

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Соколовська Людмила Іванівна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

Психологічні особливості ПТСР у цивільних під час війни

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Л. І. Соколовська

Науковий керівник (консультант) Мельник Антоній Петрович,
кандидат психологічних наук, доцент

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	8
1.1. Історичний аналіз посттравматичного стресового розладу як науково-психологічна проблема	8
1.2. Феноменологія та особливості посттравматичного стресового розладу особистості під час війни.....	14
1.3. Методологічний підхід у роботі з посттравматичним стресовим розладом.....	25
Висновки до розділу 1	41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	43
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	43
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження.....	52
Висновки до розділу 2	62
РОЗДІЛ 3. ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	64
3.1. Програма психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни.....	64
3.2. Рекомендації щодо оптимізації умов та роботи психолога з цивільними під час війни	76
Висновки до розділу 3	80
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	95

ВСТУП

Актуальність дослідження. Реформаційні трансформації суспільства та розповсюдження кризових явищ, які нині доводиться проживати, постають передумовами для розгортання наукових досліджень, які тісно взаємопов'язані з суттєвими індивідуально-особистісними перетвореннями кожного окремо та суспільства в цілому, особливо це стосується змін в емоційно-вольовій сфері. Вищезазначене породжує актуальність та важливість дослідження проблем розвитку сучасної психологічної науки, окремої уваги заслуговує аспект вивчення синдрому та проявів посттравматичних стресових розладів, депресії, корекції та профілактики виникнення депресивного стану особистості.

Війна є надзвичайно потужним психологічним подразником. Кожен день насичений масою негативних новин, подій: смерті, втрати, руйнування, поранення, катування, жорстокі вбивства, понівечені житла – все призводить до гострих стресових реакцій та розвитку психотравми. Ці події зустрічають особистість часто в неготовому психологічному стані, що призводить до уніможливлення контролювати життєві ситуації. Нині населення країни вимагає активного психологічного супроводу, оскільки різкі соціальні та економічні зміни негативно змінюють спосіб життя людей, порушені базові умови життя: домінує почуття враженості, втрати, страху, тривожності.

Вивчення посттравматичних стресових розладів в умовах війни в психології здійснюється в контексті науково-теоретичних підходів: теорія когнітивного та гуманістичного психологічного погляду, біхевіористичний, психоаналітичний. Враховуючи багатовекторність наукових поглядів, синдром посттравматичного стресового розладу вважається своєрідною поведінковою реакцією, як зазначає А. Бек., А. Маслоу зазначає, що джерелом посттравматичного стресового стану є когнітивні порушення особистості.

Механізм захисної реакції до виникнення цього стану обумовлює процес самоактуалізації людини, наголошує М. Селігман.

Робота над вивченням посттравматичних стресових розладів здійснювалась впродовж тривалого часу і охоплює низку вітчизняних та зарубіжних вчених-дослідників. Представники зарубіжної психології значну увагу приділяли особливостям виникнення посттравматичних стресових розладів, серед них А. Маслоу, З.Фройд, Е. Блейдер, М. Кляйн та інші. В числі вітчизняних психологів з питань посттравматичних розладів науково-дослідний інтерес відображено в працях І. А. Бондаренка, І. В. Ісаєнка, Г.А.Маклаков та ряду інших. Такий аналіз теоретичної бази щодо важливості дослідження посттравматичного розладу в умовах війни дозволяє формулювати думку, щодо необхідності його комплексного та системного дослідження.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни.

Мета дослідження – здійснити теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей посттравматичних стресових розладів у цивільних під час війни.

З урахуванням теми та мети дослідження, нами було окреслено ключові **завдання дослідження**:

1. Здійснити історичний аналіз посттравматичного стресового розладу як науково-психологічної проблеми;

2. Розкрити сутність психологічних особливостей та методологічних прийомів у роботі з особистістю з посттравматичним стресовим розладом під час війни;

3. Розгорнути емпіричне дослідження психологічних особливостей цивільних з посттравматичним стресовим розладом під час війни, проаналізувавши отримані результати;

4. Розробити програму та рекомендації для психолога з метою оптимізації умов сприятливого корекційно-розвивального середовища для цивільних з ПТСР під час війни.

Методи теоретичного дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел із досліджуваної проблематики: синтез, порівняння, системне узагальнення, упорядкування теоретичної інформації.

Методи емпіричного дослідження: здійснення порівняльного дослідження; застосування комплексу стандартизованих методик, тестів, опитувальників: Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (PCL-5) використана з метою виявлення поширеності серед вибірки симптомів посттравматичних стресових розладів, Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лаад, Ізраїль) призначена для окреслення провідних стратегій боротьби з кризовим станом особистості, Методика Бека “Шкала депресії” – обрано з метою діагностики рівня сформованості проявів депресивних станів як наслідку посттравматичних стресових розладів, Шкала тривоги Спілбергера (STAI) вважається доцільним інструментом для оцінки тривоги серед дорослих, Методика «Визначення особистісної емоційної стійкості особистості» І.В.Додонова – допомагає визначити рівень сформованості контролю особистістю свого емоційного стану та способів впливу на перебіг стресові чинники, виявити домінуючі емоційні спрямованості особистості.

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

розроблено програму психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни;

удосконалено:

систему рекомендацій щодо оптимізації умов та роботи психолога з цивільними під час війни; методологію та техніку застосування методик для індивідуальної профілактичної та психокорекційної роботи, призначеної для формування стратегій щодо подолання ПТСР.

дістали подальшого розвитку:

теоретичні уявлення виявлення внутрішньо-особистісних передумов та соціально-психологічних чинників появи посттравматичних розладів, пошуку та підбору методів та способів корекційного втручання, що ґрунтується на основі теоретичного та емпіричного розкриття особливостей використання психологічних методів, технік саморегулювання на позитивну зміну стратегії поведінки особистості в посттравматичних життєвих ситуаціях.

Теоретичне значення дослідження базується на поглибленому розширенні знань про психологічні особливості цивільних з ПТСР та ознайомлення з психотехнологіями та вибором оптимальної стратегії поведінки особистості в постстресових ситуаціях. Теоретична база досліджуваного феномену може слугувати основою в процесі систематизації психологічних засобів профілактики та корекції посттравматичного розладу особистості.

Апробація. Мельник А.П.; Соколовська Л. І. публікація тез на тему “Теоретико-методологічний аналіз проблем посттравматичного стресового розладу” за підсумками IV Міжнародної конференції «КРОК» “Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку – 2022”. Наявний у : <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1301> Дата доступу: 07.12.2022

Практичне значення дослідження полягає у визначенні напрямів, пошуку та розробці ефективних психотехнологій, які впливають на вибір стратегії щодо подолання індивідуальних проблем особистості у посттравматичному стані. Результати емпіричного дослідження та узагальнені висновки можуть слугувати основою в процесі психопрофілактичної та психокорекційної роботи практичного психолога з проявами стресу та наявними психотравмами особистості.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (90 найменувань) та 6 додатків (на 26 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1. Історичний аналіз посттравматичного стресового розладу як науково-психологічна проблема.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), скоріш за все, існував стільки, скільки людство переживало травму, скільки були вбивства, природні катаклізми, велися війни. Остаточно ПТСР було визнано станом, який можна діагностувати, у 1980 році, коли Американська психологічна асоціація включила його до свого діагностичного та статистичного посібника для психіатричних лікарів [9].

Незважаючи на тривалість часу, який знадобився медикам, щоб офіційно визнати захворювання, цей розлад мав підтвердження протягом всієї історії. Внаслідок усіх типів травм, від стихійних лих до нападу, чи солдатів у бою. Посттравматичний стресовий розлад був визнаний людською реакцією на травму та відомий за низкою пояснень протягом всієї історії [5].

Перші дослідницькі згадки про воїнів, яких переслідували «привиди вбитих ворогів» з'явилися в історичній літературі понад дві тисячі років тому. Описи посттравматичних стресових розладів у солдатів знайшли у письмових джерелах стародавньої Ассирії, які несуть історію XIII-VI стол. до нашої ери. Також одну з перших згадок можна знайти у розповідях Геродота про битву на Марафонію Стародавній Греції в п'ятому столітті до н.е. Геродот розповідав, як один з учасників Марафонської битви несподівано втратив зір після загибелі одного з своїх товаришів, хоча сам не отримав жодних поранень.

Античні твори Гомера «Іліада» й, особливо, «Одіссея» теж описували солдатів, травмованих війною. Пригоди Одиссея – це, по суті, історія повернення додому ветерана (цю паралель використав американський психолог

Джонатан Шей, який працював із ветеранами В'єтнамської війни, у своїй книзі «Одіссея в Америці») після повернення з війни. Його метафорично «не пізнавала» дружина, адже він повернувся іншою людиною. Стародавні розповіді про бойові травми та сни, схожі на спогади, були задокументовані Гіппократом (407-377рр. до н.е.) і Лукрецієм у поемі «Природа», яка була написана в 50р. до н.е. [11].

Також дослідники припускають, що дії легендарних скандинавських вікінгів – берсерків, які несамовито руйнували все на своєму шляху, пов'язані з гіперзбудженням, характерним для посттравматичного стресового розладу [8].

Пізніше спогади посттравматичних стресових розладів і кошмари, пов'язані з бойовим досвідом, можна було знайти в документах про Столітню війну між Англією та Францією (1337-1453рр.). Навіть Шекспір згадував про це в різних п'єсах, включаючи його п'єсу «Ромео та Джульєтта», в якій Меркуціо розповідає довгу історію королеви Маб, персонажа, який створює мрії у розумі людей, які будили б людей через сни битви та смерті. Або у п'єсі «Генріх IV» є вже не метафоричні, а конкретні описи симптомів ПТСР. Дружина одного з героїв, Генрі Персі, скаржилася, що чоловік після повернення з війни проводив весь час на одинці, втратив нормальний сон та апетит, а часом несподівано здригався та пітнів, пригадуючи минулі битви [30].

Перші спроби наукового опису стресів пов'язаних з війною, з'явилися у XVIII столітті. У 1761 році австрійський лікар Йозеф Леопольд описав у солдатів симптоми схожі на ПТСР. Він діагностував це як «ностальгію», оскільки солдати говорили, що мають проблеми зі сном, та тривогу через сум за домівкою.

У 1800 роках згадки про посттравматичний стресовий розлад у зв'язку з бойовими діями та участю в зоні бойових дій характеризували просто як «виснаження в бою» або «втома солдата» – це було посилення на повторні

вилазки в бій травмованих солдатів, що призводило до виснаження організму, яке підживлювалося адреналіном реакції, особливо під час тривалих бойових дій із щоденним вогнем [6].

Насправді посттравматичний стресовий розлад часто називали «поглядом на тисячу ярдів», маючи на увазі порожній погляд і відокремлену поведінку травмованих солдатів [13].

Сьогодні Національний музей медицини Громадянської війни все ще курує та розкриває інформацію про посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний із громадянською війною в США, через виставку про посттравматичний стресовий розлад і самогубства в 1860 роках та пізніше [44].

У 1887 році в лікарні Сарпетрієр в Парижі лікар Жан-Мартен Шарко, автор термінів «травматичний невроз» та «травматична істерія» задокументував, що травматичний досвід може згодом привести до «істеричних нападів», які можуть статися через роки після травми.

ПТСР траплявся не лише під час бою. Важкі умови життя змінювалися травмою через інший досвід. Симптоми посттравматичних стресових розладів стали відомі в історії під різними назвами, їх також називали «залізничний хребет» наприкінці 19-го та на початку 20-го століть для опису психологічної реакції у тих, хто був свідком або пережив яскраві залізничні аварії.

Із гуманних методик було хіба що психоаналітичне «лікування розмовою», яке популяризував Зигмунд Фройд. Ця методика почала використовуватися як метод лікування симптомів, які могли бути спричинені посттравматичним стресовим розладом. Ці ранні терапевтичні втручання були першим кроком для допомоги людям, які пережили травматичні події. Решта методів були менш гуманними та пропонували лікування електричним струмом, а ще погрозами, залякуванням та покаранням, оскільки в тогочасному

традиційному суспільстві будь-які психологічні розлади сприймали як недолік, слабкість, а то й ваду характеру. Особливо це стосувалося солдатів [9].

Суспільна думка була приблизно такою: справжній солдат має прославляти війну і не видавати жодних ознак емоцій. Ті у кого розвинувся стресовий розлад, у кращому випадку вважалися неповноцінними людьми, у гіршому – зрадниками та боягузами і подібне ставлення існувало аж до другої половини ХХ століття. Тож ветерани війни воліли не розповідати нікому про свої психологічні проблеми, навіть близьким родичам.

До 1950-х років лікування стало більш гуманним, але багато людей не хотіли визнавати жодних симптомів травми через стигматизацію навколо психічних захворювань. Лікування покращилося завдяки появі групової терапії та нових психотропних препаратів [53]. Та проблема нікуди не зникла, а навпаки загострилась. Перша світова війна внесла нове усвідомлення травматичних наслідків війни. У 1915 в медичну літературу введено термін «оболочечний шок». Цей стан описував ті самі симптоми, що й ПТСР, і став попередником офіційного діагнозу. Лікування контузійного шоку варіювалося від психоаналізу до радикальних і неперевіраних «лікування» електорошоком.

Друга світова війна та її психіатричні втрати призвели до прогресу у розумінні ПТСР. У 1944 році кількість госпіталізованих із психіатричних причин становила 43 особи на 1000 чоловіків.

Наприкінці війни Абрам Кардінер опублікував перероблену версію своєї книги про психіатричне лікування ветеранів Першої світової війни, ґрунтуючись на своєму досвіді спілкування з солдатами Другої світової війни. Кардінер писав, що психіатричне лікування на передовій було необхідним для запобігання хронічних випадків синдрому, який ми зараз знаємо як посттравматичний стресовий розлад. Він зазначив, що травматичний невроз має як фізичні так і психологічні симптоми [31].

Під час Другої світової війни британські та американські лікарі використовували термін «реакція бойового стресу», «бойова втома» або виснаження, щоб описати травматичні стресові реакції на бойові дії. Через стигматизацію, пов'язану з психічними розладами у той час, цим термінам надавали перевагу через зосередженість на бойових діях, а не на психічних факторах як причині стану, який ми зараз знаємо як ПТСР.

Знання про лікування психічних розладів, отримані з попередніх війн, були активно застосовані під час війни у В'єтнамі, що призвело до зменшення гострих втрат на полях битв. Незважаючи на прогрес у лікуванні психіатричних симптомів під час війни, відстрочені наслідки бойових дій викликали значний вплив на ветеранів В'єтнаму в США. Майже чверті всіх солдатів, що приймали участь у бойових діях у В'єтнамі з 1964 по 1973 рік, а це приблизно 700 000, пізніше знадобилася допомога у лікуванні симптомів посттравматичного стресового розладу.

Поширеність посттравматичних стресових розладів часів війни у В'єтнамі призвела до нових діагностичних розробок. Серед ноу-хау була «групова терапія». Проте уже в середині 1970-х років у США існували сотні таких груп. Вони ставали дедалі більш політично активними й все голосніше заявляли про необхідність захищати права ветеранів В'єтнаму [26]

Громадські рухи, 1970-х років також почали привертати увагу до проблеми згвалтувань жінок, жорстокого поводження з дітьми, насильства у сім'ї та тих хто пережив Голокост і ветеранів В'єтнаму.

У 1974-х році команда з двох осіб, що складалася з психолога Енн Волберт Берджесс і соціолога Лінді Лайтл Холмстром, ввела термін «синдром травми гвалтування» для опису варіанту посттравматичного стресового розладу, який переживають жінки, які зазнали жахливого досвіду сексуального насильства, позначеного трьома фазами реакції на стрес [42]

Це дослідження стало піонером у приверненні уваги до наслідків травми, а пізніше (практично без змін) – для МКБ-10, які вважалися остаточними текстами для діагностики, серед тих хто займається психологічними професіями.

Дослідження ПТСР – синдрому в 1980-х роках стали ще масштабнішими. В цілях уточнення та розвитку різних аспектів посттравматичного стресового розладу у США були виконані багато чисельні дослідження. Серед них виділяють роботи Егендорфа із співавторами (Egendorf et al., 1981) і Боуландера із співавторами (Boulander et al., 1986) [2].

Це здійснило значний вплив на розвиток досліджень посттравматичних станів у всьому світі та на розробку методик лікування його як фізичних так і психологічних проявів. Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній двотомній монографії «Травма і її слід» (Figley 1986), де разом з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться і результати вивчення наслідки стресу у жертв геноциду, насильства над собою та інших трагічних подій.

У 1990-х роках почали з'являтися нові методи лікування ПТСР. Наприклад дестабілізація рухів очей (EDMR), нові покоління ліків і нові підходи до терапії, які постійно розвиваються протягом останніх 30 років.

Питання щодо психологічної травми і ПТСР у країнах пострадянського простору вивчали зокрема, А. Кузнецов, С. Калмикова, М. Радун, І. Малкіна-Пих, Н. Барабріна, О. Тхостов, Ю. Зінченко, ними з'ясовано основні умови виникнення та симптоматику ПТСР, але масштабних, різнобічних досліджень не проводилося.

Слід також зазначити, що війна в Україні, яка розпочалася у 2014 році засвідчує появу нової лінії досліджень симптоматики посттравматичного стресового розладу. Повномасштабна війна в Україні провокує нову хвилю

проблем психосоціальної адаптації, при якій психічні стани українців набувають нових кількісних та якісних характеристик. Неврози, емоційні зриви, панічні атаки та інші посттравматичні явища виявляються у людини з ПТСР.

Українські воєнні реалії вимагають визнати проблему, ризик посттравматичного стресового розладу, його наслідки та вплив на майбутнє як сімей так і нації в цілому. Для країни, що перебуває у стані війни, є вкрай важливим більш системне розуміння сприйняття ПТСР, зокрема на основі даних отриманих у подальшому дослідженні [9].

Психологам, психотерапевтам, представникам охорони здоров'я потрібно активно приймати рішення та інтенсивно впроваджувати заходи, ефективність яких буде оцінена через роки якістю розвитку суспільства та рівнем психологічного здоров'я наступних поколінь.

1.2.Феноменологія та особливості посттравматичного стресового розладу особистості під час війни

Згідно з наукових джерел посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), посттравматичний синдром, «східний синдром» «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром» тощо – психічний розлад, різновид неврозу, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох подій, що травмують психіку, таких наприклад як військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важкі фізичні травми, побутові та статеві насильства, загрози смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті [9].

Сучасна дефініція визначає ПТСР як виснажливий дезадаптивний психічний розлад, який характеризується повторним переживанням, уникненням, негативними емоціями та думками, збереженням підвищеної збудливості протягом місяців і років після пережитої тяжкої травми [7].

Поняття «травма» використовують для описання різноманітних типів переживань, які спричиняють стрес; але не всі стресові події являють собою травму, що може призвести до ПТСР. Щоби спровокувати виникнення цього крайнього стану, травма має бути шоковою та небезпечною подією, яка дійсно загрожує життю або безпеці людини [7].

Отже, ПТСР – це відтермінована, продовжена або довготривала у часі реакція на виключно сильну травматичну подію (від декількох годин до декількох днів), що загрожує психологічній і фізичній цілісності людини. Тобто подію пов'язану із загрозою життю, або загрозою сильної фізичної шкоди як для свого, так і для життя інших. ПТСР може розвиватися як у жертви так і у свідків природних, техногенних катастроф, посягань, бойових дій або як реакція на різку зміну соціального статусу і становища (втрата близької людини, майна, роботи).

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть або поранення іншої людини (особливо — близької людини), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років — у цьому полягає особливість ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад – це спроба організму пережити небезпечну або загрозову для життя людини ситуацію. Отже, реакції ПТС викликані не порушенням (несправністю), а саме здоров'ям психіки, тобто це звичайна і доцільна відповідь організму, щоб краще захистити людину від небезпечного становища [49].

Травматичні реакції виникають тоді, коли дія не дає результату. Коли неможливі ні втеча, ні опір, система самозахисту людини виходить з ладу та дезорганізується. Складники звичайної відповіді на небезпеку, втративши свою користь, ще довгий час утримуються в перебільшеному, зміненому стані після того як справжня небезпека минула. Травматичні події викликають тривалі, глибокі зміни у емоціях, сприйнятті, пам'яті та фізіологічному тонусі людини. До того ж травматичні події можуть відокремлювати ці зазвичай пов'язані між собою функції.

Травмована людина може перебувати у стані постійної настороженості, дратівливості, якого не може собі пояснити. Може мати сильні емоції, але не мати чітких спогадів, або не мати жодних емоцій але пам'ятати все у найменших подробицях [2].

Травмуюча подія (травма), що може сприяти розвитку ПТСР – це переживання особливої взаємодії між світом та особистістю. Травма має наступні характеристики:

- Зовнішня подія (джерело травми - зовнішня подія).
- Травма руйнує звичайну систему життєдіяльності людини і викликає в людині відчуття безсилля.
- Травма викликає відчуття жаху та переживання безпорадності.
- Реакція на травму супроводжується спробами уникнути травматичних переживань.
- Переживання травматичних ситуацій за реакцією «все або нічого», або вираження емоційного пригнічення.
- Емоційна фіксація на травмі, відчуття неможливості контролювати свої емоції [15].

Травматичний досвід стає у житті людини провідним. Це одна з головних особливостей ПТСР. Травмуючі події включають душевний біль. Іноді щоб позбутися страху людина намагається за рахунок нових страхів, забути старі, тоді вона шукає діяльність яка максимально пов'язана з ризиком для життя або інший варіант - намагається завантажити себе роботою («згоріти на роботі»). Це ще один несвідомий захисний механізм, який спрацьовує у пост стресових станах[7].

Посттравматичний стресовий розлад проявляється як відкладена відповідь організму на стрес – на думку спеціалістів, його дія спостерігається щонайменше через чотири тижні після травматичної події. Життя людини у якій ПТСР протікає у повній бойовій готовності. Ця людина миттю займається, дратується, тривожиться та переймається думками про власну безпеку. Тривожність може мати фізичне відображення: тахікардія, гіпертонус м'язів, нетравлення, закрепи чи проявлятися у порушеннях сну.

Людина з ПТСР не бажає говорити про травму, уникає згадок про неї, не бажає бути поруч з людьми, які нагадують про травмуючі події. Їй притаманна втрата інтересу до колись улюблених речей, відсторонення від близьких та емоційна порожнеча [2].

При ПТСР можливі панічні атаки: відчуття сильного страху, поверхнєве дихання, нудота, запаморочення, головні болі, діарея, відчуття стиснення та печії за грудиною, прискорене серцебиття, судоми, біль у попереку, хронічний біль. Крім цього, люди з посттравматичним стресовим розладом втрачають довіру до людей, та переконані, що світ небезпечний. Такий стан супроводжується постійними негараздами у буденному житті: проблемами з роботою чи її пошуком, у школі чи у стосунках, віддаленням від партнерки чи партнера [54].

Характерною ознакою посттравматичного стресового розладу є повна або часткова втрата здатності до емоційних проявів. Людині важко встановлювати дружні та близькі стосунки з оточуючими, важко проявляти любов, радість, грайливість, спонтанність, творчий підйом [15].

Часто людину супроводжує почуття провини за те, що вижив, там де інші загинули, спалахи гніву, нічні жахіття, почуття розпачу, непрошені спогади – саме ці симптоми несуть найбільшу та найсерйознішу загрозу для більшості постраждалих.

Загальна риса, яка пов'язує всі ці психічні явища – наявність у особистості болісного почуття, що вона нічого не може вдіяти, що її власні вчинки та переживання їй не підвладні. Дуже важко з власної волі зосередитися на неприємних подіях, більшість людей прагнуть ніколи їх не згадувати. Але уві сні, коли психіка не підвладна нашому вольовому контролю, людина змушена якимось чином звернути увагу на власну внутрішню війну. Прокинувшись від жахливого сну, ми прагнемо як найшвидше забути його та переключитись на щось інше [8].

Величезний вплив на спосіб життя більшості людей чинить батьківський будинок, люди, що оточували нас з самого початку нашого життя. Дитині властивий інстинкт наслідування. Спосіб життя батьків їх взаємини з навколишнім світом переходять у підсвідомість та діють впродовж всього нашого життя. Воно надає потужний, прихований вплив на наші підсвідомі переконання [20].

Симптоми ПТСР у людини, яка зазнала впливу психологічної травми, в ряді випадків пригнічені та приховані. Типові симптоми включають в себе нав'язливі переживання, нічні жахіття, труднощі у спілкуванні з людьми, відчуття постійного жаху, гніву, провини чи сорому, часто спостерігається

емоційне замикання та втрата інтересу до життя. Люди можуть спробувати уникнути запам'ятовування або думки про травматичну подію [43].

Центральними положеннями в концепції стресу, запропонованій в 1936 р. Гансом Сельє, є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для реакції на стресор. Стресори зазвичай діляться на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока і низька температура і тому подібне) і психологічні (небезпека, загроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження і тому подібне). Останні, у свою чергу, підрозділяються на емоційні і інформаційні [4].

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері по аналогії з фізичними порушеннями. В цьому випадку, згідно з існуючими концепціям, порушується структура «самозвеличування», когнітивна модель світу, афектна сфера, неврологічні механізми, управління процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання. Як стресори в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризисні ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких [32].

Тобто узагальнімо вищесказане, та надамо визначення: травматичний стрес – це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. Круг явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широкий і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власному життю або життю близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу Я.

Тоді посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, який здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини.

Були виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес [2].

1. Подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з ним сталося і через що у неї погіршився психологічний стан;
2. Цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
3. Пережите руйнує звичний спосіб життя;
4. Подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля щонебудь зробити або змінити.

В рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три *основні групи симптомів* [2]:

- 1) надмірне збудження (включаючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною);
- 2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість відчуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвихідності);
- 3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервові тремтіння) [29].

Серед невротичних і патохарактерологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стану: «солдатське серце» (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, що вижив (хронічне «відчуття провини що залишився в живих»), флешбек-синдром (спогади, що насильно вторгаються в свідомість, про «непереносні» події), прояви «комбатантної» психопатії (агресивність і імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками, безладність

сексуальних зв'язків при замкнутості і підозрливості), синдром прогресуючої астенії (післятабірна астения, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, падіння ваги, психічної млявості і прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від пілг, що вважаються, і привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції). Ці стани володіють певною динамікою, зокрема – посттравматична симптоматика з віком може не лише не слабшати, а ставати усе більш вираженою [2].

Отже, посттравматичний стрес (ПТС)- це спектр станів та розладів психіки, що можуть розвинутиися після важкої травмуючої події (фізичної або психологічної) Виділяють наступні стани за часовим перебігом:

- Гостра стресова реакція (від перших хвилин після травмуючої події до двох діб)
- Гострий стрес учасника бойових дій – комплексні порушення, строком до чотирьох діб.
- Гострий стресовий розлад – від одного дня до одного місяця (ASD-Acutestressdisorder)
 - Гостра форма ПТСР (від одного дня до трьох місяців).
 - Хронічна форма ПТСР (більше, ніж три місяці).
 - ПТСР із відстроченим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або пізніше) [84].

Численні симптоми ПТСР поділяють на три основні категорії: гіперзбудження (постійне очікування небезпеки); інтрузія (незгладимий відбиток травматичного моменту) та констрикція (реакція заціпеніння та капітуляції) [37].

Гіперзбудження –система самозбереження людини, після отримання травматичного досвіду, переходить у стан постійної тривоги, в очікування, що небезпека може повернутися у будь-який момент. Психологічне збудження не слабе. У стані гіперзбудження, що є основним симптомом ПТСР, травмована людина погано спить, легко лякається та дратується на незначні провокації [36].

У більшості досліджень показано, що психофізіологічні зміни при ПТСР є значними та тривкими. Особи потерпають від поєднання симптомів генералізованої тривоги та специфічних страхів, спостерігається підвищений базовий рівень збудження, тривожні, лякливі, мають виразні реакції на специфічні подразники, пов'язані з травматичною подією. Підвищена збудженість спостерігаються як під час сну так і під час неспанья [51].

Інтрузія – навіть через деякий час після того, як небезпека минула, травмовані люди переживають цю подію, як ту що постійно повторюється у теперішньому часі. Для них нормальний плин життя постійно перебиває травма і в цей момент час ніби зупиняється. Травматична подія закодовується в аномальній формі пам'яті, яка спонтанно вривається у свідомість вигляді флешбеків під час неспанья, або у вигляді жахів під час сну. Навіть незначні нагадування можуть викликати ці спогади і повернутися з усією яскравістю та емоційною силою первинної події. Травма блокує нормальний перебіг подій, постійно вторгаючись у життя постраждалих, відбувається «фіксація на травмі» – одна з істотних ознак неврозу .

Травматичні події мають певні незвичні якості – вони не кодуються як нормальні спогади у вербальному лінійному наративі, який асимілюється в історію поточного життя. Натомість вони закодовані у формі яскравих відчуттів та образів, що описує травматичний спогад.

Травма розв'язується лише тоді, коли травмований створює нову психічну «схему» розуміння того, що сталося. Повторне переживання травми

відкриває можливість опанувати ситуацію, але більшість постраждалих не шукають цього свідомо, оскільки повторне переживання травматичного досвіду провокує сильний емоційний дистрес. Спроба відгородитися від інтрузивних симптомів, ще більше посилює посттравматичний синдром, так як намагання уникнути переживання травми занадто часто призводить до звуження свідомості, втечі від реальності, спілкування з іншими та погіршення якості життя.

Констрикція – коли людина безпорадна, і будь-яка форма опору є марною, система самозахисту цілковито припиняє роботу. Безпорадна людина втікає зі свого становища не діями у реальному світі, а скоріше змінюючи стан свідомості. Такі зміни лежать у основі констрикції (заціпеніння) – третього кардинального симптому ПТСР [5].

Ситуації неминучої небезпеки, замість жаху або люті, викликають стан відстороненого спокою. Людині може здаватися, що події відбуваються не з нею, ніби вона за ними тільки спостерігає, перебуваючи поза власним тілом, все, що відбувається, розпізнається як поганий сон, з якого вона невдовзі прокинеться. Ці зміни сприйняття поєднуються з відчуттям байдужості, пасивності, емоційної відстороненості та відсутністю будь-якої спроби ініціативи та боротьби. Цей стан свідомості – захист від нестерпного болю. Оскільки ці змінені стани відокремлюють травматичний досвід від звичної свідомості, вони заважають інтеграційним процесам, необхідним для зцілення. Констриктивний процес тримає травматичні спогади за межами нормальної свідомості і дозволяє лише фрагменту спогадів виринати у вигляді інтрузивного симптому.

Констриктивні симптоми травматичного неврозу стосуються не лише пам'яті, мислення, станів свідомості, а й усієї сфери довільних дій та ініціатив. Намагаючись створити хоч якесь відчуття безпеки та опанувати страх,

травмовані люди обмежують своє життя. Таким чином конструктивні симптоми, правлять високу ціну за захист, який надають. Вони сильно звужують та збіднюють якість життя і зрештою увічнюють вплив травматичної події [7].

Нині не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію (“походження”) та механізми виникнення й розвитку ПТСР. Однак існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виокремити:

- психодинамічний (психоаналітичний) підхід;
- когнітивний підхід;
- психосоціальний підхід;
- психобіологічний (психофізіологічний) підхід [32].

Психодинамічні (психоаналітичні), когнітивні та психосоціальні моделі належать до психологічних моделей. Вони були розроблені під час аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя. Дослідження виявили, що існує тісний зв’язок між способами виходу з кризової ситуації, тобто способами подолання ПТСР (усунення та уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість у роботу, прагнення увійти до групи взаємодопомоги тощо), та успішністю подальшої адаптації [3].

Для психологічного супроводу посттравматичного розладу застосовується велика кількість методів психотерапії. Вибір терапевтичного підходу залежить від особливостей психологічного стану у конкретного індивіду. Іноді найкращий результат досягається при комбінованому застосуванні декількох технік та методів. Дослідження ефективності допомоги при посттравматичному процесі почалися на початку 1980-х років, з часу включення цього захворювання в DSM-III. В цілому було з’ясовано, що

психотерапія, особливо когнітивно-поведінкова терапія, може бути ефективною для лікування ПТСР [11].

Все вищесказане, висуває вимоги до наукового співтовариства у розробці нових видів психологічної допомоги, спрямованих на корекцію посттравматичного стресового розладу.

1.3.Методологічний підхід у роботі з посттравматичним стресовим розладом.

Посттравматичний стресовий розлад зазвичай виникає при подіях, в яких присутній надпотужний негативний вплив на психіку індивіда. Іноді ПТСР має місце в тих випадках, коли ситуація сама по собі не є екстраординарною, але з різних суб'єктивних причин вона може виявитися серйозною психотравмою для конкретної людини. Травматичність події тісно пов'язана з відчуттям власної безпорадності: індивід не має можливості ефективно реагувати на те, що відбувається [54].

Для багатьох методів терапії на даний момент не існує доказів ефективності, але це не означає, що вони не працюють – це просто наслідок того, що вони не були піддані суворій науковій перевірці [6].

Загальні принципи фасилітації ПТСР

- Принцип нормалізації – роз'яснення особистості з посттравматичним розладом того, що симптоми її стану є реакцією нормальної психіки на ненормальну ситуацію.

- Принцип партнерства і підвищення самоствавлення особистості, який особливо важливий у процесі підтримки психологічного стану особистості.

- Принцип індивідуальності – прийняття до уваги того факту, що посттравматичний процес дуже складний, і не існує універсальних загальних

принципів фасилітації для всіх, а доцільно використовувати індивідуальний підхід [46].

Фасилітація, в залежності від інтенсивності симптомів, може тривати від кількох місяців до кількох років. Розглянемо основні підходи щодо вивчення феномену посттравматичного розладу особистості в кризових та екстремальних умовах [45].

Перша психологічна допомога в гострому періоді. У ранньому посттравматичному періоді (гостра фаза) можна почати інформувати потерпілого про можливі реакції, що виникають під час і після травмуючих подій. Слід пояснити, що це нормальні психічні реакції, з акцентом на те, що вони зникнуть у міру одужання. Небажано просити потерпілого знову і знову розповідати про те, що трапилося; обговорення травми можливі, лише якщо людина сама бажає цього [48].

Фасилітація в пролонгованому періоді. В цьому періоді проводиться робота зі спогадами про травму і з відстроченими посттравматичними реакціями. Фасилітація ПТСР є тривалим процесом, вона може тривати кілька років. П. П. Горностай [8] виділив п'ять стадій реакції на травматичну подію. Кожній стадії відповідає певна мета психотерапії:

Стадія 1. Тривалий стресовий стан у результаті травматичної події. Завершити подію або вивести клієнта з стресогенного оточення. Допомогти клієнту в прийнятті рішень або плануванні дій.

Стадія 2. Прояв нестерпних переживань: напливи почуттів і образів: паралізує унікає і оглушає. Задача цього етапу знизити амплітуду станів до рівня здатних до того щоб перенести ці спогади та переживання.

Стадія 3. Застрягання в неконтрольованому стані уникнення і оглушення. Допомогти клієнту в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами. При появі спогадів надавати

допомогу клієнту в структуруванні та вираженні переживання. При зростаючій довірливості відносин з клієнтом забезпечити подальшу роботу з травмою.

Стадія 4. Здатність сприймати і витримувати спогади і переживання. Допомогти клієнту переробити його асоціації та пов'язані з ними когніції та емоції, що стосуються Я-образу і образів інших людей. Допомогти клієнту встановити зв'язок між травмою і переживаннями загрози, патерном міжособистісних відносин, Я-образом і планами на майбутнє.

Стадія 5. Охоплює здатність до самостійного опрацювання думок і почуттів. Цілі: опрацювати терапевтичні відносини. Завершити психотерапію.

Серед стратегій сприяння у подоланні посттравматичного розладу Титаренко виділяє розвиток здатності позитивно осмислити травматизацію; підвищення емпатійності; реструктуризацію внутрішнього світу за допомогою відновлення здатності до перегляду цінностей і подальшого формування нових смислів; зміна ставлення до себе через активізацію ресурсів самозбереження а також самовідновлення [58].

Вибір фасилітаційного підходу і визначення цілей фасилітації. У більшості випадків основним завданням є усунення симптомів посттравматичного розладу. Однак варто звернути увагу на симптоми і поведінку, пов'язані з коморбідними розладами (наприклад, адикції або суїцидальні проблеми). Іноді необхідно працювати над стресом, пов'язаним з проблемами теперішнього моменту, які можуть викликати подальше погіршення стану людини або не дають можливості почати надавати допомогу. У деяких випадках в терапевтичний процес повинні бути включені члени сім'ї і значущі люди, якщо проблеми взаємини з ними несприятливо впливають на прояв симптомів ПТСР [2].

Вибір типу фасилітації повинен здійснюватися з урахуванням потреб пацієнта, а також його можливостей і переваг. Необхідно також взяти до уваги

потенційні труднощі і побічні ефекти терапії/ При посттравматичному розладі часто застосовується поєднання різних терапевтичних методів. Це пов'язано зі складністю феномена ПТСР як розладу, яке проявляється одночасно на психологічному, біологічному і соціальному рівнях [54].

Психологічний підхід залежить від ступеня тяжкості ПТСР:

ПТСР без ускладнень. При цьому типі ПТСР хороші результати дає фармакотерапія, націлена на симптоми ПТСР, і багато видів короткострокової психотерапії з фокусом на травмі [15].

ПТСР, супроводжуване коморбідними розладами перехідного характеру (адикції, тривожний розлад, депресія), яке зустрічається частіше, ніж попередній варіант. У деяких випадках коморбідних розлади стають більш важливою проблемою пацієнта, ніж ПТСР. Терапія ПТСР повинна бути одночасно направлена на лікування коморбідних розладів [2].

Зокрема, можуть використовуватися такі фасилітаційні підходи:

Когнітивно-поведінкова терапія ПТСР. В даний час когнітивно-поведінкова терапія вважається одним з найбільш ефективних методів психовпливу на посттравматичний розлад. В рамках когнітивної психотерапії особистість навчають технікам зниження тривожності і позбавлення від повторюваних провідних до дистресу образів. Велику роль при когнітивної терапії грає також виявлення і зміна того значення, яке пацієнт надає психотравмуючих події (Бек, 2006). У цьому підході проводиться робота з негативними переконаннями і неефективними копінг-стратегіями пацієнта, які підтримують симптоми ПТСР. Терапія включає наступні етапи:

1) Ретельна діагностика. Особлива увага приділяється наявності адикцій і попередніх травм в анамнезі. Оцінюється тяжкість симптомів і ефективність соціально-психологічної підтримки пацієнта. Потім виявляються основні когнітивні теми, з якими буде працювати терапевт. Для цього пацієнт подумки

повертається до події і намагатися виявити найважчі моменти в момент травми і в посттравматичний період. Потім психотерапевт з'ясовує, яким змістом наділяє ці спогади потерпілий. Це дозволяє виявити дисфункціональні оцінки негативних наслідків травми, а також уявлення потерпілого про свої симптоми, про своє майбутнє і про поведінку інших людей.

2)Етап інформування. Пацієнту пояснюється природа травматичних симптомів. Потім йому пояснюють, що в ході терапії відбуватиметься поступове занурення в посттравматичні спогади. Це допоможе пацієнту усвідомити, що він здатний виносити наплив, думок і образів, що лякають. У разі уникнення буде знайдений більш ефективний спосіб справлятися з переживаннями. Пояснюється важливість повернення до звичних занять.

3)Когнітивне переструктурування. Пацієнт повинен реєструвати виникаючі у нього негативні думки, пов'язані з травмою. Психотерапевт допомагає поставити під сумнів переконання, що лежать в основі цих думок, дозволяючи пацієнтові усвідомити, що його рішення, можливо, були оптимальними, виходячи з інформації, яку він мав у своєму розпорядженні в момент події [41].

Методи систематичної десенсибілізаціїю. Ці методи є частиною когнітивно-поведінкової терапії, що включає:

Пролонговане занурення в уяві – дана методика допомагає пацієнтові повірити, що він здатний витримати емоції, пов'язані з травмою. Наприклад, терапевт просить пацієнта повільно читати вголос розповідь про свою травму, концентруючи увагу на кожен деталь. В якості домашнього завдання можна рекомендувати щодня читати опис події протягом 30 хвилин. Іноді також використовується метод "переписування сценарію", де пацієнт створює новий образ себе і новий фінал [48].

Занурення з використанням віртуальної реальності - в методиці Virtual reality graded exposure therapy (VRGET) за допомогою комп'ютерної програми створюється віртуальна подoba лякаючою ситуації. Терапевтичні сесії проводяться за участю терапевта. Він вибирає сценарій відповідно до рівня негативних емоцій, які пацієнт здатний переносити в даний момент. Метод зменшує симптоми ПТСР і дає хороші результати у пацієнтів, яким не допомогли вищеописані методи занурення. Зокрема, зменшується почуття страху і ступінь збудження нервової системи при контакті з лякаючою ситуацією [10].

Діалектична поведінкова терапія – ця методика була створена спочатку для лікування граничного розладу особистості, але в даний час розроблений її варіант для лікування ПТСР, оскільки обидва ці розлади об'єднують труднощі з контролем емоцій і проблеми в стосунках з людьми [41].

Стрес-прищеплювальна терапія – даний метод спочатку був розроблений для зменшення симптомів тривожного розладу, але він показав хороші результати при терапії ПТСР. У нього входять прийоми релаксації, техніка "зупинка думки" і метод занурення в ситуації, що викликають страх [39].

Терапія прийняття і послідовності – цей метод відноситься до одного з різновидів когнітивно-поведінкової терапії. В даному підході пацієнту в першу чергу пропонують усвідомити, що його спроби уникнути негативних думок і емоцій з приводу травми лише підсилюють прояви симптомів ПТСР і не дають йому сфокусуватися на теперішньому моменті. Замість уникнення рекомендується усвідомлення і прийняття своїх переживань [28].

Десенсибілізація і переробка рухом очей є одним з психотерапевтичних методів лікування ПТСР. Численні наукові дослідження доводять ефективність цього методу. За даними мета-аналізів, цей метод не менше ефективний, ніж найкращі з інших існуючих методів лікування ПТСР, але при цьому, мабуть,

краще за все переноситься і діє дуже швидко. При його застосуванні терапевт спочатку викликає у пацієнта травматичний спогад з усіма його складовими: емоційної, візуальної, когнітивної та фізичної (відчуття тіла) – і потім стимулює інформаційно-переробну систему, що забезпечує самоцілення в психотравматичні ситуаціях, яка раніше не здатна була переробити цей болючий слід. До числа переваг методу відноситься наступні особливості цієї техніки: пацієнт може не розповідати про травматичному подію, якщо з якихось причин він не хоче цього робити; терапевт може працювати з пацієнтом без володіння мовою на високому рівні, якою говорить пацієнт [12].

Релаксація. Люди, які пережили психологічні травми, часто страждають від постійного нервового напруження. Це може викликати стан надпильності, дратівливості, проблеми зі сном, що в свою чергу призводить до стомлюваності і підсилює тривожно-депресивні симптоми. В цьому випадку терапія на рівні свідомості недостатня, і корисними можуть виявитися техніки релаксації. Ці техніки не тільки покращують стан пацієнта, але і дозволяють йому подолати відчуття безпорадності з приводу своїх симптомів: пацієнт усвідомлює, що він здатний впоратися зі своїм тривожним станом [23].

Релаксація за допомогою дихальних технік. Діафрагмове дихання має на меті подолання стану гіпервентиляції і її наслідків. Справа в тому, що в стані стресу або при впливі тригера дихання пацієнта стає більш частим і поверхневим. Це необхідно для того, щоб серце і м'язи отримали більшу кількість кисню для здійснення інстинктивної захисної реакції "бий або біжи". Але в більшості випадків людина залишається пасивною, організм не може витратити надлишок кисню, виникає дисбаланс між концентрацією кисню і вуглекислого газу в крові. Цей дисбаланс призводить до великої кількості неприємних симптомів: серцебиття, відчуття задухи, запаморочення, страху втратити свідомість, порушень зору, і т.д. Подібний стан викликає ще більший

страх у пацієнта. Діафрагмове дихання робить дихальний ритм більш повільним, відновлюється рівновага між концентрацією кисню і вуглекислого газу в крові, зменшується частота серцевих скорочень, виникає загальне відчуття спокою. У міру оволодіння технікою він поступово починає використовувати її в ситуаціях, які викликають у нього тривожність [6].

Техніка контролю дихання. Ця техніка заснована на ідеї, що фаза видиху викликає стан релаксації організму. Пацієнта навчають дихати повільно, не вдихаючи великої кількості повітря, подовжуючи час видиху і роблячи паузу на рахунок 4 після кожного видиху. Під час видиху можна повільно вимовляти, наприклад, слово "розслаблення". Ця техніка, зокрема, корисна для жертв, у яких викликає тривожність концентрація уваги [46].

Прогресивна м'язова релаксація. В даному методі пацієнт навчається напружувати, а потім розслабляти різні групи м'язів. Метод заснований на тому, що після періоду сильного напруги будь-який м'яз автоматично глибоко розслабляється. Цю техніку можна доповнити вищеописаними дихальними вправами: під час фази розслаблення м'язи пацієнт може використовувати метод дихання. Це підсилює стан релаксації і створює умовний рефлекс між глибоким диханням і м'язовим розслабленням. Таким чином, в подальшому використання абдомінального дихання буде викликати розслаблення м'язів [6].

Аутогенне тренування. Даний метод допомагає зняти емоційну напругу і пов'язані з ним дратівливість і тривожність, покращує якість сну. ПТСР часто супроводжується соматичними симптомами, і аутогенне тренування може принести суттєву користь, наприклад, для зняття болю і неприємних відчуттів в тілі, нормалізації серцевого ритму і дихання. Активізаційні вправи аутогенного тренування можуть зменшити уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, поліпшити концентрацію уваги, усунути почуття пригніченості,

безнадії, марності, відчуття зниження енергетики, відсутність інтересу до чого-небудь, відсутність мотивації [15].

Техніки медитації. Практика медитації зменшує стан надмірного нервового збудження, характерного для ПТСР. Завдяки цьому зменшуються симптоми інтрузій, уникнення, гніву і депресії, одночасно збільшуючи самоповагу, енергійність і здатність до розслаблення, а також підвищуючи больовий поріг. Перевагою даного методу є простота навчання і можливість застосування в груповій терапії. За даними досліджень, психопатологічні переживання і стан внутрішнього заціпеніння, характерні для ПТСР, при медитації гірше піддаються поліпшенню, ніж інші симптоми ПТСР. Крім того, є ризик того, що переживання травми з'явилося в процесі медитації. З цієї причини рекомендується обмежувати час медитації 3-6 хвилинами і проводити її під наглядом терапевта [36].

Дослідження показали, що при ПТСР часто спостерігається або недостатній, або надмірний контроль над проявом емоцій (обидва процеси можуть співіснувати паралельно у пацієнта з ПТСР). Практика медитації усвідомленості збільшує активність префронтальної кори головного мозку в момент появи в свідомості негативних образів, пов'язаних з травмою (кора головного мозку, зокрема, бере участь у свідомому і адаптивному контролюванні емоцій). Паралельно зменшується активність лімбічної системи, відповідальних за неконтрольовані емоційні реакції. Збільшується острівцева частка мозку, що, зокрема, зменшує симптоми алекситимії і покращує здатність пацієнта розуміти свій емоційний стан. Ця здатність часто знижена при ПТСР, і вона часто виявляється паралельно з тенденцією надмірно контролювати свої емоції. Таким чином, практика усвідомленості дозволяє контролювати свої емоції оптимальним і адаптивним способом [11].

Незважаючи на хороші результати, дана техніка вимагає обережності при використанні, так як концентрація уваги на своїх емоціях і відчуттях може призвести до дестабілізації або ретравматизації деяких пацієнтів, у яких легко виникають спогади про травму, а також спостерігається велика кількість флешбеків і нав'язливих думок. Метод також може бути важкий в освоєнні для пацієнтів, які не володіють достатніми навичками контролю негативних емоцій і здатністю переживати ці емоції [12].

Медитація співчуття і самоспівчуття. Метою цієї медитації є бажання щоб сам медитуючий та інші люди були позбавлені страждання. Медитація складається з трьох елементів:

- співчуття і прагнення зрозуміти себе замість самокритики;
- сприйняття свого особистого досвіду як частини загальнолюдського досвіду, що зменшує відчуття знедоленої людини. Посттравматичні симптоми також сприймаються як нормальні для людини, і з цієї причини вони перестають бути причиною для сорому;
- усвідомленість (сприймання своїх неприємних думок і емоцій з позиції спостереження і неосудження, замість самоідентифікації з ними. При цьому фокус уваги переноситься з проблем на відчуття безпеки в даний момент [23].

Ця техніка медитації зменшує характерні для ПТСР почуття сорому, страху і гніву, а також депресію, дисфорию і ангедонію. За даними досліджень, при використанні цієї техніки активуються зони мозку, відповідальні за позитивні емоції і емпатію, і поліпшується їх зв'язок з корою лівої півкулі мозку. Збільшується рівень окситоцину і ендорфінів, з якими пов'язані позитивні емоції і відчуття безпеки [40].

Психодинамічна терапія. Спрямована на вирішення конфлікту, який виник через невідповідність картини світу і цінностей пацієнта реальності травмуючої ситуації. Терапевтична корекція полягає в дослідженні цих

конфліктів і в перекладі укладеної в них руйнівної енергії в творчу. Зокрема, проводиться виведення підсвідомих конфліктів на рівень підсвідомості і їх емоційне відреагування. Для цього використовуються в тому числі проєктивні методики. Терапія направлена також на відновлення цілісності "Я", розвиток самоповаги, самовладання і почуття особистісної відповідальності [12].

Одним з базових постулатів цього методу є ідея З.Фрейда про те, що психологічна травма викликає в індивіда потреба у витісненні страждання в підсвідомість, з використанням психологічних захистів. Це призводить до появи симптомів уникнення і спотворень в спогадах про травму [37].

Гештальт-терапія. Зазвичай гештальт-терапія використовується в формі групової терапії, але при ПТСР більш ефективний індивідуальний підхід. Гештальт-терапія може застосовуватися при наступних симптомах ПТСР: психосоматичні розлади; фобії і страхи; невротичні розлади; сексуальні розлади психогенного характеру; депресивні прояви, суїцидальні тенденції; порушення сну (нічні кошмари); дезадаптуючі особливості особистості (підвищена дратівливість) [20].

Метою терапевтичної роботи є зняття блокувань, які виникли через травму, і стимулювання процесу розвитку людини, завдяки створенню внутрішнього джерела опори і оптимізації процесів саморегуляції. Багато уваги приділяється підвищенню усвідомленості різних психологічних установок, мислення і способів поведінки, які зафіксувалися в минулому. Психолог допомагає зрозуміти їх значення і роль в даний час. У гештальт-терапії одним з основних джерел проблеми вважається нездатність індивіда завершити травматичну ситуацію на психологічному рівні. В результаті індивід не здатний повноцінно контактувати з навколишнім середовищем і з самим собою [48].

Гуманістична і екзистенційна психотерапія. З точки зору психологів цього напрямку, терапевти інших шкіл (зокрема, представники

психодинамічного підходу і когнітивно-поведінкової терапії) в першу чергу прагнуть до того, щоб індивід став здатний контролювати посттравматичні симптоми і нормально функціонувати в повсякденному житті. При цьому ними не приділяється достатньої уваги тих важливих питань, які люди схильні ставити собі після травми (наприклад: "Чому це сталося зі мною?"), А також роздумів людини про смерть, своєї ідентичності, почуття відчуження по відношенню до людей і т.д., які часто виникають після травматичного досвіду. У гуманістичній та екзистенційній терапії саме пошук, спільно з клієнтом, відповідей на ці питання має пріоритетне значення. Терапевт також допомагає клієнту знайти в собі приховані внутрішні сили і стати здатним бути самим собою – а не тим, ким він, з точки зору його колишніх переконань, "повинен" бути. Велика увага приділяється духовним аспектам переживань клієнта, іноді в контексті його релігійних переконань, оскільки травма часто кидає виклик саме цим аспектам в психічній житті людини [40].

Зокрема, будучи одним з напрямків цієї течії, логотерапія полягає в тому, щоб знайти сенс в те, що трапилося. Як тільки знайдений сенс, одужання може настати дуже швидко. Культурні та релігійні погляди (наприклад, доктрина карми або релігійного сенсу страждання) тут відіграють важливу роль [41].

Наративна терапія. Метод був створений в 1989-90 рр. В даний час він набуває все більшого поширення. Американська психологічна асоціація умовно рекомендує даний метод для терапії ПТСР, особливо для лікування комплексних або множинних психологічних травм. Метод може використовуватися як індивідуально, так і в груповій терапії (в невеликих групах) і зазвичай включає в себе від 4 до 10 сесій. Наративна практика ефективно застосовується в роботі з людьми та спільнотами, які пережили будь-якого роду травму, наприклад: в "гарячих точках", з жертвами окупації, геноциду, в таборах біженців і т. ін. Також ведеться робота з маргіналізованими

групами населення, з ув'язненими в тюрмах або з людьми, для кого традиційна психотерапія є недоступною в силу культурних чи релігійних особливостей [7].

Метод полягає в тому, що терапевт пропонує клієнту записати хронологічну розповідь про своє життя, з акцентом на травмуючих події, але при цьому згадуючи і про позитивні моменти. Необхідно детально описати свої емоції, думки, відчуття і фізіологічні реакції на події. При цьому слід зберігати зв'язок з цим моментом. Для цього використовуються постійні нагадування про те, що емоції і фізіологічні реакції пов'язані з конкретним місцем і з конкретним моментом в минулому. Записується також те, що зробила людина (наприклад, якісь способи підтримки бадьорості духу, допомога іншим, спогади про минуле, які допомогли вижити і т. д.), Як він використовував свої вміння і навички, як це було пов'язано з його цінностями, звідки цінності прийшли в його життя і як вони на неї вплинули. У наративному підході це називається "подвійним описом", або "описом з обох сторін"[30].

Групова терапія. Часто вживаний метод терапії ПТСР, часто паралельно з індивідуальною терапією. Існують наступні типи таких груп: групи відкритого типу для інформування клієнтів; групи для структурування травматичних спогадів (робота "там і тоді"); групи, створені на основі, включаючи розрізані структуру, для вироблення навичок опанування травмою (робота "тут і тепер"); групи з когнітивно-поведінковим підходом, психоаналітичні та психодраматичні групи, групи самопомоги, аналізу сновидінь, арт-терапії, і т. д.[12].

Тілесно-орієнтована психотерапія. Даний підхід заснований на тому факті, що більш важкі симптоми ПТСР спостерігаються у людей, які не могли активно діяти в момент події. Якщо людина змушена бути пасивним, гормони стресу не використовуються організмом для дії, і стан "бий або біжи" стає хронічним. У тілесно-орієнтованій терапії пацієнт стає здатним вчинити дії, які

він не міг зробити в момент травми (наприклад, нанести удар), що призводить до зменшення посттравматичних симптомів [11].

Арт-терапія. Почала застосовуватися під час Другої світової війни а також в післявоєнні роки для відновного лікування військовослужбовців в США і Великобританії. З'ясувалося, що заняття образотворчим мистецтвом в художніх майстерень (арт-ательє) благотворно позначається на фізичному та емоційному стані пацієнтів. В останні десятиліття арт-терапія застосовується все більш активно з різними групами пацієнтів [5].

При лікуванні ПТСР можуть застосовуватися всі види арт-терапії мистецтвом як окремо, так і в поєднанні один з одним (в цьому випадку метод називається експресивної полімодальної або інтермодальної арт-терапією). Цей метод може застосовуватися як при індивідуальній, так і при групової терапії, а також сімейної терапії. Методи арт-терапії можуть бути використані як додатковий метод в когнітивно-поведінкової, психодинамічній та інших видах терапії [3].

Терапія мистецтвом включена в перелік психотерапевтичних методів, офіційно дозволених до застосування з метою лікування лікарями-психотерапевтами. Згідно з міжнародним визначенням під арт-терапією розуміється група лікувальних і корекційних методів експресивних модальностей (візуальних мистецтв, музики, мистецтва театру і танцю), що застосовуються фахівцями з відповідною клінічною підготовкою: візуальні засоби самовираження - арт-терапевти; музика - музичні терапевти; театральні форми - драма-терапевти; танець - танцювально-рухові терапевти [9].

Використання проєктивних засобів (наприклад, малюнків, об'єктів): робить процес передачі травматичного досвіду простішим і менш страшним для індивіда; дозволяє індивіду зберегти естетичну дистанцію при вираженні того,

що він пережив; дає можливість усвідомити раніше неусвідомлювані аспекти переживання і побачити асоціацію між різними аспектами переживання [4].

Основними психологічними механізмами арт-терапії, що забезпечують зняття емоційної напруги, вираження і переробку травматичного досвіду, а також перебудову системи сприйняття реальності є:

Екстерналізація (проекція) – перенесення фізичних відчуттів, переживань і уявлень на зовнішні об'єкти і процеси. Екстерналізація є одним із захисних психологічних механізмів, вона забезпечує дистанціювання людини від складних переживань і уявлень. В арт-терапії вона грає важливу роль завдяки ігровій або творчій активності: індивід може сприймати свій внутрішній світ в більш безпечному контексті, відбитим в створених ним художніх образах [12].

Завдяки механізму екстерналізації травматичний досвід може бути відділений від особистості. Наприклад, якщо психотравмуюча ситуація знаходить відображення в малюнку, вона може бути прийнята і осмислена більш тверезо. Крім того, завдяки екстерналізації індивід, котрий переніс психічну травму, може підтримувати оптимальну для себе дистанцію у відносинах з терапевтом, при цьому художні образи є посередниками в терапевтичній взаємодії. Це допомагає індивіду усвідомити свої особисті кордони і відновити почуття власної гідності [23].

Велику цінність представляє також фізичний контакт з різними матеріалами, що дозволяє не тільки актуалізувати і відредагувати травматичний досвід, а й оживити сферу фізичних відчуттів, заблокованих в результаті травми. В процесі екстерналізації психічна енергія стає більш контрольованою свідомістю і менш пов'язаною з афектами. Пригнічені емоції можуть бути пережиті і відредагувати [40].

Досвід показує, що арт-терапія дає хороші результати, добре сприймається клієнтами і не має чинників ризику або побічних ефектів, якщо вона використовується добре підготовленими терапевтами [28].

Метод усвідомлених сновидінь. Існують дослідження, які показують, що освоєння методів управління сновидіннями зменшує частоту і тяжкість кошмарів при ПТСР. При цьому не зазначено поліпшення основних симптомів ПТСР. Навчання проводиться протягом 4-6 тижнів (раз на тиждень), при цьому пацієнта просять кожен день записувати свої сновидіння. Метод включає вміння "вступати в діалог" або в "фізичний контакт" з страшними персонажами сновидіння. Це зменшує відчуття страху і безпорадності в міру того, як пацієнт розуміє, що він може контролювати образи кошмару, викликані травмою [39].

Зоотерапія. Цей вид терапії, корисна пацієнтам, які, через пережиту травму, дуже тривожні або недовірливі для того, щоб спілкуватися з людьми[2].

Подружня і сімейна терапія. Часто проблеми в сім'ї або подружній парі у осіб, що пережили травму, виступають на перший план. Також може спостерігатися психологічна травматизація членів сім'ї пацієнта. З цієї причини рекомендується проводити подружню або сімейну терапію одночасно з індивідуальним лікуванням ПТСР або відразу після нього. Існує два типи подружньої і сімейної терапії для осіб, які пережили травму: системний підхід, спрямований на корекцію порушень в сім'ї або подружній парі; підтримуючий підхід для членів сім'ї, які повинні допомагати пацієнтові [9].

Розвиток систем відбувається за принципом "стимул - реакція", в даному випадку доречно буде згадати фразу "що нас не вбиває робить нас сильнішими", кожна нова травма вносить свої руйнування і вимагає не просто відновлення системи, її адаптації, реорганізації, перегляду а побудови нової системи стресостійкості.

Висновки до розділу 1

У першому розділі проаналізовано основні підходи до визначення понять «стрес», «стресостійкість», «негативні емоційні стани». Серед різноманітних негативних психічних станів найбільшу групу складають негативні емоційні стани, оскільки в переважній більшості станів емоційна складова в їх структурі є побутовою.

Виявлено, що система негативних психічних станів осіб періоду воєнного стану країни також містить негативні емоційні стани, а саме: стрес, нервово-психічне напруження, тривожність, агресивність, неспокій, афекти, фрустрацію тощо. Значний вплив на виникнення негативних емоційних станів справляють екстремальні фактори постійної військової загрози, які стимулюють розвиток стану емоційної напруги, і як наслідок, посттравматичних стресових розладів.

У результаті теоретичного дослідження сучасних підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу було розглянуто та проаналізовано сучасні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу.

Проведено історичний аналіз вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу в сучасній психології. Розглянуто методи, які найчастіше використовують у роботі з ПТСР.

Отже, феномен посттравматичного зростання має глибоке історичне коріння. Він проходить червоною лінією в літературі, мистецтві та культурі. Травмуючі події є невід'ємною складовою еволюційного процесу людства, війни, епідемії, стихійні лиха та інші травмуючі події від індивідуальних до планетарних несуть в собі не тільки біль: смерть і руйнування, але і перегляд розширення, розвиток як індивідів так і людства в цілому. Перебудова системи призводить до змін в різних сферах життя людини – зміни в самоприйнятті, зміни в міжособистісних відносинах, філософії життя: цінності життя, духовні зміни, нові можливості. Це вимагає від потерпілого великих внутрішніх сил,

ресурсів і часу. При фасилітації з боку психолога, психотерапевта даного процесу можливо уникнути тривалого занурення в деструктивні стани і не досягнення деструктивних станів ПТСР.

Отже, методів фасилітації застосовуваних для відновлення і росту після травматичних подій існує велика кількість. Практично в кожному методі психології знаходяться інструменти які сприяють ПТР, ефективність кожного з них залежить від багатьох факторів, як від кваліфікації, фахівця що їх застосовує, так і від особливостей потерпілого, від стадії що він проживає після травми, зовнішніх умов в яких знаходиться потерпілий і багатьох інших.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Різка реакція на стресову ситуацію визначається людиною як інстинктом самозбереження. Коли реальна загроза зникає і завершується гостра реакція на стрес, настає перехідний період, під час якого з'являються розлади сну у вигляді погіршення засинання, постійних нічних пробуджень і ранніх просинань. Виникає стах, бажання знизити рівень відповідальності, прагнення вберегтися від прийняття відповідальних рішень і, як результат, зменшення потенціалу особистості в контексті загального функціонування особистості. У цілому поведінка більшості людей в цей період спрямована на мінімізацію загрози власному життю та життю близьких людей [7].

В процесі довготривалого перебування у стані стресу, особистість, як правило, проживає посттравматичний стресовий розлад. Учені виокремлюють особистісні чинники, які можуть знизити поріг розвитку посттравматичних стресових розладів або ускладнити його перебіг. До цих чинників можна, насамперед, віднести риси компульсивного та астеничного характеру. Серед досліджуваних акцентуаційних типів, які сприятливо впливають на формування та розвитку посттравматичного розладу, особливої уваги вимагає тип тривожний. Не менш важливим являється і педантичний та демонстративний типи, розлади реакції яких виникають у наслідок змін в житті, що обумовлені надзвичайною подією. Розлад виникає, як правило, після перехідного періоду та у більшості випадків проявляється різними за тривалістю та структурою депресивними синдромами, які позначаються на зниженому настрої, тривожності, безнадії та відсутності перспектив. У деяких

випадках зміна реакції адаптації, пристосувального характеру проявляється у виборі стратегії життєвих домагань, способі життя, недотриманні загальноприйнятих норм поведінки, зниженні індивідуальних моральних критеріїв особистості[32].

Психологічна діагностика як доцільний спосіб отримання детальної інформації про соціально-психологічні чинники, процес, що досліджується чи окремо обраний об'єкт використовується різногалузево та має конкретні цілі. У процесі роботи щодо визначення психологічних особливостей ПТСР у цивільних під час війни, діагностика виконує комплексні функції, оскільки не можна створити найбільш сприятливі умови планування роботи з досліджуваними без знань про їхні особливості, які часто можуть впливати на досягнення психологічного благополуччя досліджуваних[27].

Процес підбору психодіагностичного інструментарію було побудовано таким чином, що на початку здійснено підбір психодіагностичних методів та доцільних методик, важливим завданням постав підбір показників та критеріїв для узагальненої та статистичної обробки математичних даних. Комплекс методів дослідження вмщував: теоретичні аналіз та синтез, інтерпретацію, обробку та узагальнення; емпіричні: методи тестування, математичної статистики.

З метою вивчення особливостей та специфіки надання психологічної підтримки цивільним під час війни, було проведено аналіз впливу посттравматичних подій на психологічне здоров'я досліджуваних.

Вибірка дослідження. В процесі дослідження психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни нами було обрано 60 респондентів, віком від 18 до 45 років, різної статі, сімейним статусом. За гендерним розподілом: 32 жінки та 28 чоловіків. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних

регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось завдяки використанню сервісу Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до окресленої дослідженням теми, включаючи наступні методики:

1) *Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (додаток А)*. Методика PCL-5 була використана з метою виявлення поширеності серед вибірки симптомів посттравматичних стресових розладів. Опитувальний зміст методики базується на 20 питаннях, які поділено на групи у вигляді підшкал, які описують прояви посттравматичного стресу, що зазначаються як критерії DSM, до них належать: симптомічні характеристики переслідуючого змісту, нав'язливі систематичні повторення, симптоми втечі, бажання уникнення, зміни негативного змісту у когнітивно-емоційній сфері та симптоми збудливості. Зміст опитувальника використовується для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу згідно з критеріями, встановленими є оновленою версією, він був розроблений групою науковців, які здійснювали дослідницьку роботу над оновленням розробленого змісту тестового матеріалу для досконалого увідповіднення до крайніх показників, зазначених у DSM-5, які охоплюють 20 симптомів, пов'язаних з PTSD[9].

Симптомні прояви, описані в методиці, в цілому діляться на групи – чотири підшкали, що характеризують основні категорії:

1. Нав'язливе вторгнення. Цей компонент вміщує симптоми, що відображають негативні прояви стану людини, які взаємопов'язані з систематичними проживаннями травмуючих подій, наприклад, спогади, що переслідують або переслідуючі сновидіння з епізодами травми, дискомфортні

специфічні фізичні відчуття та реакції тіла, що нагадують про травмуючу подію.

2. Поведінка уникнення. Ця структурна складова оцінює вплив переслідуючих симптомів, що, безпосередньо, пов'язані зі спробами подолання нагадувань про травму, зокрема, й включаючи уникаючу поведінку, втрату інтересів, почуття ізольованості від оточення та емоційну безпеку.

3. Налаштованість на програш. Компонент, який демонструє частоту зміни настрою, що оцінюється проявами, пов'язаними з негативними незадоволенням, втратою пам'яті, деконцентрацією уваги та когнітивними функціями.

4. Подразливість та гіперактивна вимогливість. Складова, що дозволяє визначити цінність симптомів, що пов'язані з надмірною збудливістю, різким роздратуванням, хворобливою концентрацією, перевищеним рівнем пильності, почуттям тривожності та напруженості [29].

Процедура заповнення PCL-5 досліджуваними побудована на тому, що учасники дослідження відображають свій стан, зазначаючи сформований рівень, на якому вони проживають кожен симптом останнім часом. Опитуваним важливо пильно ознайомитись з переліком питань та зупинитись на тій, яка досконало відображає ступінь вираженості тієї проблеми, яка турбувала найближчим часом.

Обрахунок результатів за відповідями ведеться за оцінкою в 5-бальною системою, де 0 означає "абсолютно негативно", а 5 свідчить про максимальне відображення. Сумарний результат може бути обчислений шляхом загального обрахунку балів за всіма двадцятьма питаннями.

PCL-5 вважається досить популярним та часто використовуваним психодіагностичним інструментом у психодіагностиці та практичних дослідженнях для визначення оцінки симптомів посттравматичних стресових

розладів. Він дозволяє відслідкувати та отримати важливу інформацію про значення та роль впливу травматичних подій на психічне благополуччя особистості, допомагає визначити та відстежити рівень сформованості особистісних проблем – посттравматичний стан травмованої особистості, відстежувати зміни в симптомах в залежності від психовпливів або терапії [31].

2) *Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лаад, Ізраїль) (додаток Б)* – призначена з метою окреслення провідних стратегій боротьби з кризовим станом особистості. Ізраїльський вчений-психолог з вивчення травм Мулі Лаад, досить довго досліджував стратегії поведінки певних людей у відповідних екстремальних, непередбачуваних, кризових ситуаціях – досліджуючи вплив стресогенних факторів на поведінку людини. За результатами та узагальненнями отриманих показників у процесі проведених досліджень, ним було доведено, різні люди мають власну унікальну комбінацію особистісних прийомів та ресурсного потенціалу в подолання стресогенного впливу несприятливих ситуацій.

Ці результати дослідження було покладено в основу BASIC Ph Model. Зміст цієї модельної розробки ґрунтується на доведенні спроможності особистості керувати перебігом катастрофічних ситуацій відносно себе, тобто контролювати власне психічне здоров’я, незважаючи на екстремальність певної ситуації. Відповідно до інструкції, психодіагностичний матеріал складається з шести головних компонентів, що становлять основу індивідуально-особистісної стратегії поведінки під час перебування у негативно впливаючих обставинах (відповідно кожна окрема буква в назві моделі BASIC Ph зазначає окремий ресурс). Розглянемо детальніше їх характеристики [21].

1. Ціннісний підхід. Belief (віра): філософське осмислення життя, ціннісно-орієнтована спрямованість. Така стратегія сприйняття та підходу в подоланні кризи розвивається безпосередньо на віруваннях (у кожної людини

це щільсь індивідуальне – Божественна подоба, особливі люди, дивовижні здібності власне себе, своє призначення). В цілому, такий спосіб базується на системі переконань, життєвих сенсів, мотиваційно-потребовій стратегії щодо самореалізації та самоактуалізації. Ця позиція передбачає сприйняття не лише вірувань як релігійного феномену, а й соціального чи політичного змісту тощо.

2. Емоційно-вольовий підхід. Affect (афект): емоційне сприйняття, емоційний інтелект, почуттєва сфера. Стратегія емоційно-вольового реагування знаходить вияв шляхом вираження емоцій залежно від стану людини: крик, мовчання, переживання, радість, плач, сміх. Така стратегія подолання кризового стану потребує, в першу чергу, ідентифікацію наявності певного почуття в окремий момент життя. Вже згодом переживаючі почуття людина може висловлювати у різний спосіб: усно, письмово, за допомогою жестів, танцю, малюнків, музики. Іноді людина здатка фіксувати пережиті почуття в записах, малюнках.

3. Суспільний-особистісний підхід. Social (соціум): інтеграція в соціум, належність до групи осіб, родина, друзі. Така стратегія підтримки особистості в умовах подолання характерна в ситуації, де властиве прагнення комунікувати. Цей спосіб ґрунтується на рекомендаціях звертатися за підтримкою до сім'ї, близьких, фахівців. Найважливішим тут вважається соціальна приналежність: прагнення бути включеним до спільноти, почувати себе компонентом цілісної структури. Суттєвим вважається розуміння значимості та важливості своєї наявності та ролі в житті інших.

4. Творчо-креативний підхід. Imagination (уява): відображається методами творчого розвитку, у формі гри, ситуативного уявлення, інтуїтивного прогнозування. Ця стратегія подолання кризи втілюється на засадах розвитку творчих здібностей. Особистість, маючи можливість уявляти, занурюється в мрії, імпровізує, будує плани на майбутнє, розвиває мислення, вчиться

фантазувати, жити неординарно. Доцільним є використання творчого потенціалу в процесі виготовлення виробів, роботи з підручними матеріалами. Нотки імпровізації та фантазування є важливим елементом у процесі відволікання від життєвих труднощів, які дозволяють релаксувати та перезавантажуватися.

5. Інтелектуально-системний підхід. Cognition (когніція): розум, практичні знання та навички, логічне мислення – вважаються важливими компонентами у процесі роботи щодо подолання кризи шляхом залучення ментальних нахилів, вміння логічно, конструктивно та критично мислити, реально оцінювати ситуацію, генерувати нові ідеї, будувати плани, підвищувати інтелектуальний рівень, накопичувати інформаційне поле, аналізувати передумови, сутність проблеми та знаходити раціональні рішення. Когнітивна здібності втілюються чпособом аналітичної роботи, чіткого алгоритму дій та послідовного обмірковування.

6. Індивідуально-фізичний підхід. Physiology (фізіологія): фізична діяльність, практичне втілення набутих знань. Цей спосіб характеризується переключенням від проблем до фізичної діяльності людини. Особливість даного підходу заключається в здатності розуміти свій стан завдяки системі органів чуття. Така тактика втілюється на основі фізичної активності: Фізичним навантаженням, спортивним заняттям, медитаційним прийомам, відпочинку на свіжому повітрі, релаксаційні методики.

Зміст тестового опитувальника включає тридцять шість тез, на які респондент-досліджуваний має відповісти залежно від міри вираженості:

- 1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;
- 4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;

5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією;

6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

3. *Методика Бека “Шкала депресії” (додаток В)* використовувалась з метою діагностики рівня сформованості проявів депресивних станів як наслідку посттравматичних стресових розладів. Опитувальник розроблений Аароном Беком, він являє собою тест для визначення самооцінки особистості і включає двадцять одне запитання з поданим переліком варіацій відповідей, один із найрозповсюдженіших психодіагностичних методик, призначених для визначення наявності та проявів депресивних станів. Особливістю його розробки вважається те, що раніше прояви депресії розглядали з психодинамічної точки зору, а розвиток оновленої думки ознаменував зміну векторів дослідження серед фахівців у сфері психічного здоров'я.

Вік досліджуваних, які становлять вибірку призначення тестового матеріалу за версією BDI-II побудована для осіб 18-45 років та порієнтована на поглядах, які окреслюють симптомічні прояви депресії, а саме: втрата надії та сподівання, дратівливе реагування, порушення балансу когнітивних функцій, до яких можна віднести почуття вини, очікування покарання та, відповідно, фізичних характеристик, як стомлюваність, нестабільність у вазі, втрата зацікавленості до чогось. Сама методика пропонує обрати твердження, які цілком описують таку симптоматику: пригнічений стан, песимістичний настрій, відчуття неієздатності, особистого невдоволення від неспроможності вплинути на хід подій чи розвиток ситуацій, дратівливість та нестабільність реакцій.

Матеріали тесту умовно поділено на два блоки:

– перша частина (від 1 по 15) досліджується спроможність особистості адаптувати поведінку в залежності від ситуації прогнозованим способом;

– друга частина (від 16 по 21 питання) визначається комплекс соматичних симптомів [38].

5 *Шкала тривоги Спілбергера (STAI) (додаток Г)* вважається доцільним інструментом для оцінки тривоги серед дорослих, достатньо поширений в колах психологів-дослідників як діагностичний опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Методика розроблена на матеріалах теоретичної моделі Ч.Спілбергера, що поділяє на дві психологічні складові:

а) особистісна тривожність як сформована індивідуальна стійка риса, схильність з обережністю сприймати життєві ситуації у, відчуваючи в них стан загрозу.

б) тривога як зовнішньо-ситуативна, в основу якої покладено сформований психоемоційний стан, рефлексивна реакція на обставини та події життя, що втілюють прояви суб'єктивно-значущих загроз на особистіст.

В основу методики покладено ідею, що головним каталізатором тривоги є – породження відчуття загрози, що з'являється в ситуації, де індивід сприймає конкретний подразник потенційно ризикований, небезпечний, з негативним впливом. Емоційний стан, що характеризується суб'єктивними відчуттями страху, фрустраційного загострення, особистісного занепокоєння, песимістичних думок та очікувань, доповнюючи їх актуалізацією особливостей індивідуальних рис нервової системи [18].

6 *Методика «Визначення емоційної стійкості особистості» Б.І.Додонова (додаток Д)* допомагає визначити рівень сформованості контролю особистістю свого емоційного стану та способів впливу на перебіг стресові чинники, виявити домінуючі емоційні спрямованості особистості, тобто прагнення до конкретних типів переживання і домінування певних потреб.

В даній методиці є 10 типів емоційної спрямованості:

- альтруїстична спрямованість;
- комунікативна спрямованість;
- спрямованість на самоствердження;
- праксична спрямованість;
- задоволення від подолання небезпеки;
- романтична спрямованість;
- гностична спрямованість;
- естетична спрямованість;
- гедоністична спрямованість;
- спрямованість на колекціонування.

Розуміння сутності емоційної спрямованості в цілому Б. Додонов інтерпретує як особистісну характеристику, що проявляється у ставленні до окремого спектру емоційних переживань в ціннісному форматі, прагненні власне людини до наявності переживань [6].

Тестування проводилося невеликими групами та індивідуально. Досліджувані отримували інструкції та бланки відповідей. Після проведення тестування, отримані дані були оброблені і зведені в таблиці показників.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

З огляду на вищезазначене, діагностування психологічних особливостей посттравматичних стресових розладів у цивільних під час війни відображає системну структуру і алгоритм впровадження методологічних та інструментальних засобів, що забезпечують функціонування та комплексний взаємозв'язок її основних компонентів: наукового-дослідного – як окремої ланки психолого-педагогічної науки, що полягає в розробці змістового матеріалу психодіагностичного дослідження, засоби, форми та тактики його

реалізації; аналітично-оцінюючого – як порядку розгортання та організаційних процесів (модельна частина, чіткість у структурі, розробка сукупності форм діагностування) процесу визначення важливих особливостей дослідження; процесуально-діючого – як систему соціально-психологічних заходів (бесіда, інтерв'ю, анкетне та соціометричне дослідження) [4].

Як зазначалось раніше, процедура психологічної діагностики під час дослідження проводилася за допомогою комплексу опитувальників та методик, до яких пред'явлені певні вимоги методологічного характеру. Розглянемо детальніше результати дослідження за кожною з методик окремо:

1) *Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)*. За даними діагностування наявності стресового розладу у досліджуваних виявлено, що 30 опитаних цивільних (50%) мають високий рівень посттравматичного стресового розладу, середній рівень стресового розладу продемонстрували 12 досліджуваних (20%), їхній стан характерний для тих, хто має стабільну тенденцію до стресового розладу, низькі рівні виявлені серед 18 досліджуваних (30%) (рис.2.1.):

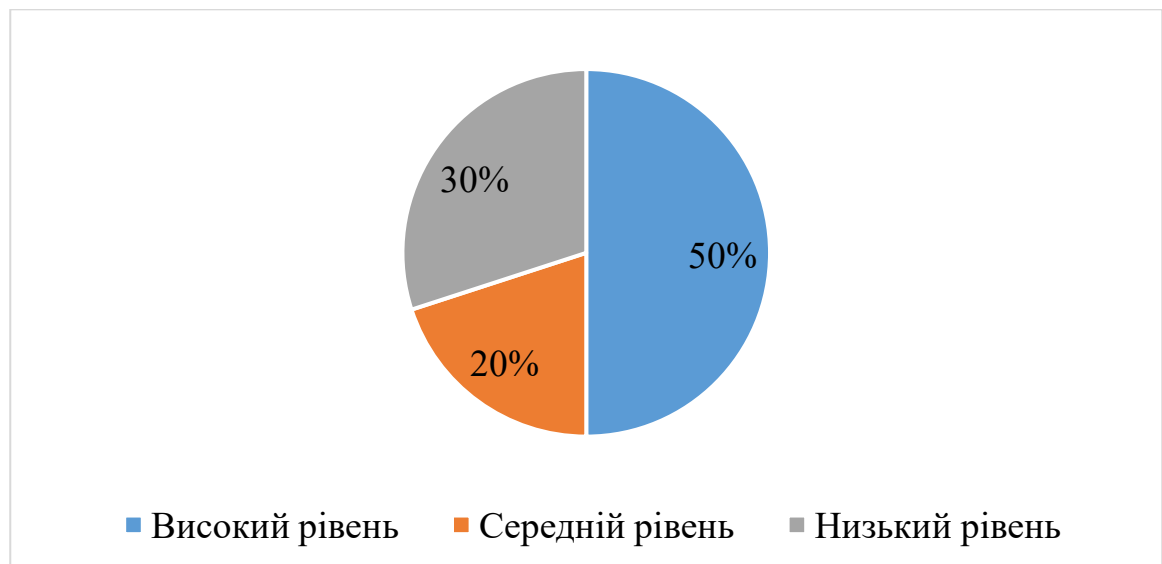


Рис.2.1. Сформовані рівні самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу за шкалою самооцінки проявів ПТСР (PCL-5)

Опрацьовані дані констатувального етапу за методикою оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу у групі з 60 респондентів показали наступні результати.

Зокрема, було виокремлено істотно значиму систематичність у прояві симптомічного виявлення посттравматичного стресового розладу у респондентів. Серед 18 опитуваних (30%) виявлено прояви таких посттравматичних стресових розладів, як переживання тривоги, постійні спогади про травматичні події, психологічну напругу, страшні сни та інші симптоми, які свідчать про наявність посттравматичного стресу.

Серйозність симптомів виявлено серед 12 досліджуваних (20%), яка може варіюватися від легких до важких. Деякі респонденти можуть мати мерехтливу форму посттравматичного стресового розладу, тоді як інші можуть виявляти виражені симптоми, які значно впливають на їх повсякденне функціонування та якість життя.

Особливої уваги заслуговують респонденти з наявним високим рівнем посттравматичних розладів, адже результати діагностування можуть вказувати на потребу цивільних у психологічній підтримці та інтервенціях. Це може включати індивідуальну терапію, групові психологічні сесії, програми підтримки та реабілітації.

За узагальненими результатами цієї методики, згідно з отриманими даними, можна зробити висновок, що більшість опитуваних цивільних, особливо тих, які були свідками активних бойових дій в своїх містах, мають характерні та притаманні ПТРС симптоми, що потребує своєчасної компетентної допомоги.

2) *Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лаад, Ізраїль).* Аналізуючи отримані результати за цією методикою, можемо зробити наступні висновки: було виявлено, що особистості

у стресовому стані та психотравмі використовують такі стратегії подолання кризового стану як:

1. Віра, 9 респондентів (15%) у стресовому стані. Цей спосіб подолання кризи базується на вірі в Бога, в людей, в диво чи в самого/саму себе, у свою місію. Вірування можуть бути не тільки релігійні, але й політичні тощо.

2. Соціум, 15 досліджуваних (25%) у стресовому стані. Даному способу подолання кризи властиве прагнення до спілкування.

3. Афект, 18 вибірки (30%) у стресовому стані. Афективна стратегія проявляється через емоції: плач, сміх, розмову з кимось про свої переживання. Цей спосіб подолання кризи вимагає, насамперед, виявлення різних почуттів та їх ідентифікацію.

4. Уява, 4 досліджуваних (6,7%) у стресовому стані. Цей спосіб подолання кризи базується на творчих здібностях.

5. Когніція, 6 респондентів (10%) у стресовому стані. Спосіб подолання кризи через актуалізацію ментальних здібностей, вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми та раціонально вирішувати їх.

6. Фізіологія, 8 досліджуваних (13,3%) у стресовому стані. Спосіб подолання кризи через концентрацію на фізичній діяльності тіла.

Пропонуємо розглянути схематично узагальнені результати за цією методикою (рис.2.2):

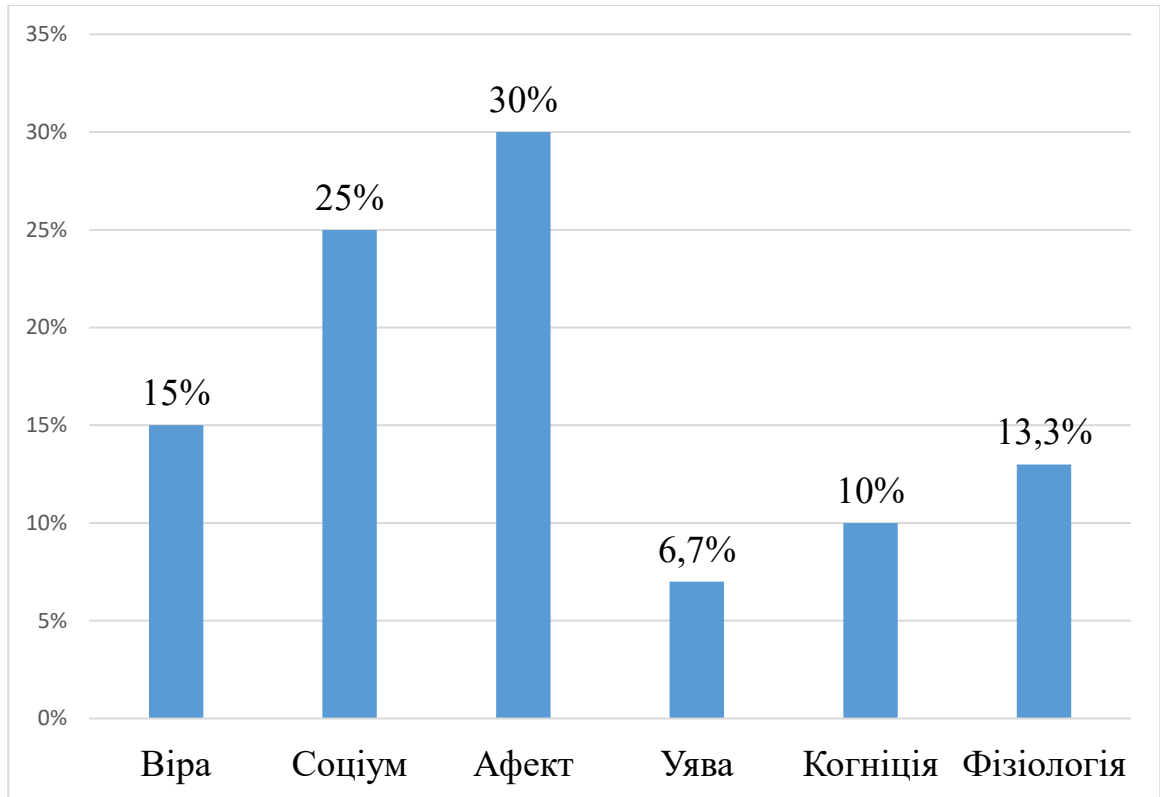


Рис.2.2.Результати вибору стратегій подолання кризового стану досліджуваними згідно моделі BASIC PH

Отже, за результатами даної методики, ми визначили актуальні ресурсні джерела в боротьбі з посттравматичним стресовим розладом. В ході супроводжуючої бесіди, було проаналізовано, як саме досліджувані намагаються контролювати свій психоемоційний стан, який зазнав впливу реалій сьогодення. Проте, нажаль, не всі респонденти знайшли доцільні методи, які давали б вичерпні позитивні очікувані результати в саморегуляції та роботі з проявами ПТСР, а ті, кому вдалося підібрати ефективні способи психокорекції, не володіють досконалими знаннями та навиками їх використання. Саме тому, вбачаємо важливість та необхідність психологічної підтримки осіб з посттравматичним стресовим розладом з метою уникнення подальшого ускладнення психологічного стану досліджуваних.

3) *Методика Бека “Шкала депресії”*. Діагностика рівня сформованості проявів депресивних станів дала можливість констатувати, що 36 респондентів (60%) мають високий рівень прояву депресії, що свідчить про дисбаланс у процесі особистісного сприйняття на засадах внутрішніх переживань та відчуттів. Це проявляється у викривленні реальних подій і, в свою чергу, призводить психологічно нестабільного стану досліджуваних. Цей показник є маркером важкої депресії у досліджуваних. Посттравматичні стресові розлади відображаються в стані депресивного сприйняття людиною навколишньої дійсності та нездоровим почуттям засмученості, що наводить на думки відмовитися від звичайного життя. Значана частка людей з депресивним сприйняттям відчувають себе несамовито самотніми, знецінюючи свою важливість. Стан депресивного розладу породжує зниження рівня активності, життєвою пасивності, відсутність амбіцій до самореалізації. Як результат, відчутними є наслідки впливу на емоційно-вольову сферу, що супроводжується різкими змінами настрою особистості, песимістичним налаштуванням на розвиток подій, що завершується емоційними зривами, неконтрольованими випадками.

У 18 досліджуваних (30%) наявний середній рівень, підтвердженням чого є те, що в респондентів присутнє часткове порушення сприйняття навколишньої дійсності внаслідок впливу емоційного налаштування на майбутнє. Цей стан супроводжується швидким падінням самооцінки та появою почуття провини за те, що досліджуваний не може заспокоїтися. Середній рівень складності характерний для респондентів, що характеризується непостійністю в харчовій поведінці. Внаслідом впливу посттравматичного стресового розладу у людини істотно змінюється емоційне світосприйняття і фізичне самопочуття. Коли людина втрачає інтерес до життя, всі виконувани дії виконуються механічно.

Для 6 досліджуваних (10%) характерним виявлено низький рівень розвитку означеного критерію, оскільки наявний баланс між усвідомленим сприйняттям навколишньої дійсності та усвідомленим сприйняттям емоцій та думок власне особистості. Отриманий досліджуваний результат позначає стан відсутності симптоматики тривожності, депресії. Тому варто говорити про несформованість яскраво виражених симптомів депресії, які є важливими та потребують негайного впливу з боку фахівців-психотерапевтів. Частим явищем є самостійне усунення симптомів, що вимагає певного проміжку часу. Кількісні показники прояву означуваних характеристик подано далі (рис. 2. 3):

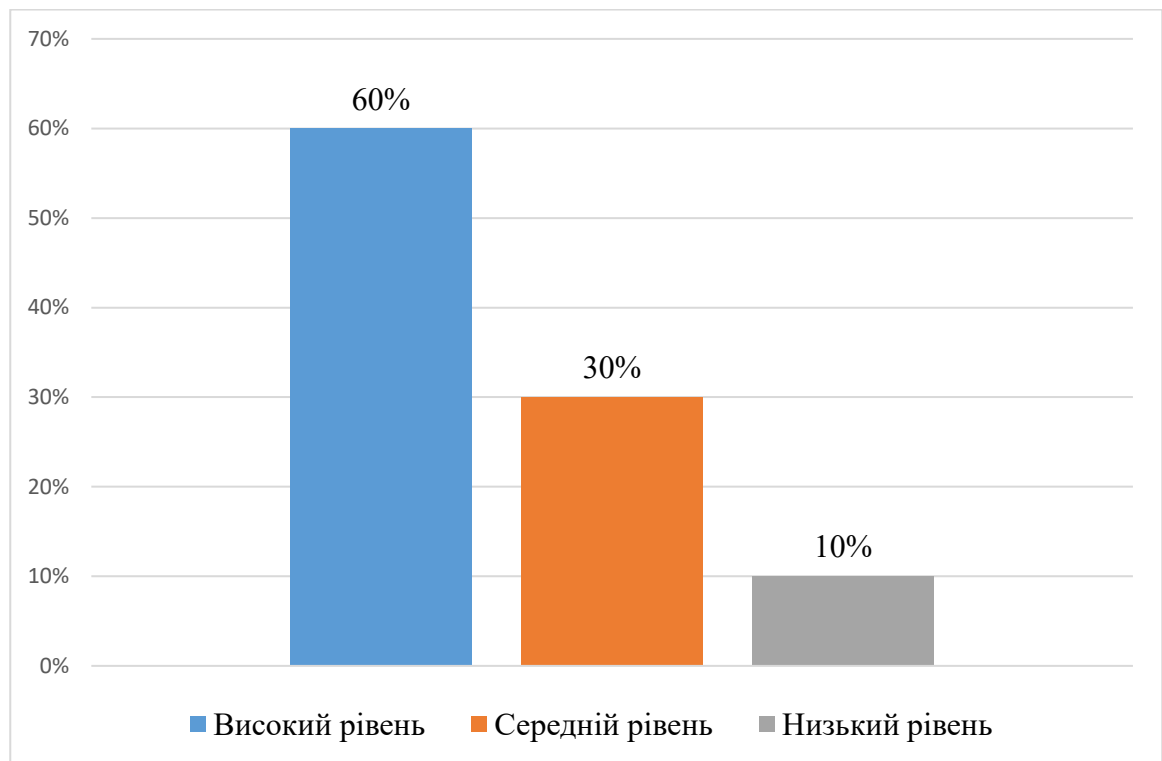


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за рівнем вираженості депресії за методикою «Шкала депресії Бека»

Показники даної таблиці свідчать про те, що у більшій частини респондентів спостерігаються прояви високого рівня депресії, що потребує розробки за використання комплексу психологічних форм роботи для даної

категорії з метою зниження рівня негативних проявів.

4) *Шкала тривоги Спілбергера (STAI)*. Результати емпіричного дослідження рівня тривожності за шкалою ситуативної та особистісної тривожності показало наступне (рис.2.4).

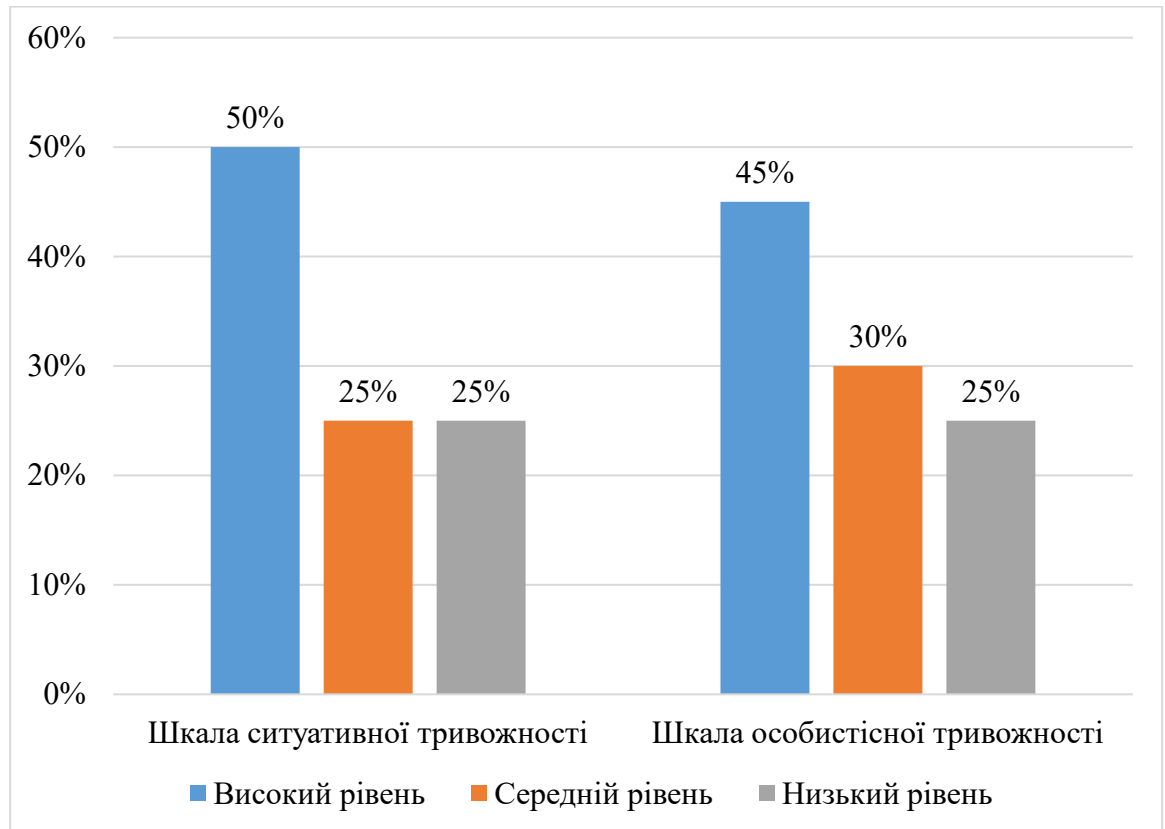


Рис.2.4. Розподіл вибірки за рівнем ситуативної та особистісної тривожності методики Спілберга-Ханіна

Ситуативна тривожність з'являється в результаті занепокоєння ситуацією. Такі обставини переважно пов'язані безпосередньо з індивідуальними характеристиками індивіда, та зовнішніми, що здійснюють вплив з навколишнього середовища, впливають на людину ззовні. На основі емоційного сприйняття відбувається забезпечення процесу пізнання, аналіз та переоцінка становлення позиції людини до того, що її оточує, змін.

Як бачимо, високий рівень виявлено у 30 респондентів (50%), середній рівень ситуативної тривожності виявлено у 15 досліджуваних (25%), 15 досліджуваних (25%) продемонстрували низький рівень.

Особиста тривожність – індивідуально-особистісна риса, яка виявляється у сталій схильності до тривоги та переживань в різних життєвих обставинах.

За шкалою особистісної тривожності, виявлено 27 осіб з високим рівнем, що становить 45% вибірки, респондентів з середнім рівнем ситуативної тривожності – 18 осіб (30%) та – 15 досліджуваних (25%) з визначеним низьким рівнем.

5) *Методика «Визначення емоційної стійкості особистості» Б.І.Додонова.* Результати методики, яка була спрямована на виявлення нервово-емоційної стійкості в депресивних станах досліджуваних цивільних, показали, що низький рівень розвитку даного критерія має 24 респонденти (40%), середній – 36 досліджуваних (60%), високого рівня виявлено не було (рис.2.5.):

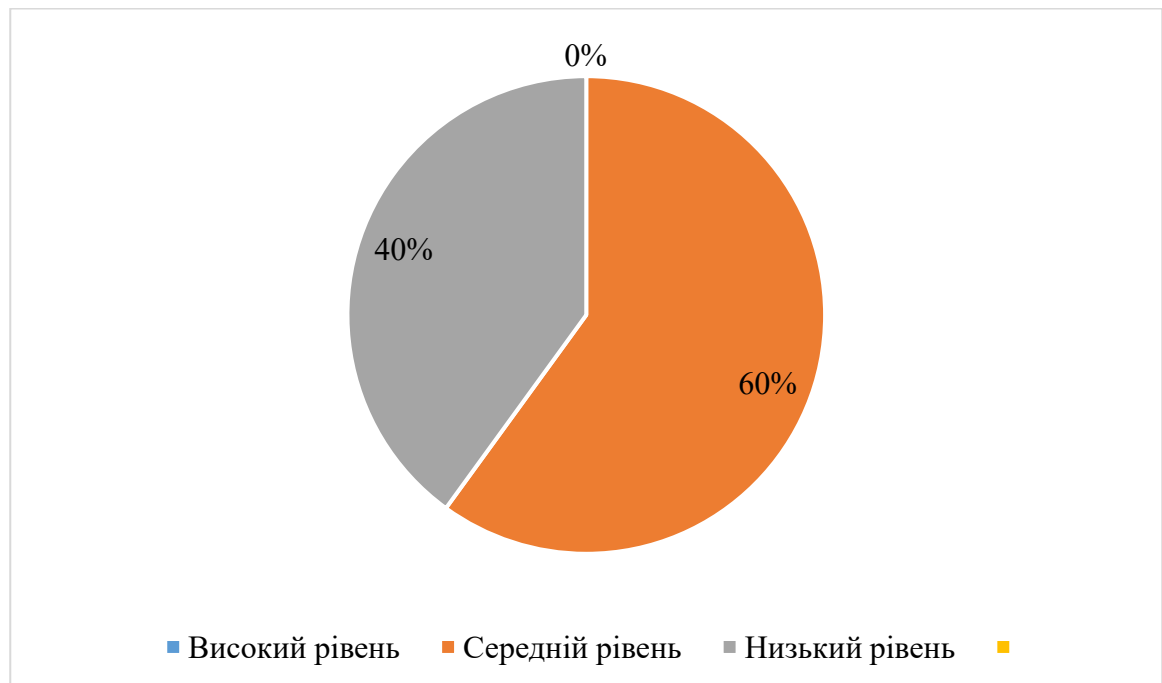


Рис. 2.5. Рівні визначення емоційної стійкості особистості за методикою Б. І. Додонова

Як підсумок результатів всіх методик за всіма показниками дослідження, можна зробити висновок, що психологічні особливості ПТСР у цивільних під час війни мають дещо негативний вияв серед досліджуваних (рис.2.6.):

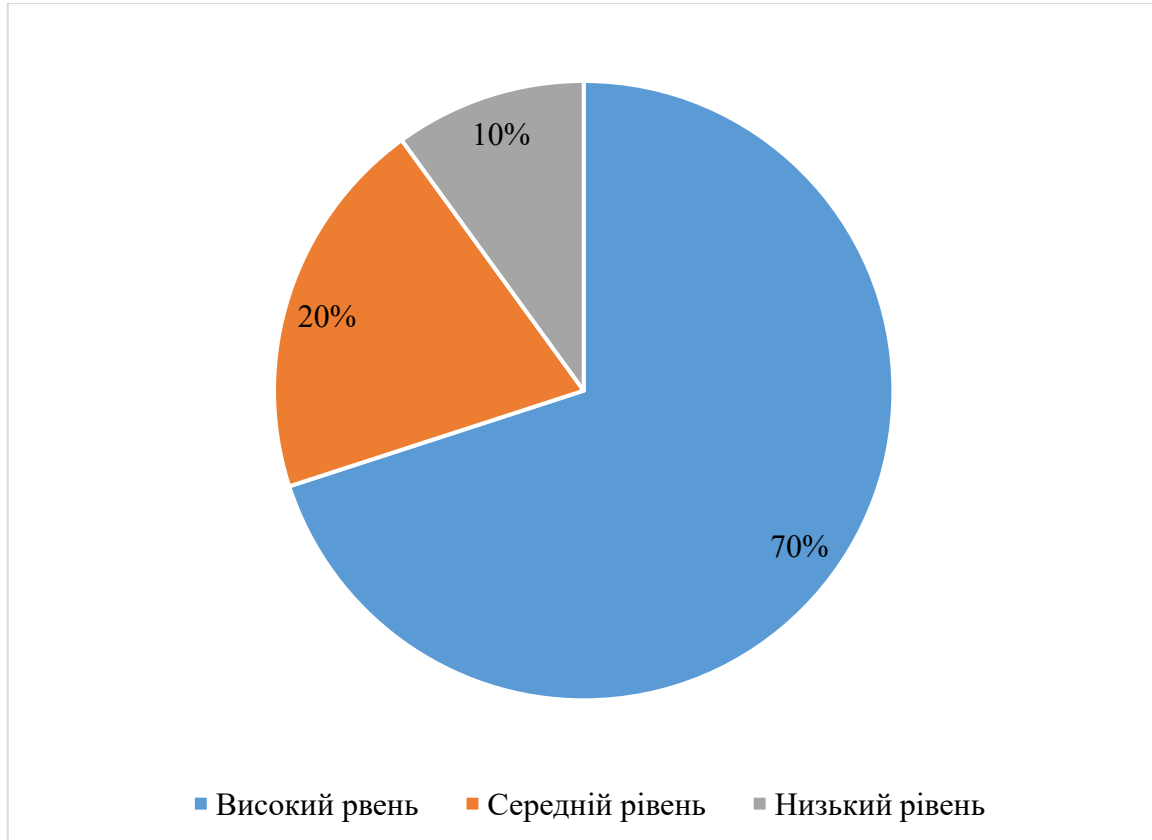


Рис. 2.6. Сформовані рівні посттравматичних розладів у цивільних під час війни

Зважаючи на підтвердження припущення щодо значущості досліджуваних психологічних особливостей ПТСР у цивільних під час війни, можна стверджувати, що підібраний психодіагностичний інструментарій є доцільним у процесі дослідження феномену посттравматичних стресових розладів в соціумі, сповненому психологічних впливів та наслідків війни на психологічне здоров'я особистості.

Обробка кількісних та якісних результатів дослідження за обраними методиками розкриває цілісну картину психологічного стану цивільних в

умовах сьогодення: умови життя, тривоги, втрата близьких, домівок, розлука з рідними – все це провокує дисбаланс в психічних процесах людей. Важливу роль нині відіграють кваліфіковані лікарі душ – фахівці психологічної служби, які з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості мають знайти змогу оптимізувати умови життя цивільного населення з метою збереження психологічно здорової нації.

Висновки до розділу 2

В процесі дослідження психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни нами було обрано 60 респондентів, віком від 18 до 45 років, різної статі, сімейним статусом. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось завдяки використанню сервісу Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до окресленої дослідженням теми, включаючи наступні методики:

За отриманими результатами дослідження по Шкалі самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) нам вдалося виявити, що більшість опитаних (50%) цивільних мають високий рівень посттравматичного стресового розладу.

На основі отриманих результатів за методикою «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC PH) було описано дослідження, адже стало відомо, що особистості у стресовому стані та психотравмі використовують такі стратегії подолання кризового стану як: віра – 15%, соціум – 25%, афект – 30%, увага – 6,7%, когніція – 10%, фізіологія – 13,3%.

Аналізуючи результати дослідження за методикою Бека “Шкала депресії”, можна сказати, що діагностика рівня сформованості проявів депресивних станів дала можливість констатувати, що 60% респондентів мають високий рівень прояву депресії, що свідчить про наявність дисбалансу при сприйнятті дійсності на основі внутрішніх переживань та відчуттів.

З метою використання методики на визначення тривожності «Опитувальник Спілбергера-Ханіна», виявлено, що чим вищий рівень особистісної тривоги тим ймовірніше вона використає стратегію соціум для подолання кризового стану; чим вищий рівень реактивної тривожності тим ймовірніше, що вона використає стратегію афект для подолання посттравматичного кризового стану.

Результати методики визначення емоційної спрямованості особистості Б. Додонова дали змогу підтвердити, що чим вищий рівень емоційно-нервової регуляції особистості в стресових ситуаціях, тим нижча ймовірність появи посттравматичних стресових розладів.

Отже, з метою корекції наявних проявів посттравматичних стресових розладів постає необхідність розробки програми корекційно-розвивального впливу на психологічні особливості ПТСР у цивільних під час війни

РОЗДІЛ 3

ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЦИВІЛЬНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Програма психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни

У постраждалих з посттравматичним стресовим розладом, особливо в самих тяжких формах, зміни проявляються на всіх рівнях функціонування психіки. Люди можуть часто відчувати страх, не вірити в свої сили для подолання розладу. Боязнь та зневіра перешкоджають наданню психологічної допомоги, особливо на початкових її етапах. Тому що такі клієнти не довіряють психологу, робота з ними часто сприймається як небезпека, як ще одна значна стресова подія. Клієнти можуть мати сумніви щодо професійних здібностей психолога, його щирості, доброзичливості, а також побоювання стосовно дотримання конфіденційності. Ці захисні механізми поведінки постраждалого негативно впливають на роботу з надання психологічної допомоги. Тому необхідно, насамперед, налагодити доброзичливі стосунки, провести роз'яснювальну роботу і намагатись подолати бар'єри у спілкуванні, бо без цього буде важко досягти успіху в роботі [13].

Важливо розуміти, що тривалий і сильний стрес сприяє виснаженню захисних реакцій організму, тому можуть виникати розлади психіки психогенного характеру, одним із яких є посттравматичний стресовий розлад. Проте ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й навіть у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Отже, посттравматичний стресовий синдром – це сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком надзвичайної події, яка перевищує адаптаційні можливості особистості [20].

Вплив стресу завжди істотно позначається на глибинних рівнях психіки, і, як наслідок, загалом, на життя людини та її самосприйняття, взаємодію з іншими. Враховуючи особливості теоретичного дослідження, в основу психокорекційної роботи було покладено принцип роботи з трьома ключовими компонентами людини: розумом, тілом та емоційно-вольовою сферою. Варто наголосити, що ПТСР проявляється як відстрочена, довготермінова реакція на стрес і спостерігається щонайменше як через чотири тижні після травматичної події. Також зазначимо, що при відсутності психологічної допомоги симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватися [32].

Найважливішою умовою чіткішого усвідомлення травматичного стресу є зростаючий рівень контакту психолога з клієнтом. Глибокому переосмисленню того, що сталося, допомагає робота психолога з активізації роздумів клієнта про взаємозв'язок психотравмуючої події з минулим життєвим досвідом, про вплив травмуючої ситуації на його життя в цей період, а також роздуми про майбутнє. Основна увага при цьому приділяється вирішенню невротичного конфлікту за допомогою аналізу реакцій на психотравмуючу подію [10].

За результатами теоретичного та констатувального емпіричного аналізу проблеми подолання посттравматичного стресового розладу серед цивільних під час війни, нами було розроблено Програму психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни, яка включає психологічний тренінг з актуалізації особистісного потенціалу, подолання проявів посттравматичного розладу, розвитку стресостійкості, стратегій успішного подолання стресових ситуацій [15].

Як зазначалось, на основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у цивільний під час війни визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення серед

вибірки утворюють такі компоненти, як когнітивний та емоційно-вольовий, поведінковий, що було покладено в основу підбору відповідних вправ та технік.

Метою програми психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни було цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень шляхом актуалізації структурних компонентів.

Важливим аспектом розробки програми психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни була активізація особистісних ресурсів – системи психологічних конструктів у роботі з постстресовою травмою, який дозволяє максимально ефективно включити механізми подолання та адаптації, у зв'язку з чим суттєва частина корекційної програми містить ресурсні вправи трьох блоків (див.табл.3.1).

Відповідно до розробленої програми, було розгорнуто психокорекційну роботу з розвитку когнітивного компонента (ознайомлення з психологічними особливостями перебігу проявів посттравматичного розладу, індивідуально-особистісних закономірностей розвитку особистості з ПТСР), емоційно-вольового компонента (невротизація, адаптивність, самовладання) та поведінкового - компонента, який є у великій ймовірності провідним для подолання посттравматичного стресового розладу [41].

Тренінгова робота проводиться за чітко визначеним алгоритмом та окресленою структурою. Типова структура, мета та завдання тренінгу разом слугують основою для складання плану його проведення. Такий план може мати різні форми (таблиця, перелік послідовних дій, схема, мапа тощо). Наявність плану не означає, що тренінг пройде повністю так, як було заплановано, проте план допоможе тренеру дотримуватися основних питань, які мають бути опрацьовані в ході роботи групи, інакше неможливо досягти поставленої мети тренінгу [53].

Таблиця 3.1.

Структура методів програми психокорекційного впливу на критерії проявів посттравматичного стресового розладу

1 Блок Когнітивний	Психоедукаційні методи: спрямовані висвітлити для людей процеси, які з ними відбуваються, покликана позитивно вплинути на сферу розуму. Тобто усвідомлення доступно викладеної для розуміння інформації щодо походження травми, її симптомів та впливу на різні сфери людини, може бути першим кроком до керування патологічними психічними процесами та подоланням психотравми.	Інформаційний екскурс «Цінності та якості особистості»
2 Блок Емоційно-вольовий	Комплекс методів з елементами арттерапевтичних прийомів: матеріали, які використовуються при цих техніках (глина, фарби) допомагають почуттям, які виникли в результаті травматичного досвіду знайти проявлення у вигляді візуальних образів, символів. Це дає змогу дистанціюватися від травми, розвантажити переживання, пов'язані з негативними відчуттями та в подальшому інтегрувати травм. досвід.	Міні-лекцій «Моє сприймання психотравмуючої ситуації», Вправа «Розвиток творчого мислення», Дискусія «Формування емоційної компетентності особистості в умовах стресу»
3 Блок Поведінковий	Тілесно-орієнтована психотерапія: методи та вправи для роботи з посттравматичними стресовими розладами, які допомагають зв'язувати між собою почуття, розум і тілесні відчуття, відновлювати зв'язки між ними, створювати умови повного контакту людини зі своїм тілом.	Вправа «Власні рефлексії щодо посттравматичного стресового порушення», міні-лекція «Я зможу знайти в собі сили подолати посттравматичний стресовий розлад», інтерактивне заняття «Шляхи подолання посттравматичних порушень особистості», вправи «Моя поведінка і дії, коли виникає посттравм. стресовий розлад», «Стратегії подолання негат. емоційних станів»

Головною формою впливу програми обрано соціально-психологічний тренінг, програма якого включає в собі чотири етапи: підготовчий, основний, підсумковий, що охоплює систему занять, різної тривалості кожне (див. табл.3.2):

Таблиця 3.2.

Структура планування тренінгу

Етап роботи	Завдання	Вправи	Тривалість
Вступна	Створення сприятливого психологічного простору. Вироблення, прийняття, засвоєння правил роботи групи. Налагодження прямого та зворотного зв'язків «учасник-група» та «група-учасник». Створення ситуації рефлексії.	Знайомство. Правила. Розминка. Очікування. Вправи на рефлексію. Рухавки.	До 15 хв. Для тренінгу тривалістю 1,5-3 год. До 30 хв. для тренінгів тривалістю 6-8 год.
Основна	Оцінка рівня поінформованості щодо проблематики. Актуалізація проблеми та конкретних завдань для її розв'язання. Надання інформації, засвоєння знань. Формування умінь, навичок, розвиток здатностей. Підведення підсумків щодо змісту роботи.	Інтерактивні техніки. Вправи на оцінку групових процесів, стану розвитку групи.	Розраховується як різниця загального часу тренінгу та часу, потрібного для проведення вступної та заключної частин разом.
Заключна	Підведення підсумків щодо процесу роботи. Оцінка отриманого досвіду. Налаштування учасників на атмосферу звичайного життя	Вправи на рефлексію та відновлення сил учасників. Прощання.	До 15 хв. для Тренінгу тривалістю 1,5-3 год. До 30 хв. для тренінгів тривалістю 6-8 год.

У програмі використовувались різні форми роботи: міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, моделювання, а також психотерапевтичні прийоми: елементи арт-терапії, психомалювання тощо.

Під час тренінгу неодмінно виникає багато побічних тем для обговорення, і кожна з них виявляється більш чи менш привабливою для учасників. Проте їх опрацювання слугуватиме іншим цілям. Тим часом термін заняття спливатиме, і обов'язкові питання можуть залишитися нерозглянутими. Тож саме завчасно складений план допоможе дотримуватися обраної теми та дістатися бажаної мети [5].

Структура тренінгу подолання проявів постстресового розладу в цивільних під час війни досягнення відповідає визначеній структурі. Таким чином, наступним етапом роботи є підбір інтерактивних методик, вправ та завдань, що сприятимуть реалізації поставленої мети.

Під час підготовки були визначені наступні завдання тренінгу:

1) інформування учасників про психологію взаємодії, впливи психіки на соматичну сферу, про можливості поліпшення стану людини через покращення його психологічного стану та міжособистісних комунікацій, про стреси та можливості усунення його впливу;

2) визначення психологічної проблеми кожного учасника групи, усвідомлення шляхів їх вирішення;

3) створення атмосфери, яка сприятиме профілактиці та корекції постстресового розладу;

4) формування навичок самопізнання, прийняття себе і саморозвитку особистості;

5) засвоєння нових стереотипів поведінки при вирішенні проблем для покращення соціального функціонування в сім'ї, в колективі та інших соціальних групах.

Таблиця 3.3

Тематичний план та структура занять

№	Мета заняття	Зміст роботи	Час
1	Встановлення з групою зв'язку, створення позитивного настрою на подальшу роботу. Створення доброзичливої, комфортної атмосфери на занятті.	Привітання; «Знайомство»; «Маска»; Зворотній зв'язок; Рефлексія; зв'язок; Прощання	1
2	Засвоєння поняття щодо самоцінності людського «Я», розвиток навичок самоаналізу та самооцінки. Закріплення навичок групової роботи.	Привітання; Вправа «Намалюй свій настрій»; Дискусія «Саме-саме»; Вправа «Мій всесвіт»; Зворотній зв'язок; Прощання	1
3	Закріплення навичок самоаналізу. Навчання подолання бар'єрів на шляху самокритики, розвиток впевненості у собі.	Привітання; Гра «Ярмарок переваг»; Вправа «Вверх по радугі»; Зворотній зв'язок; Прощання	1
4	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Розвиток відчуття емпатії.	Привітання; Вправа «Дзеркало»; Аутотренінг; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
5	Створення емоційно позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри	Привітання; Вправа «Перше враження»; Колаж «Образ Я»; Рефлексія; Зворотній зв'язок. Прощання	1
6	Створення емоційно позитивної атмосфери. Знайомство групи з способами взаємодії з тривожними думками та страхами. Пошук ресурсів особистості, за допомогою яких вона могла б позбавитись тривожних думок та страхів.	Привітання; Бесіда щодо тривожних думок та страхів; Вправа «Взаємодія зі страхом»; Вправа «Малюнок страху»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
7	Знайомство з образом сильної особистості, відпрацювання навичок впевненої поведінки.	Привітання; Вправа «Собі та іншим»; Тест «Як я орієнтуюсь у різних ситуаціях»; Гра «Поводир»; Прощання	1
8	Відпрацювання навичок комунікативної поведінки. Корекція емоційної сфери особистості на основі навичок адекватного емоційного реагування.	Привітання; Вправа «Наші відчуття»; Вправа «Вчимося казати Ні»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Релаксація «Політ до зірки»; Прощання	1
9	Формування емоційно позитивної атмосфери на занятті. Пошук особистісних ресурсів особистості.	Вправа «Скарбниця життєвих сил»; Вправа «Реконструкція життєвого шляху»; Рефлексія; Прощання	1
10	Формування емоційно позитивної атмосфери на занятті. Пошук особистісних ресурсів особистості. Узагальнення, підбиття підсумків.	Привітання; Вправа «Всі грані гармонії»; Вправа «Мій настрій»; Підсумкова діагностика; Прощання.	1

Заняття впроваджені тренінгової програми тренінгу направлені на згуртування групи і формування взаємної довіри, що створює умови для успішного здійснення подальшої роботи. Подальші заняття спрямовані на формування навичок конструктивного переживання синдрому «вигорання», розуміння і висловлювання природно виникаючих емоцій і почуттів, впевненої поведінки у складних ситуаціях

Важливо зазначити, що змістовно заняття були спрямовані як на розвиток кожного окремого компонента посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення під час війни, так і комплексно на всі складові посттравматичного стресового розладу. За кожним компонентом, зокрема їх розвитком, було передбачено використання як індивідуальних, так і групових форм роботи і заплановано застосування форм методів (див.табл.3.3).

Як інструментарій застосовано адекватні до мети і завдань методи активного навчання: групова бесіда, аналіз значущих ситуацій, психологічні вправи та ігри з елементами інсценізацій [9].

Методологічною основою при створенні даної програми соціально-психологічного тренінгу слугували вихідні положення гуманістичної психології.

Структура тренінгу базується на принципі поступовості, де кожен наступний етап логічно витікає з попереднього, завдяки чому учасники поступово заглиблюються в хід тренінгу, що породжує творчу активність та ефективність взаємодії [8].

Програма психологічної допомоги особам із ПТСР ґрунтувалась на таких вимогах: комплексність, диференційованість, етапність. Базовими принципами у роботі з досліджуваними в процесі впровадження психокорекційної програми є наступні:

1. Безумовне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з ПТСР. Посттравмовані можуть відчувати себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.

2. Психолог має бути впевненим в тому, що всі прояви посттравматичного стресового розладу в клієнта обумовлені природою надзвичайної події, щоб виключити ймовірність впливу інших факторів, насамперед, психопатологічних розладів.

3. Визнання усіх реакцій постраждалих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. При цьому необхідно запевнити клієнта, що при здійсненні психотерапевтичного впливу його психоемоційний стан обов'язково покращиться.

4. Організація підтримки постраждалому з боку рідних, друзів.

5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постраждалим; навіть ймовірність появи у самого психолога симптоматики ПТСР, появи збудливості, неврівноваженості, формування захисних механізмів психіки, емоційного вигорання.

6. Застосовування у роботі з потерпілим моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у клієнта відчуття відповідальності за результати терапії.

7. Готовність психолога до того, що клієнт може його перевіряти на надійність, довіру, щирість, конфіденційність, що пояснюється страхом постраждалого бути незрозумілим психологом, піддатися критиці.

8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція у загальну систему цінностей клієнта. Переосмислення травми на рівні поведінки та можливостей; на рівні цінностей; на рівні саморозкриття та самореалізації.

9. Нормалізація психозахисної поведінки клієнта, активізація адекватних захисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенційних психологічних ресурсів клієнтів. Переробка травми, позбавлення від наслідків травми може бути достатньо тривалим. При цьому будьякий стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду

11. Слід зазначити, що важливим вихідним принципом організації психологічного супроводу є характер і специфіка психотравмуючої події [21].

В процесі роботи нами було визначено, що найбільш ефективною формою психовпливу на особистість з посттравматичним розладом під час війни групова форма роботи. Пояснюється цей факт існуванням такого феномену, як «емоційне групове єднання». Саме після впливу психотравми досліджувані відчувають потребу в соціальній підтримці та розумінні, яку може забезпечити група, до складу якої входять особистості з ідентичною проблемою.

Як правило, при психологічному супроводі такої групи виникає необхідність і в індивідуальній роботі з потерпілими, яка доповнює тренінговий курс. Спостерігається складність роботи з такими особистостями, які особливо травмовані внаслідок пережитого стресу в умовах війни, пов'язана з їх психологічним і емоційним станом. Зрозумілим стає той факт, що така особистість не зможе відразу працювати в групі, оскільки вона намагається відмежуватися від соціального оточення, заглиблюється в себе, знову і знову переживає психотравмуючу ситуацію. У такому випадку найбільш ефективною формою первинного психологічного супроводу є індивідуальна консультативна робота. Відкритися, переосмислити, пережити психотравму і її наслідки на початкових стадіях ПТСР - синдрому особистості значно легше віч-на-віч з консультантом [43].

Наступним кроком психокорекційної роботи може стати включення в соціальне оточення, реконструкція і розвиток поведінкових контактів. Подібна схема роботи з цивільними з посттравматичним розладом є закономірністю, адже, як вже зазначалося вище, вихідним положенням при розробці корекційно-відновлювальної програми має стати специфіка психологічних особливостей пережитого стресу кожної окремої особистості. Підхід до допомоги людям у критичній ситуації називається кризовим втручанням. Це інтенсивна робота протягом короткого періоду часу з акцентом на конкретних особливостях поточної ситуації і на власних зусиллях клієнта по її зміні.

Таким чином, запропоновані методи, поєднання їх в різні системи дозволяє переробити переживання посттравматичного розладу цивільних під час війни на різних рівнях.

Програма надання психологічної допомоги складається зі врахуванням вікових та індивідуальних особливостей особистості. Необхідно, також, наголосити на тому, що ефективність психологічної допомоги залежить від комбінування різних підходів, методів, технік. Серед прийомів і методик, які також можна використовувати для надання психологічної допомоги при посттравмах, є такі: «Я і мій життєвий шлях», «Рамки, через які ми дивимося на світ»; прийоми нервово-м'язової релаксації, дихальні релаксаційні техніки; прийом візуалізації; методика зупинки думок; арттерапія; бесіда з елементами дискусії.

Дієвою та ефективною, особливо на початковому етапі консультативної роботи, є бесіда, техніка «спостерігача», техніка дискусії. Зустрічі з клієнтом можна будувати за схемою:

- проговорення незавершених почуттів;
- використання технік, які сприяють активному переживанню травмуючої події;

- використання релаксаційних технік і технік візуалізації, технік зняття м'язової напруги;
- використання технік арттерапії;
- проговорення незавершених почуттів [8].

Подібна схема кожного заняття має низку переваг, а саме: використання прийому «проговорення незавершених почуттів» дозволяє не лише визначити стан клієнта, але і допомогти йому усвідомити почуття, думки і зміни, які відбуваються з ним. Робота передбачає інтенсивне переживання психотравмуючої події в умовах війни, що сприяє усвідомленню власного стану та керуванню своїми почуттями. Це потребує багато зусиль не лише постраждалого від пережитого в умовах війни, але й самого психолога.

Тому для поновлення і повернення до стабільного емоційного стану використовуються релаксаційні техніки, техніки візуалізації. Заключним етапом має стати підведення підсумків консультування, аналіз позитивних змін, висловлення побажань і пропозицій, а також планування подальшої роботи.

У роботі з цивільними з посттравматичним розладом під час війни в процесі надання психологічної допомоги, з допомогою методів екзистенційної терапії, відбувається переосмислення, приймання пережитих подій, усвідомлення та приймання відповідальності за свою поведінку в екстремальній ситуації та під час психотерапії. Глибше усвідомлення своїх цінностей та ресурсів дозволяє з впевненістю дивитися і майбутнє і визначати пріоритетні цілі для свого подальшого життя [11].

Виконане дослідження дозволило висунути ряд актуальних питань для дослідження та вивчення поставленої проблеми в контексті створення психокорекційної програми, орієнтованої на профілактику виникнення посттравматичного розладу в цивільних в умовах війни.

Отже, тренінгова програма була обрана як форма корекційної роботи, спрямованої на подолання проявів постстресового розладу серед цивільних під час війни, оскільки вона передбачає активність усіх членів групи і дає можливість учасникам опрацювати спільну проблему. У тренінговій групі учасники могли отримати ефективний зворотній зв'язок, спостерігати в ході розв'язання проблем за способами, що використовуються іншими членами групи. Ще однією перевагою тренінгової форми роботи є те, що існує можливість учасників взаємодіяти один з одним, долаючи комунікативні бар'єри та виробляючи ефективні способи підтримання контактів. Це важливо, оскільки професійно виснажені особи найчастіше страждають від стесових та конфліктних ситуацій та не володіють навичками конструктивної комунікації. Розроблений нами тренінг можуть використовувати з відповідною метою психологи, соціальні працівники та представники суміжних галузей.

Таким чином, можна говорити про те, що розробка методів своєчасного виявлення, корекції та, особливо, профілактики наслідків впливу травматичного досвіду на психіку людини входить до коло проблем сучасної психологічної науки та практики.

3.2. Рекомендації щодо оптимізації умов та роботи психолога з цивільними під час війни.

Варто розглянути основні правила для психолога, який працює з цивільними з посттравматичним розладом під час війни:

1. Якщо клієнт звертається з приводу посттравматичного розладу і депресії, то фахівці повинні спершу працювати з посттравматичним розладом, а проблема з депресією, ймовірно, відступатиме після успішного подолання його проявів.

2. Якщо при психодіагностичному дослідженні постраждалих із постстресовим розладом виявляється високий ризик суїциду або нанесення шкоди іншим людям, то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні цього ризику.

3. Якщо особи з постстресовим розладом страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію (про що, наприклад, свідчить значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності або високий ризик суїциду), то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні депресії.

Для надання успішної допомоги в ситуації надання психологічної допомоги цивільним з постстресовим розладом під час війни, психолог повинен:

- звертатися до реальності, тим самим допомагаючи людині розширювати перспективи і бачення не тільки негативних аспектів;
- виокремлювати і підкреслювати позитивний вплив;
- уникати розвитку тривоги, визнаючи, що реакція на кризу може породити нову небезпеку або іншу, самотійну кризу;
- попереджати відстрочені реакції, що можуть наступати через тиждень або навіть місяць після критичної події [41].

У психологічній практиці з цивільними з посттравматичним розладом під час війни важливо дотримуватися послідовного проходження рівнів психологічної допомоги з інтеграцією різних психотерапевтичних підходів. Для корекції посттравматичного стресового розладу використовуються багато різноманітних технік, розроблених в поведінковій, когнітивній і екзистенційній терапії. Наведемо приклади найбільш дієвих і широкоживаних методів:

- техніки активуючої терапії («Ранжування завдань сьогодення за складністю», «Терапія майстерністю та задоволенням»), які застосовуються для

формування нових життєвих цінностей та відновлення контролю над власним життям;

- «Сократівський діалог», з метою розширення зони усвідомлення проблеми, а також для виявлення неадаптивних думок і установок та роботи з ними;

- використання метафор, що допомагає покращити емоційний стан, дистанціюватися від проблеми, активізувати ресурси та сприяє розв'язанню проблеми;

- техніка «Історія мого життя», яка застосовується з метою розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси;

- техніка «Тестування автоматичних думок» дозволяє виявити помилкові та некорисні думки;

- техніка «Позитивні боки травматичного досвіду» дозволяє переоцінити травматичний досвід, усвідомити від чого він оберігає і до яких рішень підштовхує, а також проаналізувати його наслідки на рівні поведінки, міжособистісних відносин, родини та з точки зору розвитку власної особистості.

- техніка «Поведінкова активація» спрямована на планування і здійснення різних видів ресурсної діяльності.

- техніки експозиції дозволяють поступово знизити чутливість до тих ситуацій, які викликають негативні емоції [9].

Важливим елементом психологічної роботи з цивільними з посттравматичним розладом під час війни передбачено використання різних психотерапевтичних підходів і методів. При виборі конкретних методів та прийомів психологічної допомоги, необхідних при роботі з клієнтом, важливо дотримуватися таких вихідних положень:

– метод, який застосовується повинен мати певний прагматичний зміст та не суперечити етичним вимогам;

– методи, розроблені гуманістичною психологією, є основою для будь-якої психотерапевтичної роботи, ними необхідно керуватися при побудові стосунків і взаємодії між психологом та клієнтом.

– методи, розроблені в психодинамічному підході, дають змогу глибше розібратися в причинах виникнення проблеми, виявити захисні механізми і неусвідомлені мотиви клієнта.

– методи, розроблені когнітивно-поведінковою психологією є обов'язковими в застосуванні для зняття симптомів ПТСР. Вони дозволяють краще усвідомити свої думки, емоції та поведінку і керувати ними.

– прийоми нейролінгвістичного програмування дозволяють змінити спектр бачення проблеми і запрограмувати себе на хороше майбутнє.

– техніки арт-терапії впливають на психіку на глибинному рівні, сприяють відновленню цілісності особистості, виходу її зі стану дезінтеграції і практично не мають протипоказань [14].

Не менш важливим фактором при організації індивідуально-консультативної роботи осіб з ПТСР-синдромом є вікові особливості реагування на вплив психічної травми. При роботі з кожним видом проявів, з кожним симптомом пропонується використовувати певні прийоми для їх усунення.

У психокорекційній програмі з потерпілими з ПТСР важливо дотримуватися послідовного проходження рівнів психологічної допомоги з інтеграцією різних психотерапевтичних підходів. На першому рівні психологічної допомоги психокорекційна робота спрямовується на відновлення здатності до саморегуляції.

Висновки до розділу 3

Під посттравматичним стресовим синдромом слід розуміти сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком конкретної одиничної або повторюваної надзвичайної події, що перевищує адаптаційні можливості особистості та супроводжується переживанням страху і безпорадності.

Визнаними та обґрунтованими є чотири теоретичні моделі посттравматичних стресових розладів: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна. Психологічну допомогу людям, які пережили надзвичайну ситуацію в умовах війни, необхідно розглядати як психологічний супровід особистості, спрямований на позитивні зміни. Це достатньо складне завдання у сучасних соціально-політичних, соціально-економічних умовах.

Своєчасне надання кваліфікованої первинної психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях є профілактикою виникнення посттравматичних розладів. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоб допомогти людині з посттравматичними стресовими розладами, потрібно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати, комбінувати та застосовувати найефективніші підходи, методи та техніки.

Ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, психологічна інтервенція, психологічна корекція тощо. На кожному рівні психологічної допомоги інтегруються і застосовуються різні психотерапевтичні підходи (тілесноорієтовані, арттерапевтичні, когнітивно-поведінкові, психодинамічні, екзистанційні) із врахуванням вікових та індивідуальних особливостей клієнтів.

Психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги, підвищують його роль в процесі отримання допомоги.

ВИСНОВКИ

З метою досягнення мети, визначеної в процесі дослідження, нами було виконано такі завдання:

1. Здійснили історичний аналіз посттравматичного стресового розладу як науково-психологічної проблеми. Важливо розуміти, що тривалий і сильний стрес сприяє виснаженню захисних реакцій організму, тому можуть виникати розлади психіки психогенного характеру, одним із яких є посттравматичний стресовий розлад. Проте ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й навіть у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Отже, посттравматичний стресовий синдром – це сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком надзвичайної події, яка перевищує адаптаційні можливості особистості. У клінічному довіднику МКХ-10 зазначається, що ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має суб'єктивний характер погрози або катастрофи, які можуть викликати стрес майже у кожної людини.

2. Розкрили сутність психологічних особливостей та методологічних прийомів у роботі з особистістю з посттравматичним стресовим розладом під час війни. Методи корекції психічних станів (раціональна, трансмедитативна, когнітивна, поведінкова, особистісноорієнтована терапія, гештальттерапія, терапія мистецтвом, творчим самовираженням тощо);

- форми проведення (індивідуальна, групова, сімейна);
- врахування вікових категорій пацієнтів (діти та підлітки, дорослі, люди похилого віку). Крім того, обов'язково враховується тип психічної травми:
 - загроза життю і цілісності Я-образу (згвалтування, фізичні та психічні методи тортур, бойовий стрес тощо);
 - втрата близького оточення (члени сім'ї, близькі родичі, друзі);

•втрата благополуччя (місця проживання, матеріальних цінностей) внаслідок стихійного лиха або вимушеного переселення.

3. Розгорнули емпіричне дослідження психологічних особливостей цивільних з посттравматичним стресовим розладом під час війни, проаналізувавши отримані результати. В процесі дослідження психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни нами було обрано 60 респондентів віком від 18 до 45 років, різної статі, сімейним статусом. За гендерною ознакою 32 жінки та 28 чоловіків. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось завдяки використанню сервісу Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до окресленої дослідженням теми, включаючи наступні методики:

За отриманими результатами дослідження по Шкалі самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) нам вдалося виявити, що більшість опитаних (50%) цивільних мають високий рівень посттравматичного стресового розладу.

На основі отриманих результатів за методикою «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC PH) було описано дослідження, адже стало відомо, що особистості у стресовому стані та психотравмі використовують такі стратегії подолання кризового стану як: віра – 15%, соціум – 25%, афект – 30%, уява – 6,7%, когніція – 10% ,фізіологія – 13,3%.

Аналізуючи результати дослідження за методикою Бека “Шкала депресії”, можна сказати, що діагностика рівня сформованості проявів депресивних станів дала можливість констатувати, що 60% респондентів мають

високий рівень прояву депресії, що свідчить про наявність дисбалансу при сприйнятті дійсності на основі внутрішніх переживань та відчуттів.

З метою використання методики на визначення тривожності «Опитувальник Спілбергера-Ханіна», виявлено, що чим вищий рівень особистісної тривоги тим ймовірніше вона використає стратегію соціум для подолання кризового стану; чим вищий рівень реактивної тривожності тим ймовірніше, що вона використає стратегію афект для подолання посттравматичного кризового стану.

Результати методики визначення емоційної спрямованості особистості Б. Додонова дали змогу підтвердити, що чим вищий рівень емоційно-нервової регуляції особистості в стресових ситуаціях, тим нижча ймовірність появи посттравматичних стресових розладів.

4. Розробили програму та рекомендації для психолога з метою оптимізації умов сприятливого корекційно-розвивального середовища для цивільних з ПТСР під час війни. Як зазначалось, на основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у цивільний під час війни визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення серед вибірки утворюють такі компоненти, як інтелектуальний та емоційно-вольовий, що було покладено в основу підбору відповідних вправ та технік.

Метою програми психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни було цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень шляхом актуалізації структурних компонентів.

Своєчасне надання кваліфікованої первинної психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях є профілактикою виникнення посттравматичних розладів. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоб допомогти людині

з посттравматичними стресовими розладами, потрібно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати, комбінувати та застосовувати найефективніші підходи, методи та техніки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів : Методичний посібник*. К., 2018. 234 с.
2. Андрушко Я. Історія уявлень про посттравматичний стресовий синдром. *Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько-української гібридної війни: матеріали міжнар. кругл. столу м. Львів, 28 квітня 2022р. Львів, 2022. 4-5 с.*
3. Бочелюк В., Панов М., Турубарова А. Особливості посттравматичного зростання, життєстійкості, резильєнтності і психологічного благополуччя. *Перспективи та інновації науки*. 2023. №. 1 (19). С. 435-448.
4. Герасименко Л. О., Герасименко Л. А. Посттравматичний стресовий розлад. *Neuronews*. 2021. С. 27-32. Режим доступу: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/17083/1/Posttraumatic_stress_disorder.pdf.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: ВСЛ. 2015. 416 с.
6. Гомонюк В.О. Профілактика постстресових станів. *Materialy VIII Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Aktualne problemy nowoczesnych nauk – 2012»*. V. Psychologia i socjologia. Przemysl: Nauka i studia, 2012. S. 16 - 21. Режим доступу: <https://core.ac.uk/download/pdf/19596341.pdf>.
7. Горностаї П. П. Колективна травма як проблема соціальної та політичної психології. *Проблеми політичної психології*. № 7 (2021). С. 54-78.
8. Горностаї, П. П. (2012). Колективна травма та групова ідентичність. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. Київ.
9. Гресько І. М. Самоефективність як поведінковий аспект Я-концепції особистості. *Вісник ДОННУ*. 2020. С. 27-30.

10. Давиденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з психопрофілактики та лікування. *Український часопис*. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>.
11. Дворник, В. О. Климчук І. А. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців, Київ, 2020. 192 с.
12. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту: практичний посібник І. О. Корнієнко, І. М. Лісовецька, Ю. А. Луценко, Д. Д. Романовська. Київ. УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 152 с.
13. Дружбляк С. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу. *Теорія контрольності та актуальні проблеми сучасної психології: матер. наук. читань, присвячених 115-й річниці від дня народж. Цурковського Я. І.*, (м. Львів, 20 лютого 2020). Львів, 2020.
14. Дубравська Д. М. Основи психології: Навчальний посібник. Львів: Світ, 2001. 296 с.
15. Дьоміна Г.А. Конфлікт як причина посттравматичного стресу. Посттравматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації війни: *міжнародне науково-практичне видання. Варшава-Київ: ПАН Гнозис*, 2018. Том I, с. 225–234.
16. Забродський М. М. Педагогічна психологія: Курс лекцій. МАУП, 2000. 189 с.
17. Зубовський, Д. С. (2018). Опитувальники посттравматичного зростання. *Український психологічний журнал*, (2), 36–47.

18. Каразіна В.Н. Гайдабрус А.В. Посттравматичний стресовий розлад: визначення, ризику, алгоритм надання первинної допомоги. *Стаття на спеціалізованому медичному порталі Health-ua.com*, 2022.

19. Климчук В.О. (2019) Організація системи психосоціальної підтримки особистості, яка пережила травму // *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник*

20. Ковальчук З. Я. Повстин О. В. Теорія контрольності та актуальності проблеми сучасної психології м. Львів, 2020. 129-134с.

21. Кондратюк С. М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. №. 4. С. 78-83. Режим доступу: <http://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/265>.

22. Корольчук М.С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності: Навчальний посібник. К. 1996. 164 с.

23. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К. 2009. 580 с. 471

24. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід* 17/2016 104-111с.

25. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т. 1. №. 45. С. 120-128. Режим доступу: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/23.pdf>.

26. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України*. 2019. № 50 (2). С. 65–73. doi: 10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73.

27. Макарова О. П. Методики діагностики реабілітації та профілактики посттравматичних станів. Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності. 2021. 202-205с.
28. Макарова О.П. Актуальні проблеми психологічного забезпечення працівників. Київ, 2021. с.202-206.
29. Максименко С. Д. Загальна психологія: навч. посіб. Центр навч. літератури, 2004. 272с.
30. Максименко С.Д., Папуч М.В., Максименко К.С. Проблеми діагностики посттравматичних станів особистості. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №8. С.43–49.
31. Марджори Вайтхед. Консультування людини в стані горя: модель допомоги. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. №9. С.49.
32. Марціновська, І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки*, 2018, 2: 178-184.
33. Марціновська, І. П. Характеристика посттравматичного стресового розладу особистості. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки*, 2018, 2: 178-184.
34. Матейко Н. М. Емпіричне дослідження життєстійкості в умовах бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. №. 2. С. 90-94. Режим доступу: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/129>.
35. Мельник А. П. Мушкевич М. І., Федоренко Р. П., та ін.; Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 260 с.
36. Мельник А. П., Соколовська Л.І. *Теоретико-методологічний аналіз проблем посттравматичного стресового розладу*. «КРОК» Конференції,

Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку. Київ. 2022

37. Мельник А.П., Магдисюк Л.І., Федоренко Р. П., Хлівна О.М., Дучимінська Т. І. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми її суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021.164-192с.

38. Мельник А.П., Магдисюк Л.І., Федоренко Р. П., Хлівна О.М., ДучимінськаТ.І. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021.164-192с. МКХ-11// www.who.int.

39. Мельничук І.Я., Цапенко О.В. Психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом: методичні рекомендації для практичних психологів. Кіровоград, 2006. 52 с.

40. Мірошниченко Н.С. Перова Ф.Г. Черненко І. О. Огляд існуючих підходів до діагностування ПТСР. Матеріали конференції «Стан, досягнення та перспектива інформаційних систем і технологій» Одеса. 22-23 квітня 2021р. с. 113-114.

41. Мороз Р. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології". 2019. № 36. Режим доступу: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/157082/156384>.

42. Напроєнко, О. К. Марценковський, Д. І. Депресії при посттравматичному стресовому розладів. 2019.

43. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

44. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. *Науковий процес та наукові підходи:*

методика та реалізація досліджень: матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89–91. doi: 10.36074/23.10.2020.v1.12.

45. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник в 3-х томах. Київ, 2018.

46. Поспелова Ірина Донатасівна: Психокорекція ПТСР у учасників чи свідків бойових дій. 2018.

47. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін.]. – Харків, 2002. – 47с.

48. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник. Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014.

http://cvschool6.at.ua/psiholog/profilaktika_stresovikh_rozladiv.pdf

49. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко.: ТОВ “Видавництво “Логос”. 2007

50. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2)*. Р. 297–304. doi: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304). [7]

51. Романча Анастасія Віталіївна. Особливості взаємозв’язку депресії та посттравматичного стресового розладу особистості. *Психологія кризових станів: Наука і практика 2021*, 144 с.

52. Русинка І. І. Психологія: Навчальний посібник.: Знання, 2007. 367 с.

53. Савчин М.В. Загальна психологія: навч. посіб. У 2-х ч. Дрогобич: Відродження, 1998. Ч. 2.

54. Сандал О. С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2021. №. 2. С. 49- 62.

55. Семенова А. В., Гурін Р. С. Осипова Т. Ю. Основи психології і педагогіки: Навчальний посібник: Знання, 2006. 319 с.

56. Синишина В. М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції. Науковий вісник Херсонського державного університету випуск 4 2021.162-170 с.

57. Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. та ін. Загальна психологія: Підручник: Либідь, 2005. 464 с.

58. Скрипченко О. В. Загальна психологія: навч. посіб. / Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. К.: А.Г.Н., 2002.

59. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / *Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.*

60. Степанов О. М., Фіцула М. М. Основи психології і педагогіки: навч. посібн.: Академвидав, 2005. 520 с.

61. Татенко В.А. Психологические стратегии и технологии актуализации субъективного потенциала человека. Психологія на перетині тисячоліть: Зб. наук. пр. учасників П'ятих Костюківських читань: у 3 т. К.: Гнозис, 1998. Т. 3. 308–314 с.

62. Терещенко Л. Підвищуємо рівень стресостійкості дітей. Практичний психолог: Школа. 2014.№8.

63. Тимченко О. В. Кризова психологія: навчальний посібник. Харків: НУЦЗУ. 2010.

64. Титаренко, Т. М. (2018). Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення. *Особистість та її історія за ред. Н.В.Чепелевої, МВ Папучі.*, .102-112.
65. Трофімова Ю. Л. Психологія: Підручник для студ. вуз. 3-тє вид.: Либідь, 2001. 558 с.
66. Фрідман М. та ін. «Посттравматичний стресовий розлад» 1994. 265-277с.
67. Хабан О.С. Психотерапія при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности. *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия.* 2010. №2 (21). С. 5–8.
68. Хаїрова С.І. Практична психологія та соціальна робота. 2005. №1. С. 9–18.
69. Циганенко Г.В. Ми пережили. Техніки відновлення для сімей, цивільних та дітей. К., 2018. 98 с.
70. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія: навчальний посібник: *Наукова думка*, 2000. 192 с.
71. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. Навчальний посібник. Рекомендовано Міністерством освіти України. Київ : «Наукова думка», 2000. 191с.
72. Цимбалюк І. М. Психологія.: Професіонал, 2004. 215 с
73. Черниш М.Д. Посттравматичний стресовий розлад. *Матеріали 3-ї Міжнародної Науково-практичної конференції (м.Одеса, 2022р) Національний університет «Одеська юридична академія»2022.* с.265-268.
74. Яцук Н. В. Говоруха О. С. Гречка В. В. Теоретичні аспекти про посттравматичні стресові розлади, як наслідок війни. *Методики надання психологічної допомоги, особливості діагностики. Науковий горизонт в контексті соціальних криз.* Київ. 2019

75. Andrews G., Goldberg D.P., Krueger R.F. et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM–V and ICD-11: could it improve utility and validity? // *Psychol Med.* – 2009. – с. 39.

76. Blinov O. Стрес війни та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal.* 2018. № 12 (2). С. 9–22. doi: <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>.

77. Boyanowsky, E.O. (1991-04). Grains of truth in the wasteland of fear. *Canadian Psychology* 32 (2) 188-189 с.

78. Cherry K. How Self-Report Inventories Are Used in Psychology 22 September 2020

79. Crocq, M., et. al. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2000.

80. David Morris. *The Evil Hours: A Biography of Post-traumatic stress disorder.* Boston, 2016.

81. Eidhof M.B, Djelantik AAAMJ, Klaassens E.R., Kantor V., Rittmansberger D., Sleijpen M., Steenbakkens A., Weindl D., Ter Heide FJJ Complex Posttraumatic Stress Disorder in Patients Exposed to Emotional Neglect and Traumatic. Latent Class Analysis. *J Trauma Stress.* 2019 Feb;32(1):23-31. DOI: 10.1002/jts.22363.

82. Geleželytė O., Gailienė D., Latakienė J., Mažulytė-Rašytinė E., Skruibis P., Dadašev S., Grigienė D. Factors of Seeking Professional Psychological Help. *Frontiers in Psychology.* 2020. No. 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00592.

83. Green, M. The History of Post-Traumatic Stress Disorder and how We Treat it. *Newsweek.* 23 Mar 2017

84. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. Hospital and Community Psychiatry. March 1986. Vol. 37. No 3. P. 241–249
85. Horovitz T. Did Civil War Soldiers Have PTSD? Smithsonian. Jan 2018
86. National Institute of Health. Post-Traumatic Stress Disorder. 30 June 2018
87. Overview. Post-traumatic stress disorder (PTSD). 2018. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/complex>.
88. The Recovery Village Dr. Candace Crowley, PhD The History of PTSD may 26. 2022 therecoveryvillage.com
89. VA and DoD Clinical Practice Guideline for management of Post-traumatic Stress (PTSD CPG) 2019 254 с.
90. Yatsuk N. Goborukha O. Scientific collection «Interconf» №122 2021 118-124 с.

Всього джерел – 90

Джерел за останні 5 років – 48

Джерел зарубіжних авторів за останні 5 років – 11 (6, 76, 78, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89)

Джерел українських авторів за останні 5 років – 38 (1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 44, 46, 50, 51, 52, 54, 56, 59, 64, 69, 73, 74, 90).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (PCL – шкала самооцінки наявності ПТСР)

Ця шкала самооцінки щодо симптомів ПТСР базується на критеріях DSM-V та займає 5–7 хвилин вашого часу.

Між версіями для військових (М) і для цивільних (С) існують незначні відмінності, так само як і для осіб, що побували в «особливо травмуючих обставинах» (S). Відмінності є в уточненні ситуації в якій Ви перебували – тому розглядаємо версію для військових як базову. Інформація про автора/видавництво: Національний Центр PTSD, Бостон, США.

<http://www.ncptsd.va.gov/>, Дата видання: 1993

Опис PCL – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-V та містить 17 пунктів – ознак ПТСР.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця.

Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL –М - це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-С – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL- S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Оцінка результатів і психометрія

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Таким чином, діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом, Weathers та інші (1993) рекомендують межу від 50 балів і вище - як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта (тобто якщо підрахунок балів дорівнює 50 і більше, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні). Альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-V. Наприклад, для підозри щодо наявності ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менш як на рівні «3» (помірно) або вищому рівні одне із питань з діапазону №№1-5, не менш як 3 питання серед питань діапазону №№6-12, і мінімум 2 серед питань №№13-17. Пропонується граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу.

Психометрія.

PCL продемонстрував вагомі психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходиться між .94 (Blanchard та інші 1996) та .97 (Weathers та інші 1993). Про надійність випробувального ретестування повідомили як .96 за 2 -3 дня, і .88 за 1 тиждень (Blanchard та інші, 1996; Руджерота інші., 2003)

PCL позитивно корелює з міссісіпською шкалою оцінки ПТСР з конвергентною валідністю між $r = .85$ та $r = .93$ (Weathers та інші, 1993). Про сильну кореляцію повідомили шкала Кейна у MMPI-2 (.77), IES (.77-.90) and CAPS .92 (Blanchard та інші, 1996)

Граничний бал 50 для діагностування ПТСР продемонстрував хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86). Зменшення балів до 44 показало кращу чутливість (.94), специфічність (.86) і повну діагностичну ефективність (.90) с жертвами автомобільних аварій (Blanchard и. al., 1996).

Шкала самооцінки PCL -M (військова версія)

Ім'я _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «X» у графі, що найбільш чітко відображає частоту, з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

№;	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?					
4	Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?					

8	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?					
11	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь?					

Шкала самооцінки PCL -C (цивільна версія)

Ім'я _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому

Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «X» у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

№;	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?					

4	Почуваєтесь пригніченим, засмучуетесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючи ситуацію з минулого?					
8	Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчуваєте відстороненість або ж відрізаність від інших людей?					
11	Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе засмиканим (ною) дратівливим/ою або легко лякаєтесь?					

Додаток Б

Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лаад, Ізраїль)

Crisis Intervention Center BASIC PH-36 Українська версія

Авторське право: Мулі Лагад та Мікі Дорон

№	Запитання	1	2	3	4	5	6
1	Я покладаюсь на вищі сили у вирішенні проблем						
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але я виражаю їх через, - до прикладу, плач або страждання з середини						
3	Я шукаю підтримки інших людей						
4	Я фантазую та даю свободу своїй уяві, наприклад, я уявляю себе у спокійному, безтурботному місці						
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми						
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, – або ж, навпаки, - я їм та сплю більше, аніж зазвичай						
7	Я вірю у мою власну сил та мою здатність долати перешкоди						
8	Я висловлюю мої почуття у власний спосіб – через підказки іншим, сарказм або навіть флірт						
9	Я веду бесіди, розмови з друзями по телефону						
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки як спосіб пошуку рішення проблеми						
11	Я аналізую проблеми і намагаючись знайти їхнє вирішення						
12	Я постійно займаю себе фізичною працею, наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом машини або навіть створенням моделі літака						
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»						
14	Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині						
15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї						
16	Я даю волю своїй уяві слухаючи музику.						
17	Я створюю план і дію згідно нього роблю все що потрібно крок за кроком						
18	Я використовую вправи для розслаблення						
19	Я прошу допомоги у молитві						
20	Я накручую себе емоційно для мотивації						

Додаток В

Опитувальник депресії Бека

Ім'я, прізвище:	Дата:
-----------------	-------

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний.	

	4.	Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. 1. 2. 3.	Я в основному задоволений тим, ким я є. Я незадоволений собою. Я гидкий собі. Я ненавиджу себе.	
(8)	0. 1. 2. 3.	Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. Я критикую себе за слабкості та помилки. Я постійно докоряю собі за різні помилки. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. 1. 2. 3.	У мене не виникає думок про самогубство. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. Я хочу вмерти і планую самогубство. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
(10)	0. 1. 2. 3.	Я не плачу більш часто, ніж звичайно. Я плачу частіше, ніж звичайно. Я увесь час плачу. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	
(11)	0. 1. 2. 3.	Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. Я дратуюся легше, ніж звичайно. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12	0. 1. 2. 3.	Я не втратив цікавості до людей. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. Я майже повністю втратив інтерес до людей. Люди мені глибоко байдужі.	
13	0. 1. 2. 3.	Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. Я не в стані приймати жодних рішень.	
14	0. 1. 2. 3.	Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. Я переконаний, що виглядаю жахливо.	
15	0. 1.	Мені працюється так, як і раніше. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.	

	2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці.	
	3. Я не в стані працювати.	
(16)	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	
(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	
(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 1. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 2. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше. 3.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:
0–9 балів – відсутність депресивних проявів; 10–18 балів – помірно виражена депресія; 19-29 балів – критичний рівень; 30-63 балів – явно виражена депресивна симптоматика.

Додаток Г

Шкала тривоги Спілбергера (STAI)

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини).

Розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____ Дата
 обстеження _____ Вік _____ Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожен з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, **як Ви себе почуваете в даний момент.** Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає”.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком правильно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4

14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожен з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, **як Ви себе почуваєте звичайно**. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає”.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком правильно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4

31	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо по формулах:

1. $РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50$, де Σ_1 – сума закреслених на бланку цифр по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;
 Σ_2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. $ОТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$, де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;
 Σ_2 – сума інших цифр по пунктах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низька тривожність; 31-45 балів – помірна тривожність; вище 45 балів – висока тривожність.

Додаток Д

Методика «Визначення особистісної емоційної стійкості особистості»

І. В. Додонова

Методика вимірює загальну емоційну спрямованість особистості. За даною методикою можна вивчити емоційну спрямованість, дізнатися, які установки, в якій області діяльності можна отримати позитивні емоції.

Потреби особистості тісно пов'язані з емоціями. При задоволенні або можливості задоволення потреби виникають позитивні емоції. Якщо наявна потреба не задовольняється або не може бути задоволена, людина переживає негативні емоції. У нормі люди люблять позитивні емоції, тому прагнуть задовольнити свої потреби. Прагнення до певних типів переживань, до задоволення певних потреб Б. І. Додонов назвав загальною емоційною спрямованістю і розробив методику для вивчення цієї особливості особистості.

Інструкція:

Вам пропонується перелік питань з 50 суджень, які характеризують емоції Вашої особистості.

Зробіть вибір відповідно до шкали:

- «Безумовно, так» – а;
- «Мабуть, так» – в;
- «Мабуть, немає» – с;
- «Безумовно, ні» – d.

Тестове завдання:

0. Я часто турбуюся про близьких, друзів.
1. Відчуваю потребу ділитися з іншими людьми своїми думками і переживаннями.
2. Мені дуже приємно, коли на мене звертають увагу.
3. Для мене завжди важливо домогтися успіху в роботі.
4. Я люблю гострі відчуття.
5. Я охоче побував би в якомусь новому, незвіданому місці.
6. Відчуваю велику радість, самостійно вирішивши важку проблему.
7. Люблю піднесене почуття, що виникає при сприйнятті віршів, музики і т.д.
8. Краще прості радості (смачно поїсти, солодко поспати).
9. Люблю займатися колекціонуванням.
10. Хочу приносити людям радість і щастя.
11. Для мене важливо схвалення оточуючих.
12. Приємно відчувати почуття переваги над супротивником.
13. Я захоплююся будь-якою роботою, яку виконую.
14. Охоче йду на ризик.
15. Іноді мені здається, що має відбутися щось незвичайне.
16. Люблю розбиратися в причинах явищ, подій.

17. Я можу прийти в захват від краси природи.
18. Люблю стан спокою і свободи від обов'язків.
19. Радію, коли поповнюю свою колекцію.
20. Я завжди жалію невдах.
21. Я не зміг би (не змогла б) обійтися без друзів.
22. Я піду на багато чого, щоб завоювати шану і повагу оточуючих.
23. Приємно відчувати, що день пройшов не даремно.
24. Я людина рішуча.
25. Люблю все таємниче і незвичайне.
26. Прагну приводити свої знання в систему.
27. Твір мистецтва може зачепити мене до сліз.
28. Люблю приємне, бездумне проведення часу, наприклад, вечірки.
29. Люблю робити покупки.
30. Радію, коли хто-небудь домагається успіху.
31. Серед моїх родичів, знайомих є люди, яких я обожаю.
32. Я самолюбив (а).
33. Я відчуваю радісне збудження, душевне піднесення, коли робота йде добре.
34. Я люблю долати небезпеку.
35. Іноді мене тягне мандрувати.
36. Я люблю читати про наукові відкриття, пошуки і знахідки.
37. Я відчуваю насолоду, слухаючи улюблену музику.
38. Я схильний (схильна) до ліні.
39. Люблю розглядати свої колекції.
40. Я намагаюся допомагати людям.
41. Я відчуваю велику вдячність до людей, які роблять мені добро.
42. Мені завжди хочеться взяти реванш за невдачі.
43. Мій настрій піднімається від усвідомлення того, що робота виконана сумлінно.
44. Азарт, спортивна злість зазвичай покращують результати моєї діяльності.
45. Я люблю помріяти.
46. Найприємніше для мене переживання – радість відкриття істини, почуття близькості рішення.
47. Я часто переживаю почуття піднесеності і відчуженості при зустрічі з прекрасним.
48. Мені б хотілося жити безтурботно і спокійно.
49. Я неохоче розлучаюся зі своїми речами.

Обробка даних:

Підрахуйте загальну суму балів по кожній з 10 рядків, з огляду на, що $a = 2$, $b = 1$, $c = (-1)$, $d = (-2)$ бали.

Сума балів за відповідями: 1). 1, 11, 21, 31, 41.

2). 2, 12, 22, 32, 42.

- 3). 3, 13, 23, 33, 43.
- 4). 4, 14, 24, 34, 44.
- 5). 5, 15, 26, 35, 45.
- 6). 6, 16, 26, 36, 46.
- 7). 7, 17, 27, 37, 47.
- 8). 8, 18, 28, 38, 48.
- 9). 9, 19, 29, 39, 49.
- 10). 10, 20, 30, 40, 50.

Спрямованість:

- 1). Альтруїстська.
- 2). Комунікативна.
- 3). Глорична.
- 4). Праксична.
- 5). Пугнічна.
- 6.) Романтична.
- 7). Гностична.
- 8). Естетична.
- 9). Гедоністична.
- 10). Акізітивна.

Інтерпретація отриманих результатів:

Підрахувавши кількість балів в кожному рядку і проранжирувавши результати, виділіть переважаючі емоції Вашої особистості – Вашу емоційну спрямованість. Можливе максимальне значення за шкалами + 10 балів, мінімальна –10 балів.

–10 _____ 0 _____ +10

1. Альтруїстичні емоції. Високі результати за першою шкалою говорять про те, що у випробуваного яскраво виражена потреба віддавати, ділитися, сприяти, допомагати. Спрямованість на інших проявляється у нього яскраво. Низькі результати говорять про спрямованість на себе, потребу брати, отримувати, (високі результати – більше 5, низькі – менше –5). Результати близькі до 0 говорять про те, що у респондента немає яскраво вираженої потреби. І та, і інша потреба виражені в рівній мірі, немає жорсткої установки.
2. Комунікативні емоції. Високі результати по цій шкалі говорять про яскраво виражену потребу в спілкуванні. Низькі результати говорять про те, що більш виражена потреба в самоті.
3. Глоричні емоції (від лат. gloria – слава). Високі результати говорять про те, що випробуваний має яскраво виражену потребу в славі, переживанні успіху на очах у інших людей, в популярності. Низький результат говорить про бажання бути непомітним.
4. Праксичні емоції. Високий результат говорить про потребу активно діяти, досягати поставленої мети, домагатися бажаних результатів. Низькі бали говорять про пасивне ставлення до діяльності. Іноді це проявляється в схильності більше роздумувати, ніж діяти, іноді – в яскраво вираженій потребі в розслабленні.

5. Пугничні емоції (від лат. *pugna* – боротьба). Ці емоції пов'язані з потребою ризикувати, долати небезпеку. При високих балах ця потреба виражається у респондента яскраво, при низьких – яскраво виражена потреба в безпеці і на основі цієї потреби – обережність.
6. Романтичні емоції. При високих балах у випробуваного яскраво виражене прагнення до незвичайного, таємничого. При низьких – навпаки: виявляється тенденція до корисних речей, на основі якої формується прагматизм, як риса характеру.
7. Гностичні емоції (від лат. *gnosis* – знання) – емоції, пов'язані з потребою в отриманні знань про нове, невідоме. При яскраво вираженій потребі (високі бали) випробуваний отримує задоволення від процесу отримання знань. При низьких балах ця потреба недостатньо розвинена.
8. Естетичні емоції. При високих балах – потреба в сприйнятті прекрасного виражається яскраво. Сприймаючи прекрасне, респондент переживає сильні почуття, які в сучасній практичній психології називаються ресурсними. При низьких балах – ця потреба не розвинена.
9. Гедоністичні емоції – емоції, пов'язані із задоволенням потреби в тілесному і душевному комфорті. При високих балах ця потреба виражена яскраво. Комфортні умови для такої людини є дуже важливими, а досягнення комфорту є потужним мотивом діяльності. У психотерапії є відповідний термін: гедоністична установка. При низьких балах можна говорити про аскетичну установку особистості.
10. Акізитивні емоції (від франц. *acquisition* – придбання) – це емоції, що виникають при наявності потреби в накопиченні (колекціонуванні) речей, що виходить за межі практичної потреби в них. При високих балах потреба в колекціонуванні добре виражена. При низьких – така потреба не проявляється.

Додаток Е

Програма психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у цивільних під час війни

ЗАНЯТТЯ 1

Мета заняття: Встановлення з групою зв'язку, створення позитивного настрою на подальшу роботу. Створення доброзичливої, комфортної атмосфери на занятті.

Привітання

Встановлення контакту з групою. Створення мотивації на подальшу роботу.

Вправа «Знайомство»

Мета: познайомитись з учасниками групи, визначити відчуття на момент початку занять, очікування та потреби кожного з учасників.

Інструкція: учасники по черзі сідають на стілець та називають своє ім'я, вік, що їм подобається робити, що добре виходить та тварину, якою хотів би бути та чому.

Вправа «Маска»

Мета: зняття напруги та вирішення внутрішніх конфліктів.

Інструкція: учаснику пропонується сконструювати для себе маску для казкового балу. Потім пропонується розіграти історію, яка могла би відбутися з цією маскою на балу. Після завершення історії, відбувається обговорення вправи.

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 2

Мета заняття: Засвоєння поняття щодо самоцінності людського «Я», розвиток навичок самоаналізу та самооцінки. Закріплення навичок групової роботи.

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Вправа «Намалюй свій настрій»

Мета: знання напруги та вирішення внутрішніх конфліктів юнаків.

Інструкція: учасникам пропонується намалювати свій стан на цей момент на аркуші паперу за допомогою різнокольорових олівців або фарб.

По закінченню малювання результати обговорюються.

Дискусія «Най-най»

Мета: звернути увагу на життєві цінності, сприяти прийняттю себе.

Психолог пропонує учасникам записати на листочках те, що для них найважливіше та найцінніше у житті. Потім кожен зачитує, а психолог записує на дошці. Обговорюється кожен пункт. Необхідно підвести до висновку, що кожна людина є неповторною та має цінність. Любити себе – означає признавати право на любов інших до себе.

Зазвичай, учасники перераховують такі цінності, як здоров'я, батьки, друзі, робота, родина, світ, гроші та інше. Психолог, коментуючи кожен відповідь, просить учасників відповісти на питання «Чому для тебе головним є здоров'я?» (Я зможу жити довго), «Чим для тебе цінні батьки?» (Вони дали мені життя, вони люблять мене).

Як висновок, учасники засвоюють, що кожна людина повинна любити себе та приймати такою яка вона є. Любити себе – означає пишатися своїми вчинками та бути впевненим, що вчиняєш правильно. Той, хто не любить себе, не може щиро любити інших. Якщо самооцінка у людини низька, то вона відчуває безпорадність, безсилля та самотність.

Вправа «Мій Всесвіт»

Мета: допомогти краще зрозуміти себе, знайти однодумців.

Інструкція: учасникам пропонується на аркушах паперу накреслити коло та від нього промені до інших кругів. У центральному колі написати «Я», а в інших колах-планетах написати закінчення речень:

Моє улюблене заняття...

Мій улюблений колір...

Мій кращий друг...

Моя улюблена тварина...

Моя улюблена пора року...

Мій улюблений казковий герой...

Моя улюблена музика...

Після того, як всі кола заповнені, учасники зачитують власні записи та коментують їх, відповідаючи на запитання.

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 3

Мета заняття: Закріплення навичок самоаналізу. Навчання подолання бар'єрів на шляху самокритики, розвиток впевненості у собі. **Привітання**

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Вправа «Ярмарок переваг» Мета: закріплення навичок самоаналізу.

Інструкція: учасники гри отримують аркуші паперу з надписами «Продаю» та «Купую». Психолог пропонує кожному на одному аркуші, під надписом «Продаю», написати всі свої недоліки, від яких хотілося б позбавитися, а на іншому аркуші, під надписом «Купую», написати переваги, які хотілося би придбати. Потім аркуші прикріплюються до учасників гри і вони стають відвідувачами «Ярмарки». Вони ходять та пропонують одне одному щось купити або щось продати. Гра продовжується доти доки кожен не обійде і не прочитає всі можливі варіанти купівлі-продажу.

Потім проводиться обговорення: що вдалося купити? Що вдалося продати? Що було легше купити або продати? Чому? Які якості продавались? Які хотіли купити найбільше? Чому?

Як правило, більшість учасників хотіли би позбавитися від недоліків, а придбати переваги. Хоча іноді і зустрічаються ті, хто продав свої переваги.

Після обговорення психолог приводить учасників до висновку про те, що не потрібно боятися признавати свої недоліки – це прояв мужності. Від такого зізнання людина стає лише сильнішою. Після чого пропонується записати такий висновок: «Гідна людина не та, у якої немає недоліків, а та, у якої є переваги» (В.О.Ключевський).

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, чи важко було признавати свої недоліки, чи були учасники відвертими в оцінці своїх переваг, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 4

Мета заняття: Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Розвиток відчуття емпатії. **Привітання**

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Вправа «Дзеркало» Мета: розвиток відчуття емпатії.

Інструкція: Один – ведучий, інший – ведений. Ведучий починає робити повільні рухи руками, ногами, тулубом під музику. Ведений відображає рухи ведучого – як дзеркальний образ. Через 5 хвилин учасники міняються ролями. Після завершення кожен з учасників ділиться своїми враженнями.

Вправа «Короткий аутотренінг»

Мета: навчити учасників розслаблятися та знімати емоційну напругу.

Інструкція: учасники сідають у зручні пози. Психолог починає вправу.

«Дихайте рівно. Розслабтесь. Ви відчуваєте приємну важкість у руках та ногах. Ваші повіки стають важкими. Дихайте рівно, глибоко. Ви відчуваєте приємну важкість у руках та ногах. Ваші повіки стають ще тяжчими. Дихайте рівно. Ви перестаєте відчувати свої ноги та руки. Парите у повітрі. Перед вашими очима спливають найприємніші випадки вашого життя. Ви згадуєте та бачите перед собою найприємніше, найкраще, що відбувалось з вами за останній час. Ви відчуваєте себе повним бадьорості та енергії. Зараз я буду рахувати до трьох. На слові «три» ви відкриєте очі та будете відчувати себе свіжими та бадьорими. Один, два, три». **Зворотній зв'язок**

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 5

Мета заняття: Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Створення «Образ Я». **Привітання**

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями. **Вправа «Перше враження»**

Мета: усвідомлення учасниками їх внутрішнього стану через зовнішні ознаки, розвиток навичок «читання» іншої людини по зовнішнім ознакам.

Інструкція: кожен з учасників описує себе. Описати необхідно свою поведінку, положення, жести, міміку. Після опису обговорюється, що було найскладніше виконати та чому.

Колаж «Образ Я»

Мета: усвідомлення учасником власного «образу Я»

Інструкція: учасникам даються матеріали (ватман, прості олівці, глянцеві журнали, клей, ножиці) та вказується на те, що кожен з них збирає на цьому папері образ себе таким, яким вони його бачать. По завершенню творчої частини, роботи обговорюються, учасники можуть, за бажанням, презентувати їх перед іншими.

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 6

Мета заняття: Створення емоційно-позитивної атмосфери на заняттях. Знайомство групи з способами взаємодії з тривожними думками та страхами. Пошук ресурсів юнака, за допомогою яких він міг би позбавитись тривожних думок та страхів.

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Бесіда про страхи та тривожні думки для виявлення їх у учасників.

Вправа «Взаємодія зі страхом»

Мета: навчити юнака справлятися зі своїм страхом.

Інструкція: Більшість наших страхів та тривожних думок, які стають обмеженнями, заважають нам рухатися вперед, а деякі «закривають» собою мету, не дозволяючи чітко уявити собі бажане майбутнє. Зараз я пропоную одному з учасників прийняти участь у цій вправі. Ти будеш взаємодіяти зі своїм страхом. Я буду грати роль твого страху і при цьому намагатися утримати тебе або стати перешкодою на твоєму шляху. Твоїм завданням є вирватися від страху та обійти його. Під час гри можна вступати зі своїм страхом в діалог та дізнатися, що корисного цей страх може тобі розповісти: від чого він залежить? Після демонстрації вправи, учасники діляться на пари та проводять вправу.

Після виконання учасники відповідають на питання:

- Чи легко було взаємодіяти зі своїм страхом?
- Чи легко було піти від страху, перемогти його, ставши сильніше?
- Чи була для тебе звичною чи, навпаки, незвичною модель твоєї поведінки?
- Чи задоволений ти результатом?

Вправа «Малюнок страху»

Мета: закріплення навичок взаємодії зі страхами та тривожними думками. Інструкція: пропонується намалювати свій страх на папері. Після того, як страх буде намальовано, психолог просить учасників позбавитись від свого страху будь-яким зручним для них способом (зафарбувати, порвати, порізати, викинути).

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 7

Мета заняття: Знайомство образом сильної особистості, відпрацювання навичок впевненої поведінки.

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Вправа «Собі та іншим»

Мета: дати учасникам поняття про сильну особистість.

Інструкція: психолог задає питання «З якими людьми вам подобається спілкуватися? Зараз напишемо їх характеристики на дошці. Яких визначень найбільше?» На дошці написані якості: чуйний, вольовий, ніжний, цілеспрямований, добрий та ін. Учасникам пропонується обрати якості, яких їм не вистачає та записати їх в таблицю в стовпчик «Собі». В інший стовпчик «Іншим» вписати ті якості, яких не вистачає, на їх думку, іншим людям. Після того як це завдання буде виконано, психолог повідомляє, що одні характеристики є сильними сторонами людини, а інші – м'якість людини.

При аналізі, як правило, стає зрозумілим, що більшість обирає сильні якості, а іншим пропонує стати м'якшими. Проводиться обговорення чому більшість вважає, що їм не

вистачає якостей сильної людини, а іншим доброти. Яку людину ми називаємо сильною особистістю? Що означає бути впевненою особистістю (спокійно відстоювати свою думку, рахуючись з думками інших)? Яку поведінку ми називаємо впевненою? Яка поведінка є невпевненою? Чи можна назвати впевненою агресивну поведінку?

Тест «Як я орієнтуюсь у різних ситуаціях»

Мета: визначити як учасники орієнтуються у різних ситуаціях.

Інструкція: дайте відповідь «так» (+) або «ні» (-) на наступні питання:

Якщо ви заблукаєте у лісі, то чи вистачить вам знань, щоб вийти на дорогу, та сили волі, щоб протриматись кілька днів?

Потрапивши на безлюдний остів, чи будете ви його оглядати весь?

Потрапивши у ситуацію, коли на вас летить авто і ваш супутник кидається вліво, чи побіжете ви туди ж?

Якщо ви йдете з дому та не можете знайти ключі, то зможете просто спокійно подумати де вони можуть бути?

Ви добре орієнтуєтесь в темряві?

Ви любите досліджувати незнайомі місця?

Вам подобається знаходитись на природі наодинці?

Ви легко вирішуєте завдання на кмітливість?

У критичній ситуації ви швидко приймаєте рішення?

За кожен позитивну відповідь ви отримуєте 1 бал.

1-3 бали – ви недостатньо самостійна людина, не вмієте приймати рішення та брати на себе відповідальність.

4-7 балів – ви кмітливі та можете не потрапити в халепу у складній ситуації, хоча й допускаєте помилки через неуважність та недостатність знань.

8-9 балів – ви ніде не пропадете, спокійне життя не для вас, робота дослідника, каскадера, геолога вам би дуже підійшла.

Гра «Поводир»

Мета: формування довіри до інших та до себе.

Учасники діляться на пари (один – поводир, інший - ведений). Веденому зав'язують очі.

Поводир водить партнера між розставлених по всій кімнаті стільців. Учасники міняються

ролями. Після гри йде обговорення того, що учасники відчували, чи була впевненість чи ні і чому. **Зворотній зв'язок**

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 8

Мета заняття: Відпрацювання навичок комунікативної поведінки. Корекція емоційної сфери юнака на основі навичок адекватного емоційного реагування.

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями. **Вправа «Наші відчуття»**

Мета: корекція емоційної сфери на основі відпрацювання навички адекватного емоційного реагування.

Інструкція: Психолог запитує скільки слів, які позначають різні відчуття, ви зможете назвати за 1 хвилину. Ви називаєте, а я рахую. Тепер напишіть, будь-ласка, які відчуття ви відчуваєте на навчанні/на роботі (1хв).

А тепер згадайте значиму для себе ситуацію. Чи зможете ви описати її мовою відчуттів? (2-3хв)

Питання для обговорення:

З ким ти розмовляєш про свої відчуття?

Про які відчуття тобі буває краще пояснити?

Про які почуття говорити важче?

Яке відчуття подобається тобі більше і чому?

Яке відчуття тобі не подобається?

Чому важливо, щоб ми могли говорити про свої відчуття?

Вправа «Вміти говорити Ні» Мета: оволодіти навичками позитивної поведінки.

Інструкція: Іноді ми робимо те, що від нас очікують інші, навіть коли самі цього не хочемо. Наприклад, друг запрошує тебе піти разом з ним у кіно. А у тебе у цей день немає настрою йти у кіно. Чи потрібно у цьому випадку йти чи ні? Ти відчуваєш, що повинен це зробити, адже це твій друг. Але в той же час розумієш, що тобі самому цього не хочеться. У тебе були інші плани.

Я думаю, кожному це знайомо. Згадайте та запишіть 2-3 випадки, коли хтось чекав від тебе того, чого тобі не хотілося і, незважаючи на своє небажання, ти все ж робив це. Як ти себе при цьому відчував?

Опиши 2-3 випадки, коли ти не робив того, що від тебе хотіли (друзі, батьки або ще хтось). Як ти себе відчував?

Питання для обговорення:

Яким людям складніше казати «ні»?

Яким людям легше за все казати «ні»?

Якщо ти хочеш виконати бажання іншої людини, чи говориш ти їй чітке «так»?

Коли людина повинна робити те, що від неї очікують? **Вправа «Політ до зірки»**

Мета: зняття психо-емоціної напруги, зняття м'язових зажимів, відпрацювання навички рефлексії.

Інструкція: «Коли народжується людина, то на небі запалюється її зірка, щоб світити для неї все її життя. Вона світить так яскраво, що її рятівної енергії вистачає на довгі-довгі роки, вона оберігає нас, рятує, дає надію та сили.

І сьогодні я пропоную здійснити подорож, але вона буде незвичайною, ми здійснимо політ до зірки, до своєї зірки.

Присядьте зручніше та закрийте очі. Зробіть глибокий вдих та видих...

Ти відчуваєш, як твої ноги поступово відриваються від землі, а тіло стає невагомим, дуже легким... і ти починаєш повільно-повільно підійматися вгору, до неба. Подивись вниз: все, що раніше було довкола тебе (будинки, вулиці, дерева, парки, машини...) все стає маленьким та ледь помітним.

А якщо ти піднімеш голову доверху, то побачиш те, що раніше здавалось недосяжним, далеким. Ось – наближається небо. Ти летиш крізь пухкі хмари, доторкнись до них рукою, нехай їх прохолода залишиться на твоїх долонях. Ти стрімко летиш повз холодні комети, а зараз пролітаєш повз сонце. Відчуй його приємне тепло, нехай воно зігріє тебе. Ті подорожуєш по величезному небесному світу, зустрічаєш різні зорі... А де Твоя зірка? Ось вона. Подивись яка вона? Велика чи маленька? Холодна як лід чи гаряча, як вогняне полум'я? Якого кольору? Можливо, блакитна, жовта, червона?...

Якої вона форми? Кругла чи з гострими кутами?

Доторкнись до своєї зірки та попроси у неї все те, що хотілось би, що тобі так необхідно: попроси добра, щастя, спокою, здоров'я, миру, хорошого настрою...

А тепер обов'язково посміхнись їй та подякуй свої зорі за все: за те, що вона просто існує, вона твоя, світить лише для тебе, що вона супроводжує тебе все твоє життя, що вона дає тобі сили та енергію.

А тепер тобі необхідно повертатись додому. Попрощайся зі своєю зіркою та пообіцяй, що тепер у хвилини суму, відчаю, тривоги ти будеш пам'ятати, що у тебе є ВОНА, ти будеш пам'ятати, що це – джерело сил, енергії, світла, добра...

Відчуй, як поступово стають тяжчими твої ноги, а тіло стає грузним... ти починаєш свій шлях назад, додому. Ті летиш крізь пухкі хмари, доторкнись до них руками, нехай їх прохолода залишиться на твоїх долонях.

Ти стрімко летиш повз холодні комети, а зараз пролітаєш повз Сонце.

Якщо ті піднімеш голову доверху, то побачиш все те, що раніше здавалося таким великим, могутнім (зірки, комети, планети, хмари), поступово стають все меншими та меншими... ось наближається Земля. Ріки, озера, луки, парки, будівлі, люди... все – стає більшим, помітнішим.

Збережи у пам'яті ці відчуття, які ти відчув сьогодні. І нехай твоя зірка далеко, але кожного разу, коли ти втомився, або коли тобі сумно, або коли тобі необхідні свіжі сили... просто завітай до неї, здійсни цю незвичайну подорож.

Коли я дорахую до 5, ви можете відкрити очі та знову опинитися в цій кімнаті.»

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 9

Мета заняття: Формування емоційно-позитивної атмосфери на занятті.

Пошук особистісних ресурсів юнака.

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Вправа «Скарбниця життєвих сил» Мета: допомогти активувати свої життєві сили.

Інструкція: як матеріал надаються різні невеликі іграшки-фігурки. Психолог пропонує обрати ті, які сподобались та створити за допомогою цих фігурок свій життєвий шлях. На кожному етапі повинна бути присутня фігурка, з якою учасник себе ідентифікує. Між фігурками можна будувати діалоги. Такі ж діалоги можливі і між окремими життєвими етапами. Все це обговорюється окремо між учасником та психологом, даються навідні питання, озвучуються роздуми.

Зворотній зв'язок

Мета: вияснити ступінь задоволеності учасниками заняттям, що нового для себе вони дізналися, закріпити позитивні емоції та позитивний настрій.

ЗАНЯТТЯ 10

Мета заняття: Формування емоційно-позитивної атмосфери на занятті. Погук особистісних ресурсів юнака. Підсумкова діагностика по закінченню корекційної програми.

Привітання

Уточнення у кожного з учасників їх самопочуття. Попросити розповісти про те, що хорошого відбувалося з ними за час між заняттями.

Вправа «Всі грані гармонії»

Мета: допомогти навчитися справлятися з труднощами.

Інструкція: надаються психологічні листівки з притчами. Кожен з учасників бере наосліп одну з листівок. Після чого, по черзі, йде інтерпретація притчі та її обговорення, припущення та висновки.

Вправа «Мій настрій» Вправа

Мета: зняття емоційної напруги учасників.

Інструкція: надається пластилін, з якого кожен з учасників (самостійно обираючи колір) ліпить свій настрій тут і зараз. Після чого йде обговорення цих фігурок та враження від вправ.