання труднощів сну.

Зазвичай для лікування посттравматичного стресового розладу

лікарі призначають антидепресанти і тривале комбіноване лікування. Слід зазначити, що вітаміни та дієтичні добавки неефективні для цього захворювання.

Людина з наявністю посттравматичного стресового розладу втрачає довіру до людей, в неї навіть можуть з'явитися думки про самогубство. Тому лікарі рекомендують повільно починати пошук нових друзів, нової роботи, нових позитивних вражень, нових цікавих захоплень і хобі. А найважливіше – людина має намагатись розвивати певні почуття довіри до інших людей.

Наведемо деякі перевірені поради щодо зниження стресу та оптимізації добробуту:

- підтримуйте стабільний режим сну;
- робіть короткі перерви протягом дня, дивіться смішне відео, спілкуйтеся з друзями, гуляйте;
- дотримуйтеся здорового харчування або дієти;
- спробуйте щодня давати собі якесь фізичне навантаження, наприклад, це може бути піша прогулянка;
- спробуйте почати займатися медитацією;
- зателефонуйте друзям або членам своєї родини;
- залишайтеся на зв'язку зі своїм соціальним колом, не залишайтеся ізольованим;
- робіть все організовано, за планом, не робіть нічого хаотично;
- відпочиньте деякий час від «пристроїв»;
- почніть займатися якимось видом творчості, наприклад, малюйте картини;
- читайте цікаві книги;
- дивіться смішні фільми;
- візьміть відпустку, можливо на декілька днів;
- не бійтеся звернутися по допомогу до кваліфікованого психотерапевта!

Якщо дотримуватися цих стратегій, то вони зможуть підвищити вашу якість життя, знизити рівень стресу, покращити ваше фізичне здоров'я, підвищити вашу загальну ефективність і сприятимуть гарному емоційному самопочуттю.

Найголовніше, що слід знати кожному про посттравматичний стресовий розлад, - це те, що ніхто не повинен залишатися на самоті зі своїми стражданнями. Існує підтримка медичних працівників, громадських організацій та інших людей, які зазнали подібних травм.

3. Висновки

У статті було розглянуто три основні типи симптомів посттравматичного стресового розладу, визначені події, які можуть призвести до появи посттравматичного стресового розладу у людини. Розглянуто основні методи лікування, також визначено мету лікування і надано деякі поради щодо зниження стресу.

Здійснене дослідження не вичерпує зазначеної проблеми.

References:

1. Bryant R.A. (2001). Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? *Clin Psychol Rev.* 21(6). P. 931-948.
2. Classen C., Koopman C., Hales R. et al (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry.* 155: 620-624.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. - 4th ed. Washington: Amer. Psychiatr. Ass., 1994; 886 p.
4. Ehlers A., Clark D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 38: 319-345.
5. Gill J.M., Saligan L., Woods S., Page G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities Perspectives in Psychiatric Care. 45 (4): 262 – 277.
6. Halligan S.L., Michael T., Clark D.M. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *J Consult Clin Psychol.* Vol.71. pp. 419 - 431
7. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L. et al (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med.* 358: p. 453 - 463.
8. Jones E, Vermaas RH, McCartney H, et al. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th century diagnosis. *Br J Psychiatry.* vol. 182. 158-163.
9. Kennedy J.E., Jaffee M.S., Leskin G.A, et al. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 44(7). 895 - 920.
10. Lanius R.A., Bluhm R., Lanius U., Pain C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res.* 40. p. 709 - 729.
11. Meares S., Shores E.A., Taylor A.J., et al. (2008). Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 79. p. 300 - 306.
12. Merskey H. (1992). The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder. *Br J Psychiatry.* vol.160. p. 327 - 340.
13. O'Donnell M.L., Creamer M., Pattison Ph., Atkin Ch. (2004). Psychiatric morbidity following injury *Am. J. Psychiatry.* 161. p. 507 - 514.
14. Rao V., Lyketsos C.G. (2002). Psychiatric aspects of traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am.* 25. p. 43 - 69.

15. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research -- past, present, and future. *Biol Psychiatry*. 60. p. 376 - 382.
16. Wessa, M., Rohleder N. (2007). Endocrine and inflammatory alterations in post-traumatic stress disorder Expert Review of Endocrinology and Metabolism. 2 (1). p. 91 - 122.

Transliteration of References:

1. Bryant R.A. (2001). Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: can they co-exist? *Clin Psychol Rev*. 21(6). P. 931-948.
2. Classen C., Koopman C., Hales R. et al (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry*. 155: 620-624.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. - 4th ed. Washington: Amer. Psychiatr. Ass., 1994; 886 p.
4. Ehlers A., Clark D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 38: 319-345.
5. Gill J.M., Saligan L., Woods S., Page G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities Perspectives in Psychiatric Care. 45 (4): 262 – 277.
6. Halligan S.L., Michael T., Clark D.M. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *J Consult Clin Psychol*. Vol.71. pp. 419 - 431
7. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L. et al (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 358: p. 453 - 463.
8. Jones E, Vermaas RH, McCartney H, et al. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th century diagnosis. *Br J Psychiatry*. vol. 182. 158-163.
9. Kennedy J.E., Jaffee M.S., Leskin G.A, et al. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 44(7). 895 - 920.
10. Lanius R.A., Bluhm R., Lanius U., Pain C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res*. 40. p. 709 - 729.
11. Meares S., Shores E.A., Taylor A.J., et al. (2008). Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 79. p. 300 - 306.
12. Merskey H. (1992). The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder. *Br J Psychiatry*. vol.160. p. 327 - 340.
13. O'Donnell M.L., Creamer M., Pattison Ph., Atkin Ch. (2004). Psychiatric morbidity following injury *Am. J. Psychiatry*. 161. p. 507 - 514.
14. Rao V., Lyketsos C.G. (2002). Psychiatric aspects of traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am*. 25. p. 43 - 69.
15. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research -- past, present, and future. *Biol Psychiatry*. 60. p. 376 - 382.

16. Wessa, M., Rohleder N. (2007). Endocrine and inflammatory alterations in post-traumatic stress disorder Expert Review of Endocrinology and Metabolism. 2 (1). p. 91 - 122.

The Author

Oksana KORBUT

Teacher, National Technical University of Ukraine

"Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute",

Kyiv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6671-3925>

E-mail: korbuto@bigmir.net

Abstracts

ОКСАНА КОРБУТ. До питання про методи подолання посттравматичного стресового розладу. У статті розглянуто основні типи симптомів характерних для посттравматичного стресового розладу. Визначено, на яких висновках ґрунтується діагноз посттравматичний стресовий розлад. Особливу увагу автор приділяє розгляду подій, які можуть призвести до появи посттравматичного стресового розладу у людини. Розглянуто основні методи лікування. Автором також визначено мету лікування і надано деякі поради щодо зниження стресу.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, методи лікування.

OKSANA KORBUT. W kwestii metod przezwycięzania zespołu stresu pourazowego. W artykule omówiono główne rodzaje objawów charakterystycznych dla zespołu stresu pourazowego. Określono, na jakich przesłankach opiera się diagnoza zespołu stresu pourazowego. Szczególną uwagę autorka poświęca analizie wydarzeń, które mogą prowadzić do wystąpienia zespołu stresu pourazowego u danej osoby. Omówiono główne metody leczenia. Autorka określa również cele terapii oraz przedstawia wybrane zalecenia dotyczące redukcji stresu.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, metody leczenia.

* Матеріал підготовлений у 2017 році (коли тривав 4-й рік війни, яку в 2014 році розпочала Росія проти України) і вперше представлений на I-й Міжнародній Міждисциплінарній Асамблеї "ІПТСР: дорослі, діти та родини в ситуації війни" (8-10 грудня 2017 року, м. Київ, Україна) (Ред.)