МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАІНИ

СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра практичної психології та соціальної роботи

**Жалковський І.В.**

**Кваліфікаційна магістерська робота**

**Психопрофілактика і подолання розладів адаптації у сучасної молоді**

**Сєвєродонецьк**

**2019**

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до кваліфікаційної магістерської роботи**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_магістр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

спеціальності 053 - Психологія

(шифр і назва)

галузі знань 05 – Соціально-поведінкові науки

(шифр і назва)

спеціалізації Практична психологія

на тему:Профілактика та подолання розладів адаптації у сучасної молоді

Виконав: студент групи ПСПП-17дм Жалковський І.В.

Керівник: д.психол.н., проф. Бурлакова І.А.

Завідувач кафедри практичної психології

та соціальної роботи

д. психол. н., проф. Завацька Н.Є.

Рецензент

к. психол. н., доц. Боярин Л.В.

Сєвєродонецьк - 2019

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

Освітньо-кваліфікаційний рівень \_\_\_\_магістр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

спеціальності 053 - Психологія

(шифр і назва)

галузі знань 05 – Соціально-поведінкові науки

(шифр і назва)

спеціалізації Практична психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

**практичної психології та**

**соціальної роботи, проф.**

**Завацька Н.Є.**

«23» 10 2018 року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

**Жалковському Ігорю Вячеславовичу\_\_\_**

(прізвище, ім’я, по батькові )

1. Тема роботи: Профілактика та подолання розладів адаптації у сучасної молоді

Керівник роботи Бурлакова І.А., д. психол. н., проф.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від «23» жовтня 2018 року № 224/42

2. Строк подання студентом роботи 20.12.2018 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи - 132, табл. – 14, рис. – 6, список використаної літератури – 150 джерел.*

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): *дослідити особливості профілактики та подолання розладів адаптації у сучасної молоді.*

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  Консультанта | Підпис, дата | |
| завдання  видав | завдання  прийняв |
| **1.** | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. кафедри практичної психології та соціальної роботи | 23.10.2018р. | 23.10.2018р. |
| **2.** | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. кафедри практичної психології та соціальної роботи | 23.10.2018р. | 23.10.2018р. |
| **3.** | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. кафедри практичної психології та соціальної роботи | 23.10.2018р. | 23.10.2018р. |

7. Дата видачі завдання 23.10.2018 р.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів дипломного проектування** | **Строк виконання етапів** | **Примітка** |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної магістерської роботи | 10.2018 р. | 10.2018 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження | 10-11. 2018 р. | 10-11. 2018 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 10.2018 р. | 10.2018 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 10-11. 2018 р. | 10-11. 2018 р. |
| 5 | Розробка програми формувальних заходів | 11.2018 р. | 11.2018 р. |
| 6 | Проведення повторного тестування та оцінка ефективності формувальних заходів | 11-12. 2018 р. | 11-12. 2018 р. |
| 7 | Підготовка кваліфікаційної магістерської роботи до захисту та захист роботи | 01.2019 р. | 01.2019 р. |

Студент Жалковський І.В.

Керівник роботи Бурлакова І.А.

РЕФЕРАТ

Текст - 132 с., табл. – 14, рис. – 6, джерел – 150.

У роботі проведено аналіз теоретико-методологічних підходів до вивчення проблеми профілактики та подолання розладів адаптації у сучасної молоді.

Наведено результати емпіричного дослідження щодо специфіки профілактики та подолання розладів адаптації у сучасної молоді.

Визначено доцільність використання розвивальної програми щодо профілактики та подолання розладів адаптації у сучасної молоді.

Ключові слова: ОСОБИСТІСТЬ, РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ПСИХОКОРЕКЦІЯ, сУЧАСНИЙ СОЦІУМ, МОЛОДЬ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ 12

* 1. Аналіз підходів до проблеми розладів адаптації особистості

в науковій літературі 12

1.2.Сучасні підходи до попередження та корекції розладів адаптації особистості 28

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У МОЛОДІ 44

* 1. Обґрунтування методик і процедури емпіричного дослідження 44
  2. Диференціація ступенів та типології проявів посттравматичних стресових розладів у молоді 73

РОЗДІЛ 3. Соціально-психологічні основи психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді 92

3.1.Принципи побудови та зміст інтегрованої соціально-психологічної

програми подолання розладів адаптації у молоді 124

3.2.Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального

етапу дослідження 102

ВИСНОВКИ 111

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 114

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** В сучасних умовах напруженої соціально-політичної ситуації, природних й техногенних катастроф, зростання кількості протиправних дій, гострих конфліктів у суспільстві та мікросоціумі, коли молодь часто перебуває в умовах психотравмуючих та/або екстремальних ситуацій, вивчення проблеми виникнення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та їх подолання є актуальним як у психологічному, так і в соціальному аспектах.

Встановлено, що дослідження ПТСР здебільшого виконані в межах робіт медичного та медико-психологічного профілю. Визначено клініко-психопатологічні особливості ПТСР у комбатантів (Б. Бадмаєв, В. Василевський, О. Єпанчинцева, О. Караяні, Я. Подоляк, О. Столяренко, Г. Фастовець) і ліквідаторів наслідків аварій на ЧАЕС (М. Зеленова, О. Лазебна, Н. Тарабрина); клінічну типологію ПТСР й питання диференціальної психофармакотерапії (В. Волошин, М. Маркова, Б. Михайлов, В. Підкоритов, В. Черкасов, Л. Шаповалова); транзиторні психотичні стани при ПТСР (Т. Дмитрієва, Б. Дрига, Г. Растовцев), клініко-динамічні характеристики ПТСР (Н. Бундало, М. Григорьєв, О. Дорожкін, О. Малюткіна, К. Пурсенко, А. Сумароков, Б. Циганков) і психофізіологічні маркери стійкості при бойовій психотравмі (Ю. Бубєєв, І. Ушаков); психічну ригідність як фактор розвитку ПТСР у співробітників оперативних підрозділів (О. Косова) та його особливості при ендогенних захворюваннях (Н. Ільїна, О. Колюцька, А. Смулевич, Л. Тухватуліна); розкрито патопсихологічні аспекти ПТСР (Ю. Зинченко, Т. Марчук, О. Напреєнко, О. Тхостов), зокрема, особистісні зміни при таких розладах (Х. Ахмедова, В. Вид, Ю. Попов, Д. Романовська, Н. Семенова, Л. Хохлов). Особливе значення відведено ставленню самих постраждалих до травматичної події (Т. Бохан, О. Ілащук, І. Озерецький, В. Стець, М. Щербак).

Констатовано, що більша частина досліджень з проблеми ПТСР стосується епідеміології, етіології, динаміки, діагностики й терапії учасників бойових дій, жертв різного виду катастроф й терористичних актів, та переважно виконана на контингенті респондентів зрілого віку. При цьому відзначається недостатньо досліджень, присвячених вивченню соціально-психологічних особливостей розвитку та подолання ПТСР у молоді, попри те, що науковці (Л. Боярин, І. Добряков, З. Кекелідзе, Т. Мельницька, Л. Пілецька та ін.) вказують на специфіку формування проявів ПТСР та їх корекції у осіб різних вікових груп. Крім того, наявний досвід психологічної допомоги при ПТСР у молоді вимагає поглибленого наукового аналізу, узагальнення та систематизації.

**Об’єкт дослідження** – розлади адаптації особистості.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічні чинники психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично визначити соціально-психологічні чинники психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді.

Для досягнення поставленої мети було сформульовано такі **завдання дослідження**:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми розладів адаптації у молоді в науковій літературі.
2. Виокремити ступені та типологію проявів розладів адаптації у молоді.
3. Розкрити структуру та складові соціально-психологічних чинників розвитку й подолання розладів адаптації у молоді.
4. Розробити інтегровану соціально-психологічну програму психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді та оцінити її ефективність.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** складали: принципи системного підходу (Б. Ананьєв, В. Ганзен, І. Данилюк, М. Журба, Б. Ломов, В. Мерлін, Г. Щедровицький); теорії: психіки як відображення дійсності (Б. Ананьєв, А. Коваленко, О. Леонтьєв), детермінізму (С. Рубінштейн), психології відносин особистості (О. Лазурський, В. Мясищев), вікової та корекційної психології (А. Борисюк, В. Бочелюк, Л. Головей, А. Реан, Д. Фельдштейн), психології спілкування (О. Блинова, О. Бодальов, Б. Ломов), теорії стресу (П. Анохін, Ю. Губачев, Л. Китаєв-Смик, В. Марищук, Г. Сельє, Н. Хрустальова), психологічних захистів особистості й копінг поведінки (Р. Грановська, Р. Лазарус, О. Лосієвська, І. Микільська, В. Ташликов), психології посттравматичного стресу (О. Ілащук, Т. Мельницька, І. Озерецький, Л. Пілецька, М. Решетніков, В. Рибніков, В. Стець, Н. Тарабрина, С. Чермянін, М. Щербак); положення про саморозвиток, самодетермінацію й свободу особистості як субʼєкта життєдіяльності (А. Брушлинський, Г. Костюк, Д. Леонтьєв, С. Максименко, В. Петровський, В. Татенко, Т. Титаренко, Н. Чепелєва); ідеї феноменологічної психології та психотерапії щодо описового вивчення свідомості, субʼєктивності та переживань людини (Л. Бінсвангер, Дж. Бьюдженталь, Ю. Бохонкова, Е. Гусерль, Ю. Джендлін, К. Ясперс); екзистенціально-гуманістичні концепції (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл), принципи психотерапевтичних теорій щодо організації психологічної допомоги молоді (Е. Берн, С. Гарькавець, М. Гулдінг, Р. Гулдінг, З. Ковальчук, Р. Мей, Я. Морено, Ф. Перлз, М. Тоба, І. Ялом, Т. Яценко).

Для досягнення поставленої мети та розв’язання висунутих завдань використано комплекс **методів дослідження**:

– *теоретичні*: аналіз, синтез, порівняння сучасних наукових й емпіричних досліджень з проблеми вивчення соціально-психологічних чинників психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді, а також їх узагальнення, класифікація й систематизація;

– *емпіричні*: спостереження; аналіз документів, структуроване інтервʼю (SCID) (F. Weathers, В. Litz, D. Blake) зі шкалою для діагностики ПТСР (CAPS) (F. Weathers) та «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) (D. Weiss, С. Marmar,  Т. Metzler) (в адаптації Н. Тарабриної);  опитувальник травматичного стресу (ОТС) (І. Котенев); методики «Рівень співвідношення «Цінності» і «Доступності» в різних життєвих сферах» та «Шкала оцінки дискомфорту» (О. Фанталова); методики дослідження самоставлення (В. Столін, С. Пантелєєв) та комунікативної соціальної компетентності (М. Фетіскин); шкали реактивної (ситуативної) й особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, в адаптації Ю. Ханіна) та депресії (А. Бек); методика діагностики показників і форм агресії  (А. Басс, А. Даркі, в адаптації О. Осницького); тест кольорового вибору (М. Люшер), «Hand test» (Е. Вагнер, в адаптації Т. Курбатової); опитувальник акцентуацій характеру (К. Леонгард, Г. Шмішек); методика «Індекс життєвого стилю» (LSI) (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Конт, в адаптації Л. Вассермана, О. Єришева, Є. Клубової); методика діагностики стратегій подолання стресових ситуацій (SACS) (С. Хобфолл, в адаптації Н. Водопʼяновой, О. Старченкової); багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) (С. Зімет, в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти);

– *методи математичної обробки даних* із їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка даних і графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 19.0).

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що запропоновано структурну модель диференціації соціально-психологічних чинників розвитку (на особистісному й міжособистісному рівнях) та подолання (на макро-, мезо- і мікро рівнях) розладів адаптації у молоді з урахуванням ступеня(низького, вираженого, глобального) та типу (активно-захисного, пасивно-захисного, дисгармонійного) їх проявів; розроблено та обгрунтовано змістовний та організаційний аспекти інтегрованої соціально-психологічної програми психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді, ефективність реалізації якої забезпечена принципами її побудови й функціонування і системністю застосування визначених соціально-психологічних чинників й провідних стратегій подолання таких розладів на етапах превенції, інтервенції й поственції.

**Теоретичне значення** дослідження полягає: у використанні полімодального підходу до вивчення проблеми розладів адаптації у молоді; визначенні та систематизації соціально-психологічних чинників їх розвитку й подолання; у науковому обґрунтуванні організаційно-інтеракційних та змістовних особливостей процесу психотерапевтичної й психолого-консультативної взаємодії, що складають соціально-психологічні умови подолання розладів адаптації у молоді.

**Практичне значення** отриманих результатів полягає: в можливості застосування методичного інструментарію для дослідження особливостей розладів адаптації у молоді; у розробці та апробації принципів побудови й функціонування інтегрованої соціально-психологічної програми психопрофілактики та подолання розладів адаптації у молоді. Результати дослідження можуть бути покладені в основу розробки психологічно обґрунтованої системи підготовки психологів, практичних психологів, соціальних працівників до професійної діяльності з молоддю, яка випробовує дію посттравматичного стресу. Запропонована програма може бути рекомендована для впровадження в Центрах соціальної адаптації, соціально-психологічної допомоги, медико-соціальної реабілітації.

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ**

**1.1. Аналіз підходів до проблеми розладів адаптації особистості в науковій літературі**

Як відомо, стресові фактори є складовою частиною життєдіяльності особистості, зокрема, втрата близької людини або хронічне захворювання, інші стресори лежать за межами універсального життєвого досвіду. До них відносяться природні катастрофи, нещасні випадки, повʼязані з авіа та автокатастрофами, що мають тяжкі наслідки, насильство і збройні конфлікти та ін. [6; 13]. Ці події у кожної людини в будь-якому віці викликають екстремальні навантаження. У більшості осіб, які перенесли такі навантаження, виникає синдром, що визначається як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [34]. ПТСР виникають як відставлена та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну/тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес у будь-якої людини (Г. Боуландер, А. Егендорф, С. Фіглей). Доведено, що екстремальними можуть бути й ситуації, які мають значення для окремої людини, наприклад акти агресії, насильницькі дії (Б. Шостакович).

Перші згадки про ПТСР із посиланням на зарубіжні дослідження зʼявилися на початку 90-х років минулого століття. До цього частіше користувалися поняттям «наслідки бойової психічної травми, стихійних лих і катастроф» [34]. З цього часу значні зусилля були спрямовані на дослідження етіології, патогенезу, факторів ризику, феноменології ПТСР та розробку реабілітаційних заходів цієї актуальної, в психологічному, медичному та соціальному аспектах, проблеми [14; 16; 34; 100].

Інформація з проблеми ПСТР відрізняється суперечливістю, повʼязаною з неоднорідністю обʼєктів дослідження, використанням різних методичних підходів. ПСТР описують через призму діагностичних вказівок сучасних систематик поведінкових розладів (В. Гарнов, В. Джонсон, Д. Ковальський, О. Краснянський, П. Морозов, М. Сілвер) [48; 120]. Використовується феноменологічний підхід із визначенням різноманіття ознак ПТСР, постадійного їх розвитку зі схильністю до затяжного перебігу, формування особистісних змін (Є. Александров, А. Андрющенко, І. Гурин, О. Загоруйко, З. Кекелідзе, Г. Красильников, Т. Марчук, О. Напреєнко, М. Павлова, Б. Положій, А. Портнова) [5; 12; 59]. При цьому неоднозначно трактується роль індивідуально-типологічних та особистісних особливостей, що призводять до виникнення ПТСР. Зокрема, до них відносять істеро-збудливі (М. Джишкаріані, В. Литкін) [61; 139] та астенічні (В. Вид, Ю. Попов) риси характеру, емоційну нестійкість й підвищену тривожність (О. Єпанчинцева) [70]. Показано значення соціально-демографічних характеристик у розвитку ПТСР (Г. Каплан, Дж. Mюррей, Ю. Попов, Б. Седок [96]. В якості предикторів таких розладів розглядають психічні травми в дитинстві (Н. Дмитрієва, Ц. Короленко) [114], залежність від психоактивних речовин (І. Гурин, В. Литкін) [59; 139], психічну ретравматизацію (Р. Робінсон) та ін. Проте, на нашу думку, ці чинники предиспозиції можуть знизити поріг для розвитку ПТСР або погіршити їх перебіг, але вони не є обовʼязковими і недостатні для пояснення таких розладів виникнення загалом у осіб всіх вікових груп.

Зауважимо, що з точки зору розвитку ПТСР участь в катастрофічній події вважають на теперішній час необхідною, але не достатньою умовою. Якщо на момент появи категорії ПТСР в рамках тривожних розладів травма визначалася виключно як результат зовнішнього впливу екстремального характеру, то в даний час критичним фактором стає не зовнішня подія, а емоційний відгук на неї.

За відсутності єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, яка визначає детермінанти та механізми виникнення і розвитку ПТСР, розроблено декілька підходів (теоретичних моделей), серед яких виокремлено дві основні групи (психологічні та біологічні), а також мультифакторні (комплексні) моделі.

До психологічних моделей належать психодинамічна (В. Зимін, Х. Кехеле, Б. Кілборн, М. Пордер, М. Пуховський, Ч. Райкрофт, Г. Томе) [92; 103], когнітивна (К. Калмикова, Д. Кларк, П. Ленг, М. Падун, К. Чемтоб, Р. Янофф-Бульман) [95] і психосоціальна (Дж. Вільсон, М. Горовіц, Б. Гринн, Дж. Лінд), в основі якої закладений інформаційно-психолого- психофізіологічний підхід (М. Горовіц). Показано, що основні психологічні концепції за етіологічним принципом систематизовано у такий спосіб: «реактивна» (резидуальна) модель стресу, провідними факторами якої є обʼєктивні причини та нейробіологічні детермінанти; диспозиційна модель, до якої належать психодинамічна й екзистенційно-гуманістична концепції, які акцентують увагу на особистісно-індивідуальних характеристиках; інтеракційна (особистісно-середовищна) модель, що враховує як особистісні, так і ситуаційні змінні. Остання група включає інтерперсональну концепцію (Х. Салліван), концепцію системи відносин (В. Мясищев) й мультимодальну теорію (Р. Лазарус).

Серед психодинамічних моделей патогенезу ПТСР першорядну роль відіграє теорія З. Фрейда, який розглядав травматичний невроз як нарцисичний конфлікт, реактивацію невирішених конфліктів раннього дитинства. Відповідно до його поглядів, послідовність виглядає таким чином: вплив – спогади – хворобливий афект – захист. Наявні при цьому розлади кваліфікувалися ним як невротичні (травматичний невроз). Травматична ситуація розумілася З. Фрейдом як ситуація безпорадності психіки і організму перед натиском занадто великої кількості вражень як із зовнішнього, так і з внутрішнього середовища. Враження, викликані травматичної ситуацією, згодом піддаються витісненню і починають діяти в психіці, асоціативно звʼязуючись з іншими неприємними враженнями нетравматичної природи. Важливе значення надавалося не трагічній події, а її представленості в психічній реальності.

Когнітивні концепції розвитку ПТСР походять від теорії стресу Р. Лазаруса і робіт А. Бека, П. Ленга [124]. У своїй теорії стресу Р. Лазарус відводив велику роль когнітивній оцінці індивідом стресової ситуації. Він вважав, що процес оцінювання включає первинне (оцінку стресової ситуації) і вторинне (оцінку індивідом власних ресурсів в співоволодінні з даною ситуацією) оцінювання. Залежно від цього формується той чи інший тип копінг-стратегії: проблемно-сфокусований копінг, спрямований на подолання стресової ситуації, і емоційно-сфокусований копінг, спрямований на поліпшення емоційного стану [124]. А. Бек і Г. Емері вперше описали когнітивну модель реакції страху [107]. Дана модель закладена в основу когнітивних концепцій ПТСР. Відповідно до цієї моделі, реакція індивіда на ситуації страху включає оцінку, з одного боку, ступеня небезпеки ситуації та, з іншого, – власних ресурсів, що дозволяють її вирішити або уникнути. П. Ленгом була запропонована когнітивна модель тривожних розладів, яка стала основою теорії когнітивних процесів, що пояснює розвиток ПТСР. На підставі психофізіологічних досліджень було показано, що певний вид мʼязової активності відповідає переживання в уяві певних дій і подій. Ці дані були інтерпретовані П. Ленгом як існування пропозіційних мереж, які включають інформацію про стимули, семантичну інформацію, що відповідає цим стимулам, інформацію про реакції на ці стимули і програму емоційних реакцій. Такі пропозіційні мережі були пізніше названі «структурами страху».

Розвиваючи теорію П. Ленга, К. Чемтоб зі співавторами створили так звану теорію когнітивної дії для пояснення феноменів ПТСР. Дана теорія ґрунтується на положенні про те, що процесуальні мережі, які лежать в основі кожної дії, складаються з численних ієрархічно організованих рівнів, основними елементами яких є так звані вузли (nodes), які контролюють певні компоненти діяльності. Для ПТСР характерна наявність в мережі вузлів збудження у відповідь на загрозу, які активують роботу системи при впливі стимулів, що навіть віддалено нагадують небезпеку. Ці вузли активізують також відповідні очікування – переконання, що небезпечна подія обовʼязково має статися. Таким чином, навіть слабкі стимули, повʼязані з загрозою, активують когнітивну схему, яка призводить індивіда до фокусування виключно на потенційно небезпечній інформації та ігнорування інших стимулів.

При дослідженні взаємозвʼязку тяжкості ПТСР із когнітивними факторами зазначалося, що когнітивно-поведінкові теорії зосереджують увагу на зміну в індивіда в результаті травми системи переконань, оцінки і сприйняття навколишнього світу. У цих рамках вираженість ПТСР залежить від відсутності почуття безпеки, оскільки такий індивід конструює свій життєвий досвід, грунтуючись на імпліцитній внутрішній структурі, що включає в себе переконання про ворожість й небезпеку зовнішнього світу та уявлення про власне «Я» – як про «слабке і некомпетентне».

A. Eлерс, Д. Кларк описали інтегративну когнітивну модель ПТСР, що повʼязує типове для ПТСР почуття постійно присутньої загрози з низкою когнітивних і поведінкових факторів: когнітивними оцінками травми та її наслідків; специфікою запамʼятовування травматичного досвіду й характером взаємозвʼязку цього виду памʼяті з автобіографічними спогадами; дисфункціональними поведінковими та когнітивними стратегіями співоволодіння; минулим досвідом травматизації і вихідною когнітивною схемою (базисними уявленнями про світ і власну особистість), що існувала у постраждалого до психічної травми.

Як вказує В. Волошин [46], автор теорії когнітивної реакції Р. Янофф-Бульман стверджував, що ПТСР є результатом ломки у людини старих уявлень про навколишній світ і саму себе під впливом травмуючого досвіду. Ці уявлення про особисту невразливість, сприйняття світу як значущого й осмисленого, позитивний погляд на себе, створюють основу індивідуальності та наповнюють змістом її життя, а травматичний досвід руйнує їх і занурює індивіда в хаос навʼязливих думок й спогадів, поведінку уникнення та гіперзбудження. Згідно з цією теорією, внаслідок того, що у цих осіб недостатньо розвинуте уявлення про особисту невразливість й позитивну оцінку самих себе, ці уявлення не руйнуються, а, навпаки, зміцнюються в результаті травмуючого досвіду.

E. Фоа, M. Koзак створили модель мережі страху, що включає стимульную інформацію про травматичну подію, когнітивні, поведінкові й фізіологічні реакції на стресову подію та інформацію, яка повʼязує ці стимули та реакції. На їхню думку, успішне вирішення травматичної ситуації вимагає інтеграції інформації з мережі страху з уже наявним досвідом. Така асиміляція визначає свідому активацію мережі страху для її можливої ​​трансформації. На формування мережі страху впливає тяжкість психотравми – важка психотравма формує розірвану і фрагментовану мережу страху, яка важко асимілюється з колишнім досвідом.

Вважається, що травматичні події в межах когнітивної моделі – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Останні формуються в ході онтогенезу і, будучи повʼязаними з задоволенням потреби в безпеці, складають «Я»-концепцію. Малоадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гніву, дисоціацію, постійне програвання травми. Причина малоадаптивного подолання травми полягає в негнучкості, некорегованості когнітивних схем [75].

В якості основних характеристик схем, що мають значення для розуміння того впливу, який чинить на особистість психічна травма, можна виділити такі:

1. Схеми є когнітивно-емоційними структурами, що формуються в процесі придбання людиною певного досвіду; при цьому підкреслюється емоційна навантаженість схем.

2. Схеми можуть володіти тією чи іншою мірою гнучкості. Ригідні схеми часто є причиною дезадаптації. При цьому надгнучкі схеми можуть призводити до зниження здатності особистості дотримуватися тієї чи іншої стратегії життєвого функціонування.

3. Переконання, що лежать в основі схем, можуть мати різну ступінь абстрагування і глобальності. За цим критерієм переконання можна розділити на дві основні групи: переконання, що стосуються певних життєвих ситуацій, і переконання, що стосуються себе і світу в цілому. Переконання, які сформовані у особистості щодо себе та світу в цілому, є базисними. Саме базисні переконання піддаються впливу травматичного досвіду.

На основі когнітивно-експериментальної теорії С. Епштейна, Р. Янофф-Бульман створив концепцію базисних переконань, в якій робиться спроба пояснити вплив на індивіда психічної травми за допомогою даного поняття. Відповідно до цієї концепції, структура базисних переконань включає імпліцитні переконання особистості про доброзичливість/ворожість зовнішнього світу, його справедливість, а також уявлення про власне «Я». Базове переконання про доброзичливість навколишнього світу означає переконання індивіда про навколишній його світ в термінах «позитивного - негативного». Базове переконання про справедливість навколишнього світу відображає погляди індивіда на принципи розподілу удач і нещасть. Базове переконання про цінність й значимість власного «Я» містить уявлення індивіда про себе як про людину, гідну любові та поваги, порядну, яка дотримується вимог моралі, і відображає переконання індивіда в тому, що він може контролювати події, які відбуваються з ним, та поступати так, щоб ситуація складалася на його користь. У молодому віці саме переконання, що стосуються позитивного «Я»-образу, доброзичливості навколишнього світу і справедливих відносин між «Я» й навколишнім світом, найбільш сильно схильні до впливу психічної травми. Індивід стикається зі страхом, що породжується навколишнім світом, а також з власною вразливістю та безпорадністю: існуюча раніше впевненість у власній захищеності й невразливості виявляється ілюзією, що здатна привести людину в стан дезінтеграції, подолання якого полягає у відновленні базисних переконань. Автори моделі когнітивної оцінки особливу увагу надають важливості припущення, яке робить кожен із нас про світ. В рамках даної концепції ПТСР розглядається як дезадаптивна відповідь на порушення основних базових уявлень. Основними уявленнями, згідно з цією концепцією, є уявлення про власну невразливість; сприйняття світу як зрозумілого (збагненного); уявлення про себе в позитивному світлі. Травма зазвичай порушує базові уявлення; якщо деякі форми посттравматичної відповіді розглядаються як нормальні, то ПТСР є дезадаптивною відповіддю при порушенні базових уявлень.

У цілому в межах когнітивної моделі травматичні події розглядаються як потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Прихильники цієї теорії розглядають ПТСР з позицій відбору, категоризації та інтерпретації зовнішньої інформації [107].

Основною теоретичною концепцією, що пояснює механізм виникнення ПТСР в межах біхевіорального підходу, виступає двухфакторная теорія. В її основі лежить класичний принцип умовно-рефлекторної обумовленості ПТСР, а травмуюча подія виступає в якості інтенсивного безумовного стимулу, що викликає безумовно-рефлекторну стресову реакцію. Інші ситуації, що збігаються з нею за часом, в подальшому викликають відповідну емоційну реакцію (страх, гнів та ін.) за умовно-рефлекторним типом. Другою її складовою частиною стала теорія оперантної обумовленості розвитку, в якій ступінь і сила ПТСР інтерпретуються за допомогою поведінкової моделі типу «стимул - реакція», що вказує лише на наявність певної кореляції між рядами деяких змінних, але є недостатнім для обґрунтування етіопатогенезу ПТСР.

T. Kин зі спіавторами запропонували свою біхевіористську редакцію поняття ПТСР. На думку авторів, для виникнення і підтримки ПТСР необхідні два фактори: вироблення класичного умовного рефлексу, коли реакція на страх засвоюється через асоціації; вироблення інструментального умовного рефлексу у вигляді закріплення такої поведінки, при якій запобігаються ситуації, що провокують тривожність. Умовні подразники є пусковим сигналом. Це можуть бути думки, люди, життєві ситуації. Чим більше стимул схожий на умовний, тим сильніше буде відповідна реакція. Травматичний досвід є неприємним. Відповідно до принципів негативного підкріплення поведінка, що веде до зниження рівня неприємного відчуття, підкріплюється.

Згідно психосоціальному підходу, формування реакцій на травму є багатофакторним, і необхідно враховувати вагу кожного фактора у розвитку реакції на стрес. Як зазначалося вище, в основі цього підходу лежить інформаційно-психолого-психофізіологічна модель, яка спирається на ідеї 3. Фрейда, а також власні (М. Горовіц) експериментальні дослідження. Ця модель є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної та психофізіологічної моделей. Автор вважає, що стрес викликає величезний масив зовнішньої та внутрішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами. Фактор зовнішнього впливу М. Горовіц визначив як «травматична стресова подія», що несе абсолютно нову інформацію, яку індивід має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості в несвідоме, але зберігається в активній формі. У відповідність з принципом уникнення болю людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим і травма більше не зберігається в активному стані. Біологічний фактор, так само як і психологічний, включений в ці послідовності. Феномен розвитку такого роду реагування автор вважає нормальною реакцією на шокуючу інформацію. Патологічними вважаються гранично інтенсивні реакції, які не є адаптивними, що блокують переробку інформації і вбудовування її в когнітивні схеми індивіда. Відповідно до цієї теорії, групам реакцій на травму відповідають групи симптомів заперечення і повторного переживання. В цілому схема виглядає таким чином: травматичний стрес – заперечення – повторне переживання – засвоєння.

Сучасні прихильники психосоціальної моделі підкреслюють необхідність врахування чинників навколишнього середовища: фактора соціальної підтримки, стигматизації, демографічного, культурних особливостей, додаткових стрессоров (М. Грейс, Б. Гринн та ін.). Запропонована психосоціальна модель (Б. Гринн, Дж. Лінд, Дж. Уільсон) базується на інформаційній концепції і намагається пояснити, чому при впливі стресора у одних осіб може розвиватися ПТСР, а у інших – такий розлад не розвивається. При цьому розглядаються взаємодії стресора, нормальної реакції на нього, індивідуальні характеристики і соціальне оточення, в якому переживається травма. На думку авторів, особистість відчуває психічне навантаження до тих пір, поки травма не буде успішно інтегрована. Причина – недостатність Его-захисних, адаптаційних механізмів перед стресором, що веде до нездатності обробити, пережити досвід, який зʼявився. Якщо людина перебуває в сприятливих умовах, ймовірність подолати травму зростає, і навпаки. Особливостями індивідуальності, що впливають на посттравматичну когнітивну переробку, є сила Его, ефективність адаптаційних механізмів, наявність психопатології, що передувала травмі, особливості поведінки, психосоціальний статус, демографічні чинники (вік, освіта). До факторів соціального оточення відносяться наявність підтримки з боку сімʼї, ставлення суспільства до військових дій, катастрофічних подій, особливості культури, наявність додаткових стрессоров.

У межах психосоціальної моделі ПТСР трактуються і бойові ПТСР, які розглядаються С. Літвінцевим [134] як тривалі та відстрочені умовно-адаптивні психічні зміни й психічні розлади, що виникають внаслідок впливу чинників бойової обстановки. Деякі з цих психічних змін на війні можуть носити пристосувальний характер, а в мирному житті ведуть до різних форм соціальної дезадаптації [111].

Д. Зігельбаум, Дж. Уільсон вважають, що ПТСР, в найбільш загальному сенсі, може бути концептуалізований як трансформуючий реактивний процес, який характеризує патерни особистісної адаптації до надзвичайних стресових подій.

В основі гештальт-моделі ПТСР закладений постулат про те, що цілісність людини при дії психічної травми порушується, і при цьому виникають психосоматичні розлади, дисоціативні явища тощо. Причина виникнення труднощів у вирішенні низки негативних почуттів (горе, гнів та ін.) полягає в тому, що інші люди (близькі, сторонні) нездатні до розуміння і прийняття цих почуттів, вважаючи їх часом навіть небезпечними [140]. У такій ситуації в особистості розвиваються різні патерни когнітивного контролю і захисних механізмів, спрямованих на редукцію цих негативних відчуттів [1; 45; 149].

В основі сучасних психофізіологічних підходів до розвитку ПТСР знаходиться теорія стресу Г. Сельє. Центральним положенням його концепції є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів реакції на стресор. Цей синдром у своєму розвитку проходить три відомі послідовні стадії: реакцію тривоги; стадію резистентності; стадію виснаження. Автор ввів поняття емоційного стресу, тобто афективних переживань, які супроводжують стрес й призводять до несприятливих змін в організмі людини. Характерно, що Д. Бакан висловлював думку про явний паралелізм концепції Г. Сельє і З. Фрейда. Згідно з його поглядами, синдром загальної адаптації, описаний Г. Сельє, і психоаналітична теорія З. Фрейда засновані на одних і тих же принципах. По-перше, це внутрішній баланс: гомеостаз в першому випадку, психічне життя – у другому. Внутрішній баланс створює людині оптимальні умови для адаптації до свого світу, регульовані, з одного боку, нейрогуморальними механізмами, з іншого – психологічними. При виникненні загрози можливих змін гомеостазу або інших загроз, обидва механізми приводяться в дію і формуються реакції стресу або тривоги. І те й інше автор представляє як неспецифічні реакції для відображення ще не пізнаних тривог і вважає їх двома сторонами одного процесу. Згодом, на його думку, організм може впізнати агресора, і тоді включаються імунологічні механізми або зʼявляються страхи конкретних небезпек. Описані механізми важливі для виживання, але іноді вони можуть бути саморуйнівними, наприклад, коли вони запускаються у відповідь на незначну загрозу або часто повторюються. Так само розвивається патологія загального синдрому адаптації.

Дослідження в цьому напрямку показали, що психофізіологічні феномени, виявлені у ветеранів воєн, які страждають ПТСР, характерні для всіх осіб із ПТСР незалежно від виду психотравми. Як зазначає В. Омельянович, розглянуті вище парадигми можуть бути прийняті як різні методи для виклику стану, здатного до активації блоків памʼяті, що зберігають інформацію про психотравми і супроводжуються емоційними та поведінковими відповідями. Крім того, ПТСР, розвинене в результаті бойових дій, автомобільних катастроф або інших екстремальних ситуацій, виявляється в психофізіологічній відповіді, специфічній для повʼязаних із травмою подразників. В цілому психофізіологічні реакції на повʼязані з травмою подразники надають можливість досить точно виділити групу осіб, які страждають ПТСР, із загального числа осіб, що побували в екстремальній ситуації [112].

Останні десятиріччя відзначаються інтенсивним вивченням нейроендокринних й нейрофізіологічних механізмів розвитку ПТСР [46], коли неможливість успішно подолати травматичний стрес викликає значні нейробіологічні наслідки.

У даний час до розряду концепцій, що найбільшою мірою відображають сукупність психологічних, біологічних і соціальних факторів, які впливають на розвиток ПТСР, відносять мультифакторну (комплексну) модель формування цього розладу. Прикладом такого підходу може служити мультифакторна концепція (A. Mеркер) в межах якої виокремлюється значення трьох основних груп чинників, поєднання яких призводить до формування ПТСР: особливості самої травматичної події; захисні механізми співоволодіння; фактори ризику (вік, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький рівень інтелекту і соціально-економічних умов життя). Незважаючи на загальні закономірності розвитку травматичної відповіді, індивідуальні реакції завжди відмінні у різних людей. Вважається, що такий підхід найкращим чином пояснює механізми розвитку ПТСР і враховує наслідки масивної психічної травми. Аналізуючи гомеостатичну модель Г. Сельє, психоаналітичну модель 3. Фрейда, інші біологічні, психологічні та психофізіологічні моделі, автор прийшов до висновку, що жодна з них окремо не надає універсального розуміння патогенезу ПТСР, не пропонує загального способу реабілітації.

Відзначається, що три групи патогенетичних чинників (біологічні, психологічні та соціальні) відповідають трьом групам етіопатогенетичних механізмів (психотравмуючих ситуацій, особливостей особистості та особливостей хвороби), а інтегруючим структуру всіх механізмів й чинників є інтрапсихічний конфлікт.

Слід зазначити, що в рамках психологічних механізмів ПТСР розглядається і гіпотеза інтрапсихічної адаптації. В позитивній динаміці невротичних станів у відповідь на травму виділяється декілька фаз. Фаза ізоляції – коли субʼєкт не допускає у свідомість події, аналогічні за змістом раннім, але вже забутим психічним травмам. У цій фазі характерні поєднання тривоги і депресії, недовіра до власного майбутнього й втрата почуття безпеки. Друга фаза – інтрапсихічна адаптація – містить інтрапсихічний конфлікт, який стає вторинним. У цей період зʼявляються переживання з приводу «наявності переживань», формується невротична тривога, конфлікт ідентичності, що включає інтроекцію і проекцію, збалансованість яких на несвідомому рівні визначає особливості процесу ідентифікації та дезідентифікації, формування нового інтегрованого психологічного «Я». Третя фаза – конфлікт між шляхом і результатом. У цей момент фіксовані форми поведінки дозволяють досягти цілей, але результат викликає розчарування, апатію, депресію. Вирішення цього конфлікту здійснюється шляхом чергування захисно-компенсаторних утворень. При цьому підкреслюється, що інтрапсихічна адаптація не завжди відповідає зовнішній адаптації в середовищі.

У руслі цього підходу С. Коловим [110] розроблена біопсихосоціальна модель віддалених наслідків бойового стресу, згідно з якою психічні розлади у комбатантів зароджуються в ранньому дитячому віці в формі біологічних і характерологічних дефектів, а потім еволюційно під дією специфічних однотипних міжособистісних стресів, повторюваних на різних етапах життя, розвиваються в комплекс особистісних, психічних й соматичних розладів, які носять прогредієнтний характер. На думку автора, невідʼємною частиною психічних розладів у комбатантів у віддаленому періоді бойового стресу є не тільки поліморфні симптоми ПТСР, але й взаємозалежні з ними і між собою соціальні прояви (поведінкові, переважно в формі агресії) і психологічні девіації (здебільшого когнітивно афективного характеру), що становлять єдиний дезадаптивний комплекс. Соціальна поведінка комбатантів в формі ворожої агресії сприяє стигматизації та негативному ставленню суспільства до цього контингенту. Стигма оточуючих підтримує агресивні установки комбатанта, полегшуючи тим самим прояви агресивної поведінки. Створюється своєрідне коло, так званий підтримуючий стиль комбатантів, який включає їх дисфункціональні переконання, асоціальну поведінку, порушення міжособистісних внутрішньосімейних інтеракцій. Як вважає автор, завдання суспільства полягає в тому, щоб подолати цей стиль шляхом процесу дестигматизації образу комбатанта.

Отже, встановлено, що ПТСР є структурно складним станом, який розвивається при травматичних (екстремальних) ситуаціях внаслідок емоційного або фізичного стресу, здатного викликати дистрес у будь-якої людини. Показано, що до розуміння сутності ПТСР підходять з урахуванням психоаналітичної, трансової та дисоціативної теорій, гіпотези про травматичний імпринт, теорії формування патологічних асоціативних емоційних мереж та ін. [14; 16; 34; 100; 125; 150].

Як показав теоретичний аналіз, результаті багаторічних досліджень розроблені декілька теоретичних моделей, серед яких можна виділити: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, а також розроблену в останні роки, мультифакторну модель ПТСР. До психологічних моделей належать психодинамічні, когнітивні і психосоціальні моделі. Вони були розроблені в ході аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя. Дослідження показали, що існує тісний звʼязок між способами виходу з кризової ситуації, способами подолання стану посттравматичного стресу (усунення і всіляке уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість в роботу; алкоголь, наркотики, прагнення увійти в групу взаємодопомоги тощо) і успішністю подальшої адаптації. Було встановлено, що найбільш ефективними є дві стратегії: цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми; усвідомлення носієм травматичного досвіду значення травматичної події. Констатовано, що в сучасній класичній психодинамічній моделі в якості наслідків травматизації розглядаються: використання примітивних захистів, автоматизація «Я», ідентифікація з агресором, регресс до архаїчних форм функціонування над-«Я», деструктивні зміни Я-ідеалу. Вважається, що травма це критичний механізм, який актуалізує дитячі конфлікти. Проте, дана модель не пояснює всю симптоматику травматичного реагування. Крім того, в досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, що не є, однак, детермінантою в розвитку неадаптивної відповіді на стрес. Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР – когнітивна оцінка і переоцінка травмуючого досвіду – відображений в когнітивних психотерапевтичних моделях. Автори цього напряму вважають, що когнітивна оцінка ситуації, яка травмує, будучи основним фактором адаптації після травми, найбільшою мірою сприятиме подоланню її наслідків, якщо причина травми в свідомості її жертви придбає екстернальний характер і буде перебувати поза особистісних особливостей (відомий принцип: не я поганий, а я зробив поганий вчинок). У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається і підвищується віра в реальність буття, в існуючу раціональність світу, а також в можливість збереження власного контролю за ситуацією. Головне завдання при цьому – відновлення в свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих, оскільки саме ці оцінки найбільшою мірою спотворюються у жертв травматичного стресу, які страждають на ПТСР [95]. В рамках когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ і про себе. Патологічна реакція на стрес – неадаптівна відповідь на знецінення цих базових уявлень. В межах психофізіологічної моделі відповідь на травму є результатом тривалих фізіологічних змін. Значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих для успішного подолання ПТСР, відображено в моделях, які отримали назву психосоціальних, розробники і прихильники яких підкреслюють виняткову необхідність урахування чинників навколишнього середовища: фактори соціальної підтримки, релігійні вірування, демографічні чинники, культурні особливості, наявність або відсутність додаткових стресорів та ін. Згідно з психосоціальним підходом, модель реагування на травму є багатофакторною, і необхідно врахувати вагу кожного фактора у розвитку реакції на стрес.

Інформаційна модель, розроблена М. Горовіцем є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної та психофізіологічної моделей. Стрес – це маса внутрішньої й зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами. Відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості в несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкорюючись принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі, але, відповідно тенденції до завершення, з часом травматична інформація стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід інтегрований, травма більше не зберігається в активному стані. Біологічний фактор, так само як і психологічний, включений в цю динаміку. Дана модель недостатньо диференційована, внаслідок чого не дозволяє враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах.

Визначено, що перспективною є мультифакторна (комплексна) модель ПТСР, в межах якої значущими характеристиками травматичних чинників визначені раптовість, стрімкий темп розвитку катастрофічної події й тривалість її впливу, повторюваність протягом життя, а також вразливість особистості до формування ПТСР, про яку свідчать не тільки особливості її преморбіда (поєднання конституційно-біологічних, соціально-демографічних, сомато- й екзогенних чинників), а й схильність до віктимізації (тенденції перебувати в ролі жертви при аналогічних ситуаціях) або риси травматофілії (утримання травматичного досвіду).

**1.3. Сучасні підходи до попередження та корекції розладів адаптації особистості**

Як показав попередній аналіз, особи з ПТСР відчувають певні труднощі щодо проведення межі між релевантними та іррелевантними стимулами; вони не в змозі ігнорувати несуттєве і вибрати з контексту те, що є найбільш релевантним, що, в свою чергу, викликає зниження залученості в повсякденне життя та підсилює фіксацію на травмі. В результаті втрачається здатність гнучкого реагування на вимоги навколишнього середовища, що може проявлятися в труднощах у навчальній та виробничий діяльності й серйозно порушувати здатність до засвоєння нової інформації [4; 7; 20; 71; 98; 99; 148].

Переслідувана навʼязливими спогадами і думками про травму, травмовані особа починає організовувати своє життя таким чином, щоб уникнути емоцій, які провокуються цими вторгненнями. Уникнення може приймати різні форми, наприклад, дистанціювання від нагадувань про подію, зловживання наркотиками або алкоголем для того, щоб заглушити усвідомлення дистресу, використання дисоціативних процесів для того, щоб вивести хворобливі переживання зі сфери свідомості. Все це послаблює взаємозвʼязкок із іншими людьми, призводить до їх порушення і, як наслідок, – до зниження адаптивних можливостей [74; 112].

При наданні психологічної допомоги людям, які побували в екстремальних ситуаціях, слід памʼятати, що, з одного боку, не тільки самі надзвичайні ситуації, а й масштаби їх руйнівних дій, їх раптовість, поширеність стресів, які викликаються ними, багато в чому вирішуються особливостями предкатастрофічного розвитку, а з іншого, – тільки в посткатастрофічний період можна реально визначити ступінь деструктивного впливу катастрофи на динаміку соціальної структури, на виробничу, соціокультурну, психологічну взаємодію людей, на демографічні процеси в зонах лиха [33; 118; 123].

Саме тому в сучасних умовах все більш актуальними стають питання психологічної та психосоціальної роботи з різними категоріями осіб, які побували в екстремальних ситуаціях. Проте, не дивлячись на всю важливість та актуальність надання психологічної допомоги населенню під час і після екстремальних ситуацій, проблеми ці залишаються відносно новими й для соціальної психології, й для психологічної практики.

Пропонуються різні методи психотерапевтичної допомоги при ПТСР [67; 113; 144]. Постраждалим надають можливість розповісти про травмуючу ситуацію, знову її пережити і навчитися розуміти, чому вона викликала таку серйозну психічну й соматичну реакцію. Методи когнітивної і поведінкової психотерапії сприяють зняттю страху і депресії, викликають поліпшення сну та усувають можливі фобічні симптоми. Психоаналітики дотримуються думки, що психічні проблеми, включаючи труднощі при подоланні стресу, як правило, обумовлені особистісною схильністю, причини якої слід шукати в несприятливих подіях дитинства або складних відносинах із батьками. Така схильність є складовою частиною особистості, яка активізується певними стресовими факторами і обумовлює симптоми дистресу. Прикладом може слугувати людина, яка на втрату коханої реагує болісним і генералізованим страхом, депресією й соціальним регресом. З точки зору психоаналітика, ця людина повторно переживає страх, повʼязаний з втратою дитинства і звʼязку зі своїми батьками, або викликаний невдалим опрацюванням відділення від батьків в перші роки життя. Знайомство з цими проблемами при позитивному звʼязку психотерапевта з клієнтом допомагає подолати вразливість або принаймні зменшити її для вирішення труднощів, що виникли. На противагу психоаналізу, методи поведінкової терапії на перший план висувають поточний стан клієнта. Психотерапевти вважають, що неправильні сприйняття і образ думок підтримують неадаптивну поведінку, що само по собі є стресовим фактором, і намагаються запобігти їх хворобливому впливу на людину. При когнітивній поведінковій психотерапії клієнтів навчають розпізнавати негативний образ думок і характер поведінки, викликані стресом, й модифікувати їх таким чином, щоб змінити емоційні реакції. Для цього психотерапевти просять клієнтів вести щоденник, щоб фіксувати негативні думки. Нові зразки поведінки апробуються на терапевтичних сеансах, часто у формі рольових ігор із тим, щоб потім вони могли слугувати за взірець для поведінки щодо подолання стресу.

У роботах, в яких згадуються методи психотерапії ПТСР [24; 117; 150], в якості ефективних назвали такі методи, як когнітивно-біхевіоральна терапія, психодинамічна психотерапія, групова психотерапія, арт-терапія. Крім того, дієвими вважають сімейну психотерапію, гіпноз, позитивну психотерапію, дебрифинг, десенсибілізацію і переробку травми рухами очей, а також НЛП, особистісно-орієнтовану (реконструктивну) психотерапію, гештальт-терапію, символдраму, раціональну психотерапію.

Для оцінки ефективності описаних вченими методів психотерапії ПТСР використана шкала:

- А – рандомізованих, добре контрольованих експериментальних досліджень індивідів із ПТСР;

- В – добре розроблених експериментальних досліджень індивідів із ПТСР без рандомізації або плацебо-порівняння;

- С – природних експериментальних досліджень і спостережень, які в достатній мірі підтверджують ефективність психотерапевтичної техніки або дають певні рекомендації;

- D – тривалої і широко поширеної практиці, яка не зазнала емпіричної перевірки при ПТСР;

- Е – тривалої практиці обмеженої групи експериментаторів, яка не зазнала емпіричної перевірки при ПТСР;

- F – нещодавно розробленому методу, що не піддавався емпіричній перевірці при ПТСР.

Особливості методів психотерапії представлені в табл. 1.1. Їх ефективність розкрита рівнями А – D.

Методи психотерапії, відповідні рівням Е і F, не розглядалися.

*Таблиця 1.1*

**Ефективність методів психотерапії ПТСР**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Рівень ефективності** | **Метод психотерпії** | | | | **Всього** |
| А | Когнітивно-біхевіоральна психотерапія | Десенсибілізація і переробка травми рухами очей | Групова психо-  терапія і тренінг | Сімейна психо-терапія | 4 |
| В | Психо-динамічна психотерапія | Особистісно-орієнтована (реконструк-тивна психо-терпія) |  |  | 2 |
| С | Дебрифінг | Позитивна психотерапія |  |  | 2 |
| D | Арт-терапія | Гіпноз |  |  | 2 |
| E | Гештальт-терапія | Раціональна психотерапія | НЛП |  | 3 |
| F | Символ-драма | Тілесно-орієнтована психотерапія |  |  | 2 |

Рівень А. Когнітивна психотерапія ПТСР проводиться з урахуванням когнітивної тріади депресії А. Бека [107]. Її мета – виправлення помилково переробленої інформації та допомога в модифікації переконань, які підтримують неадаптивну поведінку та емоції. Основні стратегії полягають в емпіризмі співпраці, сократівському діалозі.

Емпіричні докази використовуються для визначення того, чи служать дані когніції будь-якій корисній меті. Вихідні умовиводи піддаються логічному аналізу. Цей процес є партнерським.

Сократівський діалог є головним терапевтичним інструментом когнітивної психотерапії. Психотерапевт ретельно складає питання, вирішуючи такі завдання: пояснити або визначити проблему; допомогти клієнту ідентифікувати думки, образи, пропозиції; вивчити значення подій для клієнта; оцінити наслідки підтримки неадаптивних думок і поведінки.

Сутність сократівського діалогу полягає в тому, що клієнт приходить до логічних висновків на підставі питань, які ставить психотерапевт. Питання не використовуються для того, щоб підвести клієнта до висновку: вони ставляться так, щоб він міг подивитися на свої припущення обʼєктивно, не вдаючись до психологічного захисту.

За допомогою спрямованого (психотерапевтом) відкриття клієнт модифікує неадаптівні переконання і припущення. Прояснюються проблемна поведінка й логічні помилки, стимулюються поведінкові експерименти, створюючи, тим самим, новий досвід. Клієнт навчається виправляти хибну когнітивну переробку інформації так, що, врешті-решт, він стає незалежним від психотерапевта. Спрямоване відкриття має на увазі, що психотерапевт заохочує клієнта використовувати інформацію, факти і можливості для формування реалістичного погляду.

Техніка розкриваючих інтервенцій за Е. Фоа заснована на припущенні, що при ПТСР діє страх стимулів, не тільки релевантних травмі, а й спогадами про неї. А тому звернення клієнта до спогадів (в уяві або безпосередньо), що викликають страх, має приносити терапевтичний ефект. Таким чином, сутність методу полягає в тому, щоб допомогти пережити заново травматичні спогади та інтегрувати їх. Цією технікою знижують рівень дистресу, фізіологічної реактивності й навʼязливих спогадів. Ефективність даного виду терапії переконливо продемонстрована в роботі з ветеранами воєн, жертвами зґвалтування і дітьми, які перебували в зоні військових дій. Метод необхідний для зняття таких симптомів посттравматичного стресу, як психофізіологічна активація та реакція переляку, навʼязливі думки, нічні кошмари, агресивність. Неочевидна ефективність методу при ліквідації таких симптомів, як емоційна глухота, відчуженість і обмеженість афекту. При проведенні цієї терапії підкреслюється важливість мотивації на лікування. Клієнту слід надавати інтенсивне сприяння психотерапевту, а терапевт має бути впевнений в тому, що допомога безпечна, і клієнт має достатній ресурс для успішного занурення в терапевтичну роботу.

Десенсибілізація і переробка травми рухами очей за Ф. Шапіро – метод призначений здебільшого для терапії поодиноких епізодів, таких як травма, отримана в результаті авіакатастрофи. Однак є досвід застосування цієї терапії й для агорафобії, депресії та панічних симптомів. Техніка десенсибілізації і переробки травмуючих переживань за допомогою руху очей – варіант техніки розкриваючої інтервенції.

Терапія складається з таких процедур: уявлення людиною травмуючої сцени, переживання почуття тривоги, когнітивної реконструкції і спрямованих терапевтом саккадичних рухів очей (специфічних для цієї техніки). Клієнта просять зосередитися на травматичних спогадах і спробувати відтворити всі думки, які викликає у нього ця травма (наприклад, «Я безпорадний» або «Я нічого не контролюю» тощо). Потім його просять уявити травматичну сцену в більш стислому вигляді, сформулювати негативні думки з приводу травмуючої спогади, сконцентруватися на повʼязаних з цими думками фізичних відчуттях і стежити очима за пальцем терапевта, що ритмично рухається на відстані 30-35 см від його особи.

Після рухів клієнта просять зробити глибокий вдих і відволіктися від переживання. Далі йому пропонується зосередитися на тілесних переживаннях, повʼязаних з уявною сценою, а також на позитивних думках (наприклад, «Я зробив найкраще з того, що міг», «Все в минулому» тощо). Терапевт оцінює стан клієнта за субʼєктивною десятибальною шкалою дистресу.

На думку О. Лисової [138], сімейна психотерапія є провідним методом при сімейному насильстві, яке стало причиною ПТСР, а також при психотерапії біженців і вимушених переселенців. В інших випадках сімейна психотерапія є значущим допоміжним, але не основним методом психотерапії ПТСР. Системна сімейна психотерапія орієнтована на корекцію порушень сімейної системи, що виникли в результаті хвороби або смерті члена сімʼї. Доведено, що ветерани війни, які страждають на ПТСР, демонструють високий ризик виникнення міжособистісних, в тому числі сімейних, проблем. Основні різновиди сімейної психотерапії: підтримуюча, подружніх пар, дитячо-батьківська.

Групова психотерапія і тренінг рекомендуються як частина психотерапевтичної програми реабілітації ПТСР. Найбільш ефективними є: підтримуюча групова терапія, когнітивно-біхевіоральна групова психотерапія, психодинамічна групова психотерапія. На етапі психологічної реабілітації великого поширення набули тренінги управління стресом і тренінги відновлення соціальних навичок [19; 42; 50; 136]. Однією із переваг групової психотерапії є можливість надання допомоги більшій, в порівнянні з індивідуальною психотерапією, кількості пацієнтів [17; 18; 141].

Рівень В. Психодинамічна психотерапія орієнтується на розуміння психічної травми як результату неминучих фрустрацій потреб і потягів. В даний час нове тлумачення в руслі психодинамічного підходу отримали запропоновані З. Фрейдом енергетичні уявлення про травму: сучасні автори пропонують замінити поняття енергії на поняття інформації. Останнє означає як когнітивні, так і емоційні переживання й сприйняття, що мають зовнішню чи внутрішню природу. Завдяки цьому відбувається зближення когнітивно-інформаційного та психодинамічного поглядів на травму.

Даний підхід передбачає, що інформаційне перевантаження призводить людину в стан постійного стресу до тих пір, поки ця інформація не пройде відповідну переробку. Інформація, будучи схильною до дії психологічних захисних механізмів, навʼязливим чином відтворюється в памʼяті (флешбеки). Емоції, яким у постстресових синдромах належить важлива роль, є по суті реакцією на когнітивний конфлікт і одночасно мотивами захисної, контролюючої поведінки.

Внаслідок травматичного досвіду у людини актуалізується конфлікт між старим і новим образами «Я», який породжує сильні негативні емоції. Щоб позбутися них, вона намагається не думати про травму, її реальні і можливі наслідки, в результаті чого травматичні сприйняття виявляються недостатньо переробленими. Проте, вся інформація зберігається в памʼяті, причому в досить активному стані, викликаючи мимовільні спогади (проте як тільки переробка цієї інформації буде завершена, уявлення про травматичну подію стираються з активної памʼяті).

Ця теорія концентрується на таких симптомах посттравматичного стресового розладу, як відчуження і відчуття нетривалого майбутнього. Крім того, даний підхід пропонує пояснення флешбеків і симптомів уникнення. Під когнітивною схемою тут розуміється збережений в памʼяті інформаційний патерн, який регулює і організує сприйняття та поведінку. У психології такий патерн позначається терміном «схема Я», яка розпадається на різні складові (схеми, образи «Я», ролі). Сюди ж відносяться і схеми значущого іншого, і світу в цілому (світогляд).

Змінені когнітивні схеми повʼязані з так званими дисфункціональними когніціями, тобто зміненими установками або помилками мислення, що ведуть до спотвореної переробки інформації. Під впливом травми ці схеми можуть змінюватися, в першу чергу схеми «Я» і схеми ролей. Після травми змінюються образ «Я» і образи значущих інших.

Ці змінені схеми залишаються в памʼяті до тих пір, поки сприйняття і переробка інформації не призводять до їх інтеграції до складу старих, незачеплених травмою схем. Наприклад, раніше впевнена в собі, активна людина в результаті травми раптово відчуває себе слабкою і безпорадною. Ії уявлення про себе після травми можна сформулювати так: «Я – слабка і вразлива».

Це уявлення вступає в конфлікт із її колишнім образом «Я»: «Я – компетентна і стабільна». Травматично змінені схеми залишатимуться в активному стані до тих пір, поки людина не виявиться в змозі прийняти той факт, що вона часом може бути також слабкою і вразливою. Поки активовані змінені схеми не інтегровані в образ «Я», вони породжують флешбеки і сильне емоційне напруження.

Прискорена динамічна психотерапія розглядає афект в контексті емоційних взаємозвʼязків і спрямована на підтримку творчих, а не захисних мотивацій. Психотерапевт намагається звести до мінімуму стереотипні захисні реакції клієнта за допомогою підтримки, підтвердження й емоційної залученості. Мета прискореної динамічної психотерапії – допомогти клієнту пережити емоції, які раніше сприймалися ним як нестерпні, куди включаються ядерний афект, сприйняття власного «Я» і відносин з іншими людьми, емоційна біль, афекти, повʼязані з одужанням, й почуття різкої позитивної зміни. Техніки прискореної динамічної психотерапії можна розділити на техніки звʼязку, реструктуризації та впливу на переживання.

Техніки звʼязку спрямовані на актуалізацію здібностей клієнта до відкритого звʼязку в умовах відносно безпечної психотерапії. Вони сфокусовані на відносинах, що встановлюються між клієнтом і психотерапевтом. Останній переконує клієнта в необхідності відкрито обговорювати будь-які почуття, що стосуються відносин між ними. Він систематично демонструє співпереживання і підтримку, а також власну відкритість для створення обстановки відвертості. Робота психотерапевта здійснюється у співпраці з клієнтом, що заохочує останнього до розуміння глибини власних ресурсів.

Техніки реструктуризації дозволяють фахівцеві швидко встановити терапевтичні відносини і заохочують клієнта до розпізнавання особливостей власних реакцій, повʼязаних зі сприйняттям і відносинами з іншими людьми. Прискорена динамічна психотерапія включає в себе спостереження за змінами сприйняття (такими як відкритість у порівнянні з дефензивністю, і позитивні емоції в порівнянні з негативними), роботу з різними аспектами міжособистісних відносин, динамічні моделі, повʼязані з міжособистісними відносинами.

Третя група технік призначена для впливу на переживання або (якщо афект виявлено) на поглиблений афект із використанням супутніх психодинамічних впливів. Ці техніки включають сприяння істинним афективним переживанням, позначення і ознайомлення з афективним сприйняттям, прагнення до специфікації та деталізації. Сюди ж входять оцінка соматичних відчуттів, повʼязаних з емоційними реакціями, застосування зображень для виявлення динамічних і емпіричних корелятів уявних взаємодій, полегшення скорботи.

Особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія базується на вченні В. Мясищева про неврози та їх психотерапії й може бути віднесена до психодинамічного напрямку. Завдання індивідуального варіанту цієї психотерапії відображають поетапний характер терапевтичного процесу: від вивчення особистості клієнта (і клієнтом – тобто від самопізнання) через усвідомлення до зміни – корекції порушених відносин клієнта і обумовлених ними неадекватних емоційних і поведінкових стереотипів. В осередку стихійного лиха переважно може бути впроваджена індивідуальна психотерапія, а в психотерапевтичних кабінетах – й групова особистісно-орієнтована (реконструктивна) психотерапія.

Рівень С. Дебрифинг – основна мета вбачається у нормалізації емоційного стану. Виділяють сім стадій дебрифинга:

1) введення – психотерапевт знайомить клієнта з методами профілактики виникнення відстрочених реакцій на травму;

2) передбачуваність і факти – на цьому етапі детально обговорюється травматична подія з акцентом на фактах і причинно-наслідкових звʼязках;

3) думки і враження – конструюється цілісний образ ситуації; реакції клієнта розглядаються в перспективі; відбувається інтеграція травматичного досвіду;

4) емоційні реакції – найтриваліша частина дебрифинга, психотерапевт сприяє конструктивному відреагуванню травми;

5) нормалізація – акцент робиться на прийнятті клієнтом своїх емоційних реакцій;

6) співоволодіння – клієнти вчаться отримувати підтримку від своїх близьких;

7) завершення – клієнт отримує рекомендації на найближчі 4-6 тижнів.

При психотерапії ПТСР дебрифинг можливий як частина індивідуальної або групової психотерапії.

Позитивна психотерапія складається з ряду психотерапевтичних методів, що базуються на принципах оптимізму та надії. При психотерапії ПТСР акцент робиться на техніці позитивної реінтерпретації, позитивних афірмацій, тренінгу управління життєвими подіями; активно використовуються психотерапевтичні метафори. Однією з особливостей всіх методів позитивної психотерапії є акцент на плануванні майбутніх досягнень. В даний час накопичений досвід застосування позитивної психотерапії при індивідуальній, сімейній та груповій психотерапії ПТСР.

Рівень D. Арт-терапія в основному використовується для допомоги при віддалених наслідках психотравми, представлена ​​терапією малюнком і пісочної психотерапією.

Терапія малюнком полягає в малюванні на спеціально задані теми і подальшого обговорення зображеного. Тривалість заняття складає близько двох годин. Г. Солдатова та співавтори показали, що психотерапію ПТСР у біженців слід здійснювати за такими принципами:

1) малювання як регульований арт-терапевтичний процес. Психотерапевт здійснює власні терапевтичні інтервенції опосередковано – через тему, яку задає для малювання. Тема фокусує увагу клієнта на одному з аспектів проблеми;

2) діалог – основа адаптації. Художня творчість є способом спілкування, можливістю вираження власних почуттів, проблем, конфліктів на невербальному рівні. Вкрай важлива для клієнта можливість емоційно глибоких, конструктивних відносин із психотерапевтом;

3) мистецтво як відреагування. У процесі малювання відбувається відреагування негативних емоцій і страхів, повʼязаних із психотравмуючою ситуацією. Однак подібне відреагування – це свого роду самотерапія, яка стає ефективною тільки при адекватній роботі уяви. У ряді випадків замість катарсису можливе зростання напруги, зациклення на певних сюжетах, формах, фарбах. Тут психотерапевт має стимулювати вихід за рамки стереотипу малювання, розкріпачити уяву клієнта;

4) сталість терапевтичних відносин. Одне з труднощів, яке викликає дезадаптацію постраждалих, – стрес змін: постійна побутова невлаштованість, невизначеність майбутнього, втрата звичного світу, часом сполучена з безпосередньою загрозою для життя. Відносини з психотерапевтом можуть стати точкою стабільності в нестабільному світі, ресурсом, який дозволить потерпілому впоратися з невротичним конфліктом, інтегрувати позитивний досвід в повсякденне життя.

Пісочна терапія використовується обмежено, що повʼязано з нестачею технічних засобів, необхідних для роботи. При пісочній терапії клієнт, розповідаючи про свою проблему, може не здійснювати з піском ніяких маніпуляцій, а може, навпаки, змішувати його з водою і надавати піску будь-які форми. На відміну від терапії малюнком, отримані композиції не інтерпретуються. Після сеансу клієнта психотерапевт фотографує їх і розбирає. Також, на відміну від попереднього методу, робота з піском викликає феномен вікової регресії. Клієнт як би повертається у власне дитинство, за часів ігор в пісочниці та активізує потужний особистісний ресурс. Психотерапевт може впливати на вираженість вікової регресії у клієнта за допомогою додаткових предметів та іграшок, які має в своєму розпорядженні. Пісочна терапія – в своєму роді форма активної уяви, хоча одержувані в результаті образи конкретні та відчутні, а не ілюзорні й безтілесні. Клієнт, руки якого торкаються до піску, інстинктивно намагається надати певну форму своїм почуттям і думкам – створити фундамент піскової композиції. Можна виділити три прийоми роботи з піском: маніпуляції з поверхнею піску, проникнення в товщу піску, змішування піску з водою.

Ефективними визначають й методи релаксації – аутогенне тренування і прогресуюча мʼязова релаксація [31; 146]. Так, методика аутогенного тренування за Шульцем спрямована на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, порушених в результаті стресового впливу. У постраждалих від стихійного лиха метод аутогенного тренування найбільш показаний при розладах неврастенічного кола: загальноневротична симптоматика, нейровегетативні і нейросоматичні синдроми при більш високій ефективності у випадках переважання симпатичного тонусу; порушення сну, особливо засинання; стану тривоги і страху, фобії тощо. Основними елементами методики є тренування мʼязової релаксації, самонавіювання, самовиховання.

Прогресуюча мʼязова релаксація за Е. Джекобсоном узгоджується з уявленнями про те, що мʼязова релаксація є анти-фобічним фактором. В ході виконання завдань за допомогою концентрації уваги спочатку формується здатність відчувати напруження в мʼязах і відчуття мʼязового розслаблення. Потім відпрацьовується навик до довільного розслаблення напружених мʼязів.

Вправи починаються з короткочасного 5-7-секундного напруження в першій групі мʼязів, які потім розслабляються. Увага клієнта зосереджується на рівні релаксації в цій частині тіла. Далі переходять до другої групи і т. д. На заключному етапі клієнт після повсякденного аналізу локальних напружень мʼязів, що виникають при тривозі, страху і хвилюванні, самостійно досягає мʼязового розслаблення і, таким чином, долає емоційне напруження.

Отже, аналіз основних досліджень, присвячених психотерапії ПТСР, дозволяє виділити методи психотерапії, результативність яких доведена в низці досліджень: когнітивна психотерапія, десенсибілізація і переробка травми рухами очей, сімейна психотерапія, групова психотерапія. У той же час, необхідно відзначити, що в даний час і в нашій країні, і за кордоном відсутня визнана методологія оцінки ефективності психотерапії ПТСР. Провідні фахівці підкреслюють необхідність комплексної психотерапії, коли психотерапевтична дія окремих методів, згідно із законом синергізму має посилюватися, для реалізації чого потрібен інтегративний, а не еклектичний підхід, який переважає на теперішній час. У руслі інтеграційного підходу при розробці комплексних програм психотерапії ПТСР перспективним завданням є знаходження основного методу, який володіє достатнім потенціалом сприйняття технік і методик, розроблених в інших методах.

Можна виділити фактори (умови), які сприяють профілактиці розвитку ПТСР і помʼякшують його перебіг. До них належать: негайно розпочата з потерпілим психосоціальна терапія, що надає йому можливість активно ділиться своїми переживаннями; рання і довгострокова соціальна підтримка; соціально-професійне відновлення приналежності потерпілого до суспільства (реабілітація та реадаптація) і відновлення почуття (відчуття) психологічної безпеки; участь потерпілого в психотерапевтичній роботі спільно з психологічно травмованими людьми; відсутність повторної травматизації тощо.

Виокремлено різні профілактичні процедури ПТСР. Це різні методики і підходи, які дозволяють людині запобігти ПТСР, допомагають справлятися зі стресовими травмуючими подіями. Нижче наведено деякі з них.

Кризова інтервенція – це професійна психосоціальна допомога, яка надається особам, які зазнали тривалого порушення психічної та соціальної рівноваги з вини критичної життєвого події, не набувши проте ніякого психічного розладу. Критична подія призводить до порушення відповідності між наявними психічними і природними соціальними ресурсами та потрібним психічним напруженням. Кризова інтервенція покликана допомогти таким особам відновити душевну і соціальну рівновагу, до того як дана проблема перетворилася в розлад. В цьому відношенні функцію кризової інтервенції можна назвати профілактичною, а часто вона сприяє й подальшому розвитку, якщо людина здатна інтерпретувати кризу як задачу або шанс для розвитку, що надає стимул для нової самоорганізації в особистому й соціальному житті. Якщо критичні життєві події передбачувані, то за допомогою цілеспрямованих заходів можна підготувати відповідне коло людей ще до настання перевантаження, щоб реакція на майбутню подію була більш компетентною [40; 126].

Багато моделей самоконтролю представляють собою розширену концепцію класичної теорії навчання – в тій мірі, наскільки у відповідного індивіда передбачається здатність керувати власною поведінкою. Особливо гостро це видно на прикладі концепції саморегуляції. Ф. Канфер виділяє в цій моделі такі ступені: самоспостереження, самооцінка за допомогою певних стандартів і самопідкріплення як наслідок порівняння стандарту з власною поведінкою. Самоконтроль означає специфічний випадок саморегуляції при наявності специфічної конфліктної ситуації: індивід перериває багато в чому автоматизований поведінковий ланцюжок, щоб точно проаналізувати ситуацію і власну поведінку. В якості основи самоконтролю вирішальну роль відіграють мотиваційні, когнітивні та поведінкові процеси. До самоконтролю в більш вузькому сенсі цього слова можна віднести такі методи:

- методи самоспостереження, що найчастіше слугують першим щаблем в процесі змін;

- методи контролю стимулу, при яких індивід багато в чому сам керує власною поведінкою за рахунок того, що завдяки спеціальній організації фізичного або соціального оточення стає більш імовірною відповідна цільова поведінка;

- методи контролю наслідків, при яких індивід самостійно може управляти ймовірністю настання власної поведінки шляхом самопідкріплення, самопокарання або укладення спеціальних контрактів.

Отже, констатовано активне застосування різноманітних методів допомоги при роботі з ПТСР особистості (Д. Беккер, С. Єніколопов, О. Смирнов, Л. Шестопалова) [21; 69], основними з яких є когнітивно-поведінкова (І. Королькова, М. Наров, А. Простяков) [115], психодинамічна (Т. Кин, Е. Фоа, М. Фридман), гіпносугестивна (Д. Бром, К. Коннор), сімейна (І. Валінурова, О. Єпанчинцева, О. Пермякова) [39; 70] психотерапія, техніки десенсибілізації (П. Девідсон, Л. Максфілд, К. Паркер, А. Пушкарьов, Ф. Шапіро) та ін.

У той же час відзначається недостатність цілісних підходів до психотерапії ПТСР у молоді. Зʼясовано, що використовується обмежена кількість комплексних реабілітаційних програм при роботі з особами цієї вікової групи, або перевага надається психофармакотерапії.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У МОЛОДІ**

**2.1. Обґрунтування методик і процедури емпіричного дослідження**

Як відомо, оптимальною умовою для визначення характеристик особистості є комплексний підхід, який може забезпечити адекватно підібрана система методів, що надає змогу всебічно оцінити особистість у всіх її проявах [11; 25; 29; 30; 97; 128; 130]. Необхідним також є враховування специфіки психодіагностики ПТСР: першим етапом при її проведенні є встановлення самого факту переживання травматичної події, тобто вже на цьому етапі відбувається актуалізація індивідуального травматичного досвіду і супутньої йому постстресової симптоматики [150]. Досвід показує, що процес обстеження травматизованих клієнтів предʼявляє до діагноста вимоги, які стосуються як безпосередньо компетенції професіонала, так і вміння надавати психотерапевтичну допомогу вже на першому етапі психодіагностики. Таким чином, методи стандартизованої психодіагностики в роботі з ПТСР становлять інтерес не тільки в суто діагностічному плані, але й в плані оптимізації психокорекційних та реабілітаційно-відновлювальних заходів.

На констатувальному етапі дослідження для вивчення соціально-психологічних особливостей ПТСР у молоді було використано комплекс емпіричних методів: спостереження; аналіз документів, структуроване інтервʼю (SCID) (F. Weathers, В. Litz, D. Blake) зі шкалою для діагностики ПТСР (CAPS) (F. Weathers) та «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) (D. Weiss, С. Marmar, Т. Metzler) (в адаптації Н. Тарабриної);  опитувальник травматичного стресу (ОТС) (І. Котенев); методики «Рівень співвідношення «Цінності» і «Доступності» в різних життєвих сферах» та «Шкала оцінки дискомфорту» (О. Фанталова); методики дослідження самоставлення (В. Столін, С. Пантелєєв) і комунікативної соціальної компетентності (М. Фетіскин); шкали реактивної (ситуативної) й особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, в адаптації Ю. Ханіна), шкала депресії (А. Бек); методика діагностики показників і форм агресії  (А. Басс, А. Даркі, в адаптації О. Осницького); тест кольорового вибору (М. Люшер), «Hand test» (Е. Вагнер, в адаптації Т. Курбатової); опитувальник акцентуацій характеру (К. Леонгард, Г. Шмішек); методика «Індекс життєвого стилю» (LSI) (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Конт, в адаптації Л. Вассермана, О. Єришева, Є. Клубової); методика діагностики стратегій подолання стресових ситуацій (SACS) (С. Хобфолл, в адаптації Н. Водопʼяновой, О. Старченкової); багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) (С. Зімет, в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти).

Діагностичне обстеження, яке проводилося з досліджуваними, займало дві-три зустрічі (ми намагалися, щоб перерва між цими зустрічами не перевищувала одного тижня).

До констатувального етапу дослідження було залучено спостереження. Наукова цінність спостереження полягала, насамперед, у створенні узагальненої моделі поведінки молоді. Сутність цього метода – в можливості більш тривалого спостереження за поведінкою досліджуваних. В цьому –методологічна перевага методу спостереження перед експериментом. До того ж спостереження виграє у часі: ним можна користуватись як короткий термін часу, так і довготривало [36; 147].

Практичний досвід показує, що існуюча система діагностики ПТСР у молоді не завжди відповідає сучасним вимогам, а наявні дослідження в цій області вимагають подальшого розвитку [129]. Актуальним є емпіричне вивчення соціально-психологічних особливостей ПТСР у молоді за допомогою стандартизованих психологічних тестів, а також моніторинг соціального статусу досліджуваних із проявами ПТСР. Отримані дані є вкрай важливими для надання психологічної та психотерапевтичної допомоги.

У світовій психологічній практиці для діагностики ПТСР розроблений і використовується комплекс спеціально сконструйованих психологічних та психометричних методик. Основним методом діагностики виступає структуроване інтервʼю (SCID) і діагностична шкала ПТСР (CAPS). SCID включає ряд діагностичних модулів (блоків питань), що забезпечують діагностику афективних, психотичних, тривожних й викликаних вживанням психоактивних речовин порушень. Конструкція інтервʼю дозволяє працювати окремо з будь-яким модулем, в тому числі й з модулем ПТСР. У кожному модулі дані чіткі інструкції, що дозволяють експериментатору перейти до бесіди за іншим блоком питань. При необхідності остаточного висновку можуть залучатися незалежні експерти. Авторами методики передбачена можливість її подальших модифікацій в залежності від конкретних завдань дослідження.

Шкала діагностики CAPS розроблена для вивчення проявів ПТСР в посттравматичному періоді у цілому. Шкала застосовується додатково до інтервʼю SCID для діагностики рівня вираженості ПТСР і їх частоти (F. Weathers, В. Litz, D. Blake). CAPS дозволяє оцінити частоту виявлення й інтенсивність прояву індивідуальних симптомів ПТСР, а також ступінь їх впливу на соціальну активність і виробничу діяльність. За допомогою цієї шкали можна визначити ступінь поліпшення стану при повторному дослідженні в порівнянні з попереднім станом, валідність результатів та загальну інтенсивність проявів ПТСР. Час розгляду проявів кожного симптому – 1 місяць. За допомогою питань шкали визначається частота досліджуваного симптому протягом попереднього місяця, а потім оцінюється інтенсивність його проявів.

При оцінці поведінкових проявів експериментатором враховувалися відчуття дистанції, ініціативність під час інтерв’ю, характер відповідей, наявність агресивних ознак в процесі інтерв’ю, ознаки емоційної нестійкості. Важливим завданням під час інтерв’ю було встановлення контакту з досліджуваними. Для цього ми дотримувалися низки обовʼязкових умов: утримуватися від оціночних суджень, тобто не критикувати висловлювання; не давати оцінки поведінці, манері триматися; утримуватися від побажань, порад та інших засобів впливу на поведінку досліджуваного (за винятком надання інструкцій до виконання експериментальних методик). Інтерв’ю проводилося в спокійному, доброзичливому тоні. Коли респондент поводився дуже скуто, не хотів вступати в контакт або не міг освоїтися в ситуації обстеження, проявляв ознаки тривожності та неспокою, ми включали в розмову теми, що цікавлять досліджуваного. Відомості, отримані в ході інтерв’ю, використовувалися як матеріал для співставлення з результатами, отриманими іншими методами, зокрема з аналізом документів.

У дослідженні застосовувалася шкала оцінки впливу травматичної події. Перший варіант цієї шкали (IES) був опублікований М. Горовіцем. Опитувальник складається з 15 пунктів, заснованих на самозвіті та виявляє переважання тенденції уникнення або вторгнення (навʼязливого відтворення) травматичної події. Симптоми вторгнення (англ. іntruision) – іноді перекладається як «навʼязування» – включають навʼязливі відчуття, образи чи думки. До другої категорії відносять симптоми уникнення, що включають спроби помʼякшення або уникнення переживань, повʼязаних із травматичною подією, зниження реактивності. Зміст самозвіту стосувався специфічних життєвих подій, а також специфіки вимірюваних показників. Д. Вейс [319; 320] з колегами прийшли до висновку, що IES може бути більш корисною, якщо ця шкала буде здатна діагностувати не тільки такі симптоми ПТСР як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперактивації, які є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, «Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута» (IES-R) стала містити 22 пункти. Метою додавання нових 6 пунктів (субшкала «гіперактивація») є опис таких областей: злість і дратівливість; гіпертрофована реакція переляку; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами; безсоння.

При складанні опитувальника травматичного стресу (ОТС) І. Котеневим [116] були використані окремі пункти методик СМДО (Л. Собчик) і опитувальника DIS-Q (J.Vanderlinden). Решта тверджень носять авторські (І. Котенев) формулювання. При цьому, виходячи з концепції ПТСР як нормальної реакції людини на екстремальні обставини, пункти, які мають явним психопатологічний підтекст, виключалися.

Опитувальник складається з короткої інструкції і 110 пунктів-тверджень. Випробуваному пропонується за допомогою 5-бальної шкали Р. Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно») оцінити кожне з тверджень в залежності від його відповідності власному стану. 56 пунктів є ключовими для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень, 15 пунктів входять в додаткову шкалу депресії, 9 пунктів складають три оціночних шкали – брехні, агравації та дисимуляції, що дозволяють контролювати ступінь щирості випробуваного, його схильність підкреслювати тяжкість свого стану або заперечувати наявність психологічних проблем. Крім того, в опитувальник включені резервні і маскуючи затвердження, що перешкоджають мимовільному розумінню респондентом основної спрямованості тесту. Крім прямих тверджень, згода з якими оцінюється як наявність у респондента тієї чи іншої ознаки (симптому), щоб збалансувати тенденцію згоди, в опитувальнику є так звані зворотні пункти, негативні відповіді на які є значущими.

Тестування може проводитися індивідуально або в формі групового обстеження з використанням тексту опитувальника і спеціального бланка для відповідей. Психолог, який проводить обстеження, зобовʼязаний розʼяснити його причини, цілі та завдання, порядок використання результатів і ознайомлення з ними випробовуваних. Важливо, щоб цілі та завдання обстеження були зрозумілі кожному випробуваному й прийняті ним. Опитувальник має єдину форму предʼявлення і починається з письмової інструкції, що міститься на першій сторінці. На наступних сторінках містяться твердження, кількість яких на сторінці відповідає довжині рядка бланка відповідей. Це дозволяє випробуваним самостійно контролювати правильність виконання завдань. При тестуванні з використанням бланкового варіанту опитувальника процедура займає від 15 до 25 хвилин.

Результати оброблялися накладенням заздалегідь виготовлених ключів на заповнений бланк з відповідями випробуваного. У ключі виділяються прямі (які не потребують перекодування при підрахунку) і зворотні твердження, відповіді на які мають бути перекодовані: відповідям 5 (абсолютно вірно) і 4 (швидше вірне) присвоюються значення 1 і 2 відповідно, а відповідям 1 (абсолютно невірно) і 2 (швидше за невірно) – 5 і 4. Потім простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР та гострого травматичного розладу (ГСР): L (брехня), Ag (агравація), Di (дисимуляція), depres (депресія); ПТСР: А (1) (подія травми), В (повторне переживання травми – інтрузія), С (уникнення), D (гіперактивація), F (дистрес і дезадаптація); ГСР: А (1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – інтрузія), d (уникнення), e (гіперактивація), f (дистрес і дезадаптація).

IN – субшкала «вторгнення» – це симптоми наполегливого ​​вторгнення в свідомість образів, спогадів і емоцій, повʼязаних з утриманням психотравмуючих обставин, що викликають щоразу сильний психологічний дистрес у респондента;

AV – субшкала «уникнення» містить симптоми уникнення, які проявляються в прагненні та спробах наполегливо уникати думок, почуттів, розмов, осіб, місць і діяльності, що викликають спогади про травму. При цьому відзначаються такі явища як звуження спектра і зменшення сили емоційного реагування, помітне зниження інтересу та участі в раніше значущих видах діяльності, почуття залежності або відчуженості від людей й ряд інших.

AR – субшкала «гіперактивація» (не була присутня до травми). Ця підгрупа відображає явища як загальної підвищеної збудливості центральної нервової системи, властивої постраждалим із наслідками психічної травми, так і підвищену реактивність їх психіки щодо специфічних, свого роду ключових подразників. Вона містить в собі: порушення сну;  дратівливість, спалахи раптового гніву; труднощі зосередження, концентрації уваги;  підвищену (яка не відповідає ординарним обставинам) пильність; готовність до оборонної реакції.

Присутність зазначених порушень є необхідною, але недостатньою умовою діагностування ПТСР. Ще один критерій, який доповнює картину постстресового стану, полягає в тому, що розлади зумовлюють виражений дистрес або порушують соціальну, професійну чи іншу значиму діяльність. Цей загальний показник IES-R можна назвати функціональним: він повʼязаний з порушенням психологічної адаптації, порушенням (або зниженням) професійної працездатності, погіршенням якості життєдіяльності у звʼязку з перенесеною психічною травмою.

Підсумкові показники ПТСР виходять з результатів підсумовування значень основних субшкал:

ПТСР = A (1) + B + C + D + F; ГСР = A (1) + b + c + d + e + f.

Розроблена та пройшла валідизацію додаткова шкала – шкала депресії, яка відображає наявність почуття провини, знижений фон настрою і ряд інших специфічних проявів психогенного депресивного стану. Виявлений, зокрема, значний позитивний кореляційний звʼязок даної шкали з опитувальником А. Бека (r = 0,49; р <0,01), субшкалами SCL-90 «ворожість» (r = 0,43; р <0,01) і «депресія» (r = 0,46; р <0,01).

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР, так і за субшкалами опитувальника. З огляду на позитивну кореляцію, що існує між ПТСР і ГСР, у випадках, коли з моменту травмування пройшло досить багато часу (3 місяці і більше), можна обмежитися аналізом тільки показників ПТСР. Якщо ж обстеження проводилося безпосередньо після критичного події (протягом 1 місяця), то доцільним було проаналізувати й структуру ГСР.

При значеннях шкал нижче 50 Т-балів симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні від 50 до 65 Т-балів можуть проявлятися окремі симптоми постстресових станів, які незначно виражені. 65-70 Т- балів ПТСР або ГСР зазвичай відповідають проявам часткового ПТСР або ГСР. При значеннях вище 70 Т-балів ймовірність виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня 80 Т-балів необхідне уточнення діагнозу повного ПТСР або ГСР. Наведені критичні значення в Т-балах є орієнтовними як для оцінки загальних показників, так і стосовно окремих субшкал та шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів добре працюють як операціональні критерії оцінки ступеня вираженості постстресових станів [116].

Результати вивчення конкурентної валідності опитувальника свідчать про рівномірну представленість в ньому критеріїв постстресових станів, що містяться в додатковій шкалі PTSD, MMPI, інших психометричних методик, які пройшли процедуру емпіричної валідизації та широко використовуються зарубіжними, а останнім часом й вітчизняними авторами. Надійність (узгодженість) показників ОТС оцінювалася за коефіцієнтом Кронбаха, який для ПТСР перевищив 0,8; коефіцієнт Фергюсона для цих показників склав 0,95, що свідчить про досить високу дискримінативність тесту.

Результати вивчення психометричних властивостей ОТС свідчать про надійність і валідність (змістовну та конкурентну) запропонованого опитувальника.

Діагностика особливостей мотиваційно-ціннісної сфери досліджуваних проводилася нами за допомогою методики «Співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах» О.  Фанталової.

Для проведення експерименту потрібним було мати стандартний бланк, на якому двічі представлений набір всіх пар понять зі списку 12 цінностей: активне діяльне життя; здоровʼя (фізичне і психічне); цікава робота; краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і мистецтві); любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною); матеріально забезпечене життя (відсутність утруднень); наявність хороших і вірних друзів; пізнання (можливість розширення своєї освіти, загальної культури, інтелектуальний розвиток); свобода (незалежність в думках і вчинках); щасливе сімейне життя; творчість (можливість творчої діяльності); впевненість у собі (свобода від внутрішніх суперечностей). В методиці використаний метод парних порівнянь. У першому випадку досліджуваний одержував інструкцію вибрати поняття, що визначає більш значуще для нього коло потреб. В другому випадку досліджуваний мав здійснювати вибір за критерієм доступності для нього вищеназваних цінностей.

Індекс розбіжності Цінність-Доступність (Ц–Д):

n

R= Σ ⏐Цi – Дi ⏐, де i – номер поняття в реєстраційному бланку.

i=1

При n=12 теоретичні межі індексу «Ц–Д» перебувають в межах 0-72, де 0 – означає повний збіг «цінності» і «доступності» та вказує на однозначність одного і другого для особистості. 72 – максимальна розбіжність «цінності» і «доступності» згідно верхній межі методики. Вона вказує на повне неспівпадання «бажаного» та «реального» в поточній життєвій ситуації. Субʼєктивні формули, тобто оцінки того, що відбувається «з середини», для 0 і 72 будуть такі:

0 – «цінне» – одне і теж для мене, що «доступне», і, навпаки, «доступне» – одне і теж, що «цінне».

72 – того, що для мене цінно, немає, а те, що є мені не потрібно.

Обʼєктивно, виходячи зі змісту, індекс розбіжності «Ц – Д» (R) – це показник розузгодження, дезінтеграції в мотиваційно-ціннісній сфері, що свідчить про ступінь незадоволеності поточною життєвою ситуацією, блокаду основних потреб, внутрішній дискомфорт, внутрішню конфліктність, а також про рівень самореалізації, внутрішньої ідентичності, інтегрованості, гармонії.

За показниками індексу «Ц-Д» можна виділити три рівні дезінтеграції в мотиваційно-ціннісній сфері:

- від 0 до 33 (норми) – низький рівень дезінтеграції в мотиваційно-ціннісній сфері.

- від норми до 50 – середній рівень дезинтеграції в мотиваційно-особистісній сфері.

- від 50 до 72 – високий рівень дезінтеграції в мотиваційно-ціннісній сфері.

З метою співставлення обʼєктивно встановленого рівня розбіжності між «Цінністю» і «Доступністю» в мотиваційно-особистісній сфері (індекс «Ц-Д») і ступеня дискомфорту, який субʼєктивно переживається при цьому, використовувалася шкала оцінки дискомфорту О. Фанталової.

Методика включає сім тверджень: перші три висловлюють комфорт при поступовому його ослабленні (твердження №№ 1,2,3), потім йде нульовий стан (твердження № 4 – труднощі виділення комфорту або дискомфорту) і останні три твердження висловлюють наростання дискомфорту (№ 5-7). Таким чином, шкала оцінки дискомфорту є біполярною, що виражає, за допомогою семи тверджень, стан «комфорт - дискомфорт». У підсумку підраховується рівень дискомфорту (РД) за ступенем його вираженості:

1-2-3 – відсутність почуття внутрішнього дискомфорту;

4-5 – слабко виражений дискомфорт;

6-7 – виражений дискомфорт.

Як відомо, в ході життя людина пізнає себе і накопичує про себе знання; ці знання становлять змістовну частину її уявлень про себе. Однак знання про себе самого, природно, їй небайдужі: те, що в них розкривається, виявляється обʼєктом її емоцій, оцінок, стає предметом її більш-менш стійкого самоставлення.  В якості вихідного приймається відмінність змісту «Я-образу» (знання або уявлення про себе, в тому числі й у формі оцінки вираженості тих чи інших рис) та самоставлення.

Тест-опитувальник самоставлення (ОСС) побудований відповідно до розробленої В. Столін ієрархічної моделі структури самоставлення. Дана версія опитувальника дозволяє виявити три рівні самоставлення, що відрізняються за ступенем узагальненості: глобальне самоставлення; самоставлення, диференційоване за самоповагою, аутосимпатією, самоінтересом і очікуванням ставлення до себе; рівень конкретних дій (готовності до них) стосовно свого «Я».

Опитувальник включає такі шкали:

Шкала S – вимірює інтегральне почуття «за» чи «проти» власного «Я» випробуваного.

Шкала I – самоповага.

Шкала II – аутосимпатія.

Шкала III – очікуване ставлення від інших.

Шкала IV – самоінтерес.

Опитувальник містить також сім шкал, спрямованих на вимірювання вираженості установки на ті чи інші внутрішні дії на адресу «Я» випробуваного:

Шкала 1 – самовпевненість.

Шкала 2 – ставлення інших.

Шкала 3 – самоприйняття.

Шкала 4 – самокерівництво, самопослідовність.

Шкала 5 – самозвинувачення.

Шкала 6 – самоінтерес.

Шкала 7 – самопоняття.

Глобальне самоставлення – внутрішньо недиференційоване почуття «за» і «проти» самого себе.

Самоповага – шкала з 15 пунктів, що обʼєднали твердження, які стосуються «внутрішньої послідовності», «саморозуміння», «самовпевненості». Йдеться про той аспект самоставлення, який емоційно і змістовно обʼєднує віру в свої сили, здібності, енергію, самостійність, оцінку своїх можливостей, контролювати власне життя і бути самопослідовним, розуміння самого себе.

Аутосимпатія – шкала з 16 пунктів, що обʼєднує пункти, в яких відбивається дружність-ворожість до власного «Я». У шкалу увійшли пункти, які стосуються «самоприйняття», «самозвинувачення». У змістовному плані шкала на позитивному полюсі обʼєднує схвалення себе в цілому і в істотних деталях, довіру до себе і позитивну самооцінку, на негативному полюсі –бачення в собі переважно недоліків, низьку самооцінку, готовність до самозвинувачення. Пункти свідчать про такі емоційні реакції на себе, як роздратування, презирство тощо.

Самоінтерес – шкала з 8 пунктів, відображує міру близькості до самого себе, зокрема інтерес до власних думок і почуттів, готовність спілкуватися з собою «на рівних», впевненість у своєму інтересі для інших.

Очікуване ставлення від інших – шкала з 13 пунктів, що відображають очікування позитивного або негативного ставлення до себе оточуючих.

Діагностика комунікативної соціальної компетентності (КСК) досліджуваних проводилася за опитувальником М. Фетіскина [63]. Дана методика призначена для отримання більш повного уявлення про особистість, складання імовірнісного прогнозу успішності її професійної діяльності. Опитувальник включає в себе 100 тверджень, розташованих в циклічному порядку. Для кожного питання передбачені три альтернативних відповіді. Методика розрахована на вивчення окремих особистісних факторів у осіб із середньою і вищою освітою. Отримані таким чином бали підсумовуються по кожному фактору. По чинниках А, В, С, Д, К, М, Н, Л максимальне число балів 20. По фактору П – 40 балів.

Кількість балів від 16 до 20 (за факторами А, В, С, Д, К, М, Н) є високою оцінкою відповідного фактора. Це означає, що відповідна якість особистості явно виражена (наприклад, товариськість по фактору А).

Кількість балів 13, 14, 15 свідчить про певне переважання якості, відповідній високій оцінці (наприклад, товариськості над замкнутістю).

Кількість балів 5, 6, 7 свідчить про переважання якості, відповідній низькій оцінці (наприклад, замкнутості над товариськістю).

Кількість балів 8-12 означає приблизну рівновагу між двома протилежними особистісними якостями (наприклад, в міру відкритий, в міру замкнутий). Якщо респондент набрав 12 і більше балів за шкалою Л, то результати опитування необхідно визнати недостовірними. Якщо респондент набрав більше 20 (з 40) балів за шкалою П (схильність до асоціальної поведінки), то це свідчить про певні особистісні проблеми в певній сфері життя: в сімʼї, у відносинах з друзями, на роботі, в стосунках із оточуючими). У цьому випадку необхідно провести додаткову співбесіду, щоб виявити, наскільки серйозні проблеми, які виникли.

Фактор А. Висока оцінка + А – відкритий, легкий, товариський. Низька оцінка -А – нетовариський, замкнутий.

Фактор В. Висока оцінка + В – з розвиненим логічним мисленням, кмітливий. Низька оцінка –В – неуважний або зі слаборозвиненим логічним мисленням.

Фактор С. Висока оцінка + С – емоційно стійкий, зрілий, спокійний. Низька оцінка -С – емоційно нестійкий, мінливий, піддається почуттям.

Фактор Д. Висока оцінка + Д – життєрадісний, безтурботний, веселий. Низька оцінка -Д – мовчазний, серйозний.

Фактор К. Висока оцінка + К – чутливий, що тягнеться до інших, з художнім мисленням. Низька оцінка -К – покладається на себе, реалістичний, раціональний.

Фактор М. Висока оцінка + М – віддає перевагу власним рішенням, незалежний, орієнтований на себе. Низька оцінка -М – залежний від групи, компанійський, слідкує за громадською думкою.

Фактор Н. Висока оцінка + Н – контролює себе, вміє підкоряти себе правилам. Низька оцінка -Н – імпульсивний, неорганізований.

Крім того, даний опитувальник дозволяє виявити схильність до асоціальної поведінки (фактор П), що може характеризуватися зневагою до прийнятих суспільних норм, визнаних моральних і етичних цінностей, встановлених правил поведінки і звичаїв. Включена до опитувальника і шкала правдивості (фактор Л), яка дозволяє судити про достовірність отриманих результатів.

Вимірювання тривоги як особистої якості особливо важливе при ПТСР у молоді, оскільки ця якість багато в чому обумовлює поведінку. Певний рівень тривожності – природна особливість особистості.

У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому сенсі є для неї суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає здатність суб’єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, розцінюється людиною як загроза, що пов’язана зі специфічними ситуаціями, які загрожують її престижу, самооцінці, самоповазі. Ситуативна або реактивна тривожність, як стан, характеризується субʼєктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі. Особи, які належать до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій, реагують вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест виявляє у випробуваного високий показник особистісної тривожності, то це надає підставу припускати в нього появу стану тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу. Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінити тільки особистісну тривожність, або стан тривожності, чи більш специфічні реакції. Єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан, є методика, запропонована Ч. Спілбергером та адаптована Ю. Ханіним. З точки зору автора, існує можливість вимірювання відмінностей між двома згаданими видами психічних проявів, які позначаються A-state (тривога-стан) і A-trait (тривога-характеристика), тобто між тимчасовими, минущими особливостями і відносно постійними схильностями. Розуміння тривоги в теорії Ч. Спілбергера визначається такими положеннями:

1. Ситуації, що представляють для людини певну загрозу, або особистісно значущі, які викликають у неї стан тривоги. Субʼєктивно тривога переживається як неприємний емоційний стан різної інтенсивності;

2. Інтенсивність переживання тривоги пропорційна ступеню загрози або значимості причини переживань. Від цих факторів залежить тривалість переживання стану тривоги;

3. Високотривожні індивіди сприймають ситуації або обставини, які потенційно містять можливість невдачі або загрози, більш інтенсивно;

4. Ситуація тривоги супроводжується змінами в поведінці або ж мобілізує захисні механізми особистості. Часто повторювані стресові ситуації призводять до вироблення типових механізмів захисту.

Методика діагностики самооцінки реактивної (ситуативної) й особистісної тривожності дозволяла зробити істотні уточнення про якість інтегральної самооцінки молоді: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативною або постійною, тобто особистісною. Результати методики стосуються не тільки до психодинамічних особливостей особистості, а й загального питання взаємозвʼязку параметрів реактивності й активності особистості, її темпераменту і характеру.

Ю. Ханін приводить в цьому звʼязку думку О. Ухтомського: «...Так звані «субʼєктивні» свідчення так само обʼєктивні, як і всякі інші, для того, хто вміє їх розуміти і розшифровувати». За Ю. Ханіним, стан тривоги (або ситуативна тривожність) – позначаються однаково: «СТ», – виникають «як реакція людини на різні, найчастіше соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття несприятливого до себе ставлення, загрози своїй самоповазі, престижу). Навпаки, особистісна тривожність (ОТ) як риса, властивість, диспозиція надає уявлення про індивідуальні відмінності в схильності дії різних стресорів. Отже, йдеться про відносно стійку схильність людини сприймати загрозу своєму «Я» в самих різних ситуаціях і реагувати на ці ситуації з підвищенням СТ. Величина ОТ характеризує минулий досвід індивіда, тобто наскільки часто йому доводилося відчувати СТ. Шкала реактивної та особистісної тривожності має дві самостійні підшкали для окремого вимірювання тієї чи іншої форми тривожності: підшкали оцінки СТ із головним питанням про самопочуття в даний момент і підшкали оцінки ОТ із формулюванням про самопочуття зазвичай. Оскільки тривожність оцінюватися може і за іншими методиками, СТ і ОТ мають відповідні індекси: CT і ОТ.  Результати оцінюються в градаціях: до 30 балів – низька; 31-45 – середня; 46 і більше – висока тривожність. Це не заважає на шкалі 20-80 співвіднести отримані результати з діапазоном нормального розподілу індивідів із різною тривожністю за параметром активності.

Поняття ситуативної (актуальної), – тобто реактивної тривожності і поняття особистісної, – тобто активної тривожності мають не тільки спеціальний, описаний вище, але й більш загальний психологічний зміст. Діагностика реактивної та активної тривожності дозволяє досить точно судити про прояв основних особливостей поведінки особистості в аспекті її ставлення до діяльності.

Тест може застосовуватися для дослідження осіб старше 16 років. Він є надійним й інформативним засобом самооцінки рівня тривожності в даний момент. Опитувальник допускає індивідуальне та групове використання. Текст методики зачитується або предʼявляється респонденту списком на заздалегідь підготовлених бланках. Тривалість обстеження становить приблизно 5-8 хв.

Тест-опитувальник депресії був запропонований А. Беком [107] на основі спостережень, що дозволили виявити перелік симптомів депресії. Після порівняння цього списку з описами депресії, був створений тест-опитувальник депресії, що включає в себе 21 питання-твердження. Кожен пункт опитувальника складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомої ваги прояву в загальному ступені тяжкості депресії.

Опитувальник А. Басса і А. Даркі диференціює прояви агресії і ворожості. Автори виділили нижче наведені види реакцій [64].

Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи.

Непряма агресія, що обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.

Роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).

Негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.

Образа – заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії.

Підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують та приносять шкоду.

Вербальна агресія – вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).

Почуття провини – виражає можливе переконання субʼєкта в тому, що він є поганою людиною, яка спричиняє зло, а також відчуває докори сумління.

При складанні опитувальника використовувалися такі принципи:  
 питання може належати тільки до однієї форми агресії; питання формулюються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на нього.

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає «так» чи «ні». 10 балів і менше – низький показник.  
Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4, а ворожості – 6-7 ± 3.

Застосування тесту М. Люшера в нашому дослідженні було обумовлено тим, що він в значно більшому ступені виявляє основні особливості особистості і внутрішню картину переживань молоді з ПТСР, в порівнянні з більшістю вербальних тестів, оскільки даний метод відображає несвідомий рівень переживань особистості, неусвідомлювані аспекти її стану. Методика валідна відносно можливості побудови процедури психологічного зворотного зв’язку, чутлива до багатократного використання і входження досліджуваного в діагностичний процес.

В класичному варіанті на основі урахування місця, яке у виборі досліджуваного займають основні (червоний, жовтий, синій, зелений) і додаткові кольори, надаються описи особистості як системи домінуючих і фрустрованих потреб і їхньої компенсацій. Згідно з даними Г. Клара і Л. Буша перевага темних кольорів відображає прагнення до спокою, тоді як вибір світлих кольорів відображає схильність до емоцій, звʼязок із зовнішнім середовищем. На підставі аналогічного погляду на принцип розподілення функціонального значення колірних еталонів, К. Шипош вивів коефіцієнт вегетативного тонусу. В ньому використовується баланс суми рангів основних чотирьох кольорів, що характеризують вегетативно-емоційний стан обстежуваного. Коефіцієнт вегетативного балансу (КВБ) обчислюється у такий спосіб: КВБ=(10-(3+4))/(10-(1+2)). На місце цифр, що позначають номери кольорових еталонів, ставляться порядкові номери позицій, займаних вказаним кольором. Значення, що перевищує одиницю, інтерпретується як переважання ерготропного тонусу, значення менше одиниці – домінування трофотропних тенденцій. Йдеться про готовність до витрати енергії, коли яскраві кольори знаходяться на перших позиціях, і про перезбудження і потребу у спокої, коли яскраві кольори пересуваються в кінець ряду (особливо це стосується червоного кольору). Аутогенна норма (червоний, жовтий, зелений, фіолетовий, синій, коричневий, сірий, чорний), розбіжність з якою свідчить про ступінь психічної дезадаптації досліджуваного (min = 0, max = 32).

Особливо переконливі можливості методики у визначенні стресу, в оцінці ступеня дисгармонійності або дезінтеграції молоді. В той же час кількісні показники тривоги (кількість знаків "!") є достатньо надійним критерієм. Щодо визначення типологічних властивостей і психологічної характеристики стану, то тут більш актуальним виявляється якісний аналіз. При цьому процентні співвідношення і ступінь вірогідності переваги того або іншого кольору – ознака хоча і залежна від багатьох змінних, але її цілком можуть обʼєктивізувати показники інших психодіагностичних методик.

Вивчення різних за індивідуально-особистісними особливостями респондентів, віднесених до психічної норми, переконливо показало значущість кольору у визначенні провідної індивідуально-психологічної тенденції. Причому ця значущість тим вище, чим ліворуч виявляється позиція того або іншого основного кольору.

Таким чином, 1, 2, 3 і 4 – позиції, які визначають тип особистості; проте із зауваженням: якщо цей вибір не має суто випадкового характеру, якщо це стійкий, властивий людині протягом тривалого періоду життя вибір. Для підвищення надійності результатів сама процедура обстеження нами дещо трансформована: якщо перший і другий вибори помітно відрізняються, досліджуваному пропонується уточнити своє ставлення до кольорів, що змінили позицію в процесі їх парного порівняння.

Основними кількісними показниками стану особистості за тестом М. Люшера були: рівень напруженості, який характеризувався інтенсивністю тривоги, що визначається за методикою кількістю невідповідностей у виборі нормативу; прогноз напруженості, що визначався за різницею показників першого і другого виборів; загальний енергетичний баланс (вегетативний коефіцієнт), запропонований К. Шипошем, який виражає можливості організму або швидко і адекватно реагувати на раптові стресові впливи, або адекватно відновлювати свої ресурси без патологічних наслідків; критерій сумарного відхилення (загальний емоційний баланс), заснований на понятті «аутогенної норми», який визначає середньостатистичну послідовність виборів кольорів (3,4,2,5,1,6,0,7) за Г. Вальнеффером, на відміну від «ідеальної норми» М. Люшера (1,2,3,4,5,6,7,0); сумарне відхилення за основними кольорами. Цей показник давав інтегральну первинну експрес-оцінку відхилень психологічних якостей досліджуваних від норми; сумарне відхилення за додатковими кольорами (фіолетовим, коричневим, чорним, нульовим), яке дозволяло виявити негативні тенденції: тривожність, стрес, переживання страху, засмучення.

Наступна проективна методика – тест руки Е. Вагнера, адаптований Т. Курбатовою, була призначена для виявлення ступеня активності особистості та прогнозу агресивної поведінки, в якій різні зображення кисті руки використовують як візуальні стимули. Тест сконструйований на припущенні, що відповіді відображають істотні й відносно стійкі властивості особистості [38].

Для проведення експерименту потрібно 10 карток, 9 з яких із зображенням кисті людської руки в різних положеннях, 10-а картка – порожня. Потім, пояснивши досліджуваному, що ми хочемо перевірити його творчі здібності, компонентом яких є уміння фантазувати і оригінально мислити, пропонується відповісти на запитання про дії цієї руки.

При якісному аналізі кожна відповідь належить до однієї з таких категорій: агресивність, директивність, страх, емоційність (афектація), комунікація, залежність, демонстративність, активна і пасивна безособовість, збитковість, опис. Методичний прийом, покладений в основу тесту, полягає в тому, що досліджуваний змушений інтерпретувати зміст дії, представленої у вигляді соціально нейтрального «стоп-кадру», який не має ніякого смислового навантаження. Передбачається, що включення елемента в контекст більш широкого виду активності та сам вибір цього виду активності відбувається за механізмом проекції й, в значній мірі, визначається наявним станом обстежуваного, і, зокрема його актуальними мотивами. Після категоризації підраховувалася кількість висловів в окремій категорії кожного досліджуваного, а також загальна кількість відповідей, одержаних ним в результаті тестування. Загальна кількість відповідей кожного досліджуваного свідчить про ступінь активності особистості: 15 – низька психологічна активність; 15-25 – середня; 26-40 – високий рівень. Підраховувалася також кількість відповідей по кожній категорії у відсотках від загальної кількості відповідей: чим вище відсоток в певній категорії, тим більше вірогідність її прояву в поведінці [38].

Методика Леонгарда-Шмішека – особистісний опитувальник, який призначений для діагностики типу акцентуацій характеру особистості, і є реалізацією типологічного підходу до її вивчення. Методика складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» чи «ні». За допомогою даної методики визначаються 10 типів акцентуацій особистості (за класифікацією К. Леонгарда) [131].

Демонстративний тип. Характеризується підвищеною здатністю до витіснення.

Педантичний тип. Особи цього типу відрізняються підвищеною ригідністю, інертністю психічних процесів, нездатністю до витіснення травмуючих переживань.

Неврівноважений тип. Характерна надмірна стійкість афекту.

Збудливий тип. Підвищена імпульсивність, послаблення контролю над потягами і спонуканнями.

Гіпертимний тип. Підвищений фон настрою у поєднанні з оптимізмом і високою активністю.

Дистимний тип. Знижений фон настрою, песимізм, фіксація тіньових сторін життя, загальмованість.

Тривожно-боязкий. Схильність до страхів, боязкість.

Циклотимний тип. Зміна гіпертимічних і дистимічних фаз.

Афективно-екзальтований. Легкість переходу від стану захвату до стану печалі. Захват і печаль – основні супутні цьому типу стани.

Емотивний тип. Споріднений афективно-екзальтованому, але прояви не настільки бурхливі. Особи цього типу відрізняються особливою вразливістю і чутливістю.

Максимальний показник по кожному типу акцентуацій – 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вище 12 балів.

Теоретичною основою опитувальника є концепція акцентуйованих особистостей К. Леонгарда [131]. У відповідності з цією концепцією всі риси особистості можуть бути розподілені на основні та додаткові. Основні риси – стрижень особистості, вони визначають її розвиток, процеси адаптації, психічне здоровʼя. При значній вираженості основні риси характеризують особистість в цілому. У випадку впливу несприятливих чинників вони можуть набувати патологічний характер, руйнуючи структуру особистості. Особи, у яких основні риси яскраво виражені, названі К. Леонгардом акцентуйованими. Акцентуйованих осіб не слід розглядати в якості патологічних. Це випадок загострення певних, властивих кожній людині, особливостей. За К. Леонгардом, в акцентуйованих осіб потенційно закладені як можливості соціально позитивних досягнень, так і соціально негативний заряд.

Методика «Індекс життєвого стилю» (LSI) був розроблений Р. Плутчик в співавторстві з Г. Келлерманом і Х. Контом. Тест використовується для діагностики різних механізмів психологічного захисту. Передбачається, що існує вісім базисних захистів, які тісно повʼязані з базисними емоціями психоеволюційної теорії. Існування захистів дозволяє опосередковано виміряти рівні внутрішньоособистісних конфліктів, тобто дезадаптовані люди мають використовувати захисти більшою мірою, ніж адаптовані особи. Захисні механізми намагаються звести до мінімального негативні переживання, що травмують особистість. Ці переживання в основному повʼязані з внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги чи дискомфорту. Механізми захисту допомагають зберегти стабільність самооцінки, уявлень про себе і про світ. Так само вони можуть виступати в ролі буферів, намагаючись не допустити до нашої свідомості надто сильні розчарування і загрози, які приносить нам життя. У тих випадках, коли ми не можемо впоратися з тривогою або страхом, захисні механізми спотворюють реальну дійсність з метою збереження нашого психологічного здоровʼя і нас самих як особистість.

Вісім механізмів психологічного захисту особистості формують вісім окремих шкал, чисельні значення яких виводяться з числа позитивних відповідей на певні, зазначені вище твердження, розподілені на число тверджень в кожній шкалі. Напруженість кожного психологічного захисту підраховується за формулою n/N х 100%, де n – число позитивних відповідей по шкалі цього захисту, N – число всіх тверджень, які стосуються цієї шкали. Загальна напруженість всіх захистів підраховується за формулою:

n / 92 х 100%, де n – сума всіх позитивних відповідей за опитувальником.

Заперечення. Механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість або заперечує деякі фруструючі обставини, або будь-який внутрішній імпульс, що викликає тривогу. Як правило, дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які, будучи очевидними для оточуючих, проте не приймаються, не визнаються самою особою. Іншими словами, інформація, яка турбує і може привести до конфлікту, не сприймається. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, суперечить основним настановам особистості, чи інформація, яка загрожує її самозбереженню, самоповазі чи соціальному престижу. Як процес, спрямований назовні, заперечення часто протиставляється витісненню як психологічному захисту проти внутрішніх, інстинктивних вимог і спонукань. Зауважимо, що автори методики (LSI) пояснюють наявність підвищеної сугестивності та довірливості у істероїдних осіб дією саме механізму заперечення, за допомогою якого у соціального оточення заперечуються небажані, внутрішньо неприйнятні риси, властивості або негативні почуття до субʼєкта переживання. Як показує досвід, заперечення як механізм психологічного захисту, реалізується при конфліктах будь-якого роду і характеризується зовні виразним спотворенням сприйняття дійсності.

Витіснення. З. Фрейд вважав цей механізм (його аналогом є придушення) головним способом захисту інфантильного «Я», нездатного опиратися спокусі. Іншими словами, витіснення – механізм захисту, за допомогою якого неприйнятні для особистості імпульси: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу, – стають несвідомими. На думку більшості дослідників, цей механізм лежить в основі дії інших захисних механізмів особистості. Витіснені (пригнічені) імпульси, не знаходячи вирішення у поведінці, зберігають свої емоційні та психо-вегетативні компоненти. Наприклад, типова ситуація, коли змістовна сторона психотравмуючої ситуації не усвідомлюється, і людина витісняє сам факт якогось вчинку, але інтрапсихічний конфлікт зберігається, а викликане ним емоційне напруження субʼєктивно сприймається як зовні невмотивована тривога. Саме тому витіснені потяги можуть виявлятися в невротичних і психофізіологічних симптомах. Як показують дослідження, найбільш часто витісняються багато властивостей, особистісні якості та вчинки, які не роблять особистість привабливою у власних очах й в очах інших, наприклад, заздрісність, недоброзичливість, невдячність тощо. Слід підкреслити, що психотравмуючі обставини або небажана інформація дійсно витісняються зі свідомості людини, хоча зовні це може виглядати як активна протидія спогадам і самоаналізу. В опитувальнику в цю шкалу автори включили і питання, які стосуються менш відомого механізму психологічного захисту – ізоляції. При ізоляції психотравмуючий і емоційно підкріплений досвід індивіда може бути усвідомлений, але на когнітивному рівні, ізольовано від афекту тривоги.

         Регресія. У класичних уявленнях регресія розглядається як механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість в своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку лібідо. При цій формі захисної реакції особистість піддається дії фруструючих факторів, замінює собою рішення субʼєктивно більш складних завдань на відносно більш прості та доступні в наявних ситуаціях. Використання більш простих і звичних поведінкових стереотипів суттєво збіднює загальний (потенційно можливий) арсенал переважання конфліктних ситуацій. До цього механізму належить і захист за типом реалізації в дії, при якому неусвідомлювані бажання або конфлікти прямо виражаються в діях, що перешкоджають їх усвідомленням. Імпульсивність і слабкість емоційно-вольового контролю, властива психопатичним особам із ПТСР, визначаються актуалізацією саме цього механізму захисту на загальному тлі зміни мотиваційно-потребнісної сфери в бік їх більшої спрощеності й доступності.

         Компенсація. Цей механізм психологічного захисту нерідко обʼєднують з ідентифікацією. Він проявляється в спробах знайти відповідну заміну реального чи уявного недоліка, дефекту нестерпного почуття іншою якістю, найчастіше за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, переваг, цінностей, поведінкових характеристик іншої особистості. Часто це відбувається при необхідності уникнути конфлікту з цією особистістю і підвищення почуття самодостатності. При цьому запозичені цінності, установки або думки приймаються без аналізу і переструктурування й тому не стають частиною самої особистості. Ряд авторів обгрунтовано вважають, що компенсацію можна розглядати як одну з форм захисту від комплексу неповноцінності, наприклад, у осіб із асоціальною поведінкою, з агресивними і злочинними діями, спрямованими проти особистості.

Іншим проявом компенсаторних захисних механізмів може бути ситуація подолання фрустрируючих обставин або понадзадоволення в інших сферах, наприклад, фізично слабка або боязка молода людина, нездатна відповісти на загрозу розправи, знаходить задоволення в приниженні кривдника за допомогою витонченого розуму чи хитрості. Люди, для яких компенсація є найбільш характерним типом психологічного захисту, часто виявляються мрійниками, які шукають ідеали у різних сферах життєдіяльності.

         Проекція. В основі проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлювані та неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям й, таким чином, стають ніби вторинними. Негативний, соціально малосхвалюваний відтінок випробовуваних почуттів і властивостей, наприклад, агресивність нерідко приписується оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недоброзичливість, яка проявляється як би в захисних цілях. Рідше зустрічається інший вид проекції, при якому значущим особам (частіше з мікросоціального оточення) приписуються позитивні, соціально схвалювані почуття, думки або дії.

        Заміщення. Поширена форма психологічного захисту. Дія цього захисного механізму проявляється в розрядці пригнічених емоцій (як правило, ворожості, гніву), які спрямовуються на обʼєкти, що становлять меншу небезпеку або доступніші, ніж ті, що викликали негативні емоції та почуття. Наприклад, відкритий прояв ненависті до людини, який може викликати небажаний конфлікт із нею, переноситься на іншу, більш доступну і безпечну. У більшості випадків заміщення знижує емоційне напруження, що виникло під впливом фруструючої ситуації, але не призводить до полегшення або досягнення поставленої мети.

Інтелектуалізація. Цей захисний механізм часто позначають поняттям раціоналізації. Автори методики обʼєднали ці два поняття, хоча їх сутнісне значення дещо відрізняється. Так, дія інтелектуалізації проявляється в заснованому на фактах надмірно розумовому способі подолання конфліктної або фруструючої ситуації без переживань. Іншими словами, особистість присікає переживання, викликані неприємною або субʼєктивно неприйнятною ситуацією за допомогою логічних установок і маніпуляцій, навіть при наявності переконливих доказів на користь протилежного. Відмінність інтелектуалізації від раціоналізації, на думку Ф. Василюка, полягає в тому, що вона, по суті, являє собою «відхід зі світу імпульсів і афектів в світ слів й абстракцій» [41, с. 105]. При раціоналізації особистість створює логічні, але слушні обгрунтування своєї або чужої поведінки, дій або переживань, викликаних причинами, які вона (особа) не може визнати через загрозу втрати самоповаги. При цьому способі захисту нерідко спостерігаються очевидні спроби знизити цінність недоступного для особистості досвіду. Так, опинившись в ситуації конфлікту, людина захищає себе від його негативної дії шляхом зниження значущості для себе та інших причин, що викликали цей конфлікт або психотравматичну ситуацію. У шкалу інтелектуалізації-раціоналізації була включена і сублімація, як механізм психологічного захисту, при якому витіснені бажання і почуття гіпертрофовано компенсуються іншими, відповідними вищим соціальним цінностям, які сповідує особа.

Реактивні утворення. Цей вид психологічного захисту нерідко ототожнюють з гіперкомпенсацією. Особистість запобігає вираження неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Іншими словами, відбувається трансформація внутрішніх імпульсів в їх протилежність, що субʼєктивно розуміється. Наприклад, жалість або дбайливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості.

Ізоляція – це відділення психотравмуючої ситуації від повʼязаних з нею душевних переживань. Заміна ситуації відбувається начебто неусвідомлено, принаймні не повʼязується з власними переживаннями. Все відбувається ніби з кимось іншим.

Сублімація – це найбільш поширений захисний механізм, коли намагаючись забути про травмуючу подію (переживання) особа переходить до інших видів діяльності, прийнятних для неї і суспільства. Різновидом сублімації може бути спорт, інтелектуальна праця, творчість.

Отже, механізми захисту – це способи, за допомогою яких особистість захищає себе від внутрішніх і зовнішніх напружень. Вони формуються спочатку в міжособистісному аспекті, потім стають нашими внутрішніми характеристиками, тобто тими чи іншими захисними формами поведінки. Слід зауважити, що людина часто застосовує не одну захисну стратегію для вирішення конфлікту або ослаблення тривоги, а декілька. Але, незважаючи на відмінності між конкретними видами захистів, їх функції подібні: вони полягають у забезпеченні стійкості й незмінності уявлень особистості про себе. Прояви механізмів захисту залежать від вікового розвитку і особливостей когнітивних процесів. В цілому, вони утворюють шкалу примітивності-зрілості. Першими виникають механізми, в основі яких перцептивні процеси (відчуття, сприйняття і увага). Саме перцепція несе відповідальність за захисти, повʼязані з незнанням, нерозумінням інформації. До них належать заперечення і регресія, що є найбільш примітивними і характеризують особистість, яка їх застосовує, як емоційно незрілу. Далі виникають захисти, повʼязані з памʼяттю, а саме з забування інформації, це витіснення і придушення. У міру розвитку процесів мислення і уяви, формуються найбільш складні та зрілі види захистів, повʼязані з переробкою і переоцінкою інформації, – це раціоналізація. Механізм психологічного захисту, відіграють роль регулятора внутрішньоособистісного балансу завдяки зменшенню домінуючою емоції.

Методика діагностики стратегій подолання стресових ситуацій (SACS) (С. Хобфолл, в адаптації Н. Водопʼянової, О. Старченкової) призначена для виявлення бажаних стратегій подолання стресогенних ситуацій. С. Хобфолл розглядає копінг-поведінку як сукупність когнітивно-поведінкових дій, які залежать від ситуаційного контексту. Запропонована модель має 2 основні осі: «просоціальна - асоціальна», «активна – пасивна» і одну додаткову вісь: «пряма – непряма». Дані осі являють собою вимірювання загальних стратегій подолання. Введення просоціальної і асоціальної осі грунтується на тому, що: багато життєвих стресорів є міжособистісними або мають міжособистісний компонент; навіть індивідуальні зусилля з подолання мають потенційні соціальні наслідки; дія подолання часто вимагається взаємодія з іншими людьми; активні та пасивні копінг-стратегії можуть мати різний соціально-психологічний контекст. Звернення до соціального контексту подолання надає можливість більш збалансованого порівняння чоловіків і жінок за особливостями копінг-стратегій. «Пряма – непряма» вісь копінг-поведінки також збільшує міжкультурну застосовність опитувальника SACS. Дана вісь дозволяє диференціювати копінг з точки зору поведінкових стратегій як проблемно орієнтованих зусиль (прямих або маніпулятивних).

Опитувальник складається з 54 тверджень, на які респондент відповідає за 5-бальною системою. Відповідно з ключем підраховується сума балів за кожним рядком, який відображає ступінь переваги тієї чи іншої моделі поведінки в складній (стресогенній) ситуації.

Опитувальник містить 9 моделей копінг-поведінки:

1) асертівні дії;

2) вступ до соціального контакту;

3) пошук соціальної підтримки;

4) обережні дії;

5) імпульсивні дії;

6) уникнення;

7) маніпулятивні (непрямі) дії;

8) асоціальні дії;

9) агресивні дії.

Аналіз результатів може проводитися на підставі зіставлення даних конкретної людини по кожній з субшкал із середніми значеннями моделей подолання в досліджуваній (професійній, вікової та ін.) групі. В результаті порівняння індивідуальних і середньо-групових показників робиться висновок про подібність або розходження копінг-поведінки даного індивіда щодо досліджуваної категорії людей. Інший спосіб інтерпретації індивідуальних даних грунтується на аналізі індивідуального портрета моделей копінг-поведінки. Конструктивна стратегія – «здорове» подолання (копінг) є і активним, й просоціальним. Активне подолання в сукупності з позитивним використанням соціальних ресурсів (конструктивних комунікацій) підвищує стресостійкість людини.

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) (С. Зімет, в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти) дозволяє виявити провідне джерело соціальної підтримки у випробовуваних.

Методика складається з 12 повідомлень про себе і включає 4 шкали:

1. Сімейна підтримка;

2. Дружня підтримка;

3. Значущі інші;

4. Загальний показник соціальної підтримки.

Твердженню, номер якого був відзначений респондентом, присвоюється 1 бал. Далі відбувається просте підсумовування по кожному джерелу соціальної підтримки окремо. Максимальна кількість балів вказує на переважання даного джерела соціальної підтримки у випробуваного. Для розрахунку балів за шкалою «загальний показник соціальної підтримки» відбувається підсумовування отриманих балів за шкалами «сімейна підтримка», «дружня підтримка», «значущі інші».

Статистична обробка даних і графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 19.0).

**2.2. Диференціація ступенів та типології проявів посттравматичних стресових розладів у молоді**

На *першому етапі* емпіричного дослідження було проведено аналіз даних структурованого інтервʼю (SCID) зі шкалою для діагностики ПТСР (CAPS), документів, шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R), опитувальника травматичного стресу (ОТС), що дозволило провести диференціацію ступенів та типології проявів ПТСР у досліджуваних.

На основі структурованого діагностичного інтерв’ю зі шкалою CAPS визначалися такі параметри як частота та інтенсивність травматичних ситуацій та посттравматичних переживань, тривожність, збудливість, опозиційна поведінка, соціофобії, соціальна активність/пасивність, рефлексія, самоставлення, етнокультурні особливості, релігійність. Аналіз включав також тип (зміст) психологічних травм, їх кількість.

Визначено типи травм, які можуть призвести до збільшення ризику розвитку ПТСР після травматичної події, а саме військові дії, нещасні випадки на виробництві та на транспорті, фізичне насильство, втрата близьких, втрата працездатності, катастрофічні події. Крім того, встановлено, що повторна травматизація, множинність ураження, наявність ускладнень можуть бути пусковим механізмом розвитку ПТСР. Ризик підвищується при наявності в житті людини до 3-х травм – в 1,2 рази (до 18,1%); більше 3-х травм – в 2,3 рази (до 36,2%); при політравмі – в 1,1 рази (до 17,2%); при травматичному шоці – в 1,5 рази (до 22%).

Найбільш часто серед респондентів відзначався стрес, повʼязаний з військовими діями – в 71 (44,3%) випадках, серед них перебування в зоні військових дій – у 66 (41,3%) досліджуваних і участь в бойових операціях – у 42 (26,2%) осіб.

 У 18 (11,3%) випадках відзначався стрес, повʼязаний з нещасний випадками на виробництві та на транспорті – в 31 (19,4%) випадках.

Серед психосоціальних стресів найчастіше виявлялися переживання, повʼязані з втратою осіб екстраординарної значимості: батьків, родичів та інших близьких – в 17 випадків (10,6% від усього числа психічних травм).

У значної частини респондентів психічні переживання були обумовлені хронічним стресом, повʼязаним із негативними сімейними відносинами. На наявність частих сімейних конфліктів вказали 59 осіб (36,9%). Випробовували дію фізичного насильства 22 (13,8%) досліджуваних. Психологічне страждання було викликано побоями, катуваннями, або досліджувані були свідкамі таких подій – в 37,5% випадків.

Катастрофи (пожежі), які пережили респонденти, були виявлені в 9 (5,6% від загального числа стресів) випадках, у деяких із них неодноразово. Менша частка серед травм припадала на стреси, повʼязані з втратою працездатності внаслідок важкого хронічного захворювання у 13,1% осіб. Кількісні показники за типом (змістом) психотравмуючих та/або екстремальних ситуацій по вибірці наведено у табл. 2.1.

*Таблиця 2.1*

**Кількісні показники за типом (змістом) психотравмуючих та/або екстремальних ситуацій**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Тип (зміст) психотравмуючих та/або екстремальних ситуацій** | **Чоловіки** | | **Жінки** | | **Загальна кількість випадків** | |
| N | % | n | % | n | % |
| Участь у бойових діях | 38 | 23,7 | 4 | 2,5 | 42 | 26,2 |
| Нещасні випадки на виробництві | 12 | 7,5 | 6 | 3,8 | 18 | 11,3 |
| Нещасні випадки на транспорті | 19 | 11,9 | 12 | 7,5 | 31 | 19,4 |
| Фізичне насильство | 5 | 3,2 | 17 | 10,6 | 22 | 13,8 |
| Втрата близьких | 7 | 4,2 | 10 | 6,4 | 17 | 10,6 |
| Втрата працездатності | 6 | 3,8 | 15 | 9,3 | 21 | 13,1 |
| Катастрофічні події | 6 | 3,8 | 3 | 1,8 | 9 | 5,6 |
| Всього | 93 | 58,1 | 67 | 41,9 | 160 | 100 |

Середні значення параметрів шкали CAPS за частотою та інтенсивністю травматичних ситуацій у молоді наведені у табл. 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Середні значення параметрів за шкалою CAPS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Досліджувані** | **Групи** | **F** | **I** | **Загальний бал** | |
| Учасники бойових дій | КГ | 11,36+9,83 | 11,42±9,50 | 22,77± 19,20 | |
| Учасники бойових дій | ЕГ | 30,00±9,71 | 31,29+9,41 | 61,29±18,79 | |
| Безробітна молодь | КГ | 9,53 ±8,23 | 9,15±6,95 | 18,68±14,95 | |
| Безробітна молодь | ЕГ | 27,41+8,52 | 29,8817,78 | 57,29±15,51 |
| Учнівська та працююча молодь | КГ | 6,60+6,11 | 7,51+6,80 | 14,12±12,78 |
| Учнівська та працююча молодь | ЕГ | 23,07±7,78 | 23,82±8,75 | 46,89±16,29 |

*Примітка: F – частота травматичних ситуацій, I – інтенсивність травматичних ситуацій.*

У досліджуваних ЕГ здебільшого виявлений хронічний перебіг ПТСР (з тривалістю соціально-психологічних проявів протягом 6 і більше місяців). Зауважимо, що ПТСР діагностується у випадках, коли виникає не менше ніж через 1 місяць після травми та має тривалість більше 4 тижнів.

Стресів хронічного катастрофічного характеру в КГ не виявлено.

Дані структурованого інтерв’ю (SCID) та аналізу документів надали можливість співставити суб’єктивне бачення досліджуваних і тих параметрів, які були визначені за допомогою шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) й опитувальника травматичного стресу (ОТС), зокрема за шкалами: «інтрузії» (повторне переживання травми), «уникнення» (запобігання спогадів про травму), «гіперактивація», «депресія», «дистрес», «дезадаптація», які не були наявними до травми. Середні значення показників за методикою IES-R по вибірці наведено у табл. 2.3.

*Таблиця 2.3*

**Середні значення показників за методикою IES-R**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Досліджувані** | **Групи** | **IN** | **AV** | **AR** | **Загальний бал** |
| Учасники бойових дій | КГ | 14,58±10,83 | 14,94±9,90 | 11,27±9,87 | 40,79±28,19 |
| Учасники бойових дій | ЕГ | 27,43 ±6,00 | 27,43±5,91 | 22,57±8,06 | 77,43±14,25 |
| Безробітна молодь | КГ | 7,65 ±6,31 | 9,26 ±6,08 | 5,50±6,18 | 22,41±17,33 |
| Безробітна молодь | ЕГ | 8,89 +8,03 | 9,48 ±7,77 | 6,40±6,40 | 24,78±20,38 |
| Учнівська та працююча молодь | КГ | 5,76±5,71 | 7,26+6,73 | 3,63+3,99 | 16,64±14,75 |
| Учнівська та працююча молодь | ЕГ | 10,20+8,22 | 12,17±8,79 | 7,23±7,46 | 29,61±21,76 |

*Примітка: IN – субшкала «інтрузії», AV – субшкала «уникнення», AR – субшкала «гіперактивація».*

В ЕГ показники за субшкалами «інтрузії», «уникнення» були більш ніж вдвічі вище, ніж в КГ, а за шкалою «гіперактивації» – майже втричі, в той час як у КГ розглянуті показники були в межах норми. Була виявлена синхронна динаміка показників «депресія», «дистрес», «дезадаптація». При наростанні інтенсивності одних симптомів наростала вираженість і всіх інших.

Застосування кластерного аналізу методом К-середніх дозволило по частоті, інтенсивності травматичних стресових ситуацій та рівню вираженості дистресу виділити три кластери (І кластер «інтрузії» – травматична подія повторюється у вигляді спогадів, флешбек-ефектів і супроводжується негативними переживаннями та вегетативною гіперреактивністю; ІІ кластер «уникнення» – запобігання стимулів, повʼязаних із травмою, в поєднанні з емоційним відчуженням, реакцією емоційного заціпеніння, почуттям віддаленості від інших; ІІІ кластер – «гіперактивації» – наявність постійного психоемоційного збудження, зниження концентрації уваги, відчуття постійної загрози, дратівливості, спалахів гніву) та виокремити ступені прояву ПТСР: низький, виражений і глобальний.

Крім того, за результатами регресійного аналізу зроблено відбір значущих симптомів ПТСР – предикторів соціально-психологічної дезадаптації.

Динаміка показників за субшкалами методик IES-R та ОТС наведена на рис. 2.1.



*Примітка: по вертикалі – рівень стресу, по горизонталі – показники за субшкалами; IN – «інтрузії», AV – «уникнення», AR – «гіперактивація», Ag – агравація, Di – дисимуляція, Depres – «депресія»; F – «дезадаптація».*

**Рис. 2.1. Динаміка показників за субшкалами**

**методик IES-R та ОТС**

Вирогідність відмінностей показників кожного кластера була доведена методом однофакторного дисперсійного аналізу з урахуванням множинних порівнянь. Розподіл показників субшкал методик IES-R та ОТС за кластерами наведено на рис. 2.2.

*Примітка: по вертикалі – рівень стресу, по горизонталі – показники за субшкалами; IN – «інтрузії», AV – «уникнення», AR – «гіперактивація», Ag – агравація, Di – дисимуляція, Depres – «депресія»; F – «дезадаптація».*

**Рис. 2.2. Розподіл показників субшкал методик IES-R та ОТС за кластерами**

Описова статистика і однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) за шкалами методик IES-R та ОТС наведений у табл. 2.4.

*Таблиця 2.4*

**Описова статистика і однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) за шкалами методик IES-R та ОТС**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Шкали** | **Групи** | **mean** | **SD** | **95% CI** | | **F** | **р** |
| **LB** | **UB** |
| Інтрузії | ЕГ | 2,09 | 1,23 | 1,86 | 2,33 | 45,04 | 0,000 |
| КГ | 3,06 | 1,22 | 2,90 | 3,21 |  |  |
| Уникнення | ЕГ | 3,32 | 0,45 | 3,23 | 3,41 | 1,34 | 0,247 |
| КГ | 3,38 | 0,49 | 3,32 | 3,45 |  |  |
| Гіперактивація | ЕГ | 2,05 | 1,08 | 1,84 | 2,26 | 60,74 | 0,000 |
| КГ | 3,00 | 1,01 | 2,86 | 3,13 |  |  |
| Всього за IES-R | ЕГ | 3,32 | 0,45 | 3,23 | 3,41 | 1,34 | 0,247 |
| КГ | 3,38 | 0,49 | 3,32 | 3,45 |  |  |

*Примітка: mean – середній бал; SD – стандартне відхилення середнього, нижня (LB) і верхня (UB) межа кордону 95% довірчого інтервалу (95% CI).*

Результати дослідження респондентів КГ за методикою ОТС за контрольними та базисними шкалами відповідно до гендерного розподілу наведено в табл. 2.5-2.8.

*Таблиця 2.5*

**Показники за методикою ОТС чоловіків (n=66) КГ**

**(контрольні шкали і шкала депресії)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **L** | **Ag** | **Di** | **depres** |
| М | 13,08 | 5,74 | 11,29 | 30,76 |
| S | 3,45 | 2,20 | 2,20 | 7,72 |

*Примітка:  L – брехня, Ag – агравація, Di – дисимуляція, depress – депресія;* М – середні значення, S – стандартне відхилення.

*Таблиця 2.6*

**Показники за методикою ОТС чоловіків (n=66) КГ**

**(базисні шкали)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **Субшкали (критерії)** | **Загальний показник** | | | | |
| A(1) | B | C | D | F | ПТСР |
| М | 7,75 | 20,73 | 24,90 | 30,28 | 12,54 | 96,20 |
| S | 3,10 | 5,52 | 5,59 | 7,29 | 3,49 | 20,11 |

*Примітка: А (1) – подія травми, В – повторне переживання травми – «вторгнення», інтрузії; С – уникнення; D – гіперактивація; F – дистрес і дезадаптація;* М – середні значення, S – стандартне відхилення.

*Таблиця 2.7*

**Показники за методикою ОТС жінки (n=62) КГ**

**(контрольні шкали і шкала депресії)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **L** | **Ag** | **Di** | **depres** |
| М | 12,05 | 6,91 | 10,41 | 33,66 |
| S | 3,39 | 2,23 | 2,29 | 7,85 |

*Примітка:  L – брехня, Ag – агравація, Di – дисимуляція, depress – депресія;* М – середні значення, S – стандартне відхилення.

*Таблиця 2.8*

**Показники за методикою ОТС жінки (n=62) КГ (базисні шкали)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **Субшкали (критерії)** | **Загальний показник** | | | | |
| A(1) | B | C | D | F | ПТСР |
| М | 7,48 | 22,04 | 27,45 | 33,14 | 13,75 | 103,85 |
| S | 3,09 | 5,57 | 6,06 | 7,70 | 3,57 | 21,26 |

*Примітка: А (1) – подія травми, В – повторне переживання травми – «вторгнення», інтрузія; С – уникнення; D – гіперактивація; F – дистрес і дезадаптація;* М – середні значення, S – стандартне відхилення.

Для розподілу досліджуваних в підгрупах різного ступеня прояву ПТСР використовувалися тести Колмогорова-Смирнова і χ2, які показали приналежність вибірки до нормального розподілу з високою вірогідністю (p≤0,01). Це підтвердило правомірність використання даних у виокремлених підгрупах для отримання статистично значущих результатів при подальшому застосуванні методів параметричної статистики. Респонденти ЕГ розділилися по 3-х підгрупах: І – 55 (34,4%) осіб із низьким ступенем проявів ПТСР, ІІ – 69 (43,1%) досліджуваних із вираженим і ІІІ – 36 (22,5%) осіб із глобальним ступенем проявів таких розладів.

Аналіз показників у виокремлених підгрупах досліджуваних ЕГ та респондентів КГ за шкалами CAPS, IES-R і методики ОТС наведено у табл. 2.9.

*Таблиця 2.9*

**Порівняння показників у виокремлених підгрупах досліджуваних ЕГ та в КГ за шкалами CAPS,** **IES-R і методики ОТС**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Параметри** | **Показники у підгрупах досліджуваних** | | | |
| КГ | І група | ІІ група | ІІІ група |
| F | 2,32±0,13 | 8,07±1,76 | 16,54±3,71\* | 23,00±3,62\* |
| І | 1,03±1,72 | 11,42±1,34 | 19,88±3,78\* | 27,29±1,22\* |
| Рівень дистреса | 0,09±0,03 | 0,24±0,02 \* | 1,70±0,04 \* | 2,41±0,07 \* |
| Інтрузії | 1,10±0,89 | 3,03±0,92 | 19,47±1,07 \* | 26,85±1,74 \* |
| Уникнення | 2,05±0,49 | 6,49±0,80 \* | 2,11±0,94 | 2,20±1,69 |
| Гіперактивація | 2,11±1,32 | 10,20±1,11 \* | 18,29±0,97 \* | 23,65±1,72 \* |
| Депресія | 0,04±0,04 | 1,18±0,03\* | 1,93±0,07 \* | 2,57±0,18 \* |
| Дезадаптація | 0,07±0,02 | 0,12±0,02 | 1,88±0,06 \* | 2,77±0,13 \* |

*Примітка: \* – р≤0,05; F – частота травматичних ситуацій, I – інтенсивність травматичних ситуацій.*

Отримані дані свідчать, що в ЕГ переважали більш важкі та тривалі психічні травми. Зі збільшенням ступеня тяжкості ПТСР була виявлена ​​чітка тенденція зростання кількості важких травматичних подій. Дослідження показало наявність залежності розвитку ПТСР від тривалості переживань респондентами травматичної події.

Психологічне страждання протягом декількох місяців і років у підгрупах ЕГ, вираженість ступенів проявів відзначалася в 2 рази частіше, ніж тривають протягом декількох днів або тижнів. У підгрупі респондентів ЕГ глобального ступеня проявів ПТСР переважали переживання психічної травми протягом декількох років і місяців, що було істотно частіше, ніж короткочасні переживання. Виходячи з цього, було констатовано, що чим триваліше за часом респондент переживав травматичну подію, тим важче був ступінь проявів ПТСР.

Встановлено, що індекс ретравматізаціі (кількість травматичних подій, що припадають на одного респондента) збільшувався від підгрупи до підгрупи ЕГ, синхронно зростаючи зі збільшеням вираженості ступенів проявів ПТСР:

- при ПТСР низького ступеня прояву – 2,8±0,3;

- при ПТСР вираженого ступеня прояву – 4,7±0,4;

- при ПТСР глобального ступеня прояву – 5,9±0,8.

Отримані результати свідчать про те, що загальна кількість пережитих респондентом травматичних подій, є фактором ризику розвитку ПТСР.

З метою визначення показників, що вказують на підвищений ризик соціальної дезадаптації при ПТСР були створені моделі на основі тверджень, які скадають субшкали методики IES-R.

За результатами регресійного аналізу зроблено відбір значущих параметрів ПТСР – предикторів соціальної дезадаптації досліджуваних та виокремлено типи проявів цих розладів у підгрупах ЕГ:

* активно-захисний;
* пасивно-захисний;
* дисгармонійний.

Кількісний розподіл респондентів ЕГ за ступенем проявів ПТСР відповідно до визначених його типів наведений у табл. 2.10.

*Таблиця 2.10*

**Розподіл досліджуваних ЕГ за ступенем та типом проявів ПТСР**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ступені проявів ПТСР** | **Типи проявів ПТСР** | | | | | | **Всього** | |
| Активно-захисний | | Пасивно-захисний | | Дисгармонійний | |  | |
| n | % | N | % | N | % | N | % |
| Низький | 32 | 20,0 | 19 | 11,9 | 4 | 2,5 | 55 | 18,5 |
| Виражений | 21 | 13,2 | 33 | 20,5 | 15 | 9,4 | 69 | 42,9 |
| Глобальний | 5 | 3,1 | 11 | 6,9 | 20 | 12,5 | 36 | 38,6 |
| Всього | 58 | 36,3 | 63 | 39,3 | 39 | 24,4 | 160 | 100 |

Показано, що активно-захисний (переважно адаптивний) тип із адекватною оцінкою травматичної ситуації (іноді з тенденцією до її ігнорування) переважав у досліджуваних І (20,0%) та ІІ (11,9%) груп.

Досліджуваних І групи відрізнялися переважно навʼязливі думки, повʼязані з психічно травмуючими ситуаціями, що виникали періодично. Тривожність проявлялася у вигляді неспокійного сну, труднощів в зосередженні на виконуваній роботі. У респондентів періодично визначалося почуття власної провини в скоєнні деяких дій в минулому, зниження здатності вступати в емоційно близькі стосунки, почуття самотності, дискомфорт у присутності людей, емоційна неврівноваженість, ворожість, підвищена дратівливість. Ці респонденти були фіксовані переважно на негативних сторонах життя, виявляли загальний песимізм оцінок себе і навколишнього світу. Відзначалася низька або завищена самооцінка. Досліджувані були психологічно залежними від зовнішньої ситуації, від інших людей, в той же час вони активно чинили цьому опір. Емоційно значимий контакт їм вдавалося встановити, як правило, тільки з добре знайомими людьми. Крім емоційного компонента інтерперсональні контакти включали поведінкові стереотипи, що визначають рольові позиції, внутрішні переконання й життєві установки, ставлення до себе, до інших людей. Оскільки респонденти І підгрупи практично не могли перебувати на самоті, вони були активні й діяльні, хоча результативність їх діяльності часто була низькою, а ситуативні можливості не завжди використовувалися ними (гіперкомпенсація як варіант психологічного захисту). Ретроспективно у досліджуваних часто виникали переживання, повʼязані ні з самою травмуючої ситуацією, а з тим, як вони цю ситуацію переживали. У їхніх життєвих сценаріях негативні почуття також займали центральне місце. Виявлялася психологічна незрілість, дисгармонійність особистості.

Пасивно-захисний (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю) тип проявів ПТСР із тривожно-депресивними тенденціями здебільшого зафіксований у респондентів ІІ (20,5%) та І (13,2%) груп. У респондентів ІІ підгрупи найбільш вираженими були прояви невротичного рівня. У більшості досліджуваних виявлялися неприємні навʼязливі думки. Практично всі респонденти відчували тяжкі переживання при згадці про минулі травмуючих події. Досліджувані вказували, що намагалися уникати всього, що могло б нагадати про минулі важкі ситуації. Третина респондентів скаржилися, що їм було важко зосередитися. Через це вони відчували труднощі при виконанні будь-якої роботи, тому виконували її повільно, щоб не допускати помилок. Майже всім досліджуваним періодично важко було прийняти рішення. Більшість респондентів повідомляли, що вони відчували почуття провини слабкого або помірного ступів вираженості. Більше половини осіб задавалися питанням про те, чому вони живі, в той час як інші вже померли (серед учасників бойових дій), їх відвідували думки про самогубство; 10,6% осіб ці думки були постійними. 26,2% респондентів ІІ групи відзначали пригнічений настрій і надмірне занепокоєння з різних приводів слабкої або помірної інтенсивності. Деякі досліджувані відчували занепад сил, загальмованість або почуття, що виконання роботи вимагало від них значних зусиль. 58,1% респондентів повідомляли, що вони не могли відчувати радість так, як відчували її раніше в період благополуччя. Для більшості досліджуваних була притаманна відсутність інтересу до навколишнього, почуття самотності, відчуття безнадійності стосовно майбутнього. Одних досліджуваних ці почуття охоплювали іноді, інших– часто, а 26,2% осіб відчували їх постійно. У половини респондентів виявлено низьку самооцінку. Майже всі досліджувані іноді або часто відчували нервозність, напруженість та занепокоєння слабкої або середньої інтенсивності. Практично у половини респондентів зазначалася наявність кошмарних за змістом думок чи уявлень, особливо перед життєво значущою або відповідальною подією. За таких переживань зʼявлялися або посилювалися страх, паніка. Фобічні прояви були виявлені у багатьох респондентів цієї групи. Найчастіше у більшості з них страх зʼявлявся періодично. Найбільш часто відзначався страх смерті. У багатьох досліджуваних виявлявся страх самотності (близько 70% випадків). Поширеним був страх покарання; були виявлені соціофобії.

Практично всі респонденти ІІ групи, які пережили гостру психічну травму, відзначали, що після травмуючої події їх життя, ставлення до оточуючих людей, до себе змінилися, відбулася переоцінка життєвих цінностей. Часто виявлялися почуття недовіри іншим людям, підозрілість, екстрапунітивна спрямованість реакцій. В інших людях, вони, як правило, помічали те, чого не помічали в собі. Це можна було розцінити, як психологічний захист – проекцію. Більш ніж в 90% випадках у обстежених виявлялися флешбеки. Констатовано також короткочасні порушення фіксації уваги, зосередження на тому, що відбувається навколо. Такі явища могли посилюватися в деяких ситуаціях, наприклад в транспорті, при виконанні монотонної праці, при спогадах минулого, переживаннях. У більшості респондентів виявлялися досада й інтенсивне роздратування, як прояв ворожості, частим був гнів. На можливу втрату самооволодіння, вибуховість реагування вказували більшість респондентів цієї групи. Деякі досліджувані ставали незлагідними, скандальними в сімʼї, на роботі з колегами, клієнтами, в гуртожитку. Це могло супроводжуватися уходом з сімʼї, зміною роботи, часто зі зниженням соціального статусу.

Дисгармонійний (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю) тип проявів ПТСР із розладами соціального функціонування, внутрішньою напруженістю, дисфорією відзначався у 12,5% осіб ІІІ групи, яких відрізняли міжособистісні конфлікти, експлозивність, брутальність, аутоагресивні тенденції, вживання психоактивних речовин. У цій підгрупі значно зростали рівень дистресу і соціально-психологічних порушень. При цьому виявлялися більш виражені, часті й тривалі особистісні зміни. Були виявлені флешбеки чотирьох варіантів в залежності від активації памʼяті за подразниками: візуальні – коли зʼявлялися спалахи спогадів у вигляді зорових образів; слухові – характеризувалися спогадами звуків; сенсорні – були обумовлені тактильним, смаковим подразниками; змішані – коли спалахи спогадів, наприклад, візуальні поєднувалися зі слуховими. У всіх респондентів даної підгрупи виявлялися ознаки паранойяльного характеру, як правило, в системі міжособистісних стосунків. Майже всі досліджувані розцінювали події травматичного характеру як покарання. Всі респонденти даної підгрупи вважали, що людям довіряти не можна, що люди можуть зловживати їх довірою, якщо вони їм це дозволять. Майже всі респонденти вважали, що їхні ідеї не поділяли інші люди, їх досягнення недооцінювали. Багато досліджуваних (в 60% випадків) звинувачували в своїх неприємностях інших людей. Виявлялося постійне відчуття самотності. У своїх судженнях респонденти були категоричні, не гнучкі, прямолінійні. Виявлявся чіткий звʼязок проявів із психогенним, психотравмирующим фактором, зміст якого відбивався в переживаннях. Вони постійно перебували в стані фрустрації. Напруженість, нервозність відзначали практично всі досліджувані. У багатьох респондентів виявлявся несподіваний, безпричинний страх. Найбільш часто виявлялися соціофобії. Актуалізувалися страхи (темряви, тварин та ін.), яких до травми у них не відзначалося. Інтенсивність цих проявів була більш вираженою у порівнянні з досліджуваними ІІ групи; більшою була й число різновидів страхів. Ці прояви були розцінені як психологічний захист – регресія. Більшість респондентів відчували утруднення в ухваленні рішення практично завжди, особливо у важливих життєвих ситуаціях. Вони боялися помилитися, прийняти неправильне рішення; не могли чітко сформулювати мету свого життя, діяльності тощо. Серед деяких досліджуваних виявлялося, що вони не могли усвідомити цілі, бажання, витісняли їх наявність. У них легко виникали виражена досада і дратівливість. Деякі респонденти здійснювали протиправні дії. Практично всі досліджувані відзначали зменшення числа друзів. Багато людей дійсно припиняли з ними контакти, не розуміли їх, що відповідало їхнім переконанням. В той же час це посилювало їх ворожість, сензитивність в міжособистісних стосунках. У респондентів ІІІ групи виявлялися виражена дисгармонія, незрілість особистості, низька самооцінка. Для них була характерна дихотомія суджень: погано або добре. Це проявлялося в категоричності суджень, відсутності гнучкості мислення й різноманітності емоцій.

      У досліджуваних ІІ і ІІІ підгруп всі показники статистично значимо переважали в порівнянні з числовими значеннями респондентів І групи. При цьому в ІІІ підгрупі вони були значно вище не тільки в порівнянні з І, а й з ІІ підгрупою. При глобальному ступені проявів ПТСР виявлено збільшення показників тривожності, фобічні симптоми. Рівень дистресу був підвищений майже в 2,0 рази. У порівнянні з І групою ця різниця ще більш виражена.

Дані обʼєктивних методик доповнювалися результатами анкетування щодо зʼясування впливу соціально-економічних та демографічних характеристик у групах досліджуваних на формування і перебіг ПТСР. Виявлено статистично значущий звʼязок між інтенсивністю проявів ПТСР та соціально-демографічними характеристиками досліджуваних.

Аналіз соціально-психологічних особливостей вибірки показав,что респонденти ЕГ частіше, ніж КГ виховувалися в неповних сімʼях, і їх кількість збільшувалася у міру наростання ступенів проявів ПТСР. У ІІІ підгрупі на конфліктні відносини між батьками вказали більше половини респондентів ЕГ, в той час як в КГ тільки 12% осіб. Дослідження показали, що відносини в родині такого роду можуть бути психічно травмуючим фактором, який сприяє розвитку ПТСР, а також впливати на формування особистості щодо порушень її ідентичності, як індивідуальної, так і соціальної [35].

Встановлено, що переважна більшість респондентів активно залучалися до негативно забарвлених емоційних стосунків між батьками і брали на себе не властиві їм в сімʼї ролі. При цьому, чим вищим був ступінь проявів ПТСР, тим більше було число таких осіб (у ІІІ підгрупі майже 100 %). Встановлено, що ступінь емоційної залученості респондентів в конфліктні ситуації між батьками в преморбідні періоди був еквівалентний ступеню проявів ПТСР. У міру наростання ступеня проявів ПТСР збільшувалося число осіб, які ретроспективно оцінюють рівень емоційних переживань щодо сварок батьків як сильні та дуже сильні. Отримані дані свідчать про фіксацію респондентів на негативних переживаннях, почуттях, стереотипах реагування й поведінки. Це отримало також підтвердження в дослідженнях ретроспективних оцінок респондентами ставлення до них батьків. Чим вищим був ступінь проявів ПТСР, тим більше респондентів оцінювали ставлення батьків як байдуже і навіть агресивне. На підвищену опіку з боку батьків при вихованні вказали близько половини респондентів у всіх підгрупах ЕГ. Більш показовими виявилися дані про виховання суперечливого, непослідовного характеру. У підгрупах ЕГ у міру збільшення ступеня проявів ПТСР спостерігалася тенденція до наростання таких випадків. Ще більш несприятливим фактором був емоційний характер виховання, на який респонденти вказували в 1,5-2 рази частіше. Статистично переконливі дані були отримані у вказівках респондентами на їх виховання конфліктного характеру (р≤0,05). Як несприятливий фактор, що сприяє розвитку ПТСР, були розцінені дані щодо вихованням респондентів батьками тільки однієї статі (або тільки жінки, або тільки чоловіки). У підгрупах ЕГ число таких осіб зростало еквівалентно ступеню проявів ПТСР. Приблизно така ж кількість осіб вказала на формування поглядів на життя тільки з боку матері. Наявність в сімʼї таких умов також підвищує ризик розвитку ПТСР. Було встановлено, що респонденти ЕГ найбільш часто відзначали тип виховання матері як гіперсоціальний, малоемоційний. Крім того, близько половини респондентів вказали на тривожний тип матері, яка, навпаки, проявляє гіперопіку, що не сприяє розвитку самостійності й активності особистості. Такий тип виховання може перешкоджати формуванню соціальної ідентичності, підвищувати ризик порушення адаптації, сприяти низькій стресостійкості й розвитку ПТСР [35].

Звертає на себе увагу, що серед респондентів ЕГ виявляється різноманітність стилів виховання. Так, в І підгрупі з низьким ступенем проявів ПТСР найбільш часто виявлялася гіперопіка, в меншій мірі емоційна холодність і мозаїчний або суперечливий стиль, рідше – непослідовний. У ІІ підгрупі велика частина респондентів зазначила емоційно холодний стиль виховання з боку матері або жінки, яка її замінювала, рідше –мозаїчний або суперечливий, непослідовний, гіперопіку, підвищений контроль. Рідко в цій підгрупі визначався такий стиль виховання як безпорадність. У ІІІ підгрупі найчастіше респонденти відзначали суперечливий стиль виховання.

Вивчення ролі соціально-психологічних факторів, що стосуються особливостей сімʼї, характеру і стилю виховання молоді на розвиток ПТСР дозволило виявити ряд значущих закономірностей. Зіставлення деяких соціально-демографічних показників (вік, сімейний стан, освіта, військове звання) в ЕГ і КГ надало змогу отримати такі результати. Виявлені вікові відмінності щодо переважання серед респондентів ЕГ молоді віком від 20 до 24 років свідчили про роль цього віку у розвитку ПТСР. Більш старший вік (29-30 років) виступав як фактор, що стримує виникнення ПТСР. Вивчення сімейного стану показало, що в КГ значну частину складали одружені (заміжні). Питома вага розлучених серед респондентів ЕГ була вищою у порівнянні з респондентами КГ.

Дослідження показало, що велика частина респондентів ЕГ перебувають поза шлюбом із різних причин: або ще не визначилися, або розлучені, є вдовами чи вдівцями. У КГ даний показник нижче в 1,8 рази. Таким чином, респондентів ЕГ за критерієм подружнього статусу можна назвати неблагополучними. Низький рівень освіти і соціальний статус також відзначаються як фактор ризику виникнення ПТСР. Можливо це пояснюється тим, що люди, які мали низький рівень освіти не можуть виробити адекватні захисні механізми; у них знижена здатність інтегрувати травматичний досвід. Більшість респондентів мали неповну середню та середню освіту. Респондентів із середньою спеціальною та вищою освітою набагато менше, при цьому практично кожен другий респондент із ЕГ зараховує себе до категорії робітників, які не реалізували свої намічені раніше професійні плани. У КГ питома вага респондентів, які мають вищу та середню спеціальну освіту і працюють за фахом достовірно вище, ніж в ЕГ. Високою є й кількість безробітних серед респондентів ЕГ. Дані щодо освітнього рівня і військового звання обстежених, дозволяють вважати, що молодь з середньою-спеціальною освітою, сержантського складу більш схильна до ПТСР.

Виявлена ​​певна закономірність зміни загального індексу посттравматичної реакції. Зростання індексу відзначено у жінок (в 1,2 рази вище в порівнянні з чоловіками); у осіб із неповною середньою освітою (в 1,3 рази в порівнянні з середніми значеннями по вибірці); в групах студентів (в 1,1 рази вище середніх значень).

Отже, встановлено, що на розвиток ПТСР впливають такі зовнішні чинники ризику як контент (зміст), тяжкість стресора, тривалість травматичної дії, кількість стресових впливів. Констатовано звʼязок розвитку ПТСР з наявністю в преморбиді негативних соціально-психологічних факторів (виховання в неповній сімʼї, конфлікти між батьками, дитячо-підлітковий вік при розлученні батьків, відсутність емоційної підтримки в родині, агресія). Чинниками, що негативно впливають на перебіг проявів ПТСР є: низький освітній рівень (загалом можна стверджувати, що у молоді віком від 20 до 24 років із низьким освітнім рівнем інтенсивність таких проявів була вищою (р≤0,01), сімейний статус (неодружені, розлучені, вдівство), соціальний статус (студенти, безробітні) статус досліджуваних (р≤0,05)).

**РОЗДІЛ 3**

**Соціально-психологічні основи подолання розладів АДАПТАЦІЇ у молоді**

**3.1. Принципи побудови та зміст інтегрованої соціально-психологічної програми подолання розладів адаптації у молоді**

В результаті діагностичного дослідження, що передує корекції, була отримана необхідна інформація про структуру особистості досліджуваних, основні механізми психологічних захистів, реакції молоді на свій стан, індивідуальні особливості протікання та соціально-психологічні чинники ПТСР. Ці дані дозволили розробити систему психокорекційних заходів, що включає в себе диференційоване поєднання методів індивідуального, групового й соціоцентрованого втручання, спрямованих на зниження ступеня проявів ПТСР, формування адекватних психологічних захистів та адаптивної копінг-поведінки тощо.

Психотерапевтична та психолого-консультативна робота будувалася на основі полімодального підходу, який обʼєднував техніки раціональної, когнітивної, біхевіоральної психотерапії, релаксаційні методики, гештальт-терапію, психодраму, логотерапію, психологічний дебрифінг. Такий підхід співвідноситься з напрямом «психотерапії нового рішення» (Р. Гулдінг, М. Гулдінг) [56], в якому переоцінюється смислове переживання певного (травматичного) моменту, зафіксоване в попередньому досвіді, й утверджується інший погляд на ситуацію, себе, зовнішні умови та впливи. Новий сенс досягається через винаходження переживання, що відповідає більшій свободі, спонтанності, можливості довіряти собі та іншим, перевіряти та випробовувати свою психологічну межу, робити вибір, знаходити особистісний ресурс для подолання ПТСР.

При впровадженні формувальних заходів враховувалися соціально-психологічні чинники ПТСР у молоді та відповідність обраних методів допомоги основним завданням запропонованої програми: зниження психоемоційної напруженості; опрацювання вражень, реакцій і почуттів досліджуваних; формування у них розуміння сутності подій, що відбулися, й психотравматичного досвіду; зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій шляхом обговорення почуттів та обміну переживаннями; мобілізація внутрішніх ресурсів, групової підтримки, солідарності й розуміння; зниження індивідуального та групового напруження; підготовка до переживання тих проявів і реакцій, які можуть виникнути в подальшому; розвиток комунікативної та соціальної компетентності; навчання основним методам психологічної саморегуляції.

Вивчено можливість подолання ПТСР у молоді в умовах індивідуальної та групової форм психокорекційної роботи, відмінність між якими вбачалася в організаційному, а не змістовно-смисловому характері. Індивідуальні консультації були спрямовані на вирішення конкретних завдань щодо редукції постстресових проявів і проблем соціальної адаптації. Групова психокорекція дозволяла вирішувати більш широке коло завдань, до числа яких входили: створення безпечного соціального простору; зниження почуття ізоляції й формування почуття приналежності, спільності цілей, комфорту та підтримки; формування почуття універсальності власного досвіду; прояснення загальних проблем, навчання методам співоволодіння з наслідками травми; можливість прийняти на себе роль того, хто надає допомогу; розвиток «почуття ліктя»: загальні проблеми розподіляються учасниками групи; можливість ділитися інформацією про себе, говорити про свої почуття іншим; зміцнення впевненості в можливості успішного проходження корекції.

При організації простору психокорекційної та консультативної взаємодії психолога з учасниками груп було впроваджено низку вимог, що відповідали сучасним уявленням про організаційно-інтеракційні особливості психотерапевтичних стосунків. Ці вимоги розглядалися нами як психологічні умови актуалізації внутрішніх ресурсів молоді з ПТСР. До них належать взаємна відповідальність психолога та учасників за процес і результати спільної діяльності (реалізується через обговорення й укладання організаційного та терапевтичного контракту); реалізація феноменологічної установки «тут і тепер» (Ф. Перлз, К. Стайнер), відсутність тиску або примусу учасників – недирективність (К. Роджерс) та ін. Зауважимо, що урахування етнокультурних і релігійних особливостей учасників також сприяло ефективності заходів формувального впливу, особливо в досягненні мети щодо зміни травматичних деструктивних переконань. Серед провідних стратегій подолання ПТСР застосовані особистісне дистанціювання; моделювання; зміна позиції; зниження субʼєктивної значущості [14].

Зважаючи на те, що серед провідних чинників, які впливають на розвиток ПТСР, є відсутність соціальної підтримки, особливо з боку групи близьких (і не тільки за родинною ознакою) людей, організація групи психологічної підтримки та проведення тренінгів із членами родин вважалися нами корисним паліативом, який сприяв подоланню ПТСР у молоді.

На етапі превенції були сформульовані базові принципи психологічного втручання, які визначили вибір конкретних психокорекційних методів і технік: визнання всіх реакцій на психотравму нормальними, що забезпечують адаптацію до екстремальних впливів зовнішнього середовища; використання в роботі моделі психотерапевтичного альянсу, яка передбачає відносини емпатії, терапевтичної підтримки і партнерства з акцентом на формування почуття відповідальності за успіх проведеного психологічного втручання; забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду і його інтеграція в загальну систему цінностей та смислів респондентів; нормалізація психозахисної поведінки респондентів, активізація адекватних его-захисних механізмів; орієнтація на виявлення реальних і потенційних ресурсів респондентів; вироблення відчуття «контролю над травмою» як загальна стратегія психокорекції, руйнування атрибуцій пасивності й жертовності.

         Система психокорекційних заходів була розроблена з урахуванням провідних психологічних захистів респондентів експериментальної групи.

У число обовʼязкових методів психокорекції на етапі інтервенції входили: техніки активізуючої терапії (наприклад, ранжування завдань сьогодення за складністю, терапія майстерністю і задоволенням), що застосовуються для формування нових життєвих смислів і набуття контролю над власним життям; принципи сократівського діалогу як основний метод для виявлення й роботи з неадаптивними думками та установками; використання метафор, що дозволяло передавати інформацію на рівень несвідомого клієнтів, що допомагало активізувати приховані ресурси і сприяти вирішенню проблеми; техніка «історія мого життя», що застосовувалася для розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси; техніка «позитивні сторони бойового досвіду», що дозволяло переосмислити травматичний досвід і його наслідки на рівні поведінки, міжособистісних відносин, сімʼї та з точки зору розвитку власної особистості.

До основних технік, які використовувалися для молоді з основними психологічними захистами заміщення та ідентифікація з агресором й таким проявом ПТСР як гіперактивація, належали: техніка прогресивної мʼязової релаксації за Е. Джекобсоном, що дозволяла опанувати загальними навичками саморегуляції; техніки «когнітивної перевірки реальності загрози», «планованого відволікання» і «заповнення прогалини», які допомогали сформувати відчуття контролю над негативними емоціями і знизити напруженість психологічних захистів; техніка «діалог зі значущим іншим» як можливість прийняття агресивної частини себе в цілях спільної інтеграції особистості; вироблення попереджувальних заходів по мінімізації наслідків агресії.

Зауважимо, що А. Бек висловлює принципово новий підхід до корекції емоційних порушень, відмінний від традиційних шкіл психоаналізу і поведінкової терапії. Головна ідея когнітивної психокорекції А. Бека полягає в тому, що вирішальним фактором для виживання організму є переробка інформації. В результаті народжуються програми поведінки. Людина виживає, отримуючи інформацію з навколишнього середовища, синтезуючи її, плануючи дії на основі цього синтезу, тобто виробляючи самостійно програму поведінки. Програма може бути нормальною (адекватною) або неадекватною. У разі когнітивного зсуву в переробці інформації починає формуватися аномальна програма [75; 107].

Особистість за А. Беком формується схемами або когнітивними структурами, які представляють собою базальні переконання (світогляд). Ці схеми починають формуватися в дитинстві на основі особистого досвіду й ідентифікації зі значущими іншими. Кожна людина формує власну концепцію себе (уявлення про себе), інших, світ й концепцію свого існування в світі. Схеми є стійкими когнітивними структурами, які стають активними при дії певних стимулів, стресів або обставин. Схеми можуть бути як адаптивними, так і дисфункціональними. В когнітивну тріаду депресії входять: негативне уявлення про себе (я непристосований, нікчемний, всіма зацькований невдаха); негативний погляд на світ (людина переконана, що світ предʼявляє надмірні вимоги до неї і споруджує непереборні барʼєри на шляху до досягнення цілей, і що в світі немає задоволення); нігілістичний, негативний погляд на майбутнє (людина переконана, що пережиті нею труднощі нездоланні). Таким чином, емоційні порушення і поведінкові розлади розглядаються як такі, що випливають з когнітивних структур і є наслідком актуальних когнітивних процесів (в яких, в якості проміжних змінних, виступає думка-когніція). Психологічні порушення повʼязані з аберацією мислення. Нагадаємо, що під аберацією мислення А. Бек розумів порушення на когнітивній стадії переробки інформації, які спотворюють бачення обʼєкта або ситуації [107].

Спотворені когніції, тобто когнітивні спотворення, є причиною неправильних уявлень і самосигналів та, як наслідок, неадекватних емоційних реакцій, зокрема в умовах ПТСР. Когнітивні спотворення – це систематичні помилки в судженнях під впливом емоцій.

До них належать:

1. Персоналізація – схильність інтерпретувати події в аспекті особистих значень. Наприклад, молода особа з підвищеною тривожністю вважає, що багато подій, абсолютно з нею не повʼязаних, стосуються її особисто або спрямовані проти неї особисто.

2. Дихотомічне мислення. У такому випадку молода людина схильна мислити крайнощами в ситуаціях, які зачіпають її чутливі місця, наприклад самооцінку, при ймовірності наразитися на небезпеку. Подія позначається тільки в чорних або білих фарбах, тільки як хороша чи погана, прекрасна або жахлива. Така властивість й є дихотомічним мисленням. Молода людина сприймає світ тільки в контрастних барвах, відкидаючи півтони, нейтральний емоційний стан.

3. Вибіркове абстрагування. Це концептуалізація (зведення до положення правила, закону) ситуацій на основі деталі, витягнутої з загального контексту, при ігноруванні іншої інформації. Наприклад, на гучній вечірці молода людина починає ревнувати свою дівчину, яка нахилилася до іншого, щоб краще його розчути.

4. Довільні умовиводи – бездоказові або навіть суперечливі очевидним фактам умовиводи. Наприклад, працююча молода мати в кінці важкого робочого дня робить висновок: «Я – погана мати».

5. Сверхгенералізація – невиправдане узагальнення на основі одиничного випадку. Наприклад, юнак зробив помилку, але думає: «Я завжди все роблю неправильно». Або після невдалого побачення молода жінка робить висновок: «Усі чоловіки однакові. Вони завжди будуть до мене погано ставитися. У мене ніколи нічого не вийде в стосунках з ними».

6. Перебільшення (катастрофізація) – перебільшення наслідків будь-яких подій. Наприклад, молода людина вважає: «Якщо ці люди про мене погано подумають – це буде просто жахливо!»; «Якщо я буду на іспиті нервувати – я обовʼязково провалюсь і мене відразу виженуть».

Розглянемо етапи когнітивної корекційної роботи, що допомогатимуть в подоланні ПТСР у молоді.

1. Зведення проблем – ідентифікація проблем, що мають в основі одні й ті ж причини та їх угрупування. Це стосується як симптоматики (соматичної, психологічної, патопсихологічної), так і власне емоційних проблем. Іншим варіантом зведення проблем є ідентифікація першої ланки в ланцюзі, який і запускає весь набір символів.

2. Усвідомлення і вербалізація неадаптивних когницій, які деформують сприйняття реальності. Неадаптивна когніція – це будь-яка думка, що викликає неадекватні або хворобливі емоції, які ускладнюють розвʼязання будь-якої проблеми. Неадаптивні когницій носять характер автоматичних думок: виникають без будь-якого попереднього міркування, рефлекторно. Для людини вони мають характер правдоподібних, цілком обґрунтованих, що не піддаються сумніву. Автоматичні думки недовільні, не приваблюють уваги людини, хоча й спрямовують її вчинки. Для розпізнавання неадаптивних когницій використовується прийом колекціонування автоматичних думок. Молодій людині пропонується зосередитися на думках або образах, що викликають дискомфорт у проблемній ситуації (або подібній до неї). Сфокусувавшись на автоматичних думках, вона може розпізнати їх і зафіксувати.

3. Віддалення – процес обʼєктивного розгляду думок, при якому молода людина розглядає свої неадаптивні когніції як відокремлені від реальності психологічні явища. Після того, як вона навчиться ідентифікувати свої неадаптивні конгиції, їй необхідно навчитися розглядати їх обʼєктивно, тобто віддалитися від них. Віддалення підвищує здатність проводити межу між думкою, яку треба обґрунтувати (я вважаю, що ...) і незаперечним фактом (я знаю, що ...). Віддалення розвиває вміння здійснювати диференціацію між зовнішнім світом і своїм ставленням до нього. Шляхом обґрунтування, докази реальності своїх автоматичних думок полегшується дистанціювання людини від них, формується звичка бачення в них гіпотез, а не фактів

4. Зміна правил регуляції, правил поведінки. Для регуляції свого життя і поведінки інших людей людина, схильна до ПТСР, використовує правила (розпорядження, формули). Ці системи правил в значній мірі зумовлюють позначення, тлумачення й оцінку подій. Ті правила регуляції поведінки, які носять абсолютний характер, тягнуть за собою регуляцію поведінки, що не враховує реальної ситуації, а тому створює проблеми для людини. Для того, щоб у людини не було таких проблем, їй необхідно видозмінити їх, зробити менш генералізованими – узагальненими, менш персоніфікованими – повʼязаними з нею особисто, більш гнучкими з врахуванням реальної дійсності. Зміст правил регуляції поведінки збирається навколо двох основних параметрів: небезпеки - безпеки і болю - задоволення. Вісь небезпеки - безпеки включає події, повʼязані з фізичним, психологічним або психосоціальним ризиком. Добре адаптована молода людина має досить гнучкий набор точних правил, що дозволяє співвідносити їх з ситуацією, інтерпретувати і оцінювати наявну ступінь ризику. Наприклад, молода людина, що керується правилом «Буде жахливо, якщо я опинюся не на висоті», відчуває труднощі в спілкуванні через неясне визначення поняття «бути на висоті», і з цієї ж невизначеністю повʼязана її оцінка ефективності своїх взаємодій з партнером. Свої припущення про невдачу молода людина проектує на сприйняття її іншими, тобто вважає, що такою її сприймають інші. Всі прийоми зміни правил, що мають відношення до осі небезпеки-безпеки, зводяться до відновлення у людини контакту з ситуацією, яку вона уникала. Такий контакт може бути відновлений при зануренні у ситуацію в уяві, на рівні реальної дії з чіткою вербалізацією (чітким словесним описом) нових правил регулювання, що дозволяють відчувати помірний рівень емоцій. Правила, центровані навколо осі болю – задоволення, призводять до гіпертрофованого переслідування певних цілей на шкоду іншим. Наприклад, правилом «Я ніколи не стану щасливою, якщо не буду знаменитою» молода людина прирікає себе на ігнорування інших сфер своїх відносин на догоду залежності від цього правила. Після виявлення таких позицій людині необхідно усвідомити ущербність подібних правил, їх саморуйнівного характер. Необхідно зрозуміти, що людина була б щасливішою і менше страждала, якби керувалася більш реалістичними правилами. Класифікація поведінкових правил:

1. Правила, які формулюють ціннісні установки, що викликають певні стимули, які субʼєктивно сприймаються по-різному, породжують у молодої людини позитивні або негативні емоції.

2. Правила, повʼязані з впливом стимулу (наприклад, «Після розлучення все буде по-іншому»).

3. Поведінкові оцінки (наприклад, «Оскільки я заїкаюся, ніхто мене не слухає»).

4. Правила, повʼязані з емоційно-афектним досвідом особистості (наприклад, «При одній згадці про іспит у мене зʼявляється тремтіння», «У мене немає більше надії»).

5. Правила, повʼязані з впливом реакції (наприклад, «Я буду більш пунктуальним, щоб не викликати гніву»).

6. Правила, повʼязані з повинністю, і які виникають в процесі соціалізації особистості (наприклад, «Людина має отримати вищу освіту, щоб бути щасливою»).

5. Зміна ставлення до правил саморегуляції.

6. Перевірка істинності правил, заміна їх новими, більш гнучкими.

Для осіб із провідними захистами заперечення, придушення і витіснення, а також стійким прагненням блокувати все, що так чи інакше повʼязане з травматичним епізодом, в якості основних використовувалися такі методи: техніка систематичної десенсибілізації Дж. Вольпе і техніка візуально-кінестетичної дисоціації Є. Александрова [5], що дозволяли знизити емоційно-негативні реакції на травму; техніки «подолання афекту» через візуалізацію приємних спогадів, стимуляцію сміху та іронії як можливість оживити альтернативний травмі життєвий досвід і знизити інтенсивність неадаптивних психозахисних реакцій; вироблення й проведення ритуалів прощання, що дозволяють завершити минулі відносини та розкривали перспективи майбутнього.

Вважається, що найважливішим внутрішнім ресурсом особистості в боротьбі зі стресами є навички саморегуляції (Ю. Щербатих). Методи психічної саморегуляції спрямовані на зміну представленого в свідомості людини психічного образу життєвої ситуації з метою мобілізації процесів психосоматичної взаємодії, оптимізації психоемоційного стану та відновлення повноцінного функціонування. Застосування методик психічної саморегуляції дозволяє редукувати тривогу, страх, дратівливість, конфліктність; активізувати памʼять й мислення; нормалізувати сон і вегетативні дисфункції; збільшити ефективність професійної діяльності; навчити прийомам самостійного формування позитивних психоемоційних станів. В даний час відзначається особливий інтерес до методів, які можна використовувати на робочому місці, і особливо затребуванними є техніки регуляції емоцій. У нашому дослідженні надається перевага комунікативним методам, саморегуляційним технікам, а також велика увага приділяється опрацювання теоретичного матеріалу по заданій темі.

Нижче наведено зміст окремих занять програми подолання ПТСР, спрямованих не тільки на позбавлення від основних проявів таких розладів у молоді (інтрузії, уникнення, гіперактивації, депресії, дезадаптації), а й на більш глибинні рівні травматичних переконань, з використанням групових форм роботи та застосуванням технік релаксації.

**3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального етапу дослідження**

#### З метою проведення психологічного та статистичного аналізу результатів формувального етапу дослідження здійснювалися як загальна оцінка ефективності комплексного психокорекційного впливу, так й результатів формувального експерименту як фактора, який безпосередньо впливає на подолання ПТСР у молоді в умовах сучасного соціуму. Оцінка ефективності комплексного психокорекційного впливу наведена в табл. 3.1.

#### *Таблиця 3.1*

**Оцінка ефективності комплексного психокорекційного впливу**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Діагностичні показники за субшкалами**  **IES-R** | **Експериментальна група (n = 78)** | | **Контрольна група (n = 82)** | | |
| І зріз | ІІ зріз | І зріз | ІІ зріз | |
| Інтрузії | 2,45 ± 0,17\*\* | 1,60 ± 0,22\*\* | 1,75 ± 0,17\* | | 1,21 ± 0,23\* |
| Уникнення | 2,24 ± 0,20\*\* | 1,86 ± 0,21\*\* | 1,28 ± 0,20 | | 1,26 ± 0,15 |
| Гіперактивація | 2,31 ± 0,18\*\* | 1,45 ± 0,21\*\* | 1,26 ± 0,24 | | 1,22 ± 0,22 |

*Примітка: \*, \*\** – *статистично значущі відмінності між показниками груп до і після проведення психокорекційної впливу (\**– *р <0,05; \*\**– *р <0,01).*

Аналіз результатів впровадження розробленої програми показав, що внаслідок зниження рівня внутрішнього дискомфорту (t=-3,2; p≤0,05) та самозвинувачення (t=-2,96; p≤0,05) рівень самооцінки респондентів став більш адекватним (t=-1,96; p≤0,05). Констатовано зниження коефіцієнту дезінтеграції між головними цінностями та можливостями у їх досягненні (р≤0,01) у представників І та ІІ підгруп. Рівень розходження між «цінністю» і «доступністю» в мотиваційно-ціннісній сфері осіб ІІІ групи не змінився, але ступінь внутрішнього дискомфорту зменшився (t=-4,06; p≤0,05). У респондентів експериментальної групи зафіксоване збільшення інтересу до свого внутрішнього світу (за шкалою «самоцінність» t=2,42; p≤0,05), зростання впевненості у собі та задоволеності собою (за шкалою «самоприхильність» t=2,53; p≤0,05) й зменшення критичності власного усвідомлення (за шкалою «самоприйняття» t=4,28; p≤0,05).

Констатовано збільшення здатності респондентів експериментальної групи впливати на обставини та покращення саморегуляції (за шкалою «самокерівництво» t=3,94; p≤0,05). Засвідчено зменшення таких показників комунікативної соціальної компетентності як замкненість (t=1,81; p≤0,05), емоційна нестійкість (t=1,54; p≤0,05); підвищилось вміння підкорювати себе встановленим правилам (t=2,32; p≤0,05).

При порівняльному аналізі рівнів тривожності до і після корекції встановлено достовірні зрушення високої тривожності (Т=1721; р≤0,01) у осіб із І та ІІ груп та зниження параметру агресивності (Т=2543; р≤0,01), що вказує на підвищення контролю агресивних тенденцій та стриманості у поведінці. У респондентів із ІІІ групи покращення не досягало ступеня статистичної значущості, що може свідчити про перевагу агресивних тенденцій у поведінці.

Обстеження, проведене після впровадження програми за допомогою методики А.Басса-А.Даркі показало, що достовірно знизилися показники вербальної агресії, негативізму, дратівливості, підозрілості. Результати порівняння показників за методикою А.Басса-А.Даркі у молоді експериментальної групи на етапах І та ІІ зрізів (X ± m) наведено у табл. 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Результати порівняння показників за методикою А.Басса-А.Даркі у молоді ЕГ на етапах І та ІІ зрізів (X** ± **m)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **І зріз** | **ІІ зріз** | **р** |
| Фізична агресія | 7,25±1,06 | 4,49±0,62 | 0,05 |
| Непряма агресія | 6,26±0,98 | 5,87±1,13 | - |
| Дратівливість | 7,24±1,02 | 5,93±1,14 | - |
| Негативізм | 3,84±0,48 | 2,72±0,89 | 0,05 |
| Образа | 6,84±1,01 | 5,64±0,78 | - |
| Підозрілість | 6,82±1,13 | 4,34±1,31 | - |
| Вербальна агресія | 9,71±1,28 | 6,41±0,79 | 0,05 |
| Почуття провини | 8,52±1,11 | 5,21±1,08 | - |

Дані, отримані за допомогою проективного тесту М. Люшера, дозволили зробити висновок про поліпшення емоційного стану досліджуваних ЕГ після психокорекції. Так, виявлено більш низький рівень психічного стомлення, психічної напруги і сумарного відхилення, істотно знизився вегетативний коефіцієнт, що вказує на трофотропне (парасимпатичне) домінування вегетативної нервової системи, яке характеризує установку на мінімізацію зусиль, самозбереження й відновлення сил. Показники психологічного стану за методикою М. Люшера (І та ІІ діагностичні зрізи) наведено на рис. 3.1.

**Рис. 3.1. Показники психологічного стану за методикою**

**М. Люшера (І та ІІ діагностичні зрізи)**

Аналіз змін у емоційно-вольовій сфері досліджуваних за результатами І та ІІ діагностичних зрізів показав, що відбулося зниження показників агресивності (φ=1,61; р≤0,05). Це вказує на підвищення контролю агресивних тенденцій та стриманості у поведінці. Так, зменшилися агресивні прояви (р≤0,05) з 2,7 до 2,1; страх (р≤0,01) з 0,3 до 0,1; залежність (р≤0,05) з 0,4 до 0,3. Значно знизився показник сумарної агресії (р≤0,01): у досліджуваних із низьким ступенем проявів ПТСР з 1,23 до 0,91; з вираженим ступенем – з 1,85 до 1,26. У досліджуваних з глобальним ступенем проявів ПТСР покращення не досягає ступеня статистичної значущості, що свідчить про перевагу агресивних тенденцій у поведінці.

В табл. 3.3 наведено зразок протоколу дослідження респондента С., 24 років із вираженим ступенем проявів ПТСР за тестом Е. Вагнера після впровадження психокорекційних заходів.

*Таблиця 3.3*

**Зразок протоколу дослідження за тестом Е. Вагнера**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Карта** | **Час початку реакції** | **Відповіді досліджуваного** | **Результати категоризації** |
| 1 | 6 | 1. Пояснює щось жестом, який прагне підкреслити дещо важливе | Кх4 |
| 2 | 8 | 1. Людина в страху підняла руки з метою захисту від нападу 2. Наказує – встаньте! 3. Якщо не зробиш – ти мені не друг! 4. Великий палець руки | С  В В ПБ |
| 3 | З | 1. Висміює  когось, показуючи пальцем 2. Вказує на щось 3. Підкреслює те, що сказав 4. Нав’язує своє бажання комусь  5. Вказує напрям руху | А  В К В В |
| 4 | 8 | 1. Просить милостиню 2. Готовий до дружнього  рукостискання | С К |
| 5 | 3 | 1. Виглядає стомленим, відпочиває 2. Може бути злим, ударити кого-небудь | ПБ Ах3 |
| 6 | 3 | 1. Підкреслює якийсь момент | Кх4 |
| 7 | 10 | 1. Потискує руку.  2. Можливо ударить  кого-небудь в обличчя або інше місце, якщо це не жінка 3. Просто витягнута вперед рука  4. Спонтанний удар | Е  А  О А |
| 8 | 10 | 1. Милостиня  2. Тримає олівець 3. Пише ручкою 4. Спокійно відпочиває | Е О АБ АБ |
| 9 | 3 | 1. Підкреслює момент, який обговорювався 2. Стоп. Зупинка машини 3.  Спроба мене ударити 4.  Загрожуюча рука | К  В С С |
| 10 | 4 | 1. Торкається великим пальцем до обличчя 2. Спроба зупинити машину | З  Вх3 |

*Примітка: А – агресія, В – вказівка, С – страх, З – залежність, Д – демонстративність, Е – емоційність (афектація), І – імперативність, К – комунікація, О – опис, АБ – активна безособовість, ПБ – пасивна безособовість.*

Кількість висловів в кожній категорії після категоризації: Комунікація – 11, Вказівка – 9, Агресія – 6, Страх – 3,  Активна безособовість – 2,  Опис – 2, Емоційність – 2, Залежність – 2, Пасивна безособовість – 2. Разом 39 балів.

В наведеному протоколі більше чотирьох висловлювань по категоріях «Агресія», «Вказівка», «Комунікація» і відсутні висловлювання по категоріях «Демонстративність» і «Збитковість».

Відповіді, що належать до категорій «Агресія» і «Вказівка», розглядаються як повʼязані з готовністю обстежуваного до прояву агресивності, небажанням пристосуватися до оточення.

Категорії відповідей «Страх», «Емоційність», «Комунікація» і «Залежність» відображають тенденцію до дії, спрямовану на пристосування до соціального середовища; при цьому вірогідність агресивної поведінки незначна.

Відповіді категорій «Демонстративність» і «Збитковість», при оцінці вірогідності агресивних проявів не враховувалися, оскільки їх роль в даній області поведінки непостійна. Ці відповіді  можуть лише уточнювати мотиви агресивної поведінки.

Отже, після впровадження заходів формувального впливу у досліджуваного віздзначається тенденція до дії, спрямованої на пристосування до соціального середовища; при цьому вірогідність агресивної поведінки незначна.

 Аналіз отриманих даних показав, що для молоді в структурі особистості яких основними психологічними захистами були заміщення та ідентифікація з агресором, а провідним проявом ПТСР – гіперактивація, відзначені статистично достовірні відмінності (р<0,01) в критеріальній групі проявів інтрузії та гіперактивації, і не виявлено статистично достовірних відмінностей в діагностичній категорії проявів уникнення. В результаті проведеної роботи було досягнуто зменшення посттравматичних проявів на тлі вираженого зниження захисного реагування.

Учасники відзначили зниження рівня тривожності, зменшення загальної кількості конфліктів у соціальному оточенні, нормалізацію настрою, посилення функцій саморегуляції та контролю над негативними емоціями.

Зміна характеристик психозахисної поведінки в результаті психокорекційного втручання наведена в табл. 3.4.

#### *Таблиця 3.4*

**Зміна характеристик психозахисної поведінки в результаті психокорекційного втручання**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Психологічні захисти** | **Експериментальна група**  **(n = 78)** | | **Контрольна група (n = 82)** | |
| І зріз | ІІ зріз | І зріз | ІІ зріз |
| Заміщення | 1,41 ± 0,18\* | 0,33 ± 0,15\* | 1,61 ± 0,23 | 1,53 ± 0,13 |
| Ідентифікація з агресором | 1,40 ± 0,24\* | 0,57 ± 0,16\* | 1,26 ± 0,15 | 1,21 ± 0,14 |

#### 

#### *Примітка: \* - статистично значущі відмінності між показниками груп до і після проведення психокорекційної впливу (\*р <0,05).*

Для осіб із провідними захистами заперечення, придушення і витіснення, а також стійким прагненням блокувати все, що так чи інакше повʼязане з травматичним епізодом, статистично достовірні відмінності (р≤0,01) відзначені за всіма діагностичними критеріями ПТСР, що підтверджує правильність обраної стратегії психокорекційного втручання.

Після впровадження програми у досліджуваних зафіксовано позитивний ефект емоційного відреагування травматичних епізодів, загальну редукцію посттравматичної симптоматики.

Крім цього, необхідно відзначити формування установки на усвідомлену відмову від стратегій уникнення, діагностованих нами у респондентів, що проявляються на рівні емоцій, поведінки, міжособистісних відносин, а також позиції щодо травматичного досвіду.

Ці зміни є показником психологічних захистів групи уникнення та включення когнітивних Его-захисних механізмів.

Зміна характеристик психозахисної поведінки в результаті психокорекційного втручання наведена в табл. 3.5.

#### *Таблиця 3.5*

**Зміна характеристик психозахисної поведінки в результаті психокорекційного втручання**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Психологічні захисти** | **Експериментальна група**  **(n = 78)** | | **Контрольна група (n = 82)** | |
| І зріз | ІІ зріз | І зріз | ІІ зріз |
| Придушення | 1,60 ± 0,22\* | 1,40 ± 0,18\* | 2,22 ± 0,21 | 2,17 ± 0,23 |
| Витіснення | 1,86 ± 0,21\* | 1,40 ± 0,24\* | 2,20 ± 0,19 | 2,10 ± 0,18 |
| Заперечення | 1,45 ± 0,21\* | 1,26 ± 0,17\* | 1,93 ± 0,19 | 1,83 ± 0,15 |

#### *Примітка: \* - статистично значущі відмінності між показниками груп до і після проведення психокорекційної впливу (\*р <0,01).*

За даними тесту «SACS» провідними копінг-стратегіями досліджуваних із вираженим і глобальним ступенями проявів ПТСР були «пошук соціальної підтримки» (27,3; Rm=1), «маніпулятивні дії» (25,8; Rm=2) і «уникнення» (23,8; Rm=3). Ці результати вказують на переважання в їх поведінці пасивних копінг стратегій, що, на нашу думку, є наслідком великої сили і глибини психотравми.

Констатовано, що в експериментальній групі збільшилась частота використання копінг-стратегії планування розв’язання проблем (Т=3811; p≤0,05). Тобто досліджувані частіше стали використовувати цілеспрямований аналіз можливих варіантів поведінки з урахуванням об’єктивних обставин та минулого досвіду. Знизилися середні значення копінг-стратегії дистанціювання (Т=1926; p≤0,05).

Встановлено покращення параметрів психологічного захисту за показниками «регресія», «інтелектуалізація», «компенсація», «проекція» (p≤0,01). Проте за показниками «заперечення», «заміщення», «реактивні утворення» покращення показників не досягало рівня статистичної значущості, що може свідчити про стійкість та глибину психотравми.

Визначено, що у досліджуваних із І та ІІ груп значно підвищився загальний показник соціальної підтримки, розширилася соціальна мережа підтримки (Т=2937; р≤0,05): покращилися взаємозв’язки з безпосереднім оточенням, розширилося коло друзів. Проте, у респондентів із IІІ групи обмеженою залишилася соціальна мережа підтримки, відзначається недостатня сформованість адекватних уявлень про види соціальної підтримки та можливості її отримання.

Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовані у молоді з низьким та вираженим ступенями прояву ПТСР адаптивного типу, меншою мірою – у осіб із глобальним ступенем прояву таких розладів та перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтерпсихічної спрямованості дисгармонійного типу. У контрольній групі статистично значущих відмінностей за вказаними параметрами не виявлено.

Результати формувального етапу дослідження підтвердили ефективність розробленої програми корекції та можливість її впровадження при подоланні ПТСР у молоді в умовах сучасного соціуму.

**ВИСНОВКИ**

1.Встановлено, що розлади адаптації є структурно складним станом, який розвивається при травматичних (екстремальних) ситуаціях внаслідок емоційного або фізичного стресу, здатного викликати дистрес у будь-якої людини. Показано, що до розуміння сутності розладів адаптації підходять з урахуванням психоаналітичної, трансової та дисоціативної теорій, гіпотези про травматичний імпринт, теорії формування патологічних асоціативних емоційних мереж та ін.

Розглянуто теоретичні моделі розладів адаптації: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну та мультифакторну (комплексну), яку визнано провідною у розвитку розладів адаптації. Показано, що в межах мультифакторної моделі значущими характеристиками травматичних чинників визначені раптовість, стрімкий темп розвитку катастрофічної події й тривалість її впливу, повторюваність протягом життя, а також вразливість особистості до формування розладів адаптації, про яку свідчать не тільки особливості її преморбіда (поєднання конституційно-біологічних, соціально-демографічних, сомато- й екзогенних чинників), а й схильність до віктимізації (тенденції перебувати в ролі жертви при аналогічних ситуаціях) або риси травматофілії (утримання травматичного досвіду).

2.Виокремлено ступені та типологію проявів розладів адаптації у молоді, загальними критеріями визначення яких є показники частоти та інтенсивності травматичних ситуацій, рівня вираженості дистреса, інтрузії, гіперактивації, депресії та предиктори соціально-психологічної дезадаптації, динаміка яких залежить від показників соціального функціонування особистості.

Встановлено, що досліджуваним із *низьким ступенем* проявів розладів адаптації притаманні емоційний дискомфорт, незадоволеність стосунками з оточуючими, своїм соціальним статусом, рівнем самореалізації та переважає *активно-захисний* (здебільшого адаптивний) *тип* прояву ПТСР. Респондентів із *вираженим ступенем* проявів розладів адаптації відрізняють тривожно-депресивні тенденції, використання неадаптивних паттернів поведінки та несформованість самоконтролю, соціальна пасивність, низький рівень самоприйняття з перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтрапсихічної спрямованості та *пасивно-захисним типом* проявів розладів адаптації. Досліджувані з *глобальним ступенем* проявів розладів адаптації характеризуються високою внутрішньою напруженістю, дисфорією, експлозивністю, низьким рівнем інтеграції з середовищем, відсутністю глибоких особистісних контактів, обмеженим колом спілкування та *дисгармонійним типом* прояву розладів адаптації з переважанням дезадаптації інтерпсихічної спрямованості.

3.Визначено системоутворюючі соціально-психологічні чинники розладів адаптації у молоді та розроблена структурна модель їх диференціації.

Соціально-психологічними *чинниками розвитку* розладів адаптації у молоді *на особистісному рівні* є: розузгодження в системі ціннісних орієнтацій, виражений внутрішній дискомфорт; негативне самоставлення; висока тривожність, емоційна нестійкість, фрустраційна напруженість; наявність акцентуацій характеру (дистимного, збудливого, циклотимного, тривожного типів); несформованість ефективних механізмів психологічного захисту; дефіцитарність адаптивних копінг-ресурсів; *на міжособистісному рівні* – низька комунікативна компетентність та соціальне дистанціювання; обмеженість чи відсутність соціальної підтримки та конструктивного досвіду соціальної взаємодії; зниження гнучкості та мобільності соціальної поведінки.

Соціально-психологічними *чинниками подолання* розладів адаптації у молоді в умовах сучасного соціуму на *макро рівні є:* соціальна підтримка та захист молоді на державному рівні; доступність та своєчасність психопрофілактичних і реабілітаційних програм, моніторинг їх впровадження; задовільний соціально-економічний статус молоді; на *мезо* *рівні* – урахування етнокультурних особливостей, релігійності, ставлення та змісту сформованих суспільних стереотипів щодо екстремальних подій та катастроф; наявність інструментальної, психологічної підтримки; ефективна соціальна інтеграція; на *мікро рівні –* високі соціальна та комунікативна компетентність; застосування адаптивних варіантів поведінкового копінгу та механізмів психологічного захисту; фрустраційна толерантність; сприятливий соціальний статус,

4.Запропонована інтегрована соціально-психологічна програма подолання розладів адаптації у молоді, побудована на *принципах*: активності, зворотного звʼязку, диференційованого підходу, доступності та комплексності психологічної допомоги, формування позитивного самоставлення і конструктивної життєвої перспективи, мобілізації адаптивних копінг-механізмів, з урахуванням провідних *стратегій* (особистісне дистанціювання; моделювання; зміна позиції; зниження субʼєктивної значущості) подолання розладів адаптації на етапах превенції, інтервенції й поственції.

Ефективність розробленої програми доведена позитивною динамікою рівня інтеграції між потребою в досягненні головних життєвих цінностей та можливістю їх досягнення в реальності; зниженням показників внутрішнього дискомфорту, ситуативної та особистісної тривожності, депресії, індексів агресивності та ворожнечі; підвищенням комунікативної та соціальної компетентності; формуванням адаптивних копінг-стратегій поведінки; розширенням мережі соціальної підтримки. Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовані у молоді з низьким та вираженим ступенями проявів розладів адаптації адаптивного типу, меншою мірою – у осіб із глобальним ступенем проявів таких розладів та перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтерпсихічної спрямованості дисгармонійного типу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана / Р.А. Абдурахманов // Психол. журн. – 1992. – № 1. – С. 131 – 134.
2. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
3. Адлер А. Наука жить / А. Адлер // Психология личности в трудах зарубежных психологов / Сост. и общ. ред. А. А. Реана. – СПб. : Питер, 2000. – 320 с.
4. Активность и жизненная позиция личности : сб. науч. тр. / Отв. ред. А. В. Брушлинский. – М. : Наука, 1988. – 228 с.
5. Александров Е.О. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства / Е.О. Александров. – Новосибирск : Сибпринт, 2005. – 280 c.
6. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1991. – 132 с.
7. Александровский Ю. А. Состояния психологической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1976. – 272 с.
8. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : в 2 т. / Б. Г. Ананьев. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1. – 232 с.
9. Ананьев В. А. Практикум по психологии здоровья: метод. пособ. по первичной специфической и неспецифической про­филактике / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2007. – 320 с.
10. Андреас С. Миссия НЛП : новей­шие американские психотехнологии / С. Андреас, К. Герлинг, Ч. Фолкнер. – [Пер. с англ.]. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2000. – 352 с.
11. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. : Аспект-Пресс, 2000. – 373 с.
12. Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А.В. Андрющенко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 104 – 109.
13. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы / Г.Г. Аракелов // Вестник МГУ. – Серия 14: Психология. – 1995. – № 4. – С. 45 – 53.
14. Ахмедова Х. Б. Изменения личности при посттравматическом стрессовом расстройстве: автореф. дис. …к. психол. наук : 19.00.04 / Хапта Байтаевна Ахмедова. – М., 2004. – 20 с.
15. Бабатіна С.І. Особливості побудови та змісту життєвої стратегії особистості юнацького віку / С.І. Бабатіна // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 29 – 39.
16. Бабенко А.В. Методические рекомендации для военных психологов при работе с посттравматическим синдромом / А.В. Бабенко, Л.Н. Домашенко. – Р.н/Д. :  Феникс, 2000. – 128 с.
17. Балл Г. А. Життєстійкість як внутрішній ресурс оволодіння складними ситуаціями / Г. А. Балл // Матеріали І міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 19-20 лют. 2015 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – С. 9 – 13.
18. Балл Г. А. Феномен вибору в контексті соціальної поведінки// Соціальна психологія / Г. А. Балл. – 2005. – № 1 (9). – C. 3–13.
19. Баранова С. В. Соціально-психологічні особливості тренінгу як форми особистісного зростання / С. В. Баранова // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : Зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2008. – № 1 (18). – С. 14–20.
20. Білоус Р.М. Вплив часової перспективи на життєстійкість молоді / Р.М. Білоус, В.О. Охріменко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 46 – 54.
21. Бекер Д. Л. Клинико-социальная характеристика, терапия и профилактика психических расстройств, связанных со стрессом: автореф. дисс. … к. мед. н. : 14.00.08 / Давид Львович Бекер. – М., 2002. – 24 с.
22. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Леонард Берковиц. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. – 512 с.
23. Богучарова О.І. Практика психологічного супроводження здоровʼя як посилення субʼєктності особистості / О.І. Богучарова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 454 – 462.
24. Бондаренко О. Ф. Метапсихологічний контекст психологічної допомоги / О. Ф. Бондаренко // Педагогіка і психологія. – 2002. – № 4. – С. 4 – 12.
25. Боришевський М. Й. Провідні теоретико-методологічні принципи та їх розвиток в українській психологічній науці / М. Й. Боришевський // Проблеми заг. та пед. психол. : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2002. – Т. ІV. – Ч. 5. – С. 31 – 36.
26. Боришевський М. Й. Психологічні детермінанти особистісної саморегуляції поведінки / М. Й. Боришевський // Розвиток педагогічної і психологічної наук в Україні. – Х. : ОВС, 2002. – Ч. 1. – С. 516 – 527.
27. Бохонкова Ю. О. Психологічний аналіз різновидів ситуацій життєвих змін у зв’язку зі ступенем їх впливу на діяльність людини /  Ю. О. Бохонкова, В. Ю. Завацький // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – К. ; Ніжин : ПП Лисенко, 2015. – Т. ІХ. – Вип. 7. – С. 35 – 42.
28. Бохонкова Ю. О. Системність на синергетизм як основа реалізації випереджальних стратегій поведінки особистості в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму / Ю. О. Бохонкова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 2(37). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 104 – 157.
29. Бочелюк В. Й. Моделювання соціально-психологічних систем: теоретико-прикладний аспект : монографія / Під ред. В. Й. Бочелюка. – [2-е вид. перероб. і доп.]. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2013. – 363 с.
30. Бочелюк В. Й. Соціально-психологічні особливості самореалізації особистості в сучасному суспільстві : монографія / Під ред. В. Й. Бочелюка. – [2-е вид. перероб. і доп.]. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. – 280 с.
31. Боярин Л. В. Аналіз психотерапевтичної практики вітчизняних та зарубіжних науковців щодо соціально-психологічної дезадаптації молоді / Л. В. Боярин // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. – № 1(33). – С. 98 – 103.
32. Боярин Л. В. Соціально-психологічні особливості ціннісних орієнтацій студентської молоді та їх адаптації до волонтерської діяльності / Л. В. Боярин // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – № 2 (37). – С. 37 – 43.
33. Боярин Л. В. Сучасні підходи до психокорекції соціально дезадаптованої поведінки молоді / Л. В. Боярин // Гуманітарний вісник Переяслав–Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди.  – Т. VI (48).  – Вип. 31. – К. : Гнозис, 2013. – С. 192 – 201.
34. Боярин Л. В. Становлення та затвердження поняття посттравматичного стресового розладу: теоретичний аспект / Л. В. Боярин // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – № 3 (38). – Т. 2. – С. 65 – 72.
35. Бундало Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия): автореф. дисс. …д. мед. наук : 14.00.18; 19.00.04 / Наталья Леонидовна Бундало. – СПб., 2008. – 42 с.
36. Бурлачук Л. Ф. До створення теорії «вимірювальної індивідуальності» у психодіагностиці / Л. Ф. Бурлачук // Актуальні проблеми психол. : Наук. записки Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2001. – Вип. 21. – С. 61 – 67.
37. Бушай І. М. Концепція динамічної рівноваги образів самосвідомості / І. М. Бушай // Актуальні проблеми психології. Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. – К., 2003. – Т. 1. – Ч. 10. – С. 81 – 84.
38. Вагнер Э. Диагностика агрессивности: Тест руки Е. Вагнера / Е. Вагнер. – Мн. : МПДР-Кара, 1996. – 20 с.
39. Валинурова И. Р. Медико-психологическая характеристика участников локальных войн / И. Р. Валинурова // Казанский мед. журн. – Т. 85, № 4. – 2004. – С. 304 – 314.
40. Варій М.Й. Психічна травма в енергетичній концепції психіки і психічного / М.Й. Варій // Матеріали ІІ міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 16 – 20.
41. Василюк Ф. Е. Типология переживания различных критических ситуаций / Ф. Е. Василюк // Психол. журн. – 1995. – Т.16, № 5. – С. 104 – 115.
42. Вереіна Л. В. Застосування різноспрямованих психотехнологій в межах п’ятирівневої моделі позитивної психотерапії / Л. В. Вереіна // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2005. – № 3 (11). – С. 53 – 61.
43. Віденєєв І.О. Стресостійкість в контексті психологічних ресурсів особистості / І.О. Віденєєв // Матеріали ІІ міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 24 – 27.
44. Вірна Ж.П. Формування особистісного простору: оцінка, тенденції і закономірності / Ж.П. Вірна, В.В. Коширець// Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 75 – 94.
45. Военная психология: методология, теория, практика / П.А. Корчемный [и др.]. – М. : Наука, 2008. – 280 с.
46. Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии / В.М. Волошин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 4. – С. 125 – 129.
47. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М. : Смысл ; Эксмо, 2005. – 1136 с.
48. Гарнов В.М. Война и психическое здоровье / В.М. Гарнов // Под ред. В.К. Шамрея. – СПб. : ВМедА, 2013. – С. 172 – 183.
49. Гарькавець С. О. Мотиваційна сфера особистості та правовий конформізм як прояв впливу соціальних утворень / С. О. Гарькавець // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2005. – № 1 (9). – С. 71 – 79.
50. Глэддинг С. Психологическое консультирование / Сэмюэль Глэддинг. –СПб. : Питер, 2002. – 736 с.
51. Говорун Т. В. Шлюбно-сімейна звичаєвість українців / Т. В. Говорун // Вісник Прикарпатського університету ім. В. Стефаника. – Вип. 6. – Івано-Франківськ : Плай, 2001. – С. 92 – 100.
52. Гошовська Д.Т. Психологічна реінтеграція особистості в умовах глобальних трансформацій: засадові положення / Д.Т. Гошовська, Я.О. Гошовський // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 134 – 142.
53. Гошовська О.Я. Вплив часової перспективи на життєстійкість молоді / О.Я. Гошовська // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 101 – 108.
54. Гринберг Д. Управление настроением: методы и  упражнения / Д. Гринберг, К. Падески. – СПб. : Питер, 2008. – 224 с.
55. Гришина Т.А. Особистісні прояви екосвідомості та етапи формування екологічної спрямованості у контексті особистісних станів і властивостей особистості / Т.А. Гришина // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 500 – 504.
56. Гулдинг М. Психотерапия нового решения. Теория и практика / М. Гулдинг, Р. Гулдинг. – М. : Независимая фирма «Класс», 1997. – 288 с.
57. Гуманистическая и трансперсональная психология : хрестоматия. – М. : Академический Проект, 2000. – 592 с.
58. Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції / О. Є. Гуменюк. – Тернопіль : Економічна думка, 2004. – 310 с.
59. Гурин И.В. Клиническая динамика и дифференцированная терапия посттравматических стрессовых расстройств / И.В. Гурин // Социальная и судебная психиатрия. – М. : Изд-во ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 1996. – С. 234 – 237.
60. Дворніченко Л.Л. Справедливість як фундаментальна вимога адаптації особистості до критичних ситуацій життя / Л.Л. Дворніченко // Матеріали І міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 19-20 лют. 2015 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – С. 27 – 30.
61. Джишкариани М.А. Клинические особенности посттравматического стрессового расстройства в детском возрасте / М.А. Джишкариани, В.Т. Кенчадзе и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 23 – 24.
62. Джонсон Д. В. Соціальна психологія: тренінг міжособистісного спілкування / Д. В. Джонсон ; [пер. с англ. В. Хомик]. – К. : КМ Академія, 2003. – 288 с.
63. Диагностика коммуникативной социальной компетентности (КСК) / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Институт Психотерапии, 2002. – C.138 – 149.
64. Диагностика состояния агрессии (опросник Басса-Дарки) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб. : Речь, 2002. – С. 80 – 84.
65. Діденко О. І. Психологічний портрет особи: досвід та проблеми / О. І. Діденко // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : Зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2004. – № 2 (7). – С. 23 – 28.
66. Дмитриев А.В. Конфликтология / А.В. Дмитриев. – М. : Гардарики, 2000. – 320 с.
67. Дмитриева Н.В. Психолого-психиатрические аспекты психотерапевтической коррекции посттравматических стрессовых расстройств: метод. рекомендации / Н.В. Дмитриева, К.В. Гилева, М.В. Друмова. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2002. – 268 с.
68. Дмітрієв В. Ю. Досвід системного аналізу ціннісно-смислового рівня індивідуальної свідомості / В. Ю. Дмітрієв // Вісник ЧДПУ імені Т. Г. Шевченка. – 2006. – Т. 1. – Вип. 41. – С. 89 – 94. – (Серія «Психологічні науки»).
69. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах / С.Н. Ениколопов // Психиатр. журн. – 1998. – № 3. – С. 50 – 56.
70. Епанчинцева Е. М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов: автореф. дисс. ...канд. мед. н. : 14.00.18 / Елена Макаровна Епанчинцева. – Томск, 2001. – 24 с.
71. Ещенко Н.Г. Негативные психические состояния в деятельности сотрудников специальных отрядов быстрого реагирования и пути преодоления их последствий: дисс. ...канд. психол. наук : 19.00.03 / Наталья Геннадьевна Ещенко. – Тверь, 1997. – 186 с.
72. Завацкий В. Ю. Определение адаптационного потенциала личности в посттравматическом процессе / В. Ю. Завацкий // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – Серия : Философия. Психология. Социология. – Курск : Призма, 2016. – №2(116). – С. 52 – 55.
73. Завацкий Ю. А. К вопросу о гармоничности психологической организации самоактуализирующейся личности / Ю. А. Завацкий, В. Ю. Завацкий // Матеріали ІІ Всеукраїнського наук.-практ. семінару «Теорія і практика психологічної допомоги: сучасні виміри», 18-20 квіт. 2013 р. – Луганськ : Вид-во «Ноулідж», 2013. – С. 64 – 68.
74. Завацька Н. Є. Аналіз підходів до проблеми соціально-психологічної дезадаптації особистості / Н. Є. Завацька // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2004. – № 1 (6). – С. 84–88.
75. Завацька Н. Є. Реадаптація кризисної особистості методами когнітивно-поведінкової терапії / Н. Є. Завацька // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : Зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2006. – № 1 (12). – С. 85–94.
76. Завацький В. Ю. Аналіз підходів до проблеми субʼєктивного благополуччя молоді в науковій літературі / В. Ю. Завацький // Соціально-психологічні чинники субʼєктивного благополуччя особистості : монографія / Ю. А. Завацький, І. Є. Жигаренко та ін. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 7 – 21.
77. Завацький В. Ю. Вплив індивідуально-типологічних особливостей на ефективність адаптаційного процесу при посттравматичних розладах: аналіз підходів до вивчення проблеми / В. Ю. Завацький // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 2(37). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 145 – 157.
78. Завацький В. Ю. Дефекти набуття соціального досвіду молоддю в умовах посттравматичних стресових розладів / В. Ю. Завацький // Матеріали IХ міжнар. наук.-практ. конф. «Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність», 18-19 верес. 2014 р., м. Мелітополь / за заг. ред. А. А. Ткача, М. М. Радєвої. – Мелітополь : МІДМУ «КПУ», 2014. – С. 24 – 26.
79. Завацький В. Ю. Інноваційні принципи підвищення ефективності психолого-оздоровчих заходів / В. Ю. Завацький // Матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм», 20 лист. 2012 р. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2012. – С. 83 – 87.
80. Завацький В. Ю. Критерії оцінки ефективності соціальної адаптації особистості у посттравматичний стресовий період / В. Ю. Завацький // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(38). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 471 – 478.
81. Завацький В. Ю. Особистісні особливості осіб із невротичними розладами / В. Ю. Завацький // Матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри», 3 квіт. 2012 р. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2012. – С. 291 – 295.
82. Завацький В. Ю. Психологічні аспекти управління реабілітаційними закладами / В. Ю. Завацький // Психологія спеціальної освіти : [монографія] / В. Й. Бочелюк, І. Є. Жигаренко та ін. – [2-ге вид., перероб. і доп.]. – Сєвєродонецьк : Вид-во «Ноулідж», 2015. – С. 28 – 44.
83. Завацький В. Ю. Система соціально-психологічних чинників вторинної соціалізації особистості / В. Ю. Завацький, І. Є. Жигаренко, Ю. А. Завацький // Актуальні проблеми психології: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. – К. : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2015. – Вип. 43. – С. 104 – 107.
84. Завацький В. Ю. Системний підхід до проблеми здоровʼязбереження молоді в умовах сучасного соціуму / В. Ю. Завацький // Психогенеза особистості: норма і девіація : зб. наук. статей [гол. ред. Я. О. Гошовський]. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. – С. 78 – 85.
85. Завацький В. Ю. Соціально-психологічні особливості посттравматичних розладів та їх корекція / В. Ю. Завацький // Матеріали ХІ наук.-практ. конференції з міжнар. уч. «Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства», 18-19 квіт. 2014 р. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. – С. 30 – 33.
86. Завацький В. Ю. Соціально-психологічні особливості проявів посттравматичних стресових розладів у молоді в сучасних умовах / В. Ю. Завацький // Матеріали ХХІІІ міжнар. наук. конф. студентів і молодих учених «Наука і вища освіта», 23 квіт. 2015 р., м. Запоріжжя. – Запоріжжя : КПУ, 2015. – С. 54 – 55.
87. Завацький В. Ю. Соціально-психологічні умови психопрофілактики та корекції посттравматичних стресових розладів у молоді / В. Ю. Завацький, Ю. А. Завацький // Матеріали ІІ міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 252 – 255.
88. Завацький В. Ю. Теоретико-методологічні підходи до механізмів формування невротичних розладів та їх корекції / В. Ю. Завацький // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 146 – 154.
89. Завацький В. Ю. Технології забезпечення професійної допомоги у процессах адаптації та реадаптації особистості (на прикладі ПТСР) / В. Ю. Завацький // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 3(35). – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. – С. 167 – 177.
90. Завацький В. Ю. Участь механізмів антиципації в етіопатогенезі невротичних розладів / В. Ю. Завацький // Матеріали ІІІ Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм», 23-24 січн. 2015 р., м. Сєвєродонецьк. – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 67 –69.
91. Заханевич В. Соціально-психологічний тренінг як складова соціальної роботи з різними категоріями населення / В. Занахевич // Наук. вісник ун-ту «Львівський Ставропігіон» : Серія психолого-педагогічна. – Львів : Вид-во ун-ту «Львівський Ставропігіон», 2005. – Вип. ІІ. – С. 31 – 39.
92. Зимин В. А. Эдип и нарцисс: к вопросу о комплементарности конфликта и дефицита / В. А. Зимин // Журн. практ. психолога. – 2001. – №1-2. – С. 147 – 161.
93. Злобіна О. Г. Особистість як субʼєкт соціальних змін / О. Г. Злобіна. – К. : Ін-т соціології НАН України, 2004. – 400 с.
94. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане / В.В. Знаков // Вопр. психол. – 1990. – № 4. – С. 108 – 116.
95. Калмыкова Е.С. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, С.А. Комиссарова, М.А. Падун, В.А. Агарков // Психол. журн. – 2002. – Т. 23, № 6. – С. 89 – 97.
96. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: в 2-х т. / Г.И. Каплпн, Б. Дж. Сэдок. – Т.1. – М. : Медицина, 1994. – 672 с.
97. Капська А. Й. Соціалізація особистості – надзавдання соціально-педагогічної роботи / А. Й. Капська // Вісник ЧДПУ ім. Т. Г. Шевченка. – Серія : Психологічні науки. – 2006. *–* Т. 1. – Вип. 41. – С. 136 *–* 140.
98. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение как составная часть морально-психологического обеспечения боевых действий / А.Г. Караяни // Содержание и организация морально-психологического обеспечения боевых действий. – М. : ГА ВС, 1994. – С. 41 – 66.
99. Караяни А.Г. Технологии психологической работы в боевой обстановке / А.Г. Караяни // Технологии морально-психологического обеспечения: актуальные проблемы теории и практики / Л.В. Калинчук, А.Г. Караяни, И.П. Логинов. – М. : ВУ, 1997. – С. 23 – 71.
100. Карбовніч О. Л. Варіанти аутоагресивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами / О. Л. Карбовніч // Український вісник психоневрології. – 2002. –Т. 10, Вип. 2. – С. 113 –114.
101. Карцева Т.Б.Личностные изменения в ситуациях жизненных перемен / Т.Б. Карцева // Психол. журн. – 1988. – Т.9, № 5. – С. 124.
102. Кекелидзе 3. И. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / 3. И. Кекелидзе, А. А. Портнова // Журн. неврол. и психиатрии. – 2002. – № 12. – С. 56 – 61.
103. Килборн Б. Когда травма поражает душу: стыд, расщепление и душевная боль / Б. Килборн // Журн. практ. психолога. – [Пер. Е. Спиркиной, В. Старовойтова]. – 2001. – № 1-2. – С. 127 – 145.
104. Кипнис М. Тренинг лидерства / М. Кипнис. – [2-е изд., стер.]. – М. : Ось-89, 2006. – 144 с.
105. Клевець Л.М. Психологічні чинники в генезі психосоматичних розладів / Л.М. Клевець // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – Серія «Психологія і педагогіка». – Острог : Вид-во нац. ун-ту «Острозька академія», 2012. – Вип. 20. – С. 118 – 128.
106. Коваленко А.Б.  Проблема розуміння в працях українських психологів / А.Б. Коваленко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 190 – 199.
107. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.
108. Козир М.В. Формування інформаційної компетентності особистості в кризових умовах / М.В. Козир // Матеріали І міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 19-20 лют. 2015 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – С. 45 – 48.
109. Козицька І.В.  Теоретичний аналіз конфлікту в житті особистості через призму антиномічності її буття / І.В.  Козицька // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 199 – 204.
110. Колов С. А.Многофакторная модель деструктивного агрессивного поведения у ветеранов боевых действий / С. А. Колов // Вестник СПбГУ. – 2009. – Вып. 3. – С. 72 – 78.
111. Колодзин Б. Как жить после психической травмы / Бенджамин Колодзин. – М. : Шанс, 1992. – 70 с.
112. Кокун О. М. Аналіз поняття адаптаційних можливостей людини / О. М. Кокун // Проблеми заг. та пед. психол. : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К. : Гнозіс, 2002. – Т. ІV. – Ч. 5. – С. 137– 140.
113. Королев И.Н. Медицинские и социальные риски посттравматических стрессовых расстройств: автореф. дисс. …д. мед. наук : 14.02.05 / Илья Николаевич Королев. – Волгоград, 2010. – 20 с.
114. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск : Изд-во «Олсиб», 2001. – 251 с.
115. Королькова И. И. Некоторые подходы психотерапевтической коррекции реакций горя и утраты / И. И. Королькова, А. И. Простяков // Вестн. психиатрии и наркол. – 2006. № 41. – С. 122 – 123.
116. Котенев И.О. Опросник травматического стресса : метод. пособ. / И.О. Котенев. – М. : Академия, 1996. – 76 с.
117. Кочарян А. С. Механизмы психотерапии / А. С. Кочарян, А. Халайла // Вісник Харьківского нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. – Серія : Психологія. – 2002. – № 576. – С. 91 – 98.
118. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас ; пер. с лит. В. Матулявичене. – М. : Академический проект, 2000. – 240 с.
119. Крайнюк В. М. Психологічний аналіз понять емоційної, психологічної та стресо- стійкості / В. М. Крайнюк // Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. – 2004. – № 617. – С. 96 –100. – (Серія: Психологія).
120. Краснянский А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны / А.Н. Краснянский, П.В. Морозов // Мед. журн. – 1995. – №4. – С. 32.
121. Кузікова С.Б. Життєва криза і саморозвиток особистості / С.Б. Кузікова // Матеріали І міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 19-20 лют. 2015 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. – С. 53 – 56.
122. Кузікова С.Б. Стагнація самозмінювання як механізм кризоутворення на життєвому шляху особистості / С.Б. Кузікова // Матеріали ІІ міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 58 – 63.
123. Кучер А. Трехуровневая система реабилитации / А. Кучер // Ориентир. – 1996. – № 12. – С. 38.
124. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви.– М. : Наука, 1970. – 329 с.
125. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 5. – С. 128–136.
126. Лазорко О.В. Професійна безпека особистості в особливих умовах діяльності: теоретична експлікація проблеми / О.В. Лазорко // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 221 – 235.
127. Лазуренко О. О. Історія вивчення, сучасний стан та актуальність проблеми емоцій і емоційності у психологічній науці / О. О. Лазуренко // Наукові записки Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. акад. С. Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2007. – Вип. 34. – С. 24 –35.
128. Лактіонов О. М. Екологічне підґрунтя соціалізації особистості / О. М. Лактіонов, Н. П. Крейдун // Актуальні проблеми психол. : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2005. – Т. 7. – Вип. 5. – Ч. 1. – С. 320 – 329.
129. Лапин А.Ю. Современные программы медицинской реабилитации у лиц опасных профессий / А.Ю. Лапин, В.Н. Преображенский, Л.Н. Будникова // Современные методологические подходы к восстановительной медицине и медицинской реабилитации лиц опасных профессий. – М., 2005. – С. 149 – 150.
130. Лапшова Н.С. Теоретичні засади дослідження соціального статусу особистості / Н.С. Лапшова // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – № 1(36). – Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – С. 235 – 243.
131. Леонгард К. Акцентуированные личности / Карл Леонгард ; пер. с нем. В. М. Лещинской. – Р. н/Д. : Феникс, 1997. – 544 с.
132. Леонова А.Б. Психопрофилактика стрессов / А.Б. Леонова, А. С. Кузнецова. – М. : МГУ, 1993. – 128 с.
133. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения : В 2-х т. / А. Н. Леонтьев. – Т. 1. – М. : Педагогика, 1983. – 391 с.
134. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.
135. Личко А. Е. Определение понятий «психопатии» и «акцентуации характера» / А. Е. Личко // Психология индивидуальных различий / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – [2-е изд.]. – М. : ЧеРо, 2000. – С. 288 – 318.
136. Ложкін Г.В. Интрасубъектные и интерсубъектные предикторы уверенности в условиях неопределенности / Г.В. Ложкін // Матеріали ІІ міжнар. наук.-практ. конф. «Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя», 18-19 лют. 2016 р., м. Суми. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2016. – С. 63 – 67.
137. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. – М. : Наука, 1984. – 444 с.
138. Лысова А.В. Психология семьи / А.В. Лысова. – Ч. 2. – Владивосток : Изд-во Дальневосточного ун-та, 2003. – 121 с.
139. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, К.Н. Койстрик. – СПб. : ВМедА, 1999. – 91 с.
140. Мазур Е.С. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения / Е.С. Мазур // Психотер. журн. – 1994. – № 3. – С. 81 – 91.
141. Максименко К. С. Концептуально-функциональная семантика современной украинской личностно-ориентированной психотерапевтической школы / К. С. Максименко // Психогенеза особистості: норма і девіація : зб. наук. статей [гол. ред. Я. О. Гошовський] // Матеріали наук.-практ. інтернет-конф. «Актуальні проблеми сучасної психології: здобутки і перспективи», 6 лют. 2015 р. – Т. 1. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2015. – С. 151 – 164.
142. Максименко С. Д. Генезис существования личности / С. Д. Максименко. – К. : КММ, 2006. – 240 с.
143. Максименко С. Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития в психологи) / С. Д. Максименко. – М. : Рефл-бук ; К. : Ваклер, 2000. – 320 с.
144. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008. – 928 с.
145. Маслоу А*.* Самоактуализация/ А. Маслоу // Психология личности : тексты / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузырея. – М. : МГУ, 1982. – С. 108 – 117.
146. Мещенина Т. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов / Т. Мещенина, О. Пашилова // Прикладная психология и психоанализ. – 2003. –  № 4. – С. 61.
147. Милграм C. Эксперимент в социальной психологии / Стэнли Милграм ; [пер. с англ. Н. Вахтиной, С. Левандовского, Н. Малыгиной, В. Попова, А. Татлыбаевой, Д. Толстобы, А. Федорова]. – СПб. : Питер, 2000. – 336 с. : ил. – (Серия «Мастера психологии»).
148. Миско Е.А. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 2004. – Т.25, №3. – С. 44.
149. Мисюра В.Ф. Психологическая реабилитация военносужащих / В.Ф. Мисюра. – М. : Академия, 1995. – 25 с.
150. Михайлов Б. В. Посттравматические стрессовые расстройства в Украине / Б.В. Михайлов, В.Г. Черкасов, М.В. Маркова, Ю.Н. Астахов, Ю.А. Прокопенко // Архів психіатрії. – 2001. – № 1-2. – С. 14 – 19.