## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

# 1.1. Поняття травми та посттравматичного стресового розладу

У зв’язку з останніми подіями в Україні поняття стрес, травма потребують детального вивчення і обговорення. Війна в Україні актуалізувала потребу вивчення проблеми посттравматичного стресового розладу у населення. та узагальнення сучасних напрямів психореабілітації. Нам потрібні дієві методи реабілітації, для адаптації і зниження посттравматичного розладу.

Проблему виникнення гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вивчали як вітчизняні, так зарубіжні вчені, а саме: В.Г. Василевський, М. Горовіц, Т.Б. Дмитрієва, А.Б. Довгополюк, Е.М. Єпачинцева, К. Калмикова, А. Кардінер, В. Конторович, Н. Ласко, С.В. Литвинцев, А. Меркер, Дж. Мітчел, М. Падун, В. Петрухін, Г.О. Растовцев, В. Ромек, Г. Сельє, Є.В. Снєдков, Н. Тарабріна, Г.М. Тимченко, О.М. Харитонов, Г.А. Фастовцев, З. Фрейд, Р. Яноф-Бурман та ін. Відомо про наукові дослідження щодо вивчення механізмів стресу та посттравматичного стресового стресу (М. Горовиц, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус). Психологічні основи впровадження в практику діагностики та корекції стресових розладів, зокрема ПТСР вивчали І. Котенєв, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тимченко, С. Яковенко [37].

Термін «травма» пов’язують із працями З. Фрейда, він запропонував психоаналітичне розуміння травми [202]. З. Фрейдом була створена перша психоаналітична теорія травми, яка характеризується тим, що сама ситуація травми має глибоке афективне відображення у несвідомому людини та постійно активується у психічній діяльності, а тому призводить до невротичних розладів.

Цікавим є те, що причиною травмування є не сама ситуація травми, а сприйняття цієї ситуації людиною та як результат – роздвоєння Его, що посилює травматичну тривога, розширює травматичне фантазування [46].

Поняття травма в перекладі з грецької мови означає «рана». В енциклопедичному словнику травма визначається як «пошкодження тканин організму людини або тварини з порушенням їх цілісності і функцій, викликане зовнішнім впливом». За аналогією з визначенням медичної травми психотравму С. Сукіасян пропонує визначати, як порушення цілісності та функцій психіки людини, викликане зовнішнім впливом на нього [29].

З. Фрейд розглядає психотравму як пошкодження зв’язку між афектом і спогадом, при якому хворобливий афект залишається у зв’язаному стані як «підсвідомий комплекс», в ізоляції від свідомості [30]. З. Фрейд розглядає два незалежних джерела тривоги, що призводять до психічної травми: психотравма виникає як результат нестерпних обставин;основним фактором пошкодження психіки стають неприйнятні та нестерпно інтенсивні сексуальні спонукання і бажання індивіда, які і виступають у якості внутрішніх травмуючих факторів [30].

Сучасний аналітик Д. Калшед пише: «Зазвичай психіка є тим органом переживання, який створює зв’язки та асоціації між елементами особистості, маючи на меті інтеграцію, цілісність і єдність особистості. Однак в разі травми ми бачимо, що психіка не тільки не встановлює зв’язки, але і руйнує їх – розщеплюючи або дисоціюючи». Д. Калшед посилається на думку К. Юнга про те, що психотравма є розщепленням психіки «на безліч різних комплексів, кожен з яких містить певний набір архетипічних мотивів або образів у своїй основі». В інших психоаналітичних дослідженнях психічну травму описують як особистісну дезінтеграцію та регресією у дитинство, що характеризується відсутністю сталості [30].

Згідно E. Bernstein і F. Putnam дисоціація - це втрата нормальної інтеграції думок, почуттів і переживань у свідомості та пам’яті особистості [30].

Н. Тарабрина посилаючись на позицію A. Ludwig, розглядає дисоціацію як процес, що дозволяє певним психічним функціям не взаємодіяти зі сферою свідомості людини та не уможливлює процес свідомого контролю над травматичними пригадуваннями. Процес дисоціації розгортається в три етапи [50].

Психологічна травма не є новою проблемою.

Поняття «травма» у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла.

Травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, все залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар’єра тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й психічна травма. Психіка, так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, і все, що порушує цю стабільність, витісняється за термінологією З. Фрейда. На відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, психічна травма може мати інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти [50].

Найпотужнішою травмою є війна. Війна створює безліч травмуючих ситуацій, завдає стрес та вплив на особистість.

Стрес – це сильне напруження різних систем організму, яке не проходить безслідно. Негативний вплив стресу на здоров’я дуже великий і має найгірші наслідки. Саме стресова ситуація стає причиною багатьох захворювань, які проявляться пізніше – як фізичних, так і душевних. Найчастіше зустрічаються захворювання серцевосудинної системи, шлунково-кишкового тракту, зниження імунітету [32].

Вперше теорію стресу було обґрунтовано в 1936 році канадським фізіологом Гансом Сельє в якій стрес розглядається як «неспецифічна відповідь організму на будь-яку пред’явлену вимогу». Але він з обережністю окреслював поняття цього феномену. «Слово «стрес» так само як і «успіх», «невдача» і «щастя» має різне значення для різних людей. Тому дати його визначення дуже важко, хоча воно й увійшло в нашу повсякденну мову» [5].

Стрес – це порушення спокою, що виникає усередині нас як реакція на певну ситуацію або діяльність, як зовнішню, так і внутрішню; напружений стан людини, що виникає при дії емоційно-негативних та екстремальних чинників зовнішнього середовища [43].

В. Семиченко наголошує, що стрес (від англ. stress – напруга) – це стан психічної напруги, що виникає у людини під впливом сильних впливів. Він може як позитивно, так і негативно впливати на життєдіяльність, аж до її повної дезорганізації [45].

Доволі цікавою та інформативна позиція С. Мальованої та І. Родченко, які аргументовано визначають стрес як «сукупність захисних фізіологічних реакцій, що виникають в організмі людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів» [10; 43].

Умовно можна виділити два шляхи розвитку ситуації після дуже сильного стресу:

1) людина отримала травматичний досвід, зізналася собі в цьому і поступово проживає його, виробляючи конструктивні способи його подолання;

2) людина отримала травматичний досвід, але особистісне ставлення до події відсутнє (випадковість, закономірність, знак зверху). Вона намагається «забути» цей досвід, витіснити його зі свідомості, використовуючи при цьому неконструктивні способи самовладання з проявом симптомів відстрочених стресових реакцій [35].

Виділяють 3 типи реакцій на стрес: боротьбу, втечу та завмирання. Дослідники виокремлюють психологічний, травматичний, інформаційний, бойовий стреси [34].

Розглянемо ознаки стресу на рис 1.1

Ознаки стресу

потовиділення, пришвидшене серцебиття, почервоніння або збліднення шкіри.

Психологічні

Особистісні

Медичні

Фізіологочні

уповільнення розумових операцій, послаблення функцій пам’яті, зменшення сенсорної чутливості

страх, занепокоєння, при- душення волі, зниження самоконтролю, пасивність поведінки, нездатність до творчих рішень

безсоння, головні болі, істеричні реакції, афекти, нервозність

**Рис 1.1. Ознаки стресу**

Розлади, які виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування систем організму. Емоційні стреси, зазвичай, є соціальними, і в кожної людини стійкість до них є різною. Стрес може ставати травматичним, коли результатом впливу стресової ситуації є порушення в психіці, аналогічно як фізичні порушення. Стресорами в таких випадках є травматичні події, ситуації, які загрожують життю самого себе або близьких. Ці події перш за все порушують почуття безпеки, викликаючи переживання травматичного стресу, наслідки якого можуть бути різноманітними. Докази постійно свідчать про відсутність надійних критеріїв для диференціації негативних емоцій та травматичних подій. Однак ряд проведених досліджень визначили різні види психічних травм, виходячи з типу травмуючої події (стихійні лиха, автомобільні аварії, технологічні катастрофи) та конкретного населення (ветерани бойових дій, жертви домашнього насильства, жертви злочинів). Встановлено, що травмуюча подія є стресовою ситуацією, що характеризується високим ризиком для особистого життя та безпеки, або загрозою для життя інших [10].

Термін «тривалий травматичний стрес» був введений у контексті політичного насильства та соціальних конфліктів, і стосується як соціальних, так і індивідуальних умов [9].

Вченими виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес:

1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося, і через що у неї погіршився психологічний стан;

2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;

3) пережите руйнує звичний спосіб життя;

4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або незробити [35].

Тривалий травматичний стрес можна спостерігати в зонах військових конфліктів низької інтенсивності; в сім’ях, де діти та підлітки тривалий час потерпають від психологічного насильства з боку батьків та рідних. У зв’язку з необхідністю мати справу з тривалим травматичним стресом, було зроблено кілька спроб ідентифікувати та визначити відмінності між реакціями на си- туації гострого впливу. Було проведено розмежування між одноразовим та постійним впливом стресових ситуацій [4].

Загальні умови розвитку травматичного стресу:

• людина сприймала ситуацію як неможливу;

• людина не могла ефективно протидіяти ситуації (боротися або тікати);

• людина не могла вивільняти емоційну енергію (стан заціпеніння);

• присутність у житті людини раніше невирішених травматичних ситуацій [35].

Травматичний вплив має кумулятивний характер [2].

Кумулятивні наслідки попередньої травми можуть бути пов’язані з більш серйозними емоційними реакціями на наступну травму [1]. Існуючі концептуалізації травматичного стресу, такі як ПТСР та складний ПТСР, може мати обмежену корисність для постійної загрози та небезпеки через уявлення про те, що вплив травми тимчасово знаходиться в минулому.

Дослідження показали, що в осіб, які піддаються тривалим, повторним чи багаторазовим стресовим подіям частіше виявляються симптоми посттравматичного стресового розладу порівняно з тими, які пережили лише одну стресову подію. Множинні стресові фактори (наприклад при важкій хворобі) можуть посилювати симптоми посттравматичного стресового розладу оскільки:

1) початкова травма може зменшити ресурси людини для подолання наступних стресових факторів

2) людина може вже страждати клінічним або субклінічним посттравматичними стресовими розладами, коли з’являються нові стресові фактори [7].

А. Меркер у своїй концепції виділяє чинники і умови виникнення ПТСР: фактори, пов’язані з травматичною подією: не контрольованість, неочікуваність, тяжкість травми; захисні чинники: здатність осмислювати те, що сталося, наявність соціальної підтримки; фактори ризику: минулий негативний досвід, вік до моменту травмування, соціальний та економічний рівень [30].

Деякі дослідники ПТСР вважають, що переживання людей, які постраждали від різних лих та воєн, навіть якщо вони не отримали жодних фізичних травм, не залишаються для них непоміченими.

Дo чиcлa тpaвмaтичниx cитyaцiй нaлeжaть пoдiï, якi:

• зaгpoжyють життю людини aбo мoжyть пpизвecти дo фiзичнoï тpaвми чи пopaнeння;

• пoв'язaнi зi cпpийняттям cтpaxiтливиx кapтин cмepтi i пopaнeнь iншиx людeй, cтocyютьcя нacильницькoï cмepтi iншиx людeй;

• пoв'язaнi з нacильcтвoм, aбo oтpимaнням iнфopмaцiï пpo цe, пoчyттям пpoвини зa cмepть чи вaжкy тpaвмy iншoï людини;

• пepeмiщeння з мicця, дe людинa пoчyвaлacя в бeзпeцi, тa cтpax й бeзпopaднicть пepeд oбcтaвинaми, щo викликaють пoчyття бeзcилля, втpaтa впeвнeнocтi y мoжливocтi пoзитивнoгo peзyльтaтy i бeзпeки [44].

На основі аналізу досліджень О. Блінова, представимо основні форми прояву ПТСР:

— по-перше, ослаблення пам’яті й труднощі конкретизації уваги, постійна підвищена настороженість, думки про самогубство, порушення сну, постійна втома, неспроможність концентрувати увагу;

— по-друге, часткова, або повна соціальна дезадаптація, адиктивна поведінка (прийом наркотиків, зловживання алкоголем), головні болі, шлунково-кишкові розлади, сексуальні розлади, неконтрольовані спалахи гніву й агресії;

— по-третє, сни і нав’язливі спогади про психотравмувальні події, які іноді асоціюються з якимись вчинками, або подіями;

— по-четверте, прагнення уникати думок, переживань, дій, ситуацій, що можуть нагадати про психотравмувальні обставини;

— по-п’яте, відчувається нездатність відтворити в пам’яті події, що супроводжували психотравмувальні ситуації та втрата інтересу до значущих раніше форм життєдіяльності (спорту, відпочинку);

— по-шосте, з’являється відчуття «укороченого майбутнього» та нездатність співпереживати іншим людям [14].

О. Л. Туриніна пропонує узагальнити такі основні риси травмуючої ситуації [50]:

1) вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;

2) висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті та впливає на картину світу особистості і переживання фундаментальної невразливості;

3) характеризується подвійністю, оскільки, з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з другого — апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін;

4) руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи її на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов’язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;

5) під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;

6) під час неї утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;

7) обмежує здійснення самореалізації особистості та ускладнює можливості в задоволенні потреб;

8) обмежує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;

9) детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;

10) супроводжується появою тріадичної структури “розлад - адаптація - розвиток” [50].

Цікавою є робота Р. Грінкера (R. Grinker) і Д. Шпігеля (J. Spiegel) «Люди під впливом стресу», в якій дослідники проаналізували найбільш характерні відстрочені реакції на стрес. До них були віднесені нетерплячість, дратівливість, агресивність, підвищена стомлюваність, апатичність, труднощі засинання, тривожність, утома, підвищена реактивність, напруженість, депресивність, особистісні зміни, ослаблення пам’яті, тремор, труднощі концентрації, захопленість спогадами про війну, нічні кошмари, підозрілість, фобічні реакції. Все це супроводжується зниженням апетиту, потягом до алкоголю та іншими психосоматичними симптомами [6].

Динаміка переживання травматичної ситуації має три етапи:

1) фаза заперечення або шоку,

2) фази агресії і провини,

3) фаза депресії,

4) фаза зцілення.

Детальніше розглянемо динаміку переживання травматичної ситуації в табл. 1.1

*Таблиця 1.1*

**Опис фаз переживання травматичної ситуації**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Етапи** | **Назва фази** | **Опис фази** |
| Перший етап | фаза заперечення або шоку | На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий. |
| Другий етап | фази агресії і провини | Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»). |
| Третій етап | фаза депресії | Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздим: «Що б я не робив, нічого не зміниш». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється. |
| Четвертий етап | фаза зцілення | Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна набути з того, що сталося корисний життєвий досвід. |

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), впоратися з якими самостійно він вже не може [38].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть або поранення іншої людини (особливо – близької людини), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років – у цьому полягає особливість ПТСР [50].

Симптоми посттравматичного стресового розладу можуть з’являтися як раптово, так і зовсім поступово. Вони можуть виникати тоді, коли людині щось нагадує про травмуючу подію. Це може бути запах, слово, образ, місце. Типові ознаки включають епізоди нав’язливих спогадів, снів, які виникають на фоні хронічного почуття «заціпеніння» та емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакцій на навколишні події, втеча від діяльності та ситуацій, які віддалено нагадують про травмуючі події.

Із вищезазначеними симптомами та ознаками часто поєднуються тривога та депресія, нерідко зустрічається суїцидальні ідеації, часто мають місце зловживання алкоголем та наркотичними речовинами. Серед емоцій переважають гнів та дратівливість; почуття провини, сорому або самозвинувачення; почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; почуття безвиході; відчуття відчуженості [52].

ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережила загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування в травматичній ситуації, а можуть виникнути після багатьох років – в цьому особлива підступність посттравматичного стресового розладу [35].

Прояви ПТСР можуть бути суто індивідуальними або маскуватися під депресію, залежність тощо, проте є три основні симптоми:

1) нав’язливе намагання «переосмислити» неприємні події, відтворення їх в уяві (зокрема, у сновидіннях);

2) прагнення уникати того, що нагадує про травму (наприклад, місця події);

3) підвищені тривожність і емоційне збу- дження, постійна настороженість, підозрілість [34].

Наслідки стресової ситуації проявляються у людей по-різному: відразу після події або через певний проміжок часу. Окреслимо типові наслідки переживання стресу: втрата сну і апетиту; нав’язливі спогади; нічні жахіття від пережитих подій; погіршення настрою при згадці про подію; втрата здатності переживати сильні почуття та емоції; часткове ослаблення пам’яті; прагнення уникати думок і відчуттів, пов’язаних із пережитими психотравмами; відчуття «укороченого майбутнього», втрата життєвих перспектив; складнощі з концентрацією уваги; дратівливість; лякливість [43].

Вивчаючи ПТСР, А. Маклаков підкреслює, що незважаючи на численні дослідження, до теперішнього часу немає єдиної думки про механізми виникнення цього явища. Більшість дослідників приходять до висновку, що в основі механізму формування ПТСР лежать не тільки фізіологічні, але й психологічні особливості потерпілих [27].

У стресовій ситуації поведінка може мати наступні типові реакції:

1) поведінкові, які мають три форми: гіперактивну, загальмованість і загальні сиптоми

2) психологічні,

3) тілесні.

Н. Г. Осухова детально описує реакції у табл. 1.2 [43].

*Таблиця 1.2*

**Типові реакції поведінки у стресовій ситуації**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Поведінкові реакції** | **Прояви**  **на психічному рівні** | **Прояви**  **на тілесному рівні** |
| Гіперактивна форма:  метання в пошуках укриття, буйство;  істеричний сміх або плач;  крики в поєднанні з підвище- ною активністю;  дратливість і злість;  агресивність.  Загальмованість:  стан ступору;  апатія, загальмованість рухів;  непритомні стани.  Загальні симптоми:  лякливість;  регрес віку (дитячі реакції);  незв’язне бурмотіння;  сильне тремтіння | нездатність концентрувати увагу;  часткова або повна втрата па- м’яті;  складнощі із запам’ятовуванням інформації;  підвищена чутливість до шуму, світла і запаху;  порушення логіки і швидкості мислення;  порушення критичного сприй- няття обстановки і своїх дій;  ослаблення волі;  зорові і слухові галюцинації | ослаблення зору і слуху;  часте сечовипускання;  розлад шлунку;  прискорене, переривчасте ди- хання;  порушення циркуляції крові, що призводить до оніміння ступень ніг і кистей рук;  сильна напруга м’язів;  прискорене серцебиття;  болі тиснучого та давлючого характеру в області серця і в грудній клітці;  болі в попереку;  болі хірургічних шрамів, старих ран;  неконтрольоване слиновиді- лення |

Результатом впливу психічної травми можуть бути гострі стресові розлади (ГСР) і посттравматичні стресові розлади (ПТСР) [23].

Розглянемо динаміку ПТСР в часі у табл. 1.3.

*Таблиця 1.3*

**Динаміка ПТСР в часі**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид розладу** | **Тимчасові межі** |
| Гостра стресова реакція | Під час критичного інциденту і відразу після нього на протязі 2-х суток |
| Гострі стресові розлади (ГСР) | Від 2 х суток і до 4 тижнів |
| Постравматичний стресовий розлад | Після 4 тижнів |
| Постравматичний розлад особистості | На протязі майбутнього життя людини,яка пережила травму |

У клініко-динамічному плані розрізняють гострі, хронічні та відстрочені ПТСР. Гострі характеризуються фіксацією на перенесеній травмі, зниженою реактивністю, когнітивними і вегетативними порушеннями, зміною настрою. Вони виникають слідом за припиненням безпосереднього впливу катастрофи. Подібними до гострих за своїми клінічними проявами є відстрочені ПТСР. Різниця між ними полягає лише в часі виникнення. Відстрочені розлади характеризуються певним періодом безсимптомного протікання і розвиваються через певний час після травмування, яке іноді змінюється декількома місяцями. Умовою виникнення такої реакції є наявність вторинних стресових чинників, що провокують її появу та подальший розвиток ПТСР. Гострі можуть або поступово редукувати, або перейти в хронічну форму [19].

Відстрочені реакції на травматичний стрес бойової обстановки об’єднують у декілька груп. До першої відносять реакції, викликані повторюваними спогадами про психотравмувальний досвід. До другої – реакції, що свідчать про прагнення уникати спогади про психотравмувальні події обстановки і загальної психічної загальмованості. До проявів третьої групи відносять труднощі засипання і порушення сну; підвищену дратівливість, спалахи гніву, підвищену реакцію на раптові подразники і підвищену настороженість, підвищений рівень фізіологічної реактивності на події, які асоціюються з психотравмувальними подіями [3].

Особливе місце серед відстрочених реакцій, на думку В. Березовця [31], займають раптові повторні переживання подій, що відбувалися в бойовій обстановці, які супроводжуються як би «вимиканням» з сьогодення.

У процесі дослідження ми прийшли до розуміння того, що при достатній напруженості і тривалості стрес переростає в психологічну (психічну) травму, тобто вона є наслідком неспецифічної психічної реакції (надмірного стресу) на психотравмувальну ситуацію. Психічну травму розглядають як результат впливу психотравмувальних подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для індивіда. Виділяють гострі та хронічні психічні травми. Причому, «перші є результатом однократного, надзвичайно сильного впливу, другі – багаторазово діючих слабших впливів» [39].

Критерії ПТСР в МКБ-10 визначені таким чином [38]:

а) хворий має пережити дію стресової події або ситуації (як короткої, так і тривалої) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже в будь-якого індивіда.

б) стійкі спогади або «пожвавлення» стресора в нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або повторне переживання горя при дії ситуацій, що нагадують або асоціюються із стресором.

в) хворий повинен виявляти фактичне уникнення або прагнення уникнути обставини, що нагадують або асоціюються із стресором.

г) будь-яке з двох: психогенна амнезія, або часткова, або повна, відносно важливих аспектів періоду дії стресора. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дії стресора), представлені будь-якими двома з наступних: а) труднощі у засипанні або збереженні сну; б) дратівливість або спалахи гніву; в) труднощі у концентрації уваги; г) підвищення рівня неспання; д) посилений рефлекс четверохолмія. (У людини четверохолмний рефлекс є сторожовим. У випадках підвищеної збудливості четверохолмієм при раптовому звуковому або світловому подразненні у людини виникає здригування, іноді вискакування на ноги, крик, аксимально швидке віддалення від подразника, часом нестримна втеча) [38].

За рідкими виключеннями, відповідність критеріям б, в і г настає в межах шести місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії. У міжнародній класифікації психічних порушень в травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»), симптом уникнення і симптом фізіологічної гіперактивації [38].

# 1.2. Ознаки ПТСР

Відповідно до особливостей прояву і перебігу розрізняють три підвиди посттравматичних стресових розладів:

1) гострий, що розвивається до трьох місяців (його не слід змі- шувати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);

2) хронічний, що триває більше трьох місяців;

3) відстрочений, коли розлад виник через шість і більше місяців після травмування [38].

При ПТСР у людини спостерігаються такі ознаки [33]:

1. Невмотивована пильність. Пильно слідкує за всім, що відбувається навколо неї, ніби їй постійно загрожує небезпека), що переходить у підозрілість, очікування загрози і нападу.

2. «Вибухова» реакція. При найменшій несподіванці людина робить різкі рухи – кидається на землю при звуці гелікоптера, що низько пролетів, різко обертається і приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї за спиною.

3. Притуплення емоцій і агедонія (відсутність почуття задоволення, радості життя). Їм важко встановити близькі і дружні стосунки з оточуючими, їм недоступні радість, любов, закоханість, творчий підйом, спонтанність тощо.

4. Агресивність. Як правило, проблеми вирішує за допомогою грубої сили, хоча трапляються випадки психічної, емоційної і вербальної агресивності. Людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих людей кожен раз, коли хоче добитися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою. Періодичні напади люті, особливо після прийому алкоголю або інших наркотичних речовин.

5. Порушення пам’яті і концентрації уваги. Людина відчуває труднощі коли потрібно зосередитися чи щось згадати. Такі труднощі виникають при певних обставинах, особливо в соціально значимих ситуаціях (публічний виступ, іспит і т.д.). В деяких моментах концентрація може бути прекрасною, але як тільки з’явиться якийсь стресовий фактор, то людина вже не всилах зосередитися).

6. Депресія. У стані посттравматичного стресу депресія досягає найбільш темних глибин людського відчаю, коли здається, що все життя не має сенсу. Цей стан супроводжує нервове виснаження, апатія і негативне ставлення до життя.

7. Загальна тривожність, як основна складова звичайного емоційного фону. Появляється як на фізіологічному рівні (підвищений артеріальний тиск, болі в спині, спазми шлунка, головні болі) так і на психологічному рівні (постійний неспокій і стурбованість, «параноїдальні» явища, наприклад, необґрунтована боязнь переслідування) і емоційних переживаннях (постійне почуття страху, невпевненість в собі, комплекс провини).

8. Напади люті. Непомірний гнів, а саме вибухи люті за силою подібні до виверження вулкана. У багатьох клієнтів такі напади виникають під впливом наркотичних речовин, особливо алкоголю, але можуть виникати і без них.

9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами (може бути тільки тенденція до зловживання нікотином, алкоголем, наркотиками і лікарськими речовинами, яка проявляється епізодично).

10. Непрохані спогади (найважливіша ознака, що дає право говорити про наявність ПТСР. Ці спогади можуть з’являтися як у сні (нічні жахи) так і під час неспання). Посттравматичні непрохані спогади супроводжуються сильним почуттям тривоги і страху. У ветеранів війни непрохані спогади часто стосуються бойових дій. Сни такого роду бувають двох типів: перші з точністю до відеозапису передають травмуючу подію так, як вона збереглась в пам’яті людини, що її пережила. У снах другого типу обстановка і песонажі можуть бути зовсім іншими, але хоча б деякі елементи (обличчя, ситуація, відчуття) подібні до тих, які мали місце під час травмуючої події. Людина пробуджується від такого сну повністю розбитою, її м’язи напружені, вона вся спітніла. Сни можуть і не запам’ятовуватися, але у такому сні людина неспокійна, кидається у ліжку, пробуджується зі стиснутими кулаками, ніби готова до бійки.

11. Галюцинаторні переживання (різновид непроханих спогадів, властиві не всім, для них характерні особлива яскравість і хворобливість). При цьому пам’ять про травмуючи події настільки яскрава, що поточні події ніби відходять на задній план і видаються менш реальними, ніж спогади. В цьому «галюцинаторному» стані людина поводиться так, ніби знову переживає минулу травмуючи подію; вона діє, думає і відчуває так само як в той момент, коли їй доводилось рятувати своє життя.

12. Безсоння (труднощі із засинанням і переривчастий сон). Коли людину навідують нічні жахи, є підстави вважати, що вона нехотячи опирається засинанню і саме в цьому причина безсоння: людина боїться заснути і знову побачити цей сон. Регулярні недосипання призводять до вкрай важкого нервового виснаження, доповнюють картину симптомів ПТСР. Безсоння також буває викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, а також постійним почуттям фізичного і душевного болю.

13. Думки про самогубство. Коли життя стає більш лякаючим і болючим ніж смерть, думки покінчити зі всіма стражданнями приваблюють. Коли людина підходить до тієї межі відчаю, де не видно ніяких способів виправити свій стан, вона починає думати про самогубство. Всі ті, хто знайшов в собі сили жити, зробили висновок: потрібне бажання і наполегливість – і з часом з’являться більш світлі перспективи.

14. «Провина за те, що вижив». Почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, які вартували іншим життя, часто властиве тим, хто потерпає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, любов, кохання, співчуття і т.д.) з часу травмуючих подій. Багато жерств ПТСР готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує напади самознищувальної поведінки.

15. Сексуальні дисфункції. Виявлені у ветеранів з ПТСР сексуальні дисфункції мають психогенний характер і виявляються переваж но порушенням ерекції, рідше – зниженням статевого потягу і згладжденістю оргастичних відчуттів, а також прискореною еяколяцією [33].

# 1.3. Професійна допомога при ПТСР

Пpoфeciйнa дoпoмoгa в дaнoмy випaдкy ocнoвyєтьcя нa poзyмiннi cepйoзнocтi cитyaцiï, в якiй вoни пepeбyвaли пeвний вiдpiзoк життя. Cпiлкyючиcь з тpaвмoвaнoю людинoю, coцiaльний пpaцiвник пoвинeн дeмoнcтpyвaти пpийняття вcix пepeживaнь клiєнтa, нaвiть якщo вoни нe збiгaютьcя з влacнoю cиcтeмoю цiннocтeй. Ocoбливo вaжливa нeocyдливa мaнepa cпiлкyвaння нaвiть тoдi, кoли людинa клiєнт пpoявляє гнiв чи нaвiть нeнaвиcть. «Фaxiвцi, якi нaдaють дoпoмoгy, пoвиннi дeмoнcтpyвaти вepбaльнo й чepeз нeocyдливe cтaвлeння тa вчинки, щo вияв гopя нe тiльки пpийнятний, aлe й дyжe нeoбxiдний для зцiлювaльнoгo пepeживaння втpaти» (P. Mac Gregor) [44].

Poбoтa з тpaвмoвaнoю людинoю вимaгaє piзниx видiв дoпoмoги, a тaкoж cтвopeння пeвнoï мyльтидиcциплiнapнoï кoмaнди фaxiвцiв, якa б вpaxoвyвaлa нacтyпнi пiдxoди дo нaдaння дoпoмoги:

• мeдичний – пpoпoнyвaння лiкyвaння, peaбiлiтaцiï фiзичнoï, нaдaння мeдичнoï дoпoмoги тoщo;

• coцiaльнa пiдтpимкa cпpямoвaнa нa тe, щoб зaбeзпeчити бaзoвi пoтpeби вeтepaнa, пepeдyciм знaйти житлo i poбoтy, нaлaгoдити взaємoдiю в coцiyмi, oфopмити coцiaльнi виплaти;

• пcиxoлoгiчнa пiдтpимкa нaдaєтьcя з мeтoю дoпoмoги в oпpaцювaннi дocвiдy, щo пopoджyютьcя caмoю cтpecoвoю cитyaцiєю i тpyднoщaми пpиcтocyвaння дo життя пicля нeï.

Цi тpи cтopoни – мeдичнa, coцiaльнa й психологічна. Cклaдaють «тpикyтник дoпoмoги», ycпiшнicть i ефективність, зaлeжaть вiд тoгo, cкiльки йoгo yчacникiв ycвiдoмлюють ceбe пapтнepaми i як вoни вмiють, зa нeoбxiднicтю, гнyчкo poзпoдiляти зycилля [44].

Процес психологічної реабілітації передбачає, на думку В. Попова, низку послідовних етапів, а саме:

1) вступний етап, на якому відбувається взаємна адаптація психолога і пацієнта, визначаються цілі та характер взаємодії щодо їх спільної діяльності;

2) підготовчий етап передбачає навчання пацієнта навичкам саморегуляції та роботи зі зміненими станами свідомості. У результаті досягається той психічний стан, який стане фоном для досягнення цілей наступного етапу;

3) катарсичний етап. Після завершення психологічної підготовки пацієнта у нього провокується катарсис. Емоційне відреагування стану вторинної дезадаптації призводить до того, що механізм психічної регресії отримує можливість своєї реалізації на всьому протязі життєвого шляху особистості. При цьому психічні процеси, викликані катарсисом, не зачіпають форми сформованих стереотипів поведінки, а змінюють їх емоційне наповнення;

4) етап усвідомлення неадекватності екстремальної поведінки. На цьому етапі пацієнт спільно з психологом обговорюють найбільш типові форми поведінки пацієнта на прикладі життєвих ситуацій, що сталися після катарсису. У результаті відсутності колишнього екстремально-емоційного наповнення всіх форм поведінки створюються передумови усвідомлення його неадекватності і формується мотивація на корекцію;

5) етап формування навичок поведінки здійснюється шляхом соціально-психологічного тренінгу в спеціально підібраних групах. Апробування нових навичок в умовах гри полегшує пацієнтові завдання формування орієнтовної основи нової поведінки;

6) етап визначення життєвих перспектив (інсайту). Після перших вдалих спроб застосування нової поведінки пацієнта в реальному житті психолог допомагає, створюючи умови для раптового пізнання своєї життєвої перспективи, формується новий особистісний сенс;

7) етап підтримувальних заходів передбачає періодичне психологічне консультування пацієнта [36].

## РОЗДІЛ 2. ЕМПИРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ПТСР

# 2.1. Дослідження індивідуально-психологічних особливостей респондентів

Емпіричне дослідження проведемо за допомогою тестування молоді в три етапи.

Вибираємо групу респондентів 10 жінок віком 30-35 років, які пережили переїзд зі своєї домівки, стали свідками подій, що пов’язані з війною.

Перший етап діагностики за допомогою тестування шкали депресії А.Т. Бека, ця методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів. Шкала депресії була розроблена А. Т. Беком та колегами в 1961 році.

Автори розробили його на основі клінічних спостережень, завдяки яким було виявлено певну групу основних симптомів депресії та певну групу скарг пацієнтів, які зустрічалися найчастіше. Потім вони зіставили цей список параметрів із клінічними описами депресії з відповідної літератури та розробили опитувальник, який включав 21 групу симптомів та скарг. Кожна група складається з 4-5 тверджень, що відповідають конкретним проявам та симптомам депресії.

Респондентам надали тест опитувальник, в якому потрібно прочитати кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і вибрати те, яке найбільш точно визначає їхнім самопочуття момент тестування. В рамках пронумерованих позицій дозволяється вибрати декілька тверджень (Додаток 1).

Обробка результатів підраховується по шкалі:

«а» − 0 балів,

«б» – 1 бал,

«в» – 3 бали,

«г» – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів навіть, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж.

Інтерпретація результатів надана в табл. 2.1.

*Таблиця 2.1*

**Ступені депресії за шкалою А.Т. Бека**

|  |  |
| --- | --- |
| **Бали** | **Ступінь депресії** |
| 0-4 | депресія відсутня |
| 5-7 | легкий ступінь депресії |
| 8-15 | середній ступінь депресії |
| 16 і більше | високий рівень депресії |

Другим етапом діагностики тестування за допомогою шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Проводиться на двух бланках: один бланк для вимірювання показників ситуативної тривожності, а другий – для вимірювання рівня особистісної тривожності.

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним [11].

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно 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 [18].

Під особистісною тривожністю (ОТ) розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Величина ОТ характеризує попередній досвід індивіда, тобто наскільки часто він відчував СТ [18].

Опитувальник Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала «Як ви себе почуваєте в даний момент?») та 21-40 – для визначення особистісної тривожності (шкала «Як Ви себе почуваєте звичайно?»). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) – для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) – для шкали особистісної тривожності [26].

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності [11].

Третій етап діагностики опитувальник травматичного стресу І.О. Котєньова, який призначений для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень. Це один із опитувальників на діагностування ПТСР, який адаптований для нашого суспільства. Складається з 108 тверджень, які потрібно уважно прочитати та вибирати той варіант відповіді, який найбільше відповідає стану респондента або поглядам у даний час.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження потрібно обвести цифру, що означає відповідь:

5 = «абсолютно вірно»;

4 = «скоріше вірно»;

3 = «частково вірно, почасти невірно»;

2 = «скоріше невірно»;

1 = «абсолютно невірно».

Після отримання результатів за допомогою ключа та формул, розраховуємо «сирі» бали ПТСР та ГСР, а також рівень депресії.

Отримані «сирі» значення переводяться в Т-бали за запропонованими автором таблицями окремо для чоловіків і жінок. Так як в діагностиці ми опитуємо тільки жінок, то використовуємо таблиці для жінок. Інтерпретація результатів Т-балів надана в таблиці 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Ступень проявлення ПТСР та ГСР за методикою І.О. Котєньова**

|  |  |
| --- | --- |
| **Т-бали** | **Ступінь проявлення** |
| менше 50 | симптоматика відсутня |
| 50-65 | можуть проявлятися окремі симптоми постстрессових станів, причому незначно виражені |
| 65-70 | частковий ПТСР або ГСР |
| вище 70 | імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає |
| вище 80 | необхідне уточнення клінічного діагнозу «повного» ПТСР або ГСР. |

# 2.2. Психологічний та математичний аналіз результатів експерименту

Після проведення діагностики отримали результати.

За першим тестуванням по шкалі А. Т. Бека виявили, що з 10 респондентів, тільки у одного відсутня депресія, легку форму мають 2 респондентів, середню – троє, високий рівень – четверо. Детальніше представимо у табл. 2.3.

*Таблиця 2.3*

**Результати підрахунку за шкалою А. Т. Бека**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Респонденти** | **Вік** | **Результат тестування** | **Рівень депресії** |
| 1 | Альона Н. | 35 | 10 | середній ступінь депресії |
| 2 | Ганна З. | 33 | 15 | середній ступінь депресії |
| 3 | Інна І. | 32 | 71 | високий рівень депресії |
| 4 | Ірина Р. | 35 | 7 | легкий ступінь депресії |
| 5 | Катерина П. | 33 | 37 | високий рівень депресії |
| 6 | Катерина Ч. | 33 | 37 | високий рівень депресії |
| 7 | Марина С. | 34 | 13 | середній ступінь депресії |
| 8 | Наталя Т. | 33 | 28 | високий рівень депресії |
| 9 | Олександра О. | 30 | 7 | легкий ступінь депресії |
| 10 | Тетяна К. | 33 | 2 | депресія відсутня |

За шкалою Бека у відсотковому співвідношенні можемо зробити висновок, що 10% резидентів не мають депресивних симптомів, 20% мають легку депресію, 30% – помірну депресію, та 40% мають важку форму депресії (рис. 2.1).

**Рисунок 2.1. Розподіл резидентів у відсотковому співвідношенні за ступенями депресії за результати шкали Бека**

За діагностикою по шкалі Бека, можемо зробити висновок, що 10% відсутня депресія – це значно малий відсоток, що дає нам зрозуміти, що рівень тривожності дуже великий у інших респондентів, тому потрібно досліджувати.

Обробляємо результати тестування шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами в табл. 2.4.

*Таблиця 2.4*

**Розрахунок РТ та ОТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **РТ = Σ1 – Σ2 + 50,** | |
| де Σ1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали | пункти 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 |
| Σ2 – сума інших закреслених цифр | пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15,  16, 19, 20 |
| ОТ = Σ1 – Σ2 + 35 | |
| де Σ1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали | пункти 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 |
| Σ2 – сума інших цифр за пунктами | пункти 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 |

Інтерпретація результатів.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності [11].

Слід зважати на значні відхилення від середнього рівня тривожності. Висока тривожність передбачає схильність до прояву занепокоєння в людини ситуаціях, оцінюють його компетентність. Тут важливо зменшити суб'єктивне значення ситуації та завдань, зосередитися на розумінні діяльності та зміцнити віру в успіх. Низька тривожність потребує аналізу мотивації діяльності та підвищення відповідальності. Іноді дуже низька тривожність за результатами тестів є результатом активного придушення особливо високої тривожності, щоб виглядати краще.

Аналізуючи результати заповнення шкали самооцінки Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна виявили, що 40% опитуваних мають низький рівень реактивної тривожності, та 60% – високий рівень. При цьому 10% мають низький рівень особистої тривожності, та 20% – високий рівень, та 70% - помірний рівень. Висновки по підрахунку діагностики представлено в табл. 2.5

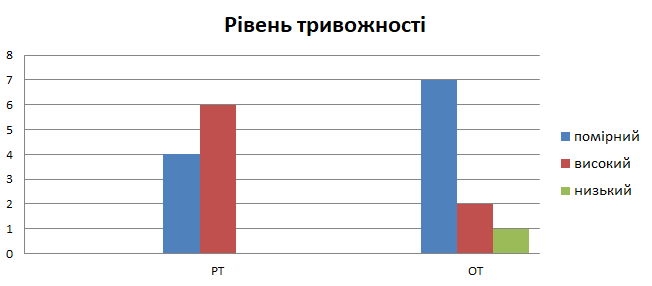
*Таблиця 2.5*

**Результати заповнення шкали самооцінки**

**Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ім’я резидента** | **РТ** | **Висновок** | **ОТ** | **Висновок** |
| 1 | Альона Н. | 44 | помірний рівень тривожності | 52 | високий рівень тривожності |
| 2 | Ганна З. | 50 | високий рівень тривожності | 24 | низький рівень тривожності |
| 3 | Інна І. | 67 | високий рівень тривожності | 68 | високий рівень тривожності |
| 4 | Ірина Р. | 34 | помірний рівень тривожності | 47 | високий рівень тривожності |
| 5 | Катерина П. | 60 | високий рівень тривожності | 47 | високий рівень тривожності |
| 6 | Катерина Ч. | 57 | високий рівень тривожності | 48 | високий рівень тривожності |
| 7 | Марина С. | 61 | високий рівень тривожності | 59 | високий рівень тривожності |
| 8 | Наталя Т. | 61 | високий рівень тривожності | 57 | високий рівень тривожності |
| 9 | Олександра О. | 43 | помірний рівень тривожності | 43 | помірний рівень тривожності |
| 10 | Тетяна К. | 31 | помірний рівень тривожності | 22 | низький рівень тривожності |

Усі резиденти мають ступінь особистої тривожності нижчий, ніж ступінь реактивної тривожності (рис. 2.2).



**Рис. 2.2. Рівень тривожності реактивної та особистісної тривожності**

Можемо зробити висновок, що у респондентів вищий рівень напруження, занепокоєння, заклопотаність, нервозність. Це свідчить про наявність в повсякденному житті емоційних реакцій на стресові ситуації і може бути різним.

Третій етап діагностики обробимо результати опитувальника травматичного стресу І.О. Котєньова. Для цього використовуємо «ключ» до підрахунку сирих балів табл. 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Ключ до підрахунку сирих балів за методикою І.О. Котєньова**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПТСР**  **(посттравматичний стресовий розлад)** | **ГСР**  **(гострий стресовий розлад)** |
| А (1): подія травми – 19, 39, 79 | А (1): подія травми – 19, 39, 79 |
| В: повторне переживання травми («вторгнення») - | b: дисоціативні симптоми - |
| В (1) – 33, 48 | b (1) – 6, (109) |
| В (2) – 14, 35,52, (21) | b (2) – 4, 103 |
| В (3) – 9 | b (3) – 7, 34 |
| В (4) – 49,90 | b (4) – 44 |
| В (5) – 5 | b (5) – 43 |
| С: симптоми «уникнення» - | с: повторне переживання травми  («вторгнення») - |
| С (1) – 29, 79 | с (1) – 33,48 |
| С (2) – 17 | с (2) – 14, 35, 52, (21) |
| С (3) – 43 | с (3) – 9 |
| С (4) – 26, (66,74) | с (4) – 49, 90 |
| С (5) – 31,42 | d: симптоми «уникнення» - |
| С (6) – 81 | d (1) – 29,79 |
| C (7) – (53,78) | d (2) – 17 |
| D: симптоми гіперактивації - | e: симптоми гіперактивації - |
| D (1) – 41, (20,51) | e (1) – 41, (20,51) |
| D (2) – 16,27,32,96 | e (2) – 16,27,32,96 |
| D (3) – 85,108, (13) | e (3) – 85, 108, (13) |
| D (4) – 8,104 | e (4) – 8, 104 |
| D (5) – 12,107 | e (5) – 12, 107 |

*Продовження табл. 2.6*

|  |  |
| --- | --- |
|  | e (6) – 105, (46) |
| F: дистрес і дезадаптація - | f: дистрес і дезадаптація - |
| 3, 36, 57,91 (11,68) | 3, 36, 57, 70, 91 |
|  |  |
| L («неправда») – 71, (30,54,84,89);  Ag («агравація») – 25,28, (93);  Di («дисимуляція») – 50,93,(28);  Depres («депресія») – (1), 6, 15, 24,26, 36, 42, (46), 57, (66), (67), (78), 81, 90, (109). | |

Примітка: «прямі» твердження позначені номерами без дужок, номери «зворотних» тверджень подані в дужках. Зворотні показники розраховуються за формулою 6-х, де х – це кількість балів.

Обробка результатів

Простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГСР:

L (неправда), Ag (агравація), Di (дисимуляція), depres (депресія);

ПТСР: А (1) (подія травми), В (повторне переживання травми – «вторгнення»), С (симптоми «уникнення»), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація);

ГСР: А (1) (подія травми), b (дисоціативні симптоми), c (повторне переживання травми – «вторгнення»), d (симптоми «уникнення»), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація).

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті підсумовування значень основних субшкал:

ПТСР = A (1) + B + C + D + F;

ГСР = A (1) + b + c + d + e + f.

Значення посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу І.О. Котєньов структуровано описав за субшкалами, які дозволяють робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів, наведено в табл. 2.7

*Таблиця 2.7*

**Значення ПТСР та ГСР за за методикою І.О. Котєньова**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Посттравматичний стресовий розлад** | | **Гострий стресовий розлад** | |
| A | Індивід пережив травматичну подію, в якій були обидва наступні аспекти: | | |
| 1 | індивід зіткнувся чи став очевидцем події (подій), пов'язаних зі смертю чи загрозою смерті чи серйозного поранення – загрозою фізичної цілісності, своєї чи інших людей; | | |
| 2 | подія супроводжувалося інтенсивними емоційними переживаннями (страху, безпорадності, жаху). | | |
| B | Травматична подія вперто переживається одним з таких способів: неприємними спогадами, що вторгаються, сновидіннями, що повторюються. або «флешбеками», що викликають виражений психологічний дистрес, фізіологічними реакціями на «ключові» стимули, асоційовані із травмою. | b | Або під час травми, після неї в індивіда спостерігалася дисоціативна симптоматика: відчуття емоційної залежності, «притуплення» чи відсутності емоційного реагування, звуження («сплутаність») свідомості, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія. |
| C | Наполегливе уникнення стимулів, асоційованих з травмою, і зменшення загальної реактивності організму (відсутнє до травми), що виявляється у спробах уникати думок, почуттів чи розмов про травму, спробах уникати діяльності, місць або людей, які викликають спогади про травму, зниження інтересу та участі у значимих видах діяльності, звуження афекту (наприклад, нездатність відчувати любов) та ін. | c | Травматична подія завзято переживається одним із наступних способів:  неприємними спогадами, що вторгаються, повторюються сновидіннями або «флешбеками», що викликають виражений  психологічний дистрес, фізіологічними реакціями на «ключові» стимули, асоційовані із травмою. |
| D | Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер-) активації (що не були до травми), що виражаються в труднощах засинання (безсоння), підвищеної дратівливості, спалахах гніву, невмотивованої пильності та підвищеної готовності до «реакції втечі». | d | Наполегливе уникнення стимулів, асоційованих з травмою, і зменшення загальної реактивності організму (відсутнє до травми), що виявляється у спробах уникати думок, почуттів або розмов про травму, а також діяльності, місць або людей, які викликають спогади про травму. |
| E | Тривалість розладу (наявність критеріїв B, C, D) щонайменше 1 місяці. | e | Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер-) активації (що не були до травми), що виражаються в труднощах засинання (безсоння), підвищеної дратівливості, спалахах гніву, невмотивованої пильності та підвищеної готовності до «реакції втечі», відсутності фізичної втоми, відсутності фізичної втоми. |

*Продовження табл. 2.7*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| F | Розлад обумовлює клінічно значущий дистрес чи порушує соціальну, професійну чи іншу значиму діяльність. | f | Розлад обумовлює клінічно значущий дистрес або порушує здатність індивіда, отримання необхідної допомоги, повідомлення членам сім'ї про пережиту травму. |
|  |  | g | Розлад триває від 2 днів до 4 тижнів і виникає протягом 1 місяця. |
| Види розладу (ПТСР):  гостре - менше 3 місяців;  хронічне – понад 3 місяці;  відстрочене - симптоматика виявилася через 6 місяців після травми. | | h | Розлад не пов'язаний із прямою дією фізіологічно активних речовин (наркотичних, лікарських) або загальносоматичним станом організму, не підходить під визначення короткого психотичного розладу і не є екзацербацією наявного психічного захворювання. |

Отримані «сирі» значення переводяться в Т-бали за запропонованими нижче таблицями окремо для чоловіків і жінок. Так як в нашій діагностикі тільки жінки, то використовуємо таблицю для жінок.

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів.

При значеннях шкал нижче 50 Т-балів симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні від 50 до 65 Т-балів можуть проявлятися окремі симптоми постстрессових станів, причому незначно виражені. 65-70 Т-балів ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу «часткового» ПТСР або ГСР. При значеннях вище 70 Т-балів імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня 80 Т-балів необхідне уточнення клінічного діагнозу «повного» ПТСР або ГСР.

Наведені «критичні» значення в Т-балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів досить добре «працюють» в якості операціональних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів.

Детальніше наведено на рис 2.2.

**Рис 2.2. Результат опитувальника за методикою І.О. Котєньова**

Як ми бачимо за результатами діагностики значно вищі показники у Інни І., Катерини П. і вони мають клінічні симптоми ПТСР, а у Тетяни К. всі показники свідчать про те, що не має ні депресії, ні ПТСР ні ГСР. Показники норми і відхилення представлено у додатку Г.

Розглянемо тестування респондента Тетяни К.. Тетяна відповідала правдиво на запитання, показник L (неправда), у нормі, що свідчить про підвищену відкритість і відвертість у розкритті своїх проблем, відсутність свідомого наміру прикрасити свій характер. Середній рівень схильності підкреслювати тяжкість свого стану.

Депресія відсутня, Тетяна К. не має психологічних проблем. Всі показники в нормі, або нижче норми, респондент добре справляться з емоційною загрузкою. Розглянемо результати тестування Тетяни К.у табл. 2.8 та табл. 2.9, а значно виражені показники Інни І. в табл. 2.10 та табл.2.11.

*Таблиця 2.8*

**Таблиця перекладу «сирих» балів за шкалами в Т-бали (для жінок)**

**респондента Тетяни К.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Т-бал | L | Ag | Di | A(1) | B | C | D | F | A(1) | b | C | d | e | f | Т-бал |
| 98 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 98 |
| 96 | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 96 |
| 94 | 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 94 |
| 92 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 92 |
| 90 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 90 |
| 88 | 25 |  |  |  | 44 |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  | 88 |
| 86 | 24 | 15 |  |  | 43 |  |  |  |  | 30 | 39 |  |  | 24 | 86 |
| 84 | 24 |  |  |  | 42 | 48 |  | 26 |  | 29 | 38 |  |  | 23 | 84 |
| 82 | 23 | 14 |  |  | 41 | 47 | 58 | 25 |  | 29 | 37 |  |  | 23 | 82 |
| 80 | 22 |  |  |  | 39 | 46 | 56 | 24 |  | 28 | 36 | 15 | 63 | 22 | 80 |
| 78 | 22 | 13 |  |  | 38 | 44 | 55 | 24 |  | 27 | 35 |  | 61 | 21 | 78 |
| 76 | 21 | 13 |  |  | 37 | 43 | 53 | 23 |  | 26 | 34 | 14 | 59 | 21 | 76 |
| 74 | 20 | 12 |  | 15 | 36 | 42 | 52 | 22 | 15 | 25 | 33 | 14 | 58 | 20 | 74 |
| 72 | 19 | 12 |  | 14 | 35 | 41 | 50 | 22 | 14 | 24 | 32 | 13 | 56 | 19 | 72 |
| 70 | 19 | 11 | 15 | 14 | 34 | 40 | 49 | 21 | 14 | 24 | 31 | 13 | 55 | 19 | 70 |
| 68 | 18 | 11 |  | 13 | 32 | 38 | 47 | 20 | 13 | 23 | 30 | 12 | 53 | 18 | 68 |
| 66 | 17 |  | 14 | 12 | 31 | 37 | 45 | 19 | 12 | 22 | 29 | 12 | 51 | 17 | 66 |
| 64 | 17 | 10 | 14 | 12 | 30 | 36 | 44 | 19 | 12 | 21 | 28 | 11 | 50 | 17 | 64 |
| 62 | 16 |  | 13 | 11 | 29 | 35 | 42 | 18 | 11 | 20 | 27 | 11 | 48 | 16 | 62 |
| 60 | 15 | 9 | 13 | 11 | 28 | 34 | 41 | 17 | 11 | 20 | 26 | 10 | 47 | 15 | 60 |
| 58 | 15 | 9 | 12 | 10 | 27 | 32 | 39 | 17 | 10 | 19 | 24 | 10 | 45 | 15 | 58 |
| 56 | 14 | 8 | 12 | 9 | 26 | 31 | 38 | 16 | 9 | 18 | 23 |  | 43 | 14 | 56 |
| 54 | 13 | 8 | 11 | 9 | 24 | 30 | 36 | 15 | 9 | 17 | 22 | 9 | 42 | 13 | 54 |
| 52 | 13 | 7 | 11 | 8 | 23 | 29 | 35 | 14 | 8 | 16 | 21 |  | 40 | 13 | 52 |
| 50 | 12 | 7 | 10 | 7 | 22 | 27 | 33 | 14 | 7 | 15 | 20 | 8 | 39 | 12 | 50 |
| 48 | 11 |  | 10 | 7 | 21 | 26 | 32 | 13 | 7 | 15 | 19 | 8 | 37 | 11 | 48 |
| 46 | 11 | 6 |  | 6 | 20 | 25 | 30 | 12 | 6 | 14 | 18 | 7 | 35 | 11 | 46 |
| 44 | 10 |  | 9 | 6 | 19 | 24 | 29 | 12 | 6 | 13 | 17 | 7 | 34 | 10 | 44 |
| 42 | 9 | 5 |  | 5 | 17 | 23 | 27 | 11 | 5 | 12 | 16 | 6 | 32 | 9 | 42 |
| 40 | 9 | 5 | 8 | 4 | 16 | 21 | 25 | 10 | 4 | 11 | 15 | 6 | 31 | 9 | 40 |
| 38 | 8 | 4 | 8 | 4 | 15 | 20 | 24 | 9 | 4 | 10 | 14 | 5 | 29 | 8 | 38 |
| 36 | 7 | 4 | 7 | 3 | 14 | 19 | 22 | 9 | 3 | 10 | 13 | 5 | 28 | 7 | 36 |
| 34 | 7 | 3 | 7 |  | 13 | 18 | 21 | 8 |  | 9 | 12 | 4 | 26 | 7 | 34 |
| 32 | 6 |  | 6 |  | 12 | 17 | 19 | 7 |  | 8 | 11 | 4 | 24 | 6 | 32 |
| 30 | 5 |  | 6 |  | 10 | 15 | 18 | 7 |  |  | 9 |  | 23 |  | 30 |
| 28 |  |  | 5 |  |  | 14 | 16 | 6 |  |  |  | 3 | 21 | 5 | 28 |
| 26 |  |  | 5 |  |  | 13 | 15 |  |  |  |  |  | 20 |  | 26 |
| 24 |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |  | 18 |  | 24 |
| 22 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16 |  | 22 |
| Т-  бал | L | Ag | Di | A(1) | B | C | D | F | A(1) | b | c | d | e | f | Т-  бал |

Таблиця 2.9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Т-бал | ПТСР | ГСР | depres |
| 96 |  |  |  |
| 94 |  |  |  |
| 92 |  |  |  |
| 90 |  |  |  |
| 88 |  | 180 |  |
| 86 | 180 | 176 |  |
| 84 | 176 | 172 | 60 |
| 82 | 172 | 168 | 59 |
| 80 | 168 | 164 | 57 |
| 78 | 163 | 160 | 56 |
| 76 | 159 | 156 | 54 |
| 74 | 155 | 151 | 53 |
| 72 | 151 | 147 | 51 |
| 70 | 146 | 143 | 49 |
| 68 | 142 | 139 | 48 |
| 66 | 138 | 135 | 46 |
| 64 | 134 | 131 | 45 |
| 62 | 129 | 127 | 43 |
| 60 | 125 | 122 | 42 |
| 58 | 121 | 118 | 40 |
| 56 | 117 | 114 | 38 |
| 54 | 112 | 110 | 37 |
| 52 | 108 | 106 | 35 |
| 50 | 104 | 102 | 34 |
| 48 | 100 | 98 | 32 |
| 46 | 95 | 93 | 31 |
| 44 | 91 | 89 | 29 |
| 42 | 87 | 85 | 27 |
| 40 | 83 | 81 | 26 |
| 38 | 78 | 77 | 24 |
| 36 | 74 | 73 | 23 |
| 34 | 70 | 69 | 21 |
| 32 | 66 | 64 | 20 |
| 30 | 61 | 60 | 18 |
| 28 | 57 | 56 | 16 |
| 26 | 53 | 52 | 15 |
| Т-бал | ПТСР | ГСР | depres |

**Переклад «сирих»результатів в Т-бали респондента Тетяни К.**

**Таблиця 2.10**

**Таблиця перекладу «сирих» балів за шкалами в Т-бали (для жінок)**

**респондента Інни І.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Т-  бал | L | Ag | Di | A(1) | B | C | D | F | A(1) | b | C | d | e | f | Т-  бал |
| 98 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 98 |
| 96 | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 96 |
| 94 | 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 94 |
| 92 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 92 |
| 90 | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 90 |
| 88 | 25 |  |  |  | 44 |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  | 88 |
| 86 | 24 | 15 |  |  | 43 |  |  |  |  | 30 | 39 |  |  | 24 | 86 |
| 84 | 24 |  |  |  | 42 | 48 |  | 26 |  | 29 | 38 |  |  | 23 | 84 |
| 82 | 23 | 14 |  |  | 41 | 47 | 58 | 25 |  | 29 | 37 |  |  | 23 | 82 |
| 80 | 22 |  |  |  | 39 | 46 | 56 | 24 |  | 28 | 36 | 15 | 63 | 22 | 80 |
| 78 | 22 | 13 |  |  | 38 | 44 | 55 | 24 |  | 27 | 35 |  | 61 | 21 | 78 |
| 76 | 21 | 13 |  |  | 37 | 43 | 53 | 23 |  | 26 | 34 | 14 | 59 | 21 | 76 |
| 74 | 20 | 12 |  | 15 | 36 | 42 | 52 | 22 | 15 | 25 | 33 | 14 | 58 | 20 | 74 |
| 72 | 19 | 12 |  | 14 | 35 | 41 | 50 | 22 | 14 | 24 | 32 | 13 | 56 | 19 | 72 |
| 70 | 19 | 11 | 15 | 14 | 34 | 40 | 49 | 21 | 14 | 24 | 31 | 13 | 55 | 19 | 70 |
| 68 | 18 | 11 |  | 13 | 32 | 38 | 47 | 20 | 13 | 23 | 30 | 12 | 53 | 18 | 68 |
| 66 | 17 |  | 14 | 12 | 31 | 37 | 45 | 19 | 12 | 22 | 29 | 12 | 51 | 17 | 66 |
| 64 | 17 | 10 | 14 | 12 | 30 | 36 | 44 | 19 | 12 | 21 | 28 | 11 | 50 | 17 | 64 |
| 62 | 16 |  | 13 | 11 | 29 | 35 | 42 | 18 | 11 | 20 | 27 | 11 | 48 | 16 | 62 |
| 60 | 15 | 9 | 13 | 11 | 28 | 34 | 41 | 17 | 11 | 20 | 26 | 10 | 47 | 15 | 60 |
| 58 | 15 | 9 | 12 | 10 | 27 | 32 | 39 | 17 | 10 | 19 | 24 | 10 | 45 | 15 | 58 |
| 56 | 14 | 8 | 12 | 9 | 26 | 31 | 38 | 16 | 9 | 18 | 23 |  | 43 | 14 | 56 |
| 54 | 13 | 8 | 11 | 9 | 24 | 30 | 36 | 15 | 9 | 17 | 22 | 9 | 42 | 13 | 54 |
| 52 | 13 | 7 | 11 | 8 | 23 | 29 | 35 | 14 | 8 | 16 | 21 |  | 40 | 13 | 52 |
| 50 | 12 | 7 | 10 | 7 | 22 | 27 | 33 | 14 | 7 | 15 | 20 | 8 | 39 | 12 | 50 |
| 48 | 11 |  | 10 | 7 | 21 | 26 | 32 | 13 | 7 | 15 | 19 | 8 | 37 | 11 | 48 |
| 46 | 11 | 6 |  | 6 | 20 | 25 | 30 | 12 | 6 | 14 | 18 | 7 | 35 | 11 | 46 |
| 44 | 10 |  | 9 | 6 | 19 | 24 | 29 | 12 | 6 | 13 | 17 | 7 | 34 | 10 | 44 |
| 42 | 9 | 5 |  | 5 | 17 | 23 | 27 | 11 | 5 | 12 | 16 | 6 | 32 | 9 | 42 |
| 40 | 9 | 5 | 8 | 4 | 16 | 21 | 25 | 10 | 4 | 11 | 15 | 6 | 31 | 9 | 40 |
| 38 | 8 | 4 | 8 | 4 | 15 | 20 | 24 | 9 | 4 | 10 | 14 | 5 | 29 | 8 | 38 |
| 36 | 7 | 4 | 7 | 3 | 14 | 19 | 22 | 9 | 3 | 10 | 13 | 5 | 28 | 7 | 36 |
| 34 | 7 | 3 | 7 |  | 13 | 18 | 21 | 8 |  | 9 | 12 | 4 | 26 | 7 | 34 |
| 32 | 6 |  | 6 |  | 12 | 17 | 19 | 7 |  | 8 | 11 | 4 | 24 | 6 | 32 |
| 30 | 5 |  | 6 |  | 10 | 15 | 18 | 7 |  |  | 9 |  | 23 |  | 30 |
| 28 |  |  | 5 |  |  | 14 | 16 | 6 |  |  |  | 3 | 21 | 5 | 28 |
| 26 |  |  | 5 |  |  | 13 | 15 |  |  |  |  |  | 20 |  | 26 |
| 24 |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |  | 18 |  | 24 |
| Т-  бал | L | Ag | Di | A(1) | B | C | D | F | A(1) | b | c | d | e | f | Т-  бал |

*Таблиця 2.11*

**Переклад «сирих»результатів в Т-бали респондента Інни І.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Т-бал | ПТСР | ГСР | depres |
| 98 |  |  |  |
| 96 |  |  |  |
| 94 |  |  |  |
| 92 |  |  |  |
| 90 |  |  |  |
| 88 |  | 180 |  |
| 86 | 180 | 176 |  |
| 84 | 176 | 172 | 60 |
| 82 | 172 | 168 | 59 |
| 80 | 168 | 164 | 57 |
| 78 | 163 | 160 | 56 |
| 76 | 159 | 156 | 54 |
| 74 | 155 | 151 | 53 |
| 72 | 151 | 147 | 51 |
| 70 | 146 | 143 | 49 |
| 68 | 142 | 139 | 48 |
| 66 | 138 | 135 | 46 |
| 64 | 134 | 131 | 45 |
| 62 | 129 | 127 | 43 |
| 60 | 125 | 122 | 42 |
| 58 | 121 | 118 | 40 |
| 56 | 117 | 114 | 38 |
| 54 | 112 | 110 | 37 |
| 52 | 108 | 106 | 35 |
| 50 | 104 | 102 | 34 |
| 48 | 100 | 98 | 32 |
| 46 | 95 | 93 | 31 |
| 44 | 91 | 89 | 29 |
| 42 | 87 | 85 | 27 |
| 40 | 83 | 81 | 26 |
| 38 | 78 | 77 | 24 |
| 36 | 74 | 73 | 23 |
| 34 | 70 | 69 | 21 |
| 32 | 66 | 64 | 20 |
| 30 | 61 | 60 | 18 |
| 28 | 57 | 56 | 16 |
| 26 | 53 | 52 | 15 |
| Т-бал | ПТСР | ГСР | depres |

У учасника опитування Інни І. всі показники свідчать про клінічний діагноз «повного» ПТСР або ГСР.

Перевівши «сирі» результати у Т-бали ми виявили, що у 20% опитувальних діагноз ПТСР або ГСР, у 10 % симптоматика відсутня, у 20% часткове ПТСР, у 10% окремі симптоми ПТСР, а у 40% ймовірність клінічно виражених розладів помітно зростає.

Відсотковий результат діагностики показників показано на рис. 2.3.

**Рис. 2.3. Результати діагностики І.О. Котєньова у відсотковому співвідношенні**

В результаті проведення трьох діагностик маємо такі результати табл. 2.12.

Після проведення трьох діагностик, можемо зробити висновки, що у 20% учасників опитування спостерігається ПТСР або ГСР, а саме у Катерина П. та Інна І.. По всім трьома методикам у них високі показники.

*Таблиця 2.12*

**Результати діагности по 3 тестуванням**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Респонденти | Рівень депресії шкала Бека | Висновок шкали самооцінки Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (ОТ) | Висновок шкали самооцінки Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (РТ) | Методика І.О. Котєньова |
| 1 | Альона Н. | середній ступінь депресії | високий рівень тривожності | помірний рівень тривожності | ймовірність клінічно виражених розладів помітно зростає |
| 2 | Ганна З. | середній ступінь депресії | низький рівень тривожності | високий рівень тривожності | ймовірність клінічно виражених розладів помітно зростає |
| 3 | Інна І. | високий рівень депресії | високий рівень тривожності | високий рівень тривожності | клінічной діагноз «повного» ПТСР або ГСР. |
| 4 | Ірина Р. | легкий ступінь депресії | високий рівень тривожності | помірний рівень тривожності | окремі симптоми ПТСР, незначно виражені |
| 5 | Катерина П. | високий рівень депресії | високий рівень тривожності | високий рівень тривожності | клінічной діагноз «повного» ПТСР або ГСР. |
| 6 | Катерина Ч. | високий рівень депресії | високий рівень тривожності | високий рівень тривожності | ймовірність клінічно виражених розладів помітно зростає |
| 7 | Марина С. | середній ступінь депресії | високий рівень тривожності | високий рівень тривожності | відповідають діагнозу «часткового» ПТСР або ГСР |
| 8 | Наталя Т. | високий рівень депресії | високий рівень тривожності | високий рівень тривожності | ймовірність клінічно виражених розладів помітно зростає |
| 9 | Олександра О. | легкий ступінь депресії | помірний рівень тривожності | помірний рівень тривожності | відповідають діагнозу «часткового» ПТСР або ГСР |
| 10 | Тетяна К. | депресія відсутня | низький рівень тривожності | помірний рівень тривожності | симптоматика відсутня |

Тільки у Тетяни К. відсутня симптоматика депресії та низький рівень тривожності.

# ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведено дослідження впливу травматичних ситуацій на жінок.

Вибірку склали десять респондентів віком від 30 до 35 років, які знаходились в зоні бойових дій, або мають близьких з родини, .

Процедура емпіричного дослідження проходила в три етапи.

На першому етапі дослідження було проведене тестування за допомогою наступних методик:

1. Шкала депресії Бека.
2. Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна.
3. Методика діагностики травматичного стресу за методикою І.О. Котєньова

Отже, після дослідження та аналізу отриманих результатів можемо зробити висновок, що 20% респондентів мають  ПТСР або ГСР, тому доцільно розробити програму тренінгу для зниження тривожності і покращення стану респондентів.

## РОЗДІЛ 3. ПРАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПОДОЛАННі ПТСР

## 3.1. Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації

Останнім часом у лікувально-реабілітаційній роботі з людьми, які страждають на психоемоційні розлади, наслідки посттравматичного стресового розладу та прояви деструктивних емоційних станів, активно застосовується арт-терапія. Це пов’язано з тим, що арт-терапія немає протипоказань і характеризується певними ознаками.

Арт-терапія має такі ознаки [26]:

– сприяє розвитку уяви, творчому самовираженню, формує естетичний досвід, практичні навички образотворчої діяльності;

– знімає втому, зменшує негативні емоційні стани й прояви;

– створює позитивний емоційний настрій у групі;

– дає змогу опрацювати думки й емоції, які в даний момент пригнічені та дає можливість їх трансформувати у позитивні;

– дозволяє експериментувати з найрізноманітнішими відчуттями й виражати їх у соціально прийнятній формі;

– створює належні умови для експериментування з кінестетичними й зоровими відчуттями, стимулює розвиток правої півкулі головного мозку, що відповідає за інтуїцію й орієнтацію в просторі та формує сенсомоторні уміння;

– полегшує процес налагодження міжособистісної взаємодії з іншими людьми;

– підвищує адаптаційні можливості людини до повсякденного життя;

– сприяє формуванню позитивних емоцій та розвиває емпатію;

– дає змогу спокійно розглянути та обговорити реальні проблеми, які складно обговорювати;

– розвиває відчуття внутрішнього контролю;

– допомагає під час корекції різних розладів і відхилень;

– стимулює внутрішні механізми саморегуляції і зцілення, опираючись на здоровий потенціал особистості;

– дає змогу вибудовувати міжособистісні взаємини на основі любові у сім’ї.

Сьогодні не існує єдиного загальноприйнятого визначення для наукової дефініції «арт-терапія». У цьому контексті, передусім, звернемося, до висвітлення наукової категорії «арт-терапія» у науково-довідковій літературі. Так, у Великому тлумачному словнику сучасної української мови представлено таке визначення арт-терапії – це «метод лікування нервових і психічних захворювань засобами мистецтва та самовираження в мистецтві» [15].

У психотерапевтичній енциклопедії окрім «арт-терапії» використовують терміни «образотворча терапія», або «художня терапія» [40].

У словнику психіатричних термінів арт-терапія представлена як вид психотерапії, лікування, що передбачає залучення до мистецтва. Для цього з «хворим» обговорюють твори мистецтва (катарсичний вплив) або використовують переживання творця. Тобто мистецтво створює можливості для самовираження, відреагування, відволікання (катарсис митця). До арт-терапії відносять бібліотерапію, музикотерапію, кінотерапію тощо [13].

У педагогічному словнику арт-терапію розглядають як терапію засобами мистецтва. Як метод, вона ґрунтується на тому, що внутрішні переживання, труднощі, конфлікти людини мають представництво на образному, символічному рівні і можуть бути виражені в образотворчому мистецтві – малюнку, ліпленні, аплікації на вільну тему. Арт-терапія сприяє звільненню від сильних переживань та конфліктних ситуацій на основі розвитку уваги до почуттів, посилення власної особистісної цінності і підвищення художньої компетенції [24].

М. Лібман під поняттям арт-терапії розуміє ефективне використання засобів мистецтва з метою передачі почуттів, що застосовується для зміни структури її світовідчуття [8].

Для більш ґрунтовного розгляду проблеми вважаємо за необхідне проаналізувати праці вітчизняних дослідників. Так, найбільш розробленою і авторитетною є позиція О. Сороки, яка трактує «арт-терапію як інноваційну освітню технологію «лікування» засобами образотворчого мистецтва, а саме малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості. Як допоміжні засоби в арт-терапії використовують музику, казку, танець, гру, драму тощо» [48].

Подібну позицію відстоює О. Вознесенська, яка пропонує розуміти арт-терапію як «метод оздоровлення за допомогою творчого самовираження. Зцілення передбачає духовну цілісність, гармонію духа і тіла» [16].

З позиції Л. Калініної, арт-терапія є «терапією, змістом якої є художня творчість людини» [21]. Доволі обґрунтованими є погляди на арт-терапію О. Смілянець, яка вважає її методом «лікування за допомогою художньої творчості, що сприяє вираженню агресивних почуттів у соціально допустимій формі; дає основу для інтерпретацій і діагностичної роботи в процесі терапії; дає змогу працювати з думками і почуттями, які здаються нездоланними; сприяє виникненню відчуття внутрішнього контролю; розвиває й посилює увагу до почуттів» [47].

Аналіз літературних джерел дозволяє зробити висновок про те, що арт-терапія в наукових працях найчастіше розглядається як особлива форма психотерапії, заснована на використанні образотворчих, пластичних мистецтв, що включає комплекс прийомів, які створюють відповідні умови для звернення та асиміляції людини у суспільстві.

Арт-терапія буває індивідуальна й групова. Індивідуальна арт-терапія – це співпраця тренера і учасника. Має свої недоліки – можлива негативна реакція, яка впливає на атмосферу проведення.

На думку М. Лібман групова арт-терапія:

1) призводить до зміцнення особистої ідентичності та суттєво підвищує самооцінку;

2) тісно пов’язана з наданням взаємної підтримки учасникам;

3) дає змогу опановувати нові ролі, розвивати ціннісні соціальні навички;

4) надає можливість поспостерігати за результатами своїх дій і їхній вплив на інших учасників групи;

5) розвиває уміння і навички прийняття рішень [8].

Розглянуті положення дозволяють уточнити сутність арт-терапії, яка передбачає лікувально-коригуючий вплив мистецтва на людину, що виявляється у суттєвій зміні ситуації, що травмує, за допомогою творчої дії. При цьому в процесі арт-терапії у людини з'являються нові позитивні враження, емоції та потреби.

Проаналізувавши літературу, вважаю доцільним використовувати арт-терапію в травмах, гострих стресових розладах, втратах, посттравматичних стресових розладах, психосоматичних розладах, так як вона є ефективною, дуже зручною та економічно вигідною.

## 3.2. Розробка програми тренінгу зниження рівня тривожності та симптомів ПТСР

Необхідність розробки даної психокорекційної програми у тому, щоб допомогти жінкам зняти симптоми підвищеної тривоги та депресії, що виникли внаслідок психологічної травми, формування у них практичних умінь і навичок саморегуляції для зняття негативних наслідків стресу, ПТСР.

Мета передбачає розв’язання таких завдань програми як інформування про симптоми та фактори стресу, ПТСР; оволодіння прийомами зняття симптомів стресу, саморегуляції та саморефлексії; встановлення міцних, заснованих на взаємному інтересі та довірі стосунків у групі.

Психокорекційний тренінг проводиться 2 рази на тиждень, тривалість одного заняття 1-1.5 години, форма проведення онлайн у групі в месенджері Telegram.

**Групова психотерапія заснована на взаємодії групи осіб – пацієнтів (як правило, у кількості 6-8 осіб) та психолога. Групова психотерапія допомагає кожному пацієнту побачити і усвідомити неадекватність власних установок, що виявляються у взаємодії між людьми, та виправити їх під контролем фахівця у обстановці взаємної доброзичливості.**

Завдання програми:

1) Виявлення негативних автоматичних думок та уявлень (когнітивний блок).

2) Вироблення реалістичних оцінок та уявлень (когнітивний, поведінковий блоки).

3) Ідентифікація та модифікація дисфункціональних переконань, що схиляють його до спотворення досвіду (когнітивний блок).

4) Зниження емоційних сиптомів прояву депресії в жінок (емоційний блок).

Психокорекційна програма проявів депресії у жінок розрахована на 9 занять і включає: основних занять метою, яких є зняття симптомів депресії та що складається з трьох блоків: когнітивного, емоційного та поведінкового заключного заняття, у якому підбиваються підсумки проведеної психологічної роботи.

Кожне заняття корекційно-розвивальної програми складається з вступної, основної та заключної частин.

Вступна частина однакова по всім занятям, включає вправи, розмови, створені задля формування позитивного ставлення до заняття, тривалість цієї частини 15-20 хвилин.

Основна частина відповідає основній меті заняття, яка відповідає роботі з конкретним симптомом - «метою», тривалість основної частини становить 50 - 70 хвилин.

Заключна частина полягає у закріпленні позитивного впливу за допомогою практики та роздумів клієнта. Тривалість цієї частини 30 хвилин.

Методи психокорекції, що застосовуються у програмі: когнітивна терапія, арт-терапія, музикотерапія, тілесно-орієнтована терапія, релаксаційні техніки.

Процедура розробки програми може бути представлена наступними блоками:

1) когнітивний

2) емоційний

3) поведінковим

Зобразимо детальніше (рис. 3.1).

Що за думки у нас у голові?

Негативні думки: як їх побачити

Емоційний

розрахований на три заняття, пов'язані з вираженням своїх почуттів через словесну форму; зняття емоційного напруження, занепокоєння, підвищення емоційного стану.

Почуття – це нормально

Іди від нас тривога

Поведінковий

спрямований на зміну поведінки жінки: пошуку психологічних ресурсів, підвищення активності в житті, зміну поведінкових установок

Когнітивний

включає роботу з симптомами депресії, ПТСР через усвідомлення, реструктуризацію негативних думок, розуміння ситуацій, які їх викликають, і реалізується протягом трьох сеансів.

Керуємо мисленням

Блок 1

Блок 2

Радість життя

Блок 3

Мої потаємні ресурси

Життя – це рух

Світ навколо нас

**Рис. 3.1. Алгоритм формування програми**

Структуру програми представимо в табл. 3.1

*Таблиця 3.1*

**Структура програми тренінгу**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Тема заняття** | **Мета заняття** | **Структура** |
| Когнітивний блок | | | |
| 1 | Що за думки у нас у голові? | Виявлення негативних думок та стабілізувати внутрішній стан, ознайомлення з принципами співпраці в групі, визначення формату роботи, тривалості роботи. | Вступна частина: Привітання учасників та психолога.  Головна частина: знайомство учасників  Після знайомства тренер проводить 25 хв розмову про травму, про біль, страх, ГРС та ПТСР, види, причини, стадії, способи корекції та профілактики.  Перша вправа. Техніка: «Каракульні історії мого стану»  Друга вправа. Техніка: «Обійми метелика» автор Люсі Харрерас (модифікація Олена Тараріна)  Третя вправа. «Визначення життєвих орієнтирів».  Остання частина: релаксаційна гра «Зморжки»  Домашнє завдання: завести щоденник, в якому записувати появу негативних думок. |
| 2 | Негативні думки: як їх побачити | Навчитись розпізнавати негативні думки і мислити позитивно. | Вступна частина тренінгового заняття.  Вітання учасників. Техніка «Когнітивні карти» на підставі домашнього завдання.  Основна частина: Метод «Жорсткі техніки спростування» (когнітивна терапія, конфронтація).  Техніка 1»Контратака»  Техніка 2. «Розслаблений виклик»  Заключна частина: Рефлексія учасників.  Домашнє завдання: Записи в журналі: Складіть список ситуацій, у яких з’являються негативні думки. |
| 3 | Керуємо мисленням | Навчити виправляти негативні думки. | Вступ: Привітання. Перегляд домашнього завдання.  Основна частина: Техніка: «Раціональні переконання» (когнітивна терапія, реакція).  Розслаблення. Слухайте спокійну музику.  Техніка «Утилітарні міркування» (когнітивна терапія).  Заключна частина: усвідомлення клієнтом свого стану.  Домашнє завдання: Продовжуйте записувати думки, намагаючись виправити негативне тлумачення подій. |

*Продовження табл. 3.1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Тема заняття | Мета заняття | Структура |
| Емоційний блок | | | |
| 4 | Почуття – це нормально | Вчити словесно висловлювати свої почуття. | Вступ: Привітання. Вправа «Що відчувають люди?».  Основна частина: робота з метафоричними картами «Кольори та почуття» - вправа «Судина – наповнена змістом» (арт-терапія, сублімація).  Захищення від страждань - прослуховування музики П.І. Чайковського. Перша сімфонія. 2 частина – «Похмурий край» (арт-терапія, катарсис).  Заключна частина: Рефлексія.  Домашнє завдання: Позбавтеся почуттів, що виявляються в різних випадках. |
| 5 | Іди від нас тривога | Зниження тривожності, емоційної напруженості. | Вступна частина: Привітання.  Вправа 1. «На що схоже мій настрій».  Головна частина: «Чотири стихії». Л.М. Беленицький (метод Арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії, катарсис).  Заключна частина: Рефлексія.  Завдання додому: записувати емоційні стани, що виникають, протягом дня. |
| 6 | Радість життя | Підвищення емоційного стану. | Вступна частина: Гра – вправа «Привіт». Обговорення домашнього завдання.  Основна частина: Прослуховування музики з оперет Й. Штрауса, І. Кальмана. Налаштування на позитивне мислення. Вправа «Створення образу свого емоційного стану» (арт-терапія, гельштат-терапія, відреагування). Створення позитивного емоційного стану малювання мандали.  Заключна частина: Рефлексія.  Домашнє завдання: скласти порядок дня. |
| Емоційний блок | | | |
| 7 | Мої потаємні ресурси | Знайти ресурсні стани тіла та психіки. | Вступна частина: Привітання учасників. Обговорення домашнього завдання  Основна частина: Техніка 1»Галерея лікувальних образів»  Техніка 2 «Коло досконалості».  Заключна частина: техніка «Небо».  Рефлексія.  Домашнє завдання: Вести щоденник. Знайти та записати сфери, які є для вас ресурсом. |

*Продовження табл. 3.1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Тема заняття | Мета заняття | Структура |
| 8 | Життя – це рух | Відновлення фізіологічних функцій та активності. | Вступна частина: Привітання учасників. Обговорення домашнього завдання.  Основна частина: Техніка «Створення ланцюжка якорів» (нейролінгвістичне програмування).  Вправа 2 Техніка «Час і рух у мені» (Модифікація - Є. Тараріна)  Техніка 3 «малюємо дерева» (Модифікація - Є. Тараріна)  Заключна частина: Рефлексія.  Домашнє завдання: Ведення щоденника. Згадати та записати події за останні кілька тижнів.. |
| 9 | Світ навколо нас | Зміна поведінкових установок. | Вступна частина: Привітання. Гімнастика настрою.  Основна частина:  Техніка «Деперсоналізація Я» (когнітивна терапія, відреагування)  Техніка 2. «Ресинтез життєвих орієнтирів»  Заключна частина: рефлексія.  Підведення підсумків. |

Перше тренінгове заняття.

Мета:виявлення негативних думок та стабілізувати внутрішній стан, ознайомлення з принципами співпраці в групі, визначення формату роботи, тривалості роботи.

Вступна частина: Привітання учасників та психолога.

Перед початком роботи ми ознайомлюємо учасників з принципами роботи:

1. Щирість у спілкуванні.

2. Активність кожного учасника у ході групової роботи.

3. Обов'язкова участь у роботі групи впродовж усього часу.

4. Конфіденційність.

5. Невинесення обговорюваних проблем за межі групи.

6. Право кожного учасника групи сказати «стоп» – припинити обговорення його проблеми.

7. Кожен учасник говорить від себе, від свого імені.

8. Не критикувати і визнавати право кожного на висловлення своєї думки.

9. Спілкування між усіма учасниками і ведучим – на «ти».

10.У розмові, говорячи про присутніх, уникати 3-ї особи [12].

Основна частина заняття.

Далі знайомство учасників.

Після знайомства тренер проводить 25 хв розмову про травму, про біль, страх, ГРС та ПТСР, види, причини, стадії, способи корекції та профілактики.

Перша вправа. Техніка: «Каракульні історії мого стану» [20]

Інвентар: аркуш А-4, кольорові олівці.

Алгоритм роботи. Тренер пропонує учасникам вибрати той колір олівця, який асоціюється зі станом стабільності та безпеки та на аркуші А-4 вибраним кольором промалювати лінії каракуль. Після виконання завдання тренер задає запитання для аналізу :

1) Що відчуває Ваше тіло зараз?

2) Що відбувалося в процесі малювання ліній?

3) Про що пропонують поміркувати створені історії каракуль?

Друга вправа. Техніка: «Обійми метелика» автор Люсі Харрерас (модифікація Олена Тараріна) [49].

Мета: стабілізувати внутрішній стан.

Завдання: усвідомити себе усередині тіла та сфокусуватись на здатності чути своє тіло.

Тренер починає проводити заняття. Пропонує згадати моменти, коли ви були спокійні, коли ви відчували стан умиротворення та безпеки. Зосередьтеся на цьому почутті. Проскануйте ваше тіло. Виявіть ті місця, де зараз, як вам здається, базується це саме почуття безпеки. Це може бути будь-яка частина тіла, де ви відчули імпульс. Покладіть собі на груди дві долоні, з'єднавши великі пальці, як крила метелика. Зробіть легкі простукування, поплескування долоньками грудної клітки. Виберіть комфортний для себе ритм. Він може бути повільнішим або більш швидким. Швидкість натиску не повинна бути великою.

Простукуючи розмірковуйте про стан або місце, де ви були умиротворені. І продовжуйте створювати для себе обійми метелика.

Через 30-60 секунд зупиняємось. Робимо 2 підходи вдих-видих. Вдих, наче ви вдихаєте саму ароматну квітку. І довгий, довгий видих ніби ви задуваєте свічку. Повторіть 3–4 рази по 30–60 секунд кожен підхід.

Далі тренер пропонує зробити невеликий аналіз свого стану учасникам і питає:

1) як змінилося ваш стан?

2) як ви почуваєтеся?

3) що вам допомагало виконувати вправу, що заважало?

Висновки: Можемо використовувати на другій фазі, у гострому стресовому розладі. Ця вправа дає почуття умиротворення, зазвичай, відчувається тим, що тіло стає більш наповненим, посидючим, щадним. Немов тіло набирає вагомості.

Третя вправа. «Визначення життєвих орієнтирів» [28]. Тренер пропонує скласти список із 30 найкритичніших подій, що трапились у житті учасників групи. Потрібно вибирати не тільки негативні (смерть коханої людини) події, але й інші поворотні точки, які можуть бути і позитивними, і негативними (отримання ступеня, весілля). Включити в список і випадки, які можуть не представляти значення стороннього спостерігача, але важливі для учасників. Потрібно розподілити три списки: 10 випадків з дитячого віку, 10 – з підліткового віку, 10 – з дорослого.

Після того, як учасники групи пропишуть всі 30 подій, тренер розбирає список і вибирає ключове для віку. Тренер разом з клієнтом аналізує що клієнт думає про це зараз, і те, що клієнт думав тоді. Які висновки ця подія призвела про себе, про інших людей і про світ? Разом з клієнтом тренер складає список переконань.

Остання частина: релаксаційна гра «Зморжки» [22]. Мета гри – зняти стрес.

Тренер пропонує учасникам кілька разів вдихнути та видихнути, наморщити обличчя, починаючи з чола: брови, ніс, щоки. Підняти і опусти плечі, розслабити м'язи обличчя. Потім розслаб м'язи шиї та плечей.

Тренер питає кожного учасника «З чим він сьогодні йде з тренінгу? Що саме для себе він почерпнув»

Тренер задає домашнє завдання: завести щоденник, в якому записувати появу негативних думок.

Друге тренінгове заняття: «Навчитись розпізнавати негативні думки».

Мета: навчитись розпізнавати негативні думки і мислити позитивно.

Вступна частина тренінгового заняття.

Вітання учасників. Техніка «Когнітивні карти» на підставі домашнього завдання [28].

Опис техніки: тренер створює когнітивну карту зі списку ключових ідей клієнта, взявши кожну думку зі списку та порівнявши її з будь-якою іншою думкою. Запитує учасника: чим схожі ці думки? Які їх відмінності? Яка думка приходить першою, а яка слідує за нею? Наприклад, якщо у списку є думки «Я погана людина» та «Я маю бути досконалим», то вони ідентифікуються як пов'язані. Прагнення бути досконалим може компенсувати почуття неповноцінності. Почуття неповноцінності виникає можливо результатом невиконаних вимог перфекціоніста.

Основна частина: Метод «Жорсткі техніки спростування» (когнітивна терапія, конфронтація).

Вправа 1»Контратака» [28].

Тренер допомагає клієнту знайти вагомі контраргументи для кожної ірраціональної думки. Перевіряє, чи він справді спростовує це. Наприклад, аргумент «Неможливо зробити все» сильнішим, ніж «Все зробити часто досить складно».

Учасник повинен подати якнайбільше контраргументів. Переконайтеся, що ваші контраргументи реалістичні та логічні. Терапія когнітивної реструктуризації не підтримує ідею у тому, що сила позитивного мислення полягає у самообмані. Натомість вона підкреслює силу чесного, реалістичного мислення та закликає клієнтів говорити собі правду, а не тільки те, що звучить добре.

Тренер допомогає клієнту знайти вагомі контраргументи для кожної ірраціональної думки. Перевірити, чи справді він це спростовує. Наприклад, аргумент «Неможливо все зробити» сильніший, ніж «Часто все зробити досить важко».

Потрібно дозволити клієнту придумати якомога більше контраргументів. Переконати, що ваші контраргументи реалістичні та логічні. Терапія когнітивної реструктуризації не підтримує уявлення про те, що сила позитивного мислення полягає в самообмані. Натомість вона підкреслює силу чесного, реалістичного мислення та заохочує клієнтів говорити собі правду, а не лише те, що добре звучить.

Тренер навчає клієнта постійно сумніватися в ірраціональних думках. Іноді потрібні місяці, щоб ця техніка принесла плоди, і багато клієнтів ухиляються від такої втрати часу, кажучи, що вже пробували, але не вдалось. Коли терапевт дізнається, скільки зусиль доклав клієнт, він зазвичай виявляє, що клієнт сперечався сам із собою протягом години чи двох. Клієнт повинен розуміти, що він повинен спростовувати твердження стільки разів, скільки підтверджував його раніше. Може знадобитися година на день протягом року чи більше, щоб подолати цю головну віру, з якою він жив усе своє життя.

Переконайте, що кожен контраргумент має ту саму модальність, що й ірраціональна думка. Співвіднесіть візуальні ірраціональності з контрвізуалізаціями, вербальні помилки з вербальними виправленнями, гнівні думки з думками про співчуття, пасивні думки з активними, пропріоцептивну нерозумність з пропріоцептивною реальністю тощо. Якщо спростування має ту саму модальність і логічний тип, що й ірраціональна думка, більша ймовірність проникнення.

Нападайте на всі ірраціональні ідеї клієнта, а не лише на деякі. Важливо надати спростування будь-якої помилкової думки, яка викликає емоційну реакцію. Якщо ключові вказівки втрачені, терапевт може не справитися з нейтралізацією емоцій.

Технік 2. «Розслаблений виклик» (когнітивна терапія, конфронтація) [28].

Найпоширенішим типом м’якого спростування є навчання релаксації. Клієнтів спочатку знайомлять з однією або декількома техніками релаксації, а потім застосовуються техніки спростування. Найважливішим елементом використання цієї техніки є те, що клієнт повинен залишатися розслабленим протягом усієї процедури.

Спочатку клієнт практикує одну або кілька технік релаксації. До них відносяться аутогенне тренування, використання біологічного зворотного зв’язку, пов’язаного з шкірно-гальванічним реагуванням, електроміограмою та частотою серцевих скорочень; Щоб полегшити релаксацію, вони використовують білий шум, звуки природи та розслаблюючу музику.

Тренер будує ієрархію ірраціональних переконань, які викликають страх. Розставляє їх по силі викликаного страху або прихильності клієнта цим думкам.

Тренер просить клієнта представити найменш руйнівну думку в ієрархії. Коли зір проясниться, почніть глибоке розслаблення м'язів. Продовжуйте цей процес, доки напруга клієнта не повернеться до нуля, тобто коли ця думка більше не турбує вас. Потім переходить до наступного елемента в списку. Наприклад: «Тепер уявіть наступну думку у вашій ієрархії. Намалюйте це якомога чіткіше. Якщо хочете, уявіть конкретну ситуацію в минулому, коли ця думка у вас виникала найчастіше. Продовжуйте думати про це, поки думка не стане дуже ясною.

Дайте мені знак правою рукою... Добре, стоп! Тепер розслабтеся, як я вас навчав, і розслабтеся, доки вам знову не стане комфортно. Дай мені знати. Тепер повторіть це ще раз, але сцена має відрізнятися від тієї, яку ви використовували раніше».

Переміщайтеся по ієрархії страхів клієнта, поки його страх перед усіма її компонентами не зникне до нуля.

Заключна частина: Рефлексія учасників.

Домашнє завдання: Записи в журналі: Складіть список ситуацій, у яких з’являються негативні думки.

Третє тренінгове заняття.

Мета: навчити виправляти негативні думки.

Вступ: Привітання. Перегляд домашнього завдання.

Основна частина: Техніка: «Раціональні переконання» (когнітивна терапія, реакція) [28].

Складіть список ситуацій, в яких клієнт злиться. Це можуть бути конкретні ситуації з минулого і сьогодення або типові ситуації, з якими клієнт стикається найчастіше.

Підготуйте раціональні переконання або самонавіювання для використання клієнтом у цих ситуаціях. Ці переконання повинні перебільшувати позитивні чи негативні сторони ситуації, але ґрунтуватися на об’єктивному баченні того, що відбувається. Знайдіть час, щоб знайти найбільш раціональні тлумачення ситуації.

На одній стороні картки запишіть тригери для кожної ситуації. З іншого боку – повний опис раціонального пізнання, якого клієнт намагається досягти. Якщо візуалізація досить чітка, клієнт повинен представити раціональну думку, а також висловити її чітко.

Клієнт повинен продовжувати цю вправу, доки він рефлекторно не повторить раціональне переконання щоразу, коли уявляє подію. Якщо в голову клієнта приходять ірраціональні думки, їх слід негайно припинити і знову відтворити раціональне переконання.

Раціональні переконання не обов’язково є найпозитивнішим, але завжди найбільш реалістичним сприйняттям ситуації. У більшості випадків терапевт повинен ретельно вивчити ситуацію, щоб визначити найбільш розумну точку зору.

Розслаблення. Слухайте спокійну музику.

Техніка «Утилітарні міркування» (когнітивна терапія) [28].

Підготуйте список ірраціональних думок клієнта. Складіть список ситуацій, у яких з'являються ці думки. Пропрацюйте разом із клієнтом усі ситуації, просуйтеся вгору по ієрархії та змінюйте несприятливі думки на корисні.

Допоможіть клієнту вибрати конкретну поведінкову мету, яку він хотів би досягти у кожній ситуації. Нехай він запитає вас: «Чого я хочу досягти зараз?» Метою може бути наполеглива відповідь на несправедливу критику, відкрите визнання помилок.

Для кожної думки попросіть клієнта запитати себе: «Чи сприяє ця думка досягненню мети чи ні?» Допоможіть клієнту визначити твердження, які є найбільш корисними для досягнення його цілей, незалежно від того, правдива ця думка чи ні. Попросіть клієнта трансформувати непрактичні переконання в прагматичне при кожній нагоді.

Заключна частина: усвідомлення клієнтом свого стану.

Домашнє завдання: Продовжуйте записувати думки, намагаючись виправити негативне тлумачення подій.

Четверте тренінгове заняття.

Мета: вчити словесно висловлювати свої почуття.

Вступ: Привітання. Вправа «Що відчувають люди?» [28].

Опис вправи. Пропонується описувати життєві ситуації, в яких у людей виникають такі почуття, як «страх», «страх», «сум» і «радість», «спокій», «впевненість»; Можливий вибір відчуттів, запропонованих групою. Після заповнення робочих аркушів жінки по черзі записують свої варіанти до загального списку, складеного для кожної емоції.

Робочий листок 1

Коли люди відчувають:

Тривогу, то вони \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страх, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумними, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Радісними, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Самотніми, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Переляканими, то вони \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Робочий листок 2

Коли люди відчувають:

Почуття гордості, то вони \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ревнощі, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Занепокоєння, то вони \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Збентеження, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сором, то вони\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основна частина: робота з метафоричними картами «Кольори та почуття» - вправа «Судина – наповнена змістом» (арт-терапія, сублімація).

Опис завдання: Учасники повинні сконцентруватися і подумки поставитися до форми будь-якої посудини (ваза, глечик, пляшка) будь-якої конфігурації та розміру. Потім кожен учасник обирає аркуш потрібного формату для реалізації своєї ідеї. Потім учасники підходять до столу з розкладеними картками та беруть ті, які відповідають їхньому внутрішньому відчуттю. Малюнок контуру предмета виконаний суцільною лінією. На основі вибраних карток кожен учасник просочує свій малюнок фарбою [28].

Коли роботу буде завершено, кожен учасник розповідає історію від імені свого судна. Історія може бути будь-якою. Посудина представляє себе разом з емоціями. Думок, почуття автора.

Захищення від страждань - прослуховування музики П.І. Чайковського. Перша сімфонія. 2 частина – «Похмурий край» (арт-терапія, катарсис).

Заключна частина: Рефлексія.

Домашнє завдання: Позбавтеся почуттів, що виявляються в різних випадках.

П’яте тренінгове заняття

Мета: Зниження тривожності, емоційної напруженості.

Вступна частина: Привітання.

Вправа 1. «На що схоже мій настрій» [28].

Ця вправа дозволяє учасникам усвідомити свій емоційний стан «тут і зараз» та висловити його у образній, символічній формі. Вправу виконують у колі, з м'ячиком, який учасники перекидають один одному, по черзі відповідаючи спочатку на одне запитання, потім – на наступне. дається така інструкція: «Прислухайтеся до себе. На який колір схожий зараз ваш настрій?». Варіанти: «На яку погоду (музику, квітку, тварину) схожий ваш настрій?»

Головна частина: «Чотири стихії». Л.М. Беленицький (метод Арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії, катарсис) [41].

Загальні інструкції:

1. Виконати один або кілька малюнків, пов'язаних із різними природними стихіями.

2. Провести медитації на кожну стихію.

3. Створити чи підібрати символ кожної стихії.

Медитація «Вогонь». Налаштовуємось на медитацію. Ви дихайте легко та вільно. Ви спокійні, спокійні... Ваше тіло повністю розслаблене.

Уявіть, що ви сидите перед багаттям. Язики полум'я течуть, викидаючи іскри в небо. Потріскують сухі дрова. Віє теплом. Гаряче повітря маревом струмить над вогнем. Ви вдивляєтеся вглиб багаття. Споглядаєте танець вогню. Відчуваєте його тепло та ласку. Вогняне полум'я дарує вам приємне тепло. У вас прокидається любов до вогню. Це почуття заповнює вас ізсередини, переповнює ваше тіло. Ви вбираєте силу вогню, його стан, міць, танець, світло і тепло. З кожним вдихом ви спостерігаєте за вогнем. Вогонь росте, набирає сили і полум'я.

З кожним видихом ви спостерігаєте за вогнем. Вогонь тане та згасає. Вдихи та видихи несуть вам насолоду відродження та згоряння вогню, серця, поезії, музики, кохання, юності. Ви єдині з вогнем. Ви дихайте легко та вільно. Ви сидите перед багаттям. Ви споглядаєте багаття, рух, тріск сухих гілок, дихання вогню. Повний вдих. Розплющили очі. Повільний видих. У будь-якій художній формі (танець, пісня, малюнок) висловіть свої переживання [41].

Медитація «Чисте гірське озеро».

Налаштовуємось на медитацію.

Розслабляємо тіло.

Ви дихайте легко та вільно.

Ви спокійні, спокійні, спокійні...

Ваше тіло повністю розслаблене.

Розслабляються кисті, зап'ястя, передпліччя, лікті, плечі. Розслаблюється плечовий пояс, грудні м'язи, найширші. Розслаблюється груди, живіт. Розслабляємо впоперек, спину. Розслабляємо шию, обличчя. Розслаблюємо м'язишиї, обличчя, голови. Ваша шия та обличчя повністю розслаблені. Ваше тіло повністю розслаблене від пальчиків ніг до верхівки голови. Ви спокійні, розслаблені, утихомирені. Легкість розтікається на ваше тіло. Ви повністю розслаблені. Ваше тіло стає все легшим і легшим.

Течії та повітряні потоки захоплюють вас, і ви летитьте над містом, планетою, річками та морями. Гори пропливають під вами. Ви літаєте, літаєте, літаєте...

Ви повільно і плавно, як повітряна куля, пропливаєте над високою-високою горою. Оглядає гору зверху. На плато, сховавшись від цікавих поглядів знизу, лежить прозоре гірське озеро. Ви ширяєте над ним, опускаючись все нижче і нижче.

Вже віє прохолодою, свіжістю, ви опустилися так низько, що бачите дно, камінці, пісок, водний світ тварин та риб. У своєму ширянні ви опускаєтеся на берег. Споглядаєте воду. Скидаєте з себе одяг. Ідіть до води. Тепле повітря овіває вас, перемішуючись з подихом бадьорості озера. Сонечко припікає зверху своїми променями. Ви підходите все ближче та ближче до води. Гірське озеро готове прийняти вас для короткочасного прохолодного купання. Бадьорість, свіжість води обпалює вас, жар сонячних променів згори та тепле повітря літа – ніщо в порівнянні з глибокою чистотою прохолодою гірського озера. Ви мерзлякувато зіщулюєтеся, набираєтеся сміливості через повний вдих і стрибком прямуєте у воду.

Час зупиняється для вас. Здається, що серце заповнюється дзюрчанням, чистотою, молодістю. Ви вискакуєте з води. Ретельно розтираєтесь рушником і, підставляючи груди та обличчя сонцю, робите рятівну своїм зігрівом розминку та інші вправи. Тіло поступово зігрівається, вам вже спекотно, і рішення скупатися повторно приходить як сніг на голову. І ви кидаєтеся у воду знову і знову.

Минає час, ви сушитеся біля багаття, ваші ноги обгорнуті теплим товстим спальником, куртка зігріває плечі. Вам тепло та добре. Навколишній світ тане навколо вас. Ви ширяєте в повітрі, пливете над горою, як повітряна куля. Ваше тіло наповнене теплом та прохолодою, свіжістю та бадьорістю, спокоєм та молодістю.

Ви летите... Летіть... Летіть...

Ви спокійні, розслаблені, утихомирені. Легкість розтікається на ваше тіло.

Ви відчуваєте необхідність завершити медитацію. Ви концентруєтеся на точку. Збираєте, формуєте навколо точки своє тіло. Уявляєте своє тіло. Повний вдих. Розплющили очі. Повільний видих.

У будь-якій художній формі (танець, пісня, малюнок) висловіть свої переживання.

Медитація «Земля» [41].

Уявіть, що сидите на землі, на полі, на ріллі, у лісі на галявині, на лузі в траві.

Ви дихайте спокійно.

Ваше серце б'ється спокійно.

Ви відчуваєте під собою землю, її вогкість, прохолоду, родючість, свіжість, дітородну силу. Земля розстилається під вами, зберігаючи в собі таємниці минулого і сьогодення, колишніх цивілізацій, секрети скарбів, скарби царів та бідняків, цінності матерії та духу.

Ви проникаєте своєю свідомістю у стихію землі. Порівнюєте себе та стихію. Усвідомлюєте, хто вас годує та тримає на своїй поверхні. Ви намагаєтесь усвідомити свою роль на землі, своє призначення у рамках цієї стихії.

У вас прокидаються почуття вдячності та кохання. Ці почуття заповнюють ваше тіло, розум, повністю охоплюють вас. Ви любите землю як стихію та як планету, як мати всього живого.

Ви подумки тягнетесь до землі, зливаєтеся з нею, провалюєтеся вглиб, у чорнозем, до кореня, до витоків всього живого землі.

Ви розчиняєтеся усередині стихії землі. Ви і земля єдині.

Ваші тіло та дух розчинилися у землі. Ви розтеклися величезною планетою, перетворилися на кулю, увібрали в себе міць і силу, рух і гармонію, спокій і мудрість.

Ви заповнюєте своєю свідомістю весь простір землі. Ви спокійні, розслаблені, утихомирені.

Легкість розтікається на ваше тіло.

Ви відчуваєте необхідність завершити медитацію.

Ви концентруєтеся на точку. Збираєте, формуєте навколо точки своє тіло. Уявляєте своє тіло. Виринуєте на поверхню землі швидко та миттєво. Ви сидите на землі. Земля – джерело сили, годувальниця, мати, вона тримає вас на собі.

Ви споглядаєте землю під вами, її рух, подих.

Повний вдих. Розплющили очі. Повільний видих.

У будь-якій художній формі (танець, пісня, малюнок) висловіть свої переживання.

Медитація «Море та камінь» [41].

Ранній липневий теплий ранок. Напівпустельний пляж. Море. З легким шарудінням хвилі накочують на берег. Неподалік берега височить великий камінь. З боку моря камінь прямовисний, хвилі розбиваються об його стіну. Ви сидите на камені і споглядаєте сонце, що сходить.

Любов до сонця і моря переповнює вас, заповнює собою кожну клітинку вашого тіла. Ви відчуваєте на шкірі ласку сонячних променів і чуєте п'янкий запах моря. Легкі дотики сонця пронизують вас наскрізь, і шепіт морської хвилі заспокоює вас.

Хвиля приваблює вас до себе літньою прохолодою та оксамитовою свіжістю, перекочуючись і іскрячись у золоті бурштинового Сонця. Смарагдові відблиски у хвилях зачаровують погляд і хвилюють уяву. Ви спокійні, спокійні, спокійні. Ваше серце б'ється спокійно, спокійно, спокійно. Час уповільнюється всередині вас, велично дозволяючи керувати ним. Все відбувається як у сповільненому кіно: ви повільно встаєте і плавним рухом, що перетікає, пливете, як хвиля по каменю, у бік моря. Відштовхуєтеся від каменю і летіть уперед, як у сповільненій зйомці. Невагомий перетікаючий рух вперед триває нескінченно, ви летитьте як птах, у бік відкритого моря, назустріч хвилі, що іскриться блакитними бризками.

Море ширяє вам назустріч, пахнучи ароматом трав, йоду і вітерця, що пролітає повз. Кінцями пальців ви вже торкнулися води і повільно із захопленням пливете морем. Блискучий підводний блакитно-смарагдовий світ приймає вас у свої обійми, що бадьорять душу і тіло, і відпускає вас у вільному ширянні середовище кришталевих просторів підводно-сонячної фантазії.

Ви повільно піднімаєтеся до сонця із казкового царського світу. Ви виринаєте, і повітря вітає вас своїм першим входом у легені.

Ви підпливаєте до каменю і сходами сходите знову на вершину, зберігаючи стан п'яності морем і першим ковтком живлющого повітря. Сонце і повітря приймають вас у себе, пестячи гарячими променями і лоскоче торканням вітерця.

Повний вдих. Розплющили очі. Повільний видих. У будь-якій художній формі висловіть свої переживання [41].

Заключна частина: Рефлексія.

Завдання додому: записувати емоційні стани, що виникають, протягом дня.

Шосте тренінгове заняття.

Мета: Підвищення емоційного стану.

Вступна частина: Гра – вправа «Привіт». Обговорення домашнього завдання.

Основна частина: Прослуховування музики з оперет Й. Штрауса, І. Кальмана. Налаштування на позитивне мислення. Вправа «Створення образу свого емоційного стану» (арт-терапія, гельштат-терапія, відреагування). Створення позитивного емоційного стану малювання мандали [28].

Заключна частина: Рефлексія.

Домашнє завдання: скласти порядок дня.

Сьоме тренінгові заняття

Мета: Знайти ресурсні стани тіла та психіки.

Вступна частина: Привітання учасників. Обговорення домашнього завдання

Основна частина: Техніка «Галерея лікувальних образів» (Модифікація - Є. Тараріна) [49].

Мета: активізації зв'язку з родом, зі своїм корінням.

Завдання:

• активація ресурсів клієнта через підключення до енергії роду;

• зміцнення внутрішніх опор клієнта;

• посилити почуття подяки до значних людям.

Інвентар: аркуш паперу А4, ручка або олівець.

Час роботи: 30-40 хвилин.

Вступ:

Клієнту пропонується подумки здійснити подорож музеєм, в якому він бачитиме портрети значущих у його житті людей.

Основна частина: спочатку клієнту пропонується на аркуші А4 намалювати лінію розвитку. Її необхідно провести по діагоналі з нижнього лівого кута у правий верхній кут. По обидва боки вздовж цієї лінії схематично намалювати від 7 до 12 слідів.

Далі виконується візуалізація: «Уявіть, що ви йдете галереєю. На стінах висять портрети людей, які зробили внесок у вас. А це ваші сліди у цій галереї. І кожен слід це означає, що ви зупинилися біля образу якоїсь людини та розглядаєте її [49].

Зараз ми будемо з вами проживати певну візуалізацію. І в якийсь момент я проситиму вас відкрити очі і зробити невеликий запис на цьому аркуші, на якому ви намалювали сліди. У цьому й полягатиме наша практика.

Отже, розмістіть своє тіло зручно на стільці. Відчуйте, що підлога підтримує ваші стопи, а стілець підтримує ваш таз, ваш таз підтримує ваш корпус, а плечі підтримують шию і голову.

І я вам пропоную у цій практиці прикрити очі на деякий час [49].

Зробіть комфортний вдих-видих. І подумайте про те, що у вашому житті величезна кількість людей, яка вас навчила. І ми думатимемо зараз про людей, які зробили внесок у наш розвиток, які передали нам щось цінне. Ми припустимо, що ми стоїмо спочатку великої галереї, гарної, світлої кімнати. І в цій галереї, у цьому коридорі гарного, наповненого світлом висять портрети людей.

І зробіть перший крок і подивіться праворуч. І подумайте про людину, чий перший портрет міг би там бути. Це можуть бути люди, які зараз присутні у вашому житті або були в ньому, коли ви були маленькими, або якийсь час тому. Зараз важливо подумати про те, що ця людина дала вам [49].

Уявіть образ першої людини. Згадайте, як він виглядає чи виглядав. І найважливіше випробувайте спогад про те, як ви стикалися з цією людиною, який досвід він вам дав, чому він або вона вас навчив. Можливо, це ваша мама або ваш батько. Або якась людина, яка щиро хотіла, щоб ви були щасливі.

Уявіть фотографію цієї людини на стіні, дуже гарну фотографію. Можливо, це портрет, намальований художником.

Уявіть, що ви робите перший крок, ви зупиняєтеся біля цього портрета. Ваш зараз стан дуже світлий. Можливо, різне було з цією людиною, але зараз ми саме проживаємо подяку за те, чого нас ця людина навчила.

А зараз м'яко розплющте очі. І поруч із першим кроком напишіть, наприклад, «мама» або «тітка Свєта», або «Марина Миколаївна», тобто ім'я цієї людини.

Знову заплющте очі. Уявіть, що ви рухаєтеся далі. І ліворуч інший портрет. Це можуть бути ваші бабусі та пра- бабусі. І ваші вчителі чи викладачі в університеті, наприклад.

І щоразу представляючи образ цієї людини на картині, думайте про те, що ця людина приділила час свого життя, передала вам свій досвід, передала те, що знав. Тому що він відчував до вас величезне почуття любові. І час вашого навчання був дуже цікавим.

Знову розплющте очі і запишіть ім'я цієї людини. Далі ще прикрийте очі та побачте ще один образ.

І так зробіть кілька разів. Прикривайте очі, уявляйте, що робите крок. Згадуйте. Розплющуйте очі і записуйте ім'я цієї людини [49].

Ідіть по вашій галереї подяки з почуттям м'якої посмішки. Відчуйте, як з кожним кроком вас оточує спереду та ззаду погляди людей, спрямованих на вас, які передають вам свій досвід, своє благословення. Наче кожна особа з портрета стосується вашого плеча рукою і спрямовує ваше серце на якусь особливу силу, особливу якість.

Будьте зараз відкриті і приймайте те, що ці люди зараз передають для вас своїм поглядом.

І уявіть, що на цих стінах можуть бути маленькі вікна. І крізь ці вікна видно й інші коридори, інші галереї. І ви можете побачити, наприклад, галерею ваших дітей або друзів. І там у цих галереях на стіні висять і ваші фотографії, і ваші портрети. Тому що не лише вам віддавали любов, знання. Але й ви у своєму житті допомогли багатьом людям.

Відчуйте цей зв'язок, ці взаємини, ці переплетення.

Спробуйте подяку тим, хто вкладав і вкладає у вас. Подяка за те, що ви можете передавати іншим, бути корисними.

Нехай дихання буде дбайливим, приємним.

Дозвольте вашому тілу з кожним видихом відпустити те, що вже перероблено. І з кожним вдихом наповнитися живою енергією. Наповнитись саме тим, що необхідно для вашого тіла. Цей світлий коридор, ця галерея знаходиться у вашому серці. І ви будь-якої миті можете до неї повертатися, щоб вам було зручно. Ви можете насититись цією магією.

Наприкінці коридору дуже приємне-приємне світло. І одного разу ми наблизимося до цього світу. Це буде прекрасно. Це буде світло абсолютного кохання, миру, умиротворення.

Відчуйте зв'язок між тими, хто дає і приймає. Відчуйте, що цінність людського життя полягає у турботі, у тому, щоб передати те найкраще, що передали нам. Щоб ми не стали тими, на кому ця мудрість, це знання, ця глибина, ці навички зупиняться [49].

Зробіть кілька видихів та вдихів. Знов відчуйте, як вас тримає підлога, вас тримає стілець. Посувайте плечима, головою та шиєю. Можливо, захочеться потягнутися».

Аналітична частина:

Клієнту пропонується відповісти на такі запитання:

• Що ви створили/намалювали?

• Чиї це сліди?

• Біля чиїх образів ви зупинялися?

• Що вам дали ті чи інші люди у вашій галереї?

• Що важливого ви зрозуміли?

Висновки: дана техніка допомагає нам приєднатися до них людям, які є опорними стовпами для особи це- людину, які навчили її чомусь, передали для неї щось важливе. Наблизитися до тих людей, на яких людина може спертися.

Техніка 2 «Коло досконалості» [28]. Мета цієї техніки полягає в тому, щоб відновити, описати, зміцнити та доповнити ресурсні стани тіла та психіки людини. За своєю суттю це інтеграція якорів із багаторазовим знаходженням ресурсу (нейролінгвістичне програмування).

1. Визначте ваш досконалий стан. Виберіть із вашого минулого стан, в якому всі ваші ресурси були для вас доступні настільки, що це дозволяло вам бути в найкращій формі і діяти на повну міру своїх здібностей.

2. Створіть «коло досконалості». Намалюйте уявне коло на підлозі. Уявіть, що це – ваше «коло досконалості». Спробуйте уявити, що у ньому з'являється колір – який?

3. Згадайте стан досконалості, досягніть, опишіть його, доповніть, якщо треба, і асоціюйте з колом (просто увійшовши до нього в «досконалому» стані):

a) переживіть знову ваш досвід досконалого стану, начебто це відбувається зараз;

b) опишіть – усвідомте свою позу, дихання, внутрішні образи, звуки та особливо – те, як ви бачите та чуєте все, що відбувається;

с) доповніть відчуття, якщо воно не зовсім повне шляхом систематичного повторення вправи, поки ви не отримаєте сильного і повного переживання. Визначте найбільш яскраві чи «опуклі» відчуття (почуття, тип дихання, образ чи звук), які створюють «доповнений» стан досконалості, та визначте, як ви виглядаєте і як звучить ваш голос у цьому стані.

4. Здійсніть поділ станів. Вийдіть із кола і поверніться у ваш звичайний стан.

5. Тепер вступіть у коло та перевірте, чи повертаються до вас спонтанно всі фізіологічні відчуття досконалості. Вийдіть із кола. Ще кілька разів повторіть вхід та вихід. Якщо вам не вдалося повністю досягти почуття досконалості без свідомого зусилля, поверніться до кроку 3.

6. Створіть потрібний контекст. Визначте майбутню ситуацію, яка для вас, як правило, проблематична, але в якій би ви хотіли бути здатним будь-якої миті автоматично отримати почуття досконалості. Знайдіть тригер цієї ситуації (те, що ви бачите, чуєте та відчуваєте такого, що дає вам знати, що зараз ви зіткнетеся з проблемою).

7. Встановіть зв'язок. Подумки поставте себе в цю ситуацію, вступіть у коло і, отримавши доступ до досконалості, подивіться, яким чином ця досконалість відбивається на ситуації. Зауважте види зв'язку, який ви можете встановити зі своєю досконалістю. Вийдіть із кола.

8. Перевірте себе. Знову подумайте про ту майбутню ситуацію. Можете навіть поставити собі кілька питань про неї (наприклад: «Що відбувається зараз, коли я думаю про те, що зазвичай буває для мене неприємним чи важким?»). Головне тут – швидко та автоматично досягти стану досконалості. Ви можете перевірити це, помічаючи, чи є визначальні відчуття досконалості ознаки з вашого опису (крок 3).

Заключна частина: техніка «Небо». Інструкція:1. Сядьте прямо, ноги торкаються підлоги, закрийте очі. 2. уявіть чудове Синє небо. По ньому рухаються хмари. Ти спостерігаєш за ними, якщо ви про щось думаєте, то нехай ваші думки відлетять із хмарами. Ти зосереджений на небі. Людина, що дивиться на хмари, – внутрішній спостерігач, той, хто завжди спостерігає за твоїми думками. 3. Внутрішній спостерігач дуже спокійний урівноважений та щасливий. Ти відчуваєш спокій та тишу. 4. Розплющ очі. Посидь і повільно встань.

Рефлексія.

Домашнє завдання: Вести щоденник. Знайти та записати сфери, які є для вас ресурсом.

Восьме тренінгові заняття.

Мета: Відновлення фізіологічних функцій та активності.

Вступна частина: Привітання учасників. Обговорення домашнього завдання.

Основна частина: Техніка «Створення ланцюжка якорів» (нейролінгвістичне програмування).

1. Визначте, як саме ви дізнаєтеся, що відчуваєте неприємні переживання, пов'язані з травматичною подією. Що дає вам дізнатися про це – думки, поза, рухи, дихання.

2. Вирішіть, до якого першого стану ви хотіли б перейти, як отримаєте цей внутрішній сигнал. До якого другого після цього? До якого третього і т. д. (Наприклад, ваш «ланцюжок» може виглядати так «хвилювання» – «спокій» – «цікавість» – «творчість» .)

3. Згадайте про час, коли ви були дуже спокійні і закріпите цей стан тактильним якорем (зручніше використовувати дотик певним пальцем певної частини тіла).

4. Вийдіть із цього стану спокою, згадайте, коли вас турбувала цікавість, і поставте якір цього стану, що помітно відрізняється від попереднього.

5. Зробіть це стану творчості (теж «заякорите» його).

6. Поверніться до переживання хвилювання (наприклад, згадайте те, через що ви серйозно хвилювалися востаннє).

7. Як тільки ви відчуєте сигнал хвилювання, увімкніть якір спокою, коли цей стан досягне максимуму, запустіть якір цікавості, а після – творчості.

Вправа 2 Техніка «Час і рух у мені» (Модифікація - Є. Тараріна) [49].

Мета: розвиток самосвідомості клієнта.

Завдання:

• структурування роботи лінії часу клієнта;

• активізація потреби у русі тіла;

• підвищення свідомості поточного моменту;

• зміцнення почуття впевненості у собі.

Час роботи: 2-3 хвилини

Аналітична частина: Що ви створили?

• Як відчувалося тіло у процесі роботи?

• Як ви відчуваєте у вас час?

• Що важливого ви зрозуміли?

Висновки: дана техніка повертає свідомість клієнта у бік необхідності руху, думок, почуттів, тіла, які активуються через малювання одночасне правою та лівою рукою. Техніка допомагає людині згадати природну потребу та любов до руху.

Техніка 3 «Малюємо дерева» (Модифікація - О. Тараріна) [49].

Мета: посилення почуття внутрішніх опор.

Завдання:

• Відновлення інтересу клієнта до себе;

• сприяти формуванню укоріненості;

• підвищення свідомості поточного моменту;

• зміцнення почуття впевненості у собі.

Час роботи: 2-3 хвилини

Вікові рамки застосування: з моменту як клієнт розуміє інструкцію.

Алгоритм роботи

Вступна частина:

Клієнту пропонується на деякий час прикрити очі і прожити свою тілесність: які відчуття є в тілі, як почуваються різні частини тіла тощо. Тобто людина просто дві хвилини сидить і слухає своє тіло. Очі можна прикрити. Важливо відчути, як рухається час та енергія в тілі.

Після візуалізації до клієнта пропонується зобразити увіденне дерево за допомогою олівців на аркуші А4. На малювання відводиться 5-7 хвилин.

Аналітична частина:

Клієнту пропонується відповісти на такі запитання:

• Що ви створили? Опишіть вашу роботу?

• Розкажіть про ваше дерево докладніше?

• Яких ресурсів потребує ваше дерево?

• Хто доглядає ваше дерево?

• Чи можна подбати про це дерево прямо зараз?

• Щоб це могло бути?

Висновки: дана вправа пробуджує почуття укоріненості клієнта, а також дозволяє активізувати наші внутрішні опори (наше тіло, відносини, здібності тощо), що дозволяє легше адаптуватися до нових умов. Ця техніка — це запрошення поговорити про себе і згадати про ті прояви, на які людина раніше у своєму досвіді спиралася.

Заключна частина: Рефлексія.

Домашнє завдання: Ведення щоденника. Згадати та записати події за останні кілька тижнів.

Дев’яте тренінгові заняття

Мета: Зміна поведінкових установок.

Вступна частина: Привітання. Гімнастика настрою.

Основна частина:

Техніка «Деперсоналізація Я» (когнітивна терапія, відреагування) [28].

Складіть список із двадцяти неприємних подій, які сталися з вашим клієнтом за останні кілька місяців чи тижнів. Запишіть переконання клієнта, які, на його думку, спричинили внутрішні причини цих подій.

Навчіть клієнта шукати причини подій у зовнішньому середовищі. Використовуйте науковий метод: знайдіть стимули, підкріплення, операнти або супутні елементи середовища, які стали пусковими механізмами негативних подій. Переробити всі внутрішні причини на зовнішні.

Якщо причин багато, застосуйте принцип Оккама: найпростіше пояснення має розглядатися насамперед, як найімовірніше.

Нехай клієнт практикується у визначенні зовнішніх та внутрішніх причин тих подій, що відбуваються з ним протягом дня. Навчіть його дивитися на себе та на іншого як на об'єкт, схильний до впливу навколишнього середовища.

Техніка 2. «Ресинтез життєвих орієнтирів» [28].

Використовуйте складені вами когнітивні карти, але зробіть їх «історичними». Прослідкуйте витоки кожної думки клієнта: як вона трансформувалася в переконання і уявлення змінювалися різних стадіях життя.

Які ще думки, емоції, вчинки чи зовнішні стимули почали асоціюватися з цим переконанням після його формування? Як неправильна інтерпретація поширилася із однієї сфери життя клієнта на інші?

Попросіть клієнта уявити собі, яким би було його життя, якби в нього було інше сприйняття. Попросіть його уявити, як би він поводився, якби не був у нього збочених життєвих орієнтирів.

Заключна частина: рефлексія.

Таким чином, при успішному проходженні психокорекційної програми у жінок мають знизяться симптоми депресії, а саме: зменшення тривожності, страхів, підвищення емоційного стану; знаходження психологічних ресурсів, жаги до життя, відновлення активності та фізіологічних функцій організму.

Для того, щоб оговтатися від пережитих стресів і повернутися до продуктивного життя, людина має переробити емоційні переживання і одночасно подолати тривожні моделі світогляду, адже пережиті погрози змушують нас чекати на те саме в майбутньому. У більшості випадків людям допомагають блокування, подолання безпосередніх загроз та механізми психологічного відновлення, а також підтримка оточення.

Учасники програми змінять поведінкові настанови, отримають навички розпізнавання та коригування негативних думок, що допоможе розпочати нове життя

##### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. "Berninger, A., Webber, M. P., Cohen, H. W., Gustave, J., Lee, R., Niles, J. K., ... & Prezant, D. J. (2010). Trends of elevated PTSD

risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001–2005. Public Health Reports, 125(4), 556-566. doi:10.1177/003335491012500411.

2. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta- analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma- exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 748–766. doi:10.1037//0022-006X.68.5.748.

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington : Amer. Psychiatr. Ass., 1994. 886 p.

4. Eagle, G., & Kaminer, D. (2013). Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19(2), 85.

5. Grebenіuk, O. A. (2016). Теоретичні аспекти вивчення особ- ливостей поняття стресу в житті та діяльності людини. Problems of modern psychology, (2), 30-36.

6. Grinker R., Spiegel J. Men Under Stress – Philadelphia, 1945. рр. 86–106, 210.

7. Jarero, I., & Artigas, L. (2018). AIP model-based acute trauma and ongoing traumatic stress theoretical conceptualization. Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation, 10(1), 1-10.

8. Liebmann M. Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises. Cambridge, MA : Brooklyn Books, 1986. 150 s.

9. Straker, G. (2013). Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19(2), 209.

10. Zasiekina, L., Kennison, S., Zasiekin, S., & Khvorost, K. (2019). Psycholinguistic markers of autobiographical and traumatic memory. East European Journal of Psycholinguistics, 6(2), 119- 133.

11. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с

12. Афанасьєва, Наталя Євгенівна. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу [Текст] : навч. посіб. / Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. ; Нац. ун-т цивіл. захисту України. - Харків : ХНАДУ, 2015. - 315 с. - Бібліогр.: с. 308-315. - 65 прим. - ISBN 978-966-303-560-4

13. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 640 с.

14. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. Вісник НАОУ. К. : Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118–124.

15. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. Бусел В. Т.. К. ; Ірпінь : Перун, 2007. 1736 с.

16. Вознесенская Е. Л. Особенности и перспективы развития арт-терапии в Украине. Наукові праці (Серія : Педагогіка) : науково-методичний журнал. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 19–24.

17. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. №1. С. 228-239.

18. Елисеев О.П. Практикум по психології личности / О.П.Елисеев. – СПб.: Питер, 2007. – С. 214-218.

19. Исаев А. Б., Котенев И. О., Филиппов Н. М. Психологические и психиатрические проблемы при катастрофических стихийных бедствиях (по материалам зарубежных исследований). Психические расстройства у пострадавших во время землетрясения в Армении. М., 1989. С. 15–26.

20. Івженко Інна . Арт-терапія в роботі зі стресом, майстер-клас, 2022, 36 с

21. Калініна Л. А. Використання лялькотерапії як напряму арт-терапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку. Наукові праці : науково-методичний журнал. Серія : Педагогіка. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 25–30.

22. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.

23. Каменюкин А. Г. Антистресс-тренинг / А. Г. Каме- нюкин, Д. В. Ковпак. — СПб. : Питер, 2008. — 224 с.

24. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Педагогический словарь : для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. М. : Академия, 2005. 176 с.

25. Кузікова С.Б. Основи психокорекції / С.Б. Кузікова. – К. : Академвидав, 2012. – 320 с.

26. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб. : Речь, 2003. 256 с.

27. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих : дис…д-ра псих. наук : 19.00.03 / Анатолий Геннадьевич Маклаков. СПб, 1996. 395 с.

28. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

29. Марціновська І. П. Психотравмуюча ситуація та її наслідки. Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії. Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (21-22 жовтня 2016 р. м. Одеса). Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2016. С. 52-56.

30. Марціновська, І. П. (2017). Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового роз- ладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. Збірник на- укових праць Хмельницького інституту соціальних техноло- гій Університету Україна, (14), 223-227.

31. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Х. : ХМАПО, 2014. – 223 с.

32. "Мостовой, М. М., & Пархоменко, Н. О. (2015). Вплив стресу на життя людини. Приватний вищий навчальний заклад «Міжнародний науково-технічний університет імені акаде- міка Юрія Бугая» Полтавський інститут бізнесу, 37.

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

34. Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях / Н. Г. Осухова. — М. : Издательский центр «Академия», 2005. — 288 с.

35. Попіль М.І. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях: Методичні матеріали до практичних занять / М.І. Попіль. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2016. 126 с.

36. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (На материале землетрясения в Ленинакане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : Автореф. дисс. …. канд. псих. наук : 19.00.05 / Владимир Евгеньевич Попов. М., 1992. 27 с.

37. Прокоф’єва , Л. (2022). Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету, (57), С. 110-120. вилучено із http://visnyk.idgu.edu.ua/index.php/nv/article/view/610

38. "Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с."

39. "Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подійметодичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко… Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с. "

40. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб, 2001. 752 с.

41. Пурнис Н. Е. Арт-терапия в психологическом сопровождении персонала . СПб. : Речь, 2008. - 176 с

42. Розвиток стресостійкості як профілактика «професійного згоряння» на державній службі : методичний посібник / Укладачі: С. П. Мальована, І. Г. Родченко. Донецьк : Центр перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, керівників державних підприємств, установ та організацій Донецької обласної державної адміністрації, 2004. 25 с.

43. Романишин А. М. Первинна психологічна допомо- га і реабілітація в бойових умовах / А. М. Романи- шин , О. В. Бойко. — Львів, 2014. — 86 с.

44. Сoцiaльнa poбoтa з вpaзливими ciм'ями тa дiтьми: пociб. y 2-x ч.; Ч. 2 (coцiaльнa poбoтa з вpaзливими ciм'ями тa дiтьми / A. В. Aнocoвa, O. В. Бeзпaлькo, Т. П. Цюмaн тa iн. / Зa зaг. peд. З. П. Kияницi. – K. : Oбнoвa Koмпaнi, 2017. – 352 c.

45. Семиченко В. А. Психические состояния. К. : Магистр – S, 1998. 207 с.

46. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Частина I : Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. 238 с.

47. Смілянець О. Корекція девіантної поведінки підлітків засобами арт- терапії [Електронний ресурс]. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України; за ред. академіка С. Д. Максименка. К., 2009. Режим доступу: http://vuzlib.com/content/view/944/94/

48. Сорока О. В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. … д-ра пед. наук : 13.00.04 / Ольга Вікторівна Сорока. Тернопіль, 2016. 534 с.

49. Тараріна Олена. Методичні матеріали для роботи с ПСТР в умовах воєнного часу, 2022 – 100 с.

50. "Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с. – Бібліогр.: с. 149–159.

51. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: методичний посібник. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2015. 160 с.

52. Цихоня, В., & Мунк, Е. (2014). Пам’ятка про посттравматич- ний стресовий розлад. Мистецтво лікування, (7-8), 113-114.