**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПРОЯВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ОСОБИСТОСТІ**

**1.1. Аналіз підходів до проблеми травматичного стресу особистості наявних у зарубіжній і вітчизняній науковій літературі**

Стрес є найбільшою загрозою психологічному здоров’ю людини. Усі говорять про нього по різному. Хтось жаліючись на інциденти з допитливим керівником або шкідливими сусідами, ще хтось розуміє під стресом гострі фізіологічні реакції організму (тиснення у грудях, головний біль, печія тощо), спровоковані такими ситуаціями, а для когось стрес – це причина серйозних захворювань, зокрема інсульту, виразкої хвороби шлунка або інфаркту, викликаних багаторазовим повторенням стресових моментів. Розмите, багатозначне тлумачення цього терміну виникло відразу ж після його введення в науковий лексикон. Зробив це канадський дослідник з угорськими коренями - Ганс Сельє. Ще студентом-медиком він помітив, що багато захворювань у людей починаються однаково: кволість, висока температура, втрата апетиту, ломота і болі в суглобах, головний біль є вихідним початком різних інфекційних захворювань. Експерименти підтвердили правоту молодого вченого. За словами самого Сельє, пацієнти «мають хворий вигляд», нащоб вони не хворіли [57]. Продовживши свої пошуки вже в статусі дипломованого дослідника, Сельє переконався, що незалежно від природи шкідливого впливу, хай то жар, холод, отруєння чи інші тортури, яким учені піддають лабораторних тварин заради науки, в останніх виявляються ті самі фізіологічні реакції (зменшення тимусу, збільшення кори надниркових залоз і поява крововиливів і виразок у слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту), які призводять зрештою до серйозних патологій. Іншими словами, Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов’язану з конкретною причиною), універсальну, або загальну, реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема й патологічні), що потребуют змін. Її він і назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес». Зауважимо, що фізіологічні, психологічні, соціальні реакції людей і тварин на надзвичайні впливи до Ганса Сельє вивчали сотні дослідників, не називаючи їх «стресом». Вперше реакцію організму на стрес описав в 1932 році психолог Уолтер Кеннон, який назвав стрес «реакцією боротьби» або «втечі» [55].

Треба сказати, що на той час медична наука тільки з’ясувала, що більшість хвороб викликають якісь специфічні збудники – особливі різновиди бактерій або вірусів. Отож відкриття Сельє виявилося, з одного боку, не в ногу з науковим мейнстримом, а з другого, ідея стресу видається правильною навіть на рівні відчуттів. Цей парадокс розбурхав уми сучасників як в науковому середовищі, так і в широкого загалу.

Теорія стресу вперше запропонована в 1936 р. канадським вченим Г. Сельє. Термін «стрес» у фізіології, психології, медицині застосовується для позначення великого кола станів людини, що виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи. Спочатку поняття стресу виникло у фізіології для позначення неспецифічної реакції організму («загального адаптаційного синдрому») у відповідь на будь-який несприятливий вплив. Стресогенним є не сама по собі життєва подія (зміна роботи, обмін житла, припинення стосунків та ін.), а пов’язана з цим втрата будь-якої життєвої позиції – втрата статусу, заробітку або влади, зміна звичних засобів праці, втрата самоповаги і т.ін. [55].

Під стресом Г. Сельє розумів систему реакцій організму у відповідь на будь-яку вимогу до нього, яка спрямована на створення адаптації чи пристосування організму до труднощів.

Концепція стресу швидко стала популярною та зажила своїм життям, відособленим від волі її першовідкривача. Збільшило термінологічну плутанину й те, що поліглот Сельє, який знав чимало мов, зокрема й англійську, вибрав для назви відкритого ним явища вкрай невдалий термін. [57]. Річ у тім, що в словнику значення слова «stress» англійською означає (зовнішній) вплив, (зовнішню) силу, та з XVII століття використовується у фізиці, наприклад, у знаменитому законі Гука, в якому говориться, що деформація пружного тіла прямо пропорційна напруженню, якому воно піддається. Отож коли провести аналогію, яка напрошується, то в законі Гука під стресом мається на увазі «напруження» (як і належить, відповідно до словника), а в «законі Сельє» стрес виступає в ролі «деформації», тобто «реакції організму». Не виключено, проте, що саме завдяки своїй «неправильності» термін «стрес» увійшов незміненим, «як є», практично в усі мови світу, включаючи слов’янські, китайську й арабську. Слід зауважити, що у своїх основоположних роботах Сельє вважав визначальною для розвитку стресу роль сили. І для таких сил він дає терміни: «injury» (пошкодження), «intoxication» (інтоксикація) або «noxious agent» (шкідливий, згубний агент) – будь-якої природи [57]. Саме такі впливи тягнуть за собою розвиток стресу. Перша стаття Сельє про загальний адаптаційний синдром вийшла у 1936 році, а в 1950-у він опублікував класичну працю на тисячу сторінок «Фізіологія й патологія стресу» з присвятою «всім, хто страждає від стресів» (й окремо – дружині «за допомогу в розумінні того, що неможливо й не потрібно виліковуватися від стресу – натомість треба навчитися одержувати від нього задоволення»), ілюстровану німецьким художником Фріцом Ейхенбергом, змушеним свого часу втекти з нацистської Німеччини до США через карикатуру на Гітлера (доля біженця – класичний стрес). Відтоді наука про стрес пройшла величезний шлях. Загалом розуміння суті й природи стресу напряму залежить від рівня знань у галузі біохімії й фізіології, і зрозуміло, що не всі уявлення Сельє витримали перевірку часом. У цьому сенсі доля теорії про стреси нагадує долю психоаналізу [57].

Внесок обох батьків-фундаторів – Фрейда й Сельє – важко переоцінити, особливо за їхнє прозріння евристичного характеру. Але головна їхня заслуга, мабуть, у тому, що вони стимулювали нові дослідження, котрі ведуть до більш точних теорій, що відштовхуються від їхніх вчень і спираються на (нові) наукові факти [57]. Протягом усього життя Сельє намагався навести лад у «стресовій термінології», запроваджуючи нові терміни й уточнюючи їхню суть та зміст. Спочатку він увів поняття «стресор» для позначення (зовнішнього) впливу, що викликає стрес. Потім придивився уважніше до власне стресу й з’ясував, що той приносить не тільки шкоду. Зокрема зі збільшенням стресу зростає продуктивність – до певної межі, після якої різко падає разом із погіршенням самопочуття й здоров’я. Більшість досліджень Г. Сельє проводив над щурами. Критична величина стресу, після якої він стає руйнівним, для кожної людини своя. Нерідко навколишні бачать їх раніше, ніж ми самі, тому не слід ігнорувати, коли нам натякають на це, а то й кажуть прямо [57]. Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов’язану з конкретною причиною), універсальну, або загальну, реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема й патологічні), що потребують змін. Цю реакцію він і назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес». Термін «стресор» Г. Сельє використав для позначення (зовнішнього) впливу, що викликає стрес. Критична величина стресу, після якої він стає руйнівним, для кожної людини своя. Дуже важливо не пропустити характерні ознаки, які подають сигнал, що ми наближаємося до такого піку [57].

Найближчий китайський ієрогліф, який описує поняття «стрес», перекладається європейськими мовами також як «криза». Він складається з двох знаків, розташованих поряд один з олним. Перший означає «небезпека», а другий – «можливість» [57].

І це дуже точний образ, оскільки кожна подія, що потребує від людини зміни звичного способу життя і додаткових витрат енергії, є потенційно стресовою. Найчастіше, зазвичай, стрес викликають події неприємні, особливо якщо вони непередбачені й перебувають поза зоною нашого контролю. Ми відчуваємо стрес, коли потрапляємо в сумнівні або двозначні ситуації, коли переживаємо міжособистісні конфлікти, ще гірше – моббінг, або інші неприємності [57].

Та навіть у налагодженому повсякденному житті ми піддаємося впливу стресу набагато частіше, ніж нам це здається. Ми проспали, спізнилися, загубили щоденник, застрягли в автомобільному корку, наші плани зірвалися, нам не подзвонили, нас підвели... Всі ці дрібні й знайомі кожному побутові дрібниці викликають у нас певну фізіологічну реакцію: збудження, сухість у роті, прискорене серцебиття, тремтіння рук, зіпріння (кидання в піт)... Нам стає важко зосередитися на чомусь, що не стосується пережитої події, думки про яку повертаються знову й знову. Іншими словами, ми переживаємо стрес [56].

Стреси підривають наш імунітет, роблять нас уразливими для інфекцій. До далеко не повного списку патологій, причина яких пов’язана з переживанням стресів, належать депресія, тривожність, інфаркт, інсульт, ослаблення імунної системи й як наслідок вразливість до різноманітних інфекцій, починаючи з банальних застуди і герпесу й закінчуючи такими грізними, як СНІД, деякі форми раку, аутоімунні захворювання, на кшталт ревматоїдного артриту або розсіяного склерозу. Стрес нерідко викликає шкірні реакції (висип, сверблячку, різноманітні дерматити тощо), порушення роботи шлунково-кишкового тракту, безсоння, різні неврологічні хвороби [57].

Стреси бувають гострими й хронічними, що накопичуються поступово. Як відомо, навіть одиничний супергострий стрес, викликаний, наприклад, трагічною подією, може стати причиною серйозної хвороби й навіть смерті. Набагато типовішою, проте, є ситуація, коли людина занедужує в результаті одночасного впливу кількох стресових подій «середнього ступеня ваги». Наведемо зараз приклад, який описав Ю. Щербатих. Такі події досить часто трапляються у студентів [56]. Приклад. Важливий екзамен ось-ось, а тут ще й раніш запланована подія розладналася. У результаті – дуже важкий грип. Хронічний стрес може бути результатом і «просто життя» – якщо воно проходить у несприятливому середовищі, наприклад, у галасливому, багатолюдному районі з високим рівнем злочинності. Саме впливом хронічного стресу, зокрема, пояснюється відомий зв’язок між соціальним класом і тривалістю життя: багаті й освічені, в середньому, живуть довше й здоровіше, ніж бідні й малограмотні [57].

На сьогодні, відсутнє точне визначення стресу, а різні спроби дослідників в цьому питанні все ще фрагментарні і не визначилися.

Ріхард Лазарус (1922 – американський психолог, заслужений професор факультету психології Университету Берклі, Каліфорнія, США) відзначав, що різні уявлення про сутність стресу, його теорії та моделі багато в чому суперечать один одному. У цій галузі не існує усталеної термінології. Навіть визначення стресу часто дуже суттєво відрізняються. Щоправда, таке положення характерне і для цілого ряду інших кардинальних проблем, таких як адаптація, втома, здібності, особистість і багато інших [46].

У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров’я прийняла таке визначення: стрес – це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес – це відповідь на загрозу, реальну чи уявну [46].

На думку В. В. Суворової, стрес – це «функціональний стан організму, що виник в результаті зовнішнього негативного впливу на його психічні функції, нервові процеси чи діяльність периферичних органів» [46] .

Для прояснення поняття стресу Р. Лазарус сформулював два основних положення. По-перше, термінологічну плутанину і протиріччя у визначенні поняття «стрес» можна буде усунути, якщо при аналізі психологічного стресу враховувати не тільки зовнішні спостережувані стресові стимули і реакції, але і деякі, пов’язані зі стресом, психологічні процеси – наприклад, процес оцінки загрози [46].

По-друге, стресова реакція може бути зрозуміла тільки з урахуванням захисних процесів, що породжуються загрозою, – фізіологічні та поведінкові системи реакцій на загрозу пов’язані з внутрішньою психологічною структурою особистості, її роллю в прагненні суб’єкта впоратися з цією загрозою .

Існують різні ступені стресу. Учені розрізняють три таких ступені [46]

1) слабкий; 2) середній; 3) сильний.

Слабкий ступінь стресу вказує практично на його відсутність. Психічний стан при цьому майже не змінюється, фізичних та фізіологічних змін не відзначається.

При середньому ступені картина суттєво змінюється. Відбуваються відчутні зрушення у соматичному і психічному станах, характер цих змін приємний, позитивний. Спостерігається загальна мобілізація – психічної діяльності, часто не притаманна людині у звичайних обставинах: зібраність, організованість, підвищена розумова працездатність, кмітливість, впевненість у собі, блискавична реакція, стійкість до перешкод, активізація мовленнєвої активності, загальна позитивна оцінка даного стану в цілому [46].

Цей ступінь стресу дуже переконливо та яскраво зображений письменником В. Саніним в книзі «Точка повернення» (1982), в якій йдеться про полярного льотчика Анісімова.

Що стосується сильного або надмірного стресу, то тут картина зворотна. Людина у такому стані демонструє порушення та розлад основних фізичних, фізіологічних і психічних функцій, зростає кількість скарг на різного роду неприємні відчуття, дискомфорт. Погіршується свідомий контроль за виконанням діяльності, трапляються труднощі у зосередженні, запам’ятовуванні, мисленні, зростає кількість помилок, незвичних реакцій, неточності, посилюється роль автоматичних, стереотипних дій, які витісняють творчі, свідомі та довільні дії. Цей стан, безумовно, шкідливий і його треба якнайшвидше припинити [46].

Коли людина потрапляє у стресову ситуацію і намагається адаптуватися до впливу стресу, згідно з Г. Сельє, цей процес, проходить три фази [46]:

1. Фаза тривоги. Організм мобілізується для зустрічі із загрозою. Відбуваються біологічні реакції, які обумовлюють боротьбу або втечу. З погляду фізіології це певні зрушення: згущення крові, підвищення тиску, збільшення печінки тощо. Опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім включаються захисні механізми («фаза протишоку»).

2. Фаза опору (резистентності, стійкості, адаптації). Організм намагається опиратися загрозі або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Фізіологічні реакції перевищують норму, і це робить тіло вразливішим для інших стресорів. Наприклад, коли ви захворіли, то гостріше реагуєте на неприємності. Врешті-решт тіло адаптується до стресу і повертається до нормального, стану. За рахунок напруги систем, що функціонують, досягається пристосування організму до нових умов.

3. Якщо дія стресу продовжується і людина неспроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Фаза виснаження характеризується вразливістю до втоми. Фізичні проблеми призводять до хвороб і навіть до загибелі організму. Ті самі реакції, які дозволяють опиратися короткочасним стресорам, – підсилення енергії напруження м’язів, недопускання ознак болю, припинення травлення, підвищення тиску крові – за тривалої дії шкідливі. Виявляється неспроможність захисних механізмів і наростає порушення погодженості життєвих функцій [46].

Р. Лазарус першим спробував розмежувати фізіологічне й психологічне розуміння стресу. Він висунув концепцію, відповідно до якої розмежовується фізичний стрес, пов’язаний із впливом реального фізичного подразника, і психологічний (емоційний) стрес, пов’язаний з оцінкою людиною майбутньої ситуації як загрозливої, важкої. Однак такий поділ теж досить умовний, оскільки у фізичному стресі завжди є елементи психологічного (емоційного), а в психологічному не може не бути фізіологічних змін [46].

У теорії Г. Сельє стрес розглядається з позиції фізіологічної реакції на фізичні, хімічні та органічні фактори. Основний зміст теорії може бути узагальнено в чотирьох положеннях.

1. Усі біологічні організми мають вроджені механізми підтримання стану внутрішнього балансу або рівноваги функціонування своїх систем. Збереження внутрішньої рівноваги забезпечується процесами гомеостазу. Підтримання гомеостазу є життєво необхідним завданням організму [46].

2. Стресори, тобто сильні зовнішні подразники, порушують внутрішню рівновагу. Організм реагує на будь-який стресор, приємний чи неприємний, неспецифічним фізіологічним збудженням. Ця реакція є захисно-пристосувальною.

3. Розвиток стресу і пристосування до нього проходить декілька стадій. Час перебігу і переходу на кожну стадію залежить від рівня резистентності організму, інтенсивності і тривалості впливу стресора.

4. Організм має обмежені резерви адаптаційних можливостей щодо попередження та усунення стресу – їх виснаження може призвести до захворювання і смерті [46].

За Г. Сельє, адаптаційна енергія – це «спадково визначений обмежений запас життєздатності». Вчений вважає, що «людина неодмінно повинна витратити його, щоб задовольнити вроджену потребу в самовираженні, здійснити те, що вона вважає своїм призначенням, виконати місію, для якої, як їй здається, вона народжена» [39].

Також Г. Сельє запропонував розрізняти «поверхневу» і «глибоку» адаптаційну енергію. Перша доступна «на першу вимогу» і надолужується за рахунок іншої – «глибокої». Остання мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження незворотньо, як вважає Г. Сельє, і веде до загибелі або до старіння. Припущення про існування двох мобілізаційних рівнів адаптації підтримується багатьма дослідниками [39].

Отже, у сучасній науковій літературі немає однозначного визначення стресу, – всіх їх можна розділити на три групи. Згідно першої групи терміни «стресор», «стрес-фактор» ототожнюються. Згідно другої – стрес інтерпретується як емоції, оборонні реакції і процеси подолання. Згідно третьої – стрес – це фізична реакція організму на вимогу або шкідливий вплив. Сельє запровадив терміни для позначення хорошого стресу і поганого стресу, а саме: еустрес і дистрес. Вчені розрізняють три ступені стресу: слабкий, середній і сильний [39].

Термін «травматичний стрес» з’явився на початку 80-х років в рамках самостійного дослідницького напрямку, що досліджували екстремальні навантаження, їх подолання та наслідки.

Аналіз західної, в основному американської літератури показує, що термін «посттравматичний стресовий розлад» (post-trumatic stress disorder) використовується як окремий та самостійний діагноз. Однак при описі й обговоренні результатів клінічних досліджень як синонім вживають терміни «травматичний» або «посттравматичний» стрес. Цю ж тенденцію можна спостерігати і у науковців пострадянського простору, посилаючись на Н. Тарабріну, яка обґрунтовує положення про те, що основою для визначення терміну «посттравматичний стресс» слугує критерій наявності в біографії індивіда травматичної події. А саме: події пов’язаної із загрозою життю і супроводжується переживанням негативних емоцій інтенсивного страху, жаху або почуття безпорадності, тобто пережитого травматичного стресу, одним з психологічних наслідків якого є – посттравматичний стрес [6].

Травматичний стрес можна виокремити як особливу форму загальної стресової реакції, що формується під впливом критичних життєвих подій, що мають вкрай негативний вплив при високій інтенсивності, майже повній неможливості контролю, несподіваністю, наслідком чого можуть бути порушення адаптації та розлади, пов’язані із стресом. Травматичною вважається подія, яка пов’язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або якоюсь іншою загрозою фізичної цілісності. Часто перелічені події відносяться не лише до самої особистості, а й до близьких людей, до того, що стосується матеріального, соціального та особистісного існування [39].

Пітер Левін, відомий американський вчений та психотерапевт, пише: «травма стала вже настільки повсякденним явищем, що більша частина людей навіть не помічає її присутності. Вона торкається кожного з нас…Через те, що симптоми травми можуть існувати в скритій формі протягом довгих років після події, в декого з нас, вже травмованих, травматичні симптоми можуть ще не проявитися» [34].

Окрім поняття «стрес» в роботі з потерпілими в тяжких життєвих обставинах на перший план виходить термін травма та травматичний досвід.

Американський психіатр Ліфтон Р. описує травму, як символічну смерть. Рана чіпляє глибинні шари особистісної структури, порушуючи кордони між зовнішнім та внутрішнім світом, між життям та смертю. Навколишній світ вбачається травмованій людині небезпечним та непербачуваним. Травматичні події призводять до порушення структури Самості, когнітивної моделі світу, афективної сфери, порушенню пам’яті, емоційних шляхів научення [20].

Дж. Ялом запропонував розглянути всі психологічні проблеми травматичного стресу з точки зору смерті, свободи, ізоляції та безглуздості. Ці теми в травматичній ситуації виступають не абстрактно, а є абсолютно реальними об’єктами хвилювання. Смерть стає перед людиною в двозначному вигляді. Людина стає свідком смерті інших людей (знайомих,рідних, близьких) та опиняється перед обличчям можливої своєї смерті [11].

Слово «травма», що в перекладі з грецької означає «рана», почали використовувати психіатри в 19 столітті, описуючи травматичні неврози як психічні стани, що виникають в результаті екстримального впливу [13].

Досліджуючи особливості істерії, З. Фрейд запропонував, що симптоми цього захворювання проявляються внаслідок повторної актуалізації витіснених травматичних переживань. Під психічною травмою він розумів не лише асимільоване психікою емоційне потрясіння, а й супроводжуючі його непереборні афекти, такі як страх та сором. З психодинамічної точки зору на травму Фрейд оцінює травматичне переживання, як таке, що здатне протягом короткого часу призвести в душевному житті до такого сильного підвищення роздратування, «що звільнення від нього або його нормальне перепрацювання не вдасться, в результаті чого може настати довготривале порушення витрачання енергії» [25].

Поняття травми в сучасній психоаналітичній спілці визначається наявністю наступних категорій (Дж. Сандлер, 1991): наявність зовнішньої події, що суб’єктивно сприймається індивідом, як травматична; психопатологічні наслідки травматичної події, що виникають одразу, а також відстрочені, які включають обмеження функціонування Его, порушення об’єктних відносин, психосоматичні розлади, афективні порушення та ін..; посилення схильності до майбутньої травматизації внаслідок пережитої травматичної події; травма, як причина будь-якої психопатології, отже, фокус психотерапевтичної техніки. [6].

Л. В. Трубіцина вважала, що психічна травма, розглянута як порушення цілісності та функцій психіки людини, викликана зовнішнім впливом на неї, є характеристикою травматичного досвіду, як життєвої ситуації [41].

Ч. Фіглі, визначаючи травму через подію, запропонував три основних критерія для визначення травми: подія має бути неочікуваною, небезпечною та гнітючою [34].

Ван дер Колк розглядав психологічну травму як життєве переживання, яке «пригнічує як психічні, так і біологічні механізми управління» [15].

Д. Калшед використовував термін «травма» для позначення різного переживання, яке викликає душевні страждання та тривогу [10].

Ю. А. Александровський розглянув наступні типи психотравмуючих факторів, в залежності від кількісних критеріїв (сила впливу, темп по часу): шокові психічні травми; ситуаційні психотравмуючі фактори відносно короткочасної дії; хронічно триваючі психотравмуючі ситуації; фактори емоційної деривації. Згідно Ю. А. Александровському психотравмуючі фактори, що відносяться до першої групи, пов’язані з загрозою життю чи благоустрою людини, безпосередньо впливаючи на інстинкт самозбереження, відрізняються більшою силою та неочікуваністю події [32].

Канен В. В., Слуцкер Д. С., Шафран Л. М. підкреслюють, що на відміну від шокових факторів ситуаційні психотравмуючі фактори впливають на більш високі свідомі рівні особистості [10].

Отож більшість авторів схиляються до думки, що під психічною травмою варто розуміти результат впливу психічно важкої, травмуючої події, здатної викликати глибоке переживання, з яким складно впоратися, та розвиток визначених симптомів [10].

До етіології травматичного стресу, здатного викликати психологічний травматизм, більшість дослідників підходять з однакових позицій. Складність процесів, складаючи розвиток стресових травматичних реакцій, стала причиною формування декількох концепцій зворотної реакції організму на вплив стресора, здатного сформувати травматичний досвід [26].

При будь-якому травмуючому впливі можливе порушення найбільш складних форм соціально-детермінованого та відносно стабільного стереотипу реагування людини на навколишнє, спотворення самоконтролю, самооцінки та, як результат, розвиток непсихотичних психічних розладів [26].

На думку Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.І. можна виділити чотири характеристики травм, які здатні перенавантажити психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини та зруйнувати захист:

1. Подія, що сталася осмислюється, тобто людина знає, що з нею сталося та через що погіршився стан;

2. Це стан, що зумовлений зовнішніми причинами;

3. Те, що відбулося порушує звичний спосіб існування;

4. Подія, що відбулася викликає жах та відчуття безпорадності, нестача сил зробити будь що [39].

Психологічна реакція на травму представляє собою розгорнутий за часом процес, що дозволяє розрізняти три відносно самостійні фази:

1. Фаза психологічного шоку, в нормі достатньо короткочасна та включає в себе два основні компоненти:

1.1. пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності;

1.2. заперечення тому, що відбулося (захисна реакція психіки) [39].

2. Фаза впливу проявляється вираженими емоційними реакціями на подію та її наслідки – сильний жах, страх, тривога, гнів, плач, звинувачення, які відрізняються безпосередністю проявлення та крайньою інтенсивністю. Емоції змінюються критикою або сумнівами в собі, що нерідко призводить до глибокої депресії, болючого осмислення безповоротності того, що вже відбулося, прийняття власної безпорадності.

3. Третя фаза – критична. Процес одужання починається за умови нормального реагування, прийнятті реальності, адаптація до знову виникаючих обставин. У випадку фіксації на травмі виникає наступна хроніфікація посттравматичного стану. Одним з основних діагностичних критеріїв для визначення форми реакції на стрес є часовий фактор [39].

**Психологічна травма** - це переживання, в центрі якого знаходитися певний емоційний стан. Центральне місце емоцій в структурі психотравм, обумовлене як важливим місцем емоцій в організації й інтеграції психічних процесів, так і їх роллю у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості.

**Психотравмуючі переживання** - це стан, що впливає на особистість в силу його вираженності (гостроти), тривалості або повторюваності. Психотравмуючими є не будь-які сильні або приголомшливі переживання, а лише такі негативні переживання, які можуть бути причиною певної патології. Найважливішою рисою психотравмуючих переживань є їх центральне місце в структурі особистості, їх особлива значущість для індивіда. Досить поглянути на будь-яке глибоке переживання людини, щоб переконатися в тому, що в основі переживань взаємовідносин людини з різними сторонами оточуючого, що хворобливі переживання є лише наслідком порушених взаємин. Втрата місця, смерть дитини, зрада чоловіка, наклеп, невдача в досягненні мети, уразливе самолюбство і т.п. є джерелом хворобливого переживання лише в тому випадку, якщо вони займають центральне або принаймні значуще місце в системі ставлень особистості до дійсності.

Об’єктивні причини стресів сучасної людини можна розбити на чотири групи:

1) умови її життя та роботи (житлові умови, виробничі фактори, екологія);

2) люди, з якими вона взаємодіє (суворий начальник, недбайливі підлеглі, погані сусіди);

3) соціальні фактори середовища – політичні та економічні чинники (погана влада, податки, високі ціни, умови кредиту);

4) надзвичайні обставини (природні і техногенні катастрофи, хвороби і травми) [39].

Зазначимо, що термін «об’єктивні причини» досить умовний, так як людина може в тій чи іншій мірі впливати майже на будь-який «об’єктивний» стресор. Наприклад, вона може вибирати інші умови свого життя, змінювати склад найближчого соціального оточення і навіть протидіяти певним природним або техногенних катаклізмам [39].

До групи об’єктивних причин ми віднесли ті стресори, які існують поза свідомістю людини, що переживає стрес, хоча вони і можуть бути модифіковані свідомістю.

1. Умови життя та роботи (постійні компоненти існування)

1) найближче оточення (дім: тісна квартира, побутові проблеми та ін.; робота: інтенсивна робота, інформаційні перенавантаження, нічні зміни, незручне обладнання і т.д.; транспортні проблеми);

2) глобальне оточення (середовище існування: погана екологія, руйнування озонового шару).

2. Взаємодія з іншими людьми

Причини міжособистісних стресів надзвичайно різноманітні. Їх можуть викликати: діти (які погано вчаться і не слухають батьків); батьки (які надмірно повчають і опікують дітей).

Людина – господар свого життя! Є речі, події, які відбуваються незалежно від волі і нашого впливу, але все ж таки, в більшій мірі від нас, наших думок, вчинків і дій залежить наше щастя, наша доля.

Джерела стресів від взаємодії можна поділити на дві групи:

1. відносини з близькими людьми (емоційні) та
2. ділові відносини (раціональні), які дотикаються з ще одним джерелом: конфлікти з незнайомими людьми.

Джерела стресу «відносини з близькими людьми» викликаються у свою чергу через взаємодію між членами сім’ї (чоловік чи дружина, діти, батьки, секс, кохання поза шлюбом і т.д.) [39].

Джерела стресу «ділові відносини» – рівностатусні відносини (колеги, клієнти) та ієрархічні відносини (керівники, підлеглі).

3. Політичні та економічні чинники:

1) економіка: низькі прибутки (низька зарплата, зрив напланованого контракту), великі витрати (підвищення цін, рахунки за квартиру, втрата грошей, непередбачувані витрати, високий відсоток кредиту);

2) політика: невигідне економічне законодавство (високі податки, штрафи), неефективна політична влада, воєнні дії [39].

4. Надзвичайні обставини

Будь-які надзвичайні обставини є потенційними джерелами стресів. Багато природніх явищ і катаклізмів відчуваються людьми як стрес. Під надзвичайними обставинами ми маємо на увазі:

1. Природні, техногенні і соціальні надзвичайні ситуації (техногенні: ремонт, ДТП, Чорнобильська катастрофа; природні: раптовий дощ, ураган, цунамі, землетрус); соціальні: іспит, публічний виступ);

2. Кримінал: 1) економічний збиток (крадіжки, шахрайство, пограбування), 2) нанесення шкоди здоров’ю і гідності (напад хуліганів, побої, згвалтування);

3. Захворювання: гострі захворювання, хронічні захворювання! [46].

**1.2. Психологічні особливості особистості з травматичним стресом**

Термін «стрес» (від англ. stress — напруга) - це стан людини, який характеризується сильним напруженням і виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори) [6]. Фізіолог Г. Сел’є, який увів даний термін у науковий обіг [7], розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси, викликаючи реакцію загального адаптаційного синдрому. Першою стадією даного синдрому є реакція тривоги, тобто індивід входить у стан тривоги (фаза шоку), і, разом з тим, мобілізуються його захисні сили (фаза протишоку). Якщо стрес продовжується, організм переходить у стадію опору (резистентності), під час якої стійкість до різних впливів є підвищеною. Ця стадія або призводить до стабілізації стану і зцілення, або змінюється стадією виснаження, яка супроводжується порушенням соматичних процесів, занепадом сил і може даже закінчитися загибеллю організму. Отже, переживання стресу, може мати як позитивне, мобілізуюче значення для організму людини, так і негативні, патологічні наслідки.

Фізіологічні механізми стресу:

Активація гіпоталамуса. Ділянка головного мозку – гіпоталамус (міститься в самому центрі) – виконує роль важливих функцій в організмі людини, які мають безпосереднє відношення до стресу. Він є вищим центром вегетативної нервової системи, і:

– відповідає за координацію нервової та гуморальної системи організму;

– управляє секрецією гормонів передньої долі гіпофізу, адренокортикотропного гормону, який стимулюють наднирники;

– формує емоційні реакції людини;

– регулює інтенсивність харчування, сну та енергетичного обміну [39].

Найбільшою мірою саме гіпоталамус визначає характер перших нервово-гуморальних реакцій при першому емоційному подразнені, що виникає від стику людини зі стресором.

З однієї сторони, він підвищує активність симпатичної нервової системи, а з іншої – викликає секрецію антистресорних гормонів кори наднирників.

Нервова регуляція метаболізму в організмі людини є результатом динамічного балансу двох підсистем вегетативної нервової системи: її симпатичного і парасимпатичного відділів.

У більшості пацієнтів, які перенесли гострий стрес (інсульт або інфаркт міокарда), здатна розвинутися гіперглікемія навіть поза рамками діагнозу «цукровий діабет». Спостереження за пацієнтами і дослідження на тваринах показали, що подібна постстрессова гіперглікемія асоційована з більш високою летальністю при інсульті та інфаркті [39].

Гіперглікемія може розвиватися на тлі інфекції і запального процесу або стресу. Запускають цей процес ендогенні контрінсулінових гормони (катехоламіни, глюкокортикоїди та інші). Тому підвищення рівня глюкози в крові не повинно відразу розцінюватися як цукровий діабет 2-го типу – для початку слід виключити всі інші причини (у тому числі і цукровий діабет у дітей, який часто маніфестує саме в подібних ситуаціях) [39].

Задача симпатичного відділу мозку – допомогти вижити організмові в критичний момент, дати йому стільки ресурсів, скільки потрібно для боротьби (якщо можна перемогти) або втечі (якщо ворог сильніший). При активації симпатичного відділу серце б’ється сильніше, зіниці розширюються, в крові з’являється норадреналін (при гніві) чи адреналін (при страху), м’язи напружуються і працюють більш інтенсивно, але з часом запаси енергії в організмі закінчуються, і потрібно думати про їх наповнення. При виснаженні запасів речовин, що харчують організм та енергії в організмі відбувається подразнення парасимпатичного відділу, задачею якого є встановлення та зберігання ресурсів, а його активація відбувається під час сну, їжі та відпочинку. [39]

Відповідно, на початкових етапах стресу першим підвищується активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи, в результаті:

– дихання пришвидшується;

– серце б’ється частіше;

– м’язи напружуються;

– шкіра блідніє і на ній може виступати холодний піт.

Якщо стрес триває достатньо довго, то активується парасимпатичний відділ, що супроводжується:

– слабістю,

– зниженням тонусу м’язів;

– шлунково-кишковими розладами;

– падінням артеріального тиску;

– увімкнення гуморальних механізмів.

Г. Сельє отримав Нобелівську премію за відкриття саме цього аспекту стресових реакцій – активація кіркового шару наднирників, які допомагають організму людини та тварини подолати різні труднощі за допомогою антистресорних гормонів. Дана реакція також активується гіпоталамусом, але суттєво відрізняється від попередньої. Під дією гормонів кіркової речовини наднирників (глюкокортикоїдов) посилюються всі обмінні процеси, у крові з’являється більше глюкози, погашуються запальні процеси, організм стає менш чутливим до болю – у результаті підвищується ступінь адаптації до підвищених потреб навколишнього середовища [39].

Подальший розвиток подій залежить від того, як швидко організму вдасться справитися зі стресом, який послідовно проходить стадії тривоги, адаптації та виснаження. На першій стадії організм намагається пристосуватися до стресу або подолати його.

Якщо стрес-фактор продовжує впливати на організм то наступає адаптація – стадія рівноваги стресора та захисних механізмів, на якій організмові вдається більш-менш компенсувати збитки від негативного впливу. Цю стадію може відчувати спортсмен на середині довгої дистанції, керівник фірми під час виконання відповідального проекту, студент під час екзаменаційної сесії [39].

Однак перебування в стані стресу не може продовжуватися нескінченно довго, так як запаси адаптаційної енергії обмежені. Тому, якщо стресорний чинник продовжує діяти на організм, фізіологічний стрес змінюється на патологічний, іншими словами – людина починає хворіти і може навіть померти. Такі психосоматичні захворювання, як артеріальна гіпертонія, неспецифічний язвений коліт, виразкова хвороба шлунку та ряд інших захворювань, є ускладненнями довготривалих психологічних стресів [39].

Роль серцево-судинної системи при формуванні стресорних реакцій.

Згідно результатів багаточисленних клінічних спостережень та експериментальних робіт, серцево-судинна система першою реагує на стрес, а також стає однією із перших, у кого може влучити стрес. На думку більшості дослідників, провідним патогенним чинником щодо серцевосудинної системи при стресах є активація катехоламінового і адренокордекоїдного механізмів, які через порушення проникливості мембрани серцевих клітин призводить до розладів їх метаболізму і гіпоксії. При цьому дослідники підкреслюють двосторонній зв’язок стресу і ішемії серцевого м’язу: з однієї сторони ішемії нерідко виникають як результат стресреакції, що викликає спазм і тромбоз коронарних судин, а з іншої - ішемія обумовлена будь-якою причиною, викликає біль, страх смерті, а в результаті – виражений емоційний стрес [39].

Значення нервової системи у подоланні стресу

Відзначаючи безпосередні заслуги Г. Сельє, слід відмітити, що в його теорії явне недостатнє значення відведене нервовій системі – головній регулятивній системі нашого організму, що активно бере участь в усіх процесах адаптації до неблагополучних факторів середовища. Вивчаючи механізми адаптації до підразнюючих факторів, неможливо звернути увагу на класичні роботи Е. Геллгорна, У. Кеннона, І. Павлова, А. Орбелі, та інших вчених, які відмітили важливу роль нервової системи у формуванні адаптаційних реакцій організму в умовах стресу.

Великий вклад у вивчення механізмів стресу внесли фізіологи вітчизняної школи І. П. Павлов, Л. А. Орбелі, П.В. Симонов. Фізіолог Л. А. Орбелі відкрив феномен «трофічної» дії симпатичних нервів, одним з перших виявив можливість нервової системи прямо впливати на обмін речовин у тканинах, оминаючи ендокринні механізми. І. П. Павлов створив теорію експериментального неврозу в результаті досліджень закономірностей протікання нервових процесів в критичних умовах, згідно якій при певних зовнішніх впливах, що потребують максимальної напруги вищої нервової діяльності (ВНД), і відбувається зрив слабкої ланки. У його дослідах в умовах експериментального неврозу порушувалася взаємодія процесів збудження та гальмування в корі великих півкуль головного мозку. В ході експериментального неврозу, який за своїм змістом є типовим стресом, виникали зриви функціонування ВНД в бік гальмування чи збудження, що пізніше підтвердилося в дослідах вітчизняних та зарубіжних авторів. Визнаючи заслуги І.П. Павлова у вивченні фізіології ЦНС, слід пам’ятати, що його досліди проводилися на експериментальних тваринах та їх результати не дають вичерпні уявлення про механізм стресу у людини у зв’язку з існуванням другої сигнальної системи та особливостями життєдіяльності в умовах соціального середовища. Тим не менш, навіть проводячи досліди над тваринами, І. Павлов відмітив суттєву роль індивідуальних факторів – вродженого типу ВНД, у формуванні картини сформованого експериментального неврозу. Те, що стресові ситуації можуть призвести до значних фізіологічних порушень, було виявлено у дослідах над мавпами, де конфліктна ситуація з демонстративним позбавленням статевого партнера призвела до виникнення стійкої гіпертензії та порушення серцевої діяльності [39].

Початок фізіологічного напряму дослідження проблем стресу зробили роботи У. Кеннона, створивши теорію гомеостазу. Провідне місце у підтримці гомеостазу та у взаємодії організму з навколишнім середовищем належить центральній та вегетативній системам. Особливу роль, при цьому, він відводив симпато-адреналовій системі, яка мобілізує організм для реалізації генетичних програм «боротьби та втечі». [39].

Отже, фізіологічні механізми виникнення стресу такі: активується гіпоталамус, який дає команду корі наднирників. На всіх стадіях адаптаційного синдрому провідна роль належить корі наднирників, які посилено синтезують стероїдні гормони – глюкокортикоїди, які і виконують адаптаційну функцію. З однієї сторони, гіпоталамус підвищує активність симпатичної нервової системи, а з іншої – викликає секрецію антистресорних гормонів кори наднирників. Задача симпатичного відділу вегетативної нервової системи – допомогти вижити організмові в критичний момент, дати йому стільки ресурсів, скільки потрібно для боротьби (якщо можна перемогти) чи втечі (якщо ворог сильніший). При виснаженні запасів речовин, що харчують організм та енергії в організмі активується парасимпатичний відділ, задачею якого є встановлення та зберігання ресурсів, а його активація відбувається під час сну, їжі та відпочинку. Першою в кого влучає стрес є серцево-судинна система [39].

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому, тобто різні афективні переживання, які завжди супроводжують стрес і призводять до небажаних порушень в організмі людини, отримали назву «емоційний стрес» [3]. Це поняття часто вживають на рівні із поняттям «психологічний стрес», хоча у походженні останнього значнішу роль відіграє фактор соціальності.

Що ж стосується поняття «психотравма», то як зазначає Н. В. Тарабріна зі співавторами [26], згідно сучасних уявлень про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічно до порушень у соматичних процесах. У якості стресора у таких випадках виступає травматична стресова подія, яка характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Ця подія часто пов’язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, вона несе людині абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід) [6]. Травматична подія або переживається особисто, або людина стає свідком такої події, або отримує звістку про важку фізичну травму чи смерть близької людини.

Психотравму (синонімічно вживаються ще такі терміни: емоційний травматичний стрес, емоційна травма) описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, когнітивними змінами та змінами у спосібах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади). На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються такі стани, як знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку: блокується міжпівкульна синаптична передача, інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед ті його зони, які пов’язані з контролем над агресивністю та циклом сну [10]. У людини, яка пережила емоційний травматичний стрес, інакше починає функціонувати пам’ять — механізм травматичної пам’яті, необхідний для виживання індивіда, стає причиною посттравматичних стресових станів. Після припинення дії стресора яскраві емоційні образні спогади не просто зберігаються у довготривалій пам’яті, але й знову і знову з’являються в пам’яті оперативній, сприяючи розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Останній означає інтенсивну і, як правило, пролонговану реакцію на сильний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, пожежі, повені), лиха, викликані людьми (воєнні дії, переслідування, терористичні акти), насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури) [10].

Травматичний стрес - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на складні, травмуючі обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду [6].

Виділяють чотири типи реагування на травматичну подію: без ознак порушення адаптації; непатологічна психічна адаптація — гостра стресова реакція; патологічна психічна дезадаптація; адаптаційні розлади [4].

Реагування на травматичну подію без ознак порушення адаптації. Коли відбувається подія, небезпечна для життя людини, яка її переживає, організм готується до інтенсивного реагування (боротьби, втечі тощо). Якусь мить триває стан шоку: відключаються лімбічна і кортикальна системи мозку, функціонує лише його найдавніша стволова частина, активізується парасимпатична нервова система. Виділяються гормони, необхідні для швидкого і сильного реагування на ситуацію — адреналін, норадреналін, кортизол. Виділяються і знеболюючі речовини, що притупляють, а іноді й зовсім відключають чутливість тіла, ‑ така реакція зменшує страждання, оберігає від больового шоку.

Наступний етап — збудження: активізуються лімбічна частина мозку, що відповідає за емоції, та симпатична нервова система. Впродовж певного часу (від 3 до 8 годин) людина без шкоди для власного здоров’я (без сну, їжі і води) може переносити такі навантаження, які не змогла б перенести в стані звичайного функціонування.

Коли небезпека минає, починається етап розрядки, що характеризується, зокрема, неконтрольованим тремтінням тіла (воно може тривати кілька годин), так організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події чи через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупиняти не можна, оскільки розрядка не відбудеться, в тілі залишаться м’язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м’язах, можуть початися психосоматичні розлади шлунково- кишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо.

Наступний етап — втома. У цей період включається неокортекс та системи соціального й емоційного контролю. Людина може відчувати пригнічення, бажання плакати. Якщо сльози стримувати, то емоційної розрядки не відбувається, і внутрішнє напруження може нашкодити психічному і фізичному здоров’ю. Якщо ж потерпілому вдається поплакати і розділити з кимось горе, то наступає полегшення і починається вихід із травми, повернення до звичайного життя. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення нового досвіду: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо це необхідно, змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки [10]

Гостра реакція на стрес. У багатьох із тих, хто переживає емоційну травму, одразу після травматичної події виникають короткочасні симптоми та проблеми, гостра стресова реакція, що втихає впродовж кількох днів чи тижнів. Такий перебіг травми є нормальною реакцією нормальної людини на ненормальну ситуацію.

Гострий розлад [38] триває не менше, ніж два дні — але не довше аніж чотири тижні.

Протягом місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнятися від ПТСР, за винятком того, що під час травми або зразу після неї може розвинутися шоковий стан. Він характеризується уповільненням психічної і моторної активності. Поряд із цим спостерігаються стани відчуження; розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи — як нереальні, «неживі»; змінюється сприйняття звуків, інакшими стають голоси людей; з’являється і відчуття зміни відстані між навколишніми предметами.

Найчастіше на екстремальну подію люди реагують психомоторним збудженням, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травматичної події, що пов’язано з порушенням короткочасної пам’яті. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, слабомодульованим. Часто повторюються однакові фрази, мовлення може бути монологічним, судження поверховими) [38]. В такому стані важко залишатися в одному положенні: люди то лежать, то встають, то безцільно рухаються.

Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з’являтися почуття спраги чи голоду. Коли реальна загроза зникає, наступає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмівної ситуації (від 15 до 30 днів). У людей спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, прискорюється пульс, піднімається артеріальний тиск, дихання стає частішим без фізичного навантаження. В цьому стані, як правило, не скаржаться і не звертаються за допомогою.

Патологічна психічна дезадаптація. При патологічних варіантах реакції на травматичну стресову подію у людини може розвинутись «психогенний ступор» [38] — енергії на виживання втрачено так багато, що сили на контакт із навколишнім світом немає. Людина може бути повністю нерухомою (в стані «заціпеніння» чи колапсу) або її реагування на зовнішні подразники (шум, світло, дотики) уповільнене: зіниці в’яло реагують на світло, дихання повільне, безшумне, неглибоке.

Іншим варіантом психопатологічної реакції може бути «реактивний психоз» [38], що характеризується обманами сприйняття, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, безглузді дії, неадекватні й небезпечні для життя вчинки), ненормально голосним мовленням або підвищеною мовною активністю (мовлення без зупинки, іноді абсолютно безглузде). У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази). Окрім зазначених вище станів, у людини можуть розвинутись галюцинації, маячня, а також реакції страху [38].

Галюцинації — сприйняття (слухове, зорове, чуттєве) неіснуючих об’єктів, що переживаються особистістю як реальні. Це особливий різновид мимовільних спогадів про травмівні події, коли пам’ять така яскрава, що актуальні події здаються не такими реальними, як спогади. У цьому стані людина поводиться так, ніби вона знову переживає колишню подію; вона діє, думає і відчуває так, як тоді, коли доводилося рятувати своє життя.

Маячня — сукупність різних уявлень, ідей людини, суджень, що не відповідають дійсності (проте вона переконана у своїй правоті), і які викликають тривогу, відчуття небезпеки.

Реакції страху — побоювання, переляк, жах, паніка — можуть бути наслідком переживання травматичної події чи очікування повтору подібної ситуації і спричиняють втечу, заціпеніння, агресивну поведінку.

Адаптаційні розлади та їх чинники. Більшість із тих, хто пережив емоційну травму, пристосовується до нових умов свого життя, а короткочасні неприємні симптоми зникають. Однак, у деяких людей симптоми залишаються, і їх стан може навіть погіршитися. Симптоматика у таких випадках включає у різноманітних поєднаннях неспокій, тривогу, депресію, дратівливість, порушення здатності до концентрації уваги, агресивну поведінку) [1].

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

1) гострий, що розвивається до трьох місяців (його не слід змішувати 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.

Критерії ПТСР в МКХ-10 визначені таким чином:

Хворий повинен бути підданий дії стресорної події або ситуації (як короткої, так і тривалої) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дистрес майже у будь-якого індивіда.

Стійкі спогади чи «пожвавлення» стресора в навязливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або повторне переживання горя при впливі ситуацій, що нагадують чи асоціюються зі стресором [46].

Хворий повинен виявляти фактичне уникання чи прагнення уникнути обставин, що нагадують або асоціюються зі стресором.

Будь-яке з двох:

* психогенна амнезія часткова, або повна, відносно важливих аспектів періоду впливу стресора;
* стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (не спостерігалися до дії стресора), представлені будьякими двома з наступних:

а) утруднення засинання або збереження сну;

б) дратівливість або вибухи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспання;

д) посилений рефлекс на зовнішні обставини (рефлекс орієнтування, «сторожовий» рефлекс, який супроводжується переляком).

За рідкісними вийнятками, відповідність критеріям б), в) і г) настає в межах шести місяців після експозиції стресу або після закінчення його дії.

В даний час ряд зарубіжних авторів пропонують доповнити діагностику постстрессових порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами, оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто відзначається на протязі всього подальшого життя людини, що пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити незгладжений слід у душі людини і призвести до патологічної трансформації всієї її особистості [39].

Коли у людини немає можливості розрядити внутрішню напругу, то тіло і психіка знаходять спосіб якось пристосуватися до цієї напруги. В цьому і полягає механізм посттравматичного стресу. Його симптоми, які в комплексі виглядають як психічне відхилення, – насправді не що інше як глибоко вкорінені способи поведінки, пов’язані з екстремальними подіями в минулому [39].

При ПТСР у людини спостерігаються такі ознаки:

«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 [39].

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

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 [39].

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

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 [39].

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).

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).

Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами (може бути тільки тенденція до зловживання нікотином, алкоголем, лікарськими речовинами, наркотиками і яка проявляється епізодично) [39].

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 [39].

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 [39].

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 персонажі 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 [39].

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 [39].

«Провина за те, що вижив». Почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, які врятували іншим життя, часто властиве тим, хто потерпає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, кохання, любов, співчуття і т.д.) з часу травмуючих подій. Багато жертв ПТСР готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує напади самознищувальної поведінки [39].

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 [39].

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

Найбільш типовий варіант розвитку статевих розладів у цій групі – невротична фіксація пацієнтів на статевій сфері після повторних невдалих спроб здійснити коїтус на тлі посилення симптомів ПТСР. Додатковим чинником, що сприяє виникненню статевих розладів на тлі ПТСР, є характерологічні особливості пацієнтів: їх відчуженість і відгородженість, нездатність виявляти ніжність і любов у ставленні до близьких, конфліктність, схильність до спалахів гніву, егоцентризм. Природно, що ці якості вкрай ускладнюють комунікацію з іншими людьми і перешкоджають гармонійним сімейним та сексуальним стосункам [39].

Таким чином, в розвитку сексуальної дисфункції у осіб з ПТСР має значення поєднання декількох несприятливих факторів: несприятливі особистісні особливості, включаючи емоційну нестійкість, дратівливість і неадекватну самооцінку, а також порушення відносин з дружиною, схильність до виникнення тривожного очікування сексуальної невдачі. Встановлено, що сексуальні розлади у ветеранів можуть порушувати соціально-психологічну адаптацію, приводять до росту афективної напруженості і збільшують ймовірність алкоголізаціі, а також конфліктної поведінки [38].

Виділяють декілька груп загальних симптомів посттравматичного розладу [1].

Симптоми повторного переживання:

- повторні спогади про пережиту травматичну подію, які виникають всупереч волі людини і супроводжуються емоційним дистресом (інтрузії);

- нічні жахи чи погані сни; сильні емоційні реакції на стимули, що нагадують про травматичну подію (звуки, запахи, освітлення, певні фрази тощо); сильні фізичні реакції при наближенні до місця подій (серцебиття, спітніння тощо);

- флешбеки — сильні небажані спогади, коли людина переживає так, ніби травматична подія відбувається знову.

Симптоми уникнення та заціпеніння: уникнення стимулів, що нагадують про травматичну подію — її місця, обставин, дієвих осіб і т.д.; уникнення думок, почуттів, розмов, пов’язаних з травмою; схильність до відчуження, ізоляції; прогалини в пам’яті; дисоціативні феномени; зловживання алкоголем, наркотиками, медикаментами.

Негативні зміни у переживанні емоцій, уявленнях про себе та навколишній світ: звуження спектру емоцій, особливо позитивних, емоційне «замороження»; надмірне почуття провини, страху, сорому; відсутність очікувань стосовно професійного зростання, шлюбу, дітей і т.д.

Стійкий симптом підвищеного збудження, нездатність розслабитися: труднощі у засинанні та підтримуванні сну; дратівливість чи спалахи гніву; зниження концентрації уваги; неспокій, постійний стан готовності до небезпеки, підвищена пильність; реакції надмірного переляку (прискорене серцебиття, задихання, слабкість, відчуття глухості, заціпеніння, затерплості, нечутливості).

Під травмованою особистістю звичайно розуміють таку особистість, яка не просто сформувалася під впливом травматичного стресу, колись пережитого, а стала вважати позитивними патологічні зміни, що відбулися з нею, знаходити певні психологічні вигоди в цьому, іноді навіть пишатися цим [21].

Наприклад, людина починає думати, що з нею все гаразд і вона не змінилася, просто змінилися всі навколо неї або у неї відкрилися очі на оточуючих.

Часто травматична особистість - це відносно стійкий набір впізнаваних рис, що формуються під впливом травми.

У випадках, коли людина не змогла або не захотіла проаналізувати, що ж з нею сталося, то замість одних, зруйнованих базових ілюзій, будуються інші.

Є. М. Черепанова виділяє основні риси, які набуває травматична особистість [38]:

1. Романтизм. Такі люди знають, в чому щастя людства, і заради цього готові пожертвувати всіма, хто має інші уявлення про щастя. Людині здається, що вона відстоює свої "світлі " ідеали, не помічаючи, що завдає шкоди іншим людям.

2. Переважання групових цінностей над індивідуальними.Для людини життя групи стає важливіше, ніж життя окремого індивіда. Отже, заради щастя групи, заради її блага можна пожертвувати життям однієї або іншої людини, а також і своєю власною.

3. Прагнення до саморуйнування, що утворить разом з попередньою якістю комплекс, який можна було б позначити як "щастя принести себе в жертву заради групових інтересів". Таке уявлення насправді має прямий зв'язок з базовою ілюзією безсмертя і якоюсь мірою є її продовженням: моя смерть не важлива, якщо справа групи живе і перемагає.

4. Ілюзія справедливості устрою світу.Деякі люди вважають, що все зло обов'язково буває покаране, добро неодмінно візьме гору. Це, як правило, занадто чесні, благородні, принципові і справедливі люди. Правда, їх чесність і благородство відносяться тільки до членів своєї спільноти, а заради принципу вони готові пожертвувати і своїм життям, і життям своїх близьких, і чужим життям.

5. Ілюзія простоти устрою світу.Згідно цієї ілюзії, світ поділився на дві частини: "наші " і " не наші ". По відношенню до "наших " застосовані і чесність, і благородство, до " не наших" тільки принцип - хто не з нами, той проти нас. Весь світ оцінюється в залежності від того, по «чий бік» він розташовується) [27].

Опис травматичної особистості може нагадати деякі риси підліткової психології. Для підлітка це необхідний етап соціалізації. Але дорослою, зрілою особистістю стає тільки той, хто, пройшовши через цей період, подолає в собі підліткові риси. Якщо такий образ світу залишається у дорослої людини, то він вже може вважатися інфантильною травмованої особистістю.

Травмована людина може грати в суспільстві різні ролі, описані в науковій літературі як Жертва, Рятувальник і Переслідувач ) [22].

Жертва відрізняється від потерпілого досить змістовно. Жертвою стає такий потерпілий, який починає отримувати психологічні (а іноді й матеріальні) вигоди від того, що він постраждав. Жертва випромінює стан «бідний я, бідний»; весь час чогось соромиться; відчуває себе безпорадною і безсилою у вирішенні своїх проблем; часто пригнічена; потребує рятівника, який захищатиме її. Жертва - це така людина, яка всім своїм виглядом демонструє, що він постраждав, і тому від інших він чекає допомоги, жалості, співчуття. Ще одна ознака Жертви - очікування нової травми. Жертва не зацікавлена перестати бути Жертвою, інакше вона втрачає загальне прощення і жалість) [22]. Тобто Жертві вигідніше відчувати себе нещасною, ніж щасливою. Жертву створює, формує Рятувальник. Ці ролі не можуть існувати одна без іншої.

Рятувальник - це людина, яка всіх втішає, всім приходить на допомогу. Він найбільше любить допомагати іншим. Але Рятувальник зацікавлений не в тому, щоб дійсно допомогти, а в тому, щоб отримати психологічні вигоди. Людина, граючи цю роль, підкреслює свою значимість. Інша вигода - вічна вдячність і залежність Жертви від Спасителя. Йому важливо відчувати себе благородним, але приносячи себе в жертву, коли його про це не просять, він починає вимагати подяки. Рятувальник відчуває провину, коли не може допомогти; бере на себе всю відповідальність за жертву; часто робить за неї роботу. Рятувальник не може дозволити жертві стати самостійною і щасливою, тому що в цьому випадку йому буде нікого рятувати. Рятувальники дуже часто - це колишні Жертви. Не маючи можливості допомогти собі, вони починають допомагати іншим, що, з психологічної точки зору, зовсім невірна стратегія) [22]. Допомогти іншому можливо, тільки якщо допоміг собі. Іноді Рятувальник може перетворитися на Переслідувача, особливо коли він намагається допомагати іншому насильно.

Переслідувач критикує, звинувачує («ти в цьому винен»), поводить невиправдано жорстоко, cповнений гнівом, використовує психологічний захист замість щирості, так як завжди чекає нападу. Відносини Переслідувача (Ката) і Жертви теж неоднозначні. Всі ці ролі необхідні один одному. Тому в житті часто буває так, що Жертва і Переслідувач взаємно отримують один від одного психологічні вигоди, і не зацікавлені у зміні своєї поведінки.

Ролі не завжди прямо збігаються з тим, що реально робить людина або що вона реально пережила. Так, роль Жертви може грати і людина, яка дійсно постраждала, і людина, яка насправді цілком благополучна. Ці три ролі тісно пов'язані між собою. Якщо людина впадає хоча б в одну роль, вона буде переходити легко і невимушено до інших ролей, але в межах трикутника. Вихід з "трикутникових" ролей, як і зміни особистості людини, що пережила психотравмуючі події минулого, носять глибокий і виражений характер, іноді залишаються з людиною на все життя, вимагаючи психотерапевтичного втручання.) [15].

У сучасному житті стреси відіграють дуже значну роль. Вони впливають на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємовідносини з оточуючими і у родині [17].

**1.3. Особливості ґенези та схильність до травматичного стресу осіб юнацького віку**

Юнацький вік у віковій психології характеризують як період, в якому відбувається становлення самосвідомості, формується стійка система цінностей та соціальний статус особи.

І. С. Кон підкреслює, що в ході самовизначення, спроб розібратися в навколишньому світі і в самому собі, особами юнацького віку здійснюється пошук сенсу життя взагалі і свого життя зокрема. В результаті у них формуються не тільки переконання і погляди, але й світогляд - погляд на світ в цілому, система переконань, що виражають відношення людини до світу і його головні ціннісні орієнтації [21].

М. С. Яницький зазначає, що новоутворення юнацького віку тісно пов'язані з протікаючими у цей період соціальними перетвореннями, які визначають всю динаміку процесу соціалізації.

У юнацькому віці дозрівають когнітивні і особистісні передумови світогляду. І від того як цей процес буде відбуватися, залежить те, наскільки світогляд буде правильно і глибоко відображати об'єктивний світ, буде істинним або хибним, матеріалістичним чи ідеалістичним, науковим чи релігійним, оптимістичним чи песимістичним, прогресивним або реакційним, наскільки особистість зможе визначити свою соціальну орієнтацію. Свідомість юнаків характеризується особливою чутливістю, здатністю переробляти і засвоювати величезний потік інформації.

На думку ряду зарубіжних та вітчизняних дослідників, ситуація соціальних перетворень потребує одночасного прояву двох протилежних за своєю функцією індивідуально-психологічних особливостей - соціальної лабільності, гнучкості, що забезпечує постійну адаптацію людини до змін у соціальному світі, і розвинутої соціальної ідентичності, яка створює той внутрішній «стрижень», який служить відправною точкою процесу самовизначення, як особистісного, так і соціального [39].

На думку В. Франкла, питання про сенс життя найчастіші та особливо важливі в юності. Вміння визначити цілі, знайти своє місце - важливий показник особистісної зрілості в юнацькому віці.

Слободчіков відмічає, що відмінною особливістю віку стає різке посилення саморефлексії, тобто прагненню до самопізнання власної особистості, до оцінки її можливостей і здібностей, вибору свого шляху в житті.

С. Л. Рубінштейн стверджував, що в юності виробляються ціннісні орієнтації, в яких виявляється сама сутність людини, складається світогляд як система узагальнених уявлень про світ в цілому, навколишню дійсність, інших людей, самого себе і готовність керуватися ним в діяльності; формується усвідомлене, узагальнене, підсумкове ставлення до життя, яке дозволяє вийти на проблему сенсу життя людини [30].

Юнацькому віку притаманна наступна ієрархія груп ціннісних орієнтацій:

1) цінності особистого життя (здоров’я, любов, хороші та вірні друзі, щасливе сімейне життя тощо);

2) індивідуальні цінності (матеріальне забезпечення, самостійність, краса, високі домагання, сміливість, тверда воля, нетерпимість до недоліків, життєрадісність тощо);

3) етичні цінності (вихованість, чуйність, чесність, милосердя тощо);

4) цінності професійної спрямованості (цікава робота, суспільне визнання, впевненість у собі, освіченість, раціоналізм, самоконтроль, відповідальність, ефективність у справах тощо);

5) цінності розвитку і пізнання (розвиток, творчість, активне діяльне життя тощо).

Їх спрямованість може бути: індивідуальною, соціальною та професійною [30].

Особливої уваги заслуговують дослідження Л. Кахле про адаптаційний потенціал ціннісної сфери особистості. Дослідниця визначала цінності як когнітивні утворення, основне призначення яких полягає в оптимізації адаптації індивіда до соціального оточення, у забезпеченні такої переробки інформації із навколишнього світу, яка б не порушувала режим оптимального функціонування як окремого індивіда, так і соціального оточення в цілому.

Ранній юнацький вік характеризується виробленням ціннісних орієнтацій – спрямованості на певні цінності – еталони життя. Зокрема, хлопці виявляють орієнтацію на «гарних і вірних друзів», «діяльне життя», «здоров'я», тоді як дівчата – на «кохання», «щасливе сімейне життя», «цікаву роботу». Ціннісні орієнтації розширюють межі соціальної ситуації розвитку, виводять юнаків на вищий рівень стосунків зі світом. У ніх формується готовність до професійного та життєвого самовизначення. Провідною ж характеристикою свідомості дівчат та юнаків стає спрямованість у майбутнє [18].

Характерною рисою ранньої юності є формування життєвих планів та цілей. Життєвий план виникає, з одного боку, в результаті узагальнених цілей, котрі ставить перед собою особистість, як наслідок побудови «піраміди» її мотивів, становлення усталеного ядра ціннісних орієнтацій, які підпорядковують собі поодинокі прагнення, що минають, а з іншого боку – це результат конкретизації цілей і мотивів. Безпосередній вплив на життєві цінності особистості справляють цілі та інтереси суспільства, ідеологічні установки, моральні та правові норми, соціальні цінності [29].

Процес засвоєння цінностей життя і їх перетворення в змістовні елементи ціннісних уявлень виступає психологічною основою формування ціннісних орієнтацій особистості молодої людини. Особливості протікання даного процесу умовно подають у вигляді трьох взаємопов'язаних етапів.

На першому етапі відбувається переоцінка цінностей та ідеалів, якими керувалась особистість до цього. А тому власний досвід життєдіяльності виступає важливим джерелом ціннісних орієнтацій.

Засвоєння цінностей на другому етапі проходить не лише шляхом утворення цілісних функціональних одиниць емпіричних уявлень, а й комунікативних – через засоби масової інформації і пропаганди.

Необхідною умовою - основою третього етапу є діяльність, виражена в особистих внутрішніх відношеннях до об'єктивних умов свого буття.

І. С. Кон називає період 18-23 років пізньої юністю або початком дорослості. У цьому віці більшість людей включаються в процес трудової діяльності.

Ціннісно-смислові орієнтації, як стійкі властивості особистості, формулюються і розвиваються в процесі трудової діяльності. За словами Б.Г. Ананьєва, з початком самостійної суспільно-трудової діяльності будується суспільний статус людини [10].

Ціннісно-змістовні орієнтації особистості виявляються, закріплюються і коригуються у професійній діяльності індивіда. Необхідно зазначити, що процес формування ціннісно-змістовних орієнтацій і професійна діяльність взаємодетермініровані. З одного боку, ставлення професійно-трудового середовища формується на основі системи особистісних смислів людини, обумовлених минулим досвідом, усвідомлювана частина цієї системи існує у вигляді цінностей і ціннісних орієнтацій, з іншого боку, професійна діяльність впливає на систему ціннісних орієнтацій особистості.

У юнацькому віці існує вже значне коло діяльностей. Юнаки тяжіють до різних видів активності, що виявляється у широкому спектрі ціннісних орієнтацій. Зміст останніх засвідчує: якщо підліток – це «відкриття «Я», то юнак – «відкриття себе в світі». За цих умов постає завдання на впорядкування своїх стосунків зі світом, пошук свого місця у ньому.

Н. Є. Бондар торкається проблеми ціннісних орієнтацій юнацького віку при дослідженні формування особистісної репрезентації життєвого шляху. Вона вважає, що юнацький вік є порою життєвого, соціально-рольового, професійного, особистісного, морального самовизначення та індивідуалізації (усвідомлення власної неповторності) [53].

В усвідомленні ціннісних аспектів життєвого шляху спостерігається тенденція до недиференційованого або слабодиференційованого відображення ціннісних орієнтацій. Молоді люди зосереджують свою увагу переважно на життєвій перспективі.

У кожного другого юнака або дівчини існує конфлікт у ціннісній сфері між професійними та позапрофесійними цінностями. Для більшості характерна мотивація, орієнтована на вирішення проблем власної самореалізації, спілкування, навчання та майбутньої професії.

Серед домінуючих цінностей переважають «вічні» для цього віку: цікава робота, дружба, щасливе сімейне життя, кохання [35].

У процесі професійної підготовки, з однієї сторони, необхідна самореалізація як постійний елемент практичного вираження свого" Я" , а з другої – осмислення власної духовності постійного зворотнього зв’язку між власними вчинками і цінностями, між активністю і самоконтролем, між особисто запропонованими перспективами і досягнутими результатами [9].

На престижність тієї чи іншої професії серед молоді, на думку В. Т. Лісовського, впливає не тільки популярність її в суспільстві, але й система цінностей, прийнята соціальними і професійними групами, сім'ями та самим індивідом.

Юнацький вік співпадає із отриманням професії у навчальному закладі. Саме на першому курсі формується відношення молодої людини до навчання, до майбутньої професійної діяльності, продовжується активний «пошук себе», формуються якості сучасного професійно - грамотного спеціаліста. І тут велику роль відіграє успішна адаптація до нових умов.

Життєва орієнтація формується в залежності від того, носієм яких цінностей є те чи інше коло занять для людини, і якого значення набувають дані цінності в її свідомості.

Як компонент молодіжної свідомості, життєва орієнтація включає в себе всі характерні для ціннісних орієнтацій рівні:

- емоційний, що характеризується, в першу чергу, соціальними почуттями;

- когнітивний, що виражає свідому спрямованість на форми життєдіяльності;

- поведінковий, що виражає готовність зайнятися тією чи іншою діяльністю.

В юності проходять глибокі зміни в системі життєвих цінностей, відбувається ломка уявлень, відмова від ілюзій, з'являються нові погляди, переконання, оцінки [64].

В процесі здійснення життєвих планів молодь стикається з певними труднощами, і її ціннісні орієнтації формуються під суперечливим впливом різних факторів. Серед всієї багатообразності факторів, що впливають на ціннісні орієнтації молоді: діяльність політичних організацій, система освіти, трудовий колектив, засоби масової пропаганди, рівень політичних знань, ідеали, місце проживання, професійна зацікавленість, твори мистецтва і літератури, психологічні характеристики особистості, сімейний чинник. Також на формування ціннісних орієнтацій молоді більш відчутно впливають такі фактори, як телебачення, кіно, радіо, соціальні мережі, вивчення суспільних наукових дисциплін, самоосвіта.

До кінця юності складаються основні компоненти особистості - характер, загальні та спеціальні здібності, світогляд. Ці складні компоненти особистості є психологічними передумовами вступу в доросле самостійне життя. Відмінною особливістю віку стає різке посилення саморефлексії, тобто прагнення до самопізнання своєї особистості, до оцінки її можливостей і здібностей [21].

На думку В. Франкла питання сенсу життя найбільш часте і особливо нагальне в юності, при цьому воно ніяк не є хворобливим симптомом. Уміння визначити свої цілі, знайти своє місце в житті - важливий показник особистісної зрілості в юнацькому віці. Однак даного рівня розвитку досягає невеликий відсоток юнаків.

Військовий конфлікт на Сході України, а потім і повномасштабне вторгнення Росії в Україну привіло до появи абсолютно нової проблеми в українському суспільстві – значна кількість людей різного віку, які зробили вибір залишитися громадянами України, внаслідок цих подій вимушено покинули свої домівки, залишивши все своє майно, соціальні зв’язки, роботу, плани, налагоджене колись життя.

Вимушені переселенці – це громадяни, які були змушені покинути місця свого постіного проживання, зокрема в результаті, або з метою уникнення зборойного конфлікту, масових проявів насильства, порушень прав людини або природніх чи техногенних катастроф.

**Внутрішньо переміщені особи – це люди, які залишили свої домівки, рятуючись від небезпеки, але не перетнули міжнародний кордон, а залишились на території рідної країни. Вони перебувають під законним захистом свого уряду та зберігають усі права і захист згідно з міжнародним законодавством з прав людини**) [27]**.**

Потрібно розуміти, що сама ситуація з переселенням є стресовою, оскільки люди не завжди знають куди, на скільки часу вони їдуть, що потрібно брати і як діяти. Власне така стресова ситуація відбувається впродовж тривалого проміжку часу, а це виснажує. Особливості психічних станів вимушених переселенців можна умовно поділити на 4 групи:

1. Особливості в афективні сфері. Часта зміна настрою, роздратування, похмурість, «притуплення емоцій», відчуття безпорадності, почуття провини. Може бути агресія і аутоагресія.

2. Особливості в сфері здоров’я. Скарги на безсоння, не можливість розслабитися, головні болі, розлади травлення.

3. Особливості в когнітивній сфері. Спостерігається погіршення пам’яті, концентрації уваги, неуважність. Запахи, звуки, події можуть нагадувати про пережитий стрес.

4. Особливості поведінки. Навіть маленькі стимули можуть викликати агресію або переляк. Людина може виявляти непослідовність у вчинках. У дорослих перелічені вище особливості можуть викликати усамітнення, тяжкі психічні розлади, залежності від алкоголю, тютюну, наркотиків і т.д. Діти та молодь також переживають подібні відчуття та потяги, особливо тоді, коли у цій ситуації не має почуття безпеки і впевненості із сторони батьків.

Молодь, переважно студентство, змушені повністю змінювати свій звичний спосіб життя, оточення та систему навчання. Адже переведення до нового навчального закладу в більшості випадків взаємопов’язане зі стресом, страхом перед змінами, новим колективом та новим місцем. Кожен студент - переселенець стикається з низкою проблем, які включають в себе всі сфери людського життя: економічні, соціальні, психологічні, побутові та організаційні.

Тому при наданні психологічної допомоги людям, які перебували в зоні бойових дій, стали вимушеними переселенцями, чи отримали якусь іншу психоемоційну травму, необхідно передбачити створення необхідних психосоціальних умов, які будуть враховувати потреби людини. Спеціалістам необхідно працювати на зменшення впливу травми, наприклад, за допомогою зведення до мінімуму рівня стресу в сім'ї, забезпечення почуття безпеки. Це можливо за допомогою різних видів терапій, які допоможуть не тільки знайти вихід із певної ситуації, а й допоможуть скидати негативні емоції, які накопичуються [24].

На основі висвітлених фактів можна зробити висновки, що травма має негативний вплив на всі сфери життя людини. Тому психокорекційна робота повинна проводитися як можно максимально раніше і з врахуванням всіх вище сказаних факторів.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Підсумовуючи теоретичний аналіз проблеми травматичного стресу, та його впливу на особистість можна констатувати, що стрес - це будь-яке напруження організму, пов'язане з його життєдіяльністю.

Виділяють два типи стресу: нормальний та травматичний. Нормальний стрес не порушує адаптаційні механізми людини. Травматичним стає стрес, коли вплив стресора призводить до порушень психічної сфери.

Травматичний стрес визначається як особлива форма загальної стресової реакції, що формується під впливом критичних життєвих подій з негативним впливом, високою інтенсивністю, майже повною відсутністю контролю та несподіваністю. Результатом такого впливу можуть бути порушення адаптації та стресові розлади.

Травматичними вважаються події, пов'язані зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або іншими загрозами фізичній цілісності.

Військовий конфлікт на Сході України створив нову проблему в українському суспільстві – значна кількість людей різного віку, які, залишившись громадянами України, вимушено покинули свої домівки, втративши майно, соціальні зв'язки, роботу та плани.

Беженці та вимушені переселенці - це громадяни України, іноземці або особи без громадянства, які були змушені залишити своє місце проживання через російсько-українську війну.

Внутрішньо переміщені особи - це люди, які залишили свої домівки, рятуючись від небезпеки, але не перетнули міжнародний кордон, а залишилися на території рідної країни.

Після повномасштабного вторгнення Росії в 2022 році кількість біженців досягла 8 мільйонів. Станом на травень 2024 року за даними Євростату, у країнах ЄС перебувають 4,2 мільйони українців, які отримали тимчасовий захист.

Дослідження показало, що сама ситуація переселення є стресовою, оскільки люди часто не знають, куди, на який термін їдуть, що брати з собою і як діяти. Довга тривалість такої ситуації виснажує. Навіть незначні подразники можуть провокувати агресію або страх.

Молодь, зокрема студенти, змушені кардинально змінювати свій звичайний спосіб життя, оточення та систему навчання. Переїзд до іншої місцевості в більшості випадків супроводжується стресом, страхом перед змінами, новим місцем навчання або роботи, новим колективом.

Кожен переселенець стикається з рядом проблем, що охоплюють усі сфери людського життя: економічні, соціальні, побутові, організаційні та психологічні.

Таким чином, травмованою особистістю вважається особа, яка не просто сформувалася під впливом пережитого травматичного стресу, а навчилася вважати патологічні зміни, що відбулися з нею, позитивними, знаходити в них певні психологічні вигоди, іноді навіть пишатися ними.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

**2.1. Методологічні засади, хід і процедура констатувального експерименту**

Люди реагують на свої внутрішні труднощі по різному: придушують власні схильності, заперечують їх існуванню, «забувають» про травмуючу їх подію, намагаються викривити реальність, шукають вихід у самовиправданні, займаються самообманом та ін. Так, використовуючи різні механізми, вони захищають свою психіку від перенапруження.

Стрес, якого нині зазнають люди, спричинений складними соціальними обставинами та подіями. Однак травматичний стрес – це багатогранне явище, відповідно, і його наслідки також непередбачувані. Він може минути безслідно, а може стати причиною тривожного стану, депресії, нервового зриву, або навіть появи суїцидальних думок [16].

Для проведення констатувального експерименту використовуються такі опитувальники: (тест Шкала тривоги Бека (BAI), тест Шкала депресії Бека (BDI)); PCL-5 (автор/видавництво: Національний Центр PTSD, Бостон, США. Дата видання: 1993); індекс загального самопочуття» ВОЗ – 5/1999р.

**Тест Шкала тривоги Бека (BAI)**

Шкала тривоги Бека (BAI) — це клінічний інструмент для скринінгу та оцінки ступеня виразності тривожних станів. Розроблена вченими А.Т. Беком, Н. Епштейном, Г. Брауном та Р.А. Стіром у 1988 році [47], шкала складається з 21 питання, кожне з яких описує типові фізичні або психологічні симптоми тривоги. Респонденту пропонується оцінити інтенсивність кожного симптому за шкалою від 0 до 3, де 0 відповідає відсутності симптому, а 3 — його найвищому вираженню.

BAI є простим та зручним інструментом для попередньої оцінки ступеня тяжкості тривожних розладів у широкого кола осіб віком від 14 років і старше. Заповнення анкети займає не більше 10 хвилин і може бути виконане самостійно респондентом. Підрахунок загального балу здійснюється шляхом підсумовування оцінок за всіма пунктами шкали.

**Тест Шкала депресії Бека (BDI)**

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory), розроблена А. Т. Беком у 1961 році, базується на клінічних спостереженнях та аналізі поширених симптомів і скарг, характерних для депресивного стану.

Після зіставлення отриманих даних з літературними описами депресії було створено опитувальник, який охоплює 21 категорію симптомів та скарг. Кожна категорія містить 4-5 тверджень, що відображають специфічні прояви депресії. Ці твердження ранжовані за ступенем впливу на загальну тяжкість захворювання.

Відповідно до виразності симптому кожному твердженню присвоєно значення від 0 (відсутність або мінімальна вираженість) до 3 (максимальна вираженість). Деякі категорії містять альтернативні твердження з еквівалентною вагою [41].

Початковий варіант методики передбачав участь кваліфікованого фахівця — психіатра, клінічного психолога або соціолога. Експерт зачитував кожен пункт із категорії, пропонуючи пацієнтові обрати твердження, що найкраще відображало його поточний стан. Пацієнт мав перед собою копію опитувальника для зручності стеження за читаними пунктами. На основі вибору пацієнта дослідник фіксував відповідну позначку на бланку. Окрім результатів тестування, експерт враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші релевантні параметри [47].

Сучасна клінічна психологія та психіатрична практика широко використовують опитувальник Бека для оцінки ступеня вираженості депресивних станів. Незважаючи на те, що формулювання питань є досить прямими і можуть не відображати повністю реальний емоційний стан пацієнта, клінічні дослідження підтвердили високу ефективність цього інструменту для скринінгових та попередніх обстежень.

Опитувальник може застосовуватися як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Отримані результати демонструють значну кореляцію з показниками особистісної та ситуативної тривожності. Всі твердження опитувальника сформульовані в прямому вигляді, що спрощує підрахунок загального балу: необхідно лише підсумувати значення, що відповідають вибраним відповідям.

Сучасні практики свідчать про можливість спрощення процедури тестування шляхом самостійного заповнення опитувальника пацієнтом [47].

**PCL-5 (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, &P.P.Schnurr)**

Шкала PCL-5 була перекладена українською мовою у 2014 році командою фахівців під керівництвом професора Стівена Саутвіка з кафедри психіатрії Медичної школи Єльського університету, заступника директора Відділу клінічних неврологій Національного центру ПТСР Управління у справах ветеранів. Переклад було виконано з метою підготовки українських фахівців до стажування в цьому центрі.

Шкала PCL-5 розроблена відповідно до оновлених критеріїв DSM-5 та являє собою опитувальник, який заповнюється самим пацієнтом. Він містить питання, що охоплюють чотири основні кластери симптомів: інтрузії, уникнення, негативної когніції та емоцій, гіперактиваність та підвищена збудливість. PCL-5 призначений в першу чергу для скринінгу пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), моніторингу динаміки симптомів під час і після лікування, а також для попередньої оцінки ризику розвитку ПТСР.

Респонденти оцінюють кожен пункт шкали, вказуючи ступінь вираженості відповідного симптому протягом останнього місяця. Важливо зазначити, що самооціночні шкали не можуть бути єдиною основою для встановлення формального діагнозу. Проте PCL-5 зарекомендувала себе як ефективний діагностичний інструмент, і показники вище 50 балів можуть сигналізувати про необхідність подальшого обстеження з метою встановлення діагнозу ПТСР [45].

**Індекс загального самопочуття» ВОЗ – 5/1999р**

**(WHO Collaborating Centre in Mental Health, Психіатричний центр Північної Зеландії, відділ психіатричних досліджень, Данія)**

Індекс добробуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ-5), що складається з п'яти питань, є одним із найпоширеніших інструментів для оцінювання суб'єктивного психологічного самопочуття. Цей індекс має високу клінічну валідність і може бути використаний як показник балансу між позитивними та негативними наслідками лікування. ВОЗ-5 є чутливим та специфічним інструментом для скринінгу на депресію, його застосування в різних галузях досліджень надзвичайно широке.

З моменту свого першого публікування у 1998 році ВОЗ-5 було перекладено на понад 30 мов і застосовується в дослідженнях у всьому світі. Його простота та неінвазивність роблять його цінним інструментом для оцінки суб'єктивного благополуччя респондентів [45]. ВОЗ-5 демонструє достатню валідність як для скринінгу депресії, так і для вимірювання результатів у клінічних дослідженнях, що підтверджується його успішним застосуванням у широкому спектрі досліджень.

**2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту та їх узагальнення**

У констатувальному експерименті брало участь 30 студентів віком від 19 до 20 років: 10 юнаків та 20 дівчат, які є вимушеними переселенцями. Перелічени вище методики беруть до уваги самопочуття респондентів протягом останнього місяця.

Анкета Шкали тривоги Бека (BAI) містить 21 твердження, що відображають типові фізичні та психологічні симптоми тривоги. Від респондентів вимагається прочитати ці твердження, які описують емоційний стан, поведінку та реакції індивіда у різних життєвих ситуаціях, та позначити ті, що вони відчували протягом останніх двох тижнів [53]. Оцінка отримується шляхом підсумовування балів за всіма пунктами шкали.

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривоги

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги

Після підрахунку результатів опитувальника Шкала тривоги Бека (BAI) видно, які показники мають перевагу (див. табл. 2.1).

**Таблиця 2.1**

**Результати дослідження за методикою «Шкала тривоги Бека (BAI)»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | Норма | легкий | середній | високий |
| 1 |  |  | 12 |  |
| 2 |  |  | 17 |  |
| 3 | 5 |  |  |  |
| 4 |  |  | 16 |  |
| 5 |  |  | 11 |  |
| 6 |  |  | 10 |  |
| 7 |  |  | 12 |  |

**Продовження таблиці 2.1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 |  |  | 13 |  | |
| 9 |  |  | 16 |  | |
| 10 | 1 |  |  |  | |
| 11 |  |  |  | 19 | |
| 12 |  |  |  | 24 | |
| 13 |  | 6 |  |  | |
| 14 |  |  |  | 21 | |
| 15 |  |  | 13 |  | |
| 16 |  |  |  | 21 | |
| 17 |  | 9 |  |  | |
| 18 |  | 7 |  |  | |
| 19 |  | 7 |  |  | |
| 20 |  |  | 14 |  | |
| 21 |  |  | 12 | |  |
| 22 |  | 8 |  | |  |
| 23 | 2 |  |  | |  |
| 24 |  | 6 |  | |  |
| 25 | 2 |  |  | |  |
| 26 | 4 |  |  | |  |
| 27 | 4 |  |  | |  |
| 28 | 3 |  |  | |  |
| 29 | 4 |  |  | |  |
| 30 | 3 |  |  | |  |
| Всього відповідей | 9 | 6 | 11 | | 4 |

**Рис. 2.1.****Діаграма ступеню тривоги за шкалою тривоги Бека**

На Рис.2.1. нагляно зображено найбільш виражена зона тривоги у даній групи респондентів. Після підрахунку балів більшість респондентів мають середній рівень тривоги і четверо респондентів за результатами тестування має високий рівень тривоги.

ОпитувальникШкала депресії Бека (BDI) використовується для оцінки інтенсивності депресії. Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали.

0–4 відсутні симптоми депресії

5–7 балів, легка депресія

8–15 балів, помірна депресія

16 та більше балів, високий рівень вираженості депресії

Після підрахунку результатів опитувальника Шкала депресії Бека (BDI) видно, які показники мають перевагу ( див. табл. 2.2).

**Таблиця 2.2**

**Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека (BDI)»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | Норма | Легка депресія | Помірно виражена | Високий рівень |
| 1 |  |  |  | 16 |
| 2 |  |  |  | 18 |
| 3 |  | 5 |  |  |
| 4 |  |  | 10 |  |
| 5 |  |  | 8 |  |
| 6 |  | 5 |  |  |
| 7 |  |  | 9 |  |
| 8 |  | 7 |  |  |
| 9 |  | 6 |  |  |
| 10 | 2 |  |  |  |
| 11 |  |  |  | 16 |
| 12 |  |  |  | 19 |
| 13 |  |  | 14 |  |
| 14 |  |  |  | 16 |
| 15 |  |  | 16 |  |
| 16 |  |  | 9 |  |
| 17 |  | 6 |  |  |
| 18 | 2 |  |  |  |
| 19 | 4 |  |  |  |
| 20 | 4 |  |  |  |
| 21 |  |  |  | 18 |
| 22 | 3 |  |  |  |
| 23 | 2 |  |  |  |
| 24 |  |  | 8 |  |

**Продовження таблиці 2.2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 25 | 3 |  |  |  |
| 26 | 4 |  |  |  |
| 27 |  |  | 12 |  |
| 28 |  | 5 |  |  |
| 29 | 4 |  |  |  |
| 30 |  |  | 8 |  |
| Всього відповідей | 9 | 7 | 9 | 6 |

Після підрахунку балів по 9 респондентах, які не мають симптомів депресії та такі, які мають середній рівень і по 6 респондентах, які відмітили в себе легку та високу ступінь вираженості симптоматики.

**Рис. 2.2.****Діаграма ступеню вираженості депресивної симптоматики за шкалою депресії Бека**

Опитувальник PCL-5, який базується на критеріях DSM-IV, призначений для самооцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він містить 17 пунктів, що відображають ключові ознаки ПТСР. У рамках дослідження респонденти просять оцінити кожен пункт за п'ятиелементною шкалою від 1 ("зовсім ні") до 5 ("дуже виражено"), вказуючи ступінь виразності симптому протягом останнього місяця. Версія PCL-C призначена для цивільного населення та стосується травматичних (стресових) переживань у минулому [18].

Оцінка результатів. Кожен пункт оцінюється за шкалою від 1 до 5, що визначає ступінь виразності відповідного симптому протягом останнього місяця. Загальний бал може варіювати від 17 до 85. Отримання балу 50 і вище може вказувати на можливість діагностування ПТСР та потребує подальшого клінічного обстеження.

Після підрахунку результатів за методикою «Шкала PCL-5» видно, які показники мають перевагу ( див. табл. 2.3).

**Таблиця 2.3**

**Результати дослідження за методикою «Шкала PCL-5»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | Не має виражених проявів | Високий показник |
| 1 | 29 |  |
| 2 | 31 |  |
| 3 | 8 |  |
| 4 | 18 |  |
| 5 | 13 |  |
| 6 | 15 |  |
| 7 | 13 |  |
| 8 | 22 |  |
| 9 | 18 |  |
| 10 | 9 |  |
| 11 | 27 |  |
| 12 | 30 |  |
| 13 | 26 |  |
| 14 | 17 |  |
| 15 | 28 |  |

**Продовження таблиці 2.3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16 | 25 |  |
| 17 | 27 |  |
| 18 | 7 |  |
| 19 | 29 |  |
| 20 | 15 |  |
| 21 | 20 |  |
| 22 | 18 |  |
| 23 | 7 |  |
| 24 | 11 |  |
| 25 | 16 |  |
| 26 | 27 |  |
| 27 | 16 |  |
| 28 | 4 |  |
| 29 | 6 |  |
| 30 | 5 |  |

Підводячи підсумки даного опитувальника видно, що респондентів з вираженими симптомами ПТСР серед вибірки немає.

Опитувальник Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO) оцінює суб'єктивне психологічне самопочуття, є чутливим та специфічним інструментом скринінгу на депресію [28]. WHO-5 - це коротка анкета, що складається з 5 простих питань, які враховують суб'єктивне благополуччя респондентів. (див. табл. 2.4).

**Таблиця 2.4**

**Результати дослідження за методикою «Індекс загального**

**самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п досліджуваних | 0-50 балів | 50-100 балів |
| 1 | 32 |  |
| 2 | 28 |  |
| 3 |  | 68 |
| 4 |  | 92 |
| 5 |  | 76 |
| 6 |  | 52 |
| 7 |  | 63 |
| 8 |  | 53 |
| 9 |  | 76 |
| 10 |  | 79 |
| 11 |  | 60 |
| 12 | 35 |  |
| 13 |  | 60 |
| 14 | 21 |  |
| 15 | 48 |  |
| 16 | 47 |  |
| 17 |  | 68 |
| 18 |  | 61 |
| 19 | 41 |  |
| 20 |  | 52 |
| 21 |  | 80 |
| 22 |  | 72 |
| 23 |  | 68 |

**Продовження таблиці 2.4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24 |  | 61 |
| 25 |  | 64 |
| 26 |  | 95 |
| 27 |  | 53 |
| 28 |  | 75 |
| 29 |  | 61 |
| 30 |  | 79 |

**Рис. 2.3.****Діаграма субєктивної оцінки самопочуття за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

За поданими даними субєктивна оцінка респондентами свого настрою вище середнього показника, що вцілому відповідає загальним даним по всім проведеним методикам.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Під час констатувального експерименту було проведено дослідження стану психологічного благополуччя осіб, які стали вимушеними переселенцями внаслідок збройного конфлікту на сході України. Для оцінки рівня впливу травматичного стресу на психічний стан учасників дослідження були використані наступні методи:

\* Тест Шкали тривоги Бека (BAI);

\* Тест Шкали депресії Бека (BDI);

\* Опитувальник посттравматичного стресу PCL-5 (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, &P.P.Schnurr);

\* "Індекс загального самопочуття" Всесвітньої організації охорони здоров'я – 5 (ВОЗ – 5).

Було проведено діагностику респондентів на рівні тривожності та депресивності з метою розробки програми корекційного тренінгу. З огляду на те, що посттравматичні стресові розлади (ПТСР) можуть вимагати більш детальної діагностики, спрямованої на постановку діагнозу та подальшого лікування з використанням медикаментів, також було проведено відповідну діагностику. Важливим аспектом дослідження є розуміння суб'єктивних відчуттів респондента стосовно свого стану.

Результати дослідження показали відсутність вираженої симптоматики ПТСР у респондентів. Рівень тривожності та депресії знаходиться в межах середньої величини.

Варто зазначити, що застосовані методики надають інформацію про психічний стан респондента за останній місяць. Це обумовлено тим, що такі стани, як тривога, апатія та депресивна симптоматика, є мінливими і піддаються впливу численних факторів.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

**3.1. Теоретико-методологічні засади соціально-психологічного тренінгу «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій»**

Программа тренінгу «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій» базується на вже опублікованих роботах про травматичні стресові інтервенції. Її погоджено з літературою по формуванню життєстійкості та фасилітації відновлення внаслідок травматичного стресу.

Задіяні в даному тренінгу принципи та техніки базуються на чотирьох ключових принципах:

1. Підтвердження науковими даними: Методики та принципи, що використовуються в тренінгу, узгоджуються з доказовою базою щодо ризиків та стійкості після травм.

2. Доступність: Програма є доступною та може бути застосована в будь-якому місці.

3. Універсальність: Тренінг не має вікових обмежень і підходить для людей різного віку.

4. Культурна чутливість: Методики враховують культурні особливості учасників.

Формат тренінгу гнучкий і дозволяє проводити заняття як в групах, так і індивідуально. Програма допомогає зменшити стрес та ефективно справлятися з посттравматичними хвилюваннями та проблемами.

Мета програми полягає у наступному:

1. Надання психологічної підтримки вимушеним переселенцям та особам, які потребують допомоги.

2. Формування та зміцнення життєвих навичок, необхідних для подолання викликів та самостійного задоволення потреб.

3. Передача отриманих знань та навичок членам сім'ї та близькому оточенню з метою забезпечення їхньої підтримки у складні періоди.

**3.2. Программа соціально-психологічного тренінгу «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій»**

Программа «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій» - це тренінг навичок, який націлений на пришвидшення відновлення особистості після травмуючої події та підвищення самоефективності в подальшому.

Підхід, зосереджений на формуванні навичок, є більш ефективним, оскільки він спрямований на підтримку індивіда у відновленні почуття контролю та самореалізації за відсутності психопатологічних розладів [34].

Програма тренінгу розрахована на 5 занять по 2 години кожне, згальною тривалістю 10 годин:

1-ше заняття. Тема: «Позитивна активність» - спосіб покращити настрій та діяльність, визначая позитивні, приємні дії та реалізуючи їх.

2-ге заняття. Тема: «Регулювання емоційних реакцій» - навичка справлятися з фізичними та емоційними реакціями на неприємні ситуації.

3-тє заняття. Тема: «Розвиток здатності вирішення проблем» - метод визначення проблем та цілей, мозковий штурм з приводу можливого вирішення питання, зважування отриманих варіантів та апробація найбільш відповідного.

4-те заняття. Тема: «Формування конструктивного мислення» - послідовні зміни по відслідкуванню турбуючи думок та їх заміні на більш конструктивні.

5-те заняття. Тема: «Вдосконалення соціальних зв’язків» - спосіб забезпечити собі позитивні взаємовідносини та суспільну підтримку [34].

Перед початком тренінгової роботи з групою впроваджуються правила, яких будуть дотримуватися учасники, поважаючи один одного, не заважаючи та підтримуючи.

Запропонувати до обговорення наступні вимоги:

1. Конфіденційність.

2. Говорити по черзі.

3. Я-висловлювання.

4. Телефон вимикнути.

5. Правило СТОП, якщо буде необхідно.

Тема: «Позитивна активність»

Мета: допомогти учасникам запланувати та реалізувати позитивну діяльність, яка приносить задоволення для того, щоб покращити настрій та посприяти відновленню відчуття контролю.

Повсякденне життя може бути порушене негативними подіями та дрібними травмами, що призводять до втрати відчуття контролю та задоволення. Планування та участь у позитивних і значущих активностях сприяють відновленню активного життя та нормалізації емоційного стану.

Займаючись улюбленими справами, допомагаючи іншим, відновлюючи сімейні традиції та беручи участь у задовольняючих заняттях, людина може відновити контроль над ситуацією і покращити свій настрій.

В стані виснаження навіть звичайні речі, такі як спілкування з близькими, прогулянки чи хобі, можуть здаватися недосяжними. Проте існують певні види діяльності, які сприяють відновленню після важких життєвих подій. [34].

Зараз ми з вами нагадаємо способи, якими кожен з нас зазвичай може справитися з почуттям пригнічення, смутку, відокремленості – тобто звичайними реакціями після травмуючих подій. Причиною таких відчуттів може бути наявність переважно негативних відчуттів, що додатково і посилює їх. Як правило позитивний досвід викликає емоційний підйом, тоді як негативний засмучує ще більш. То ж, якщо ми бажаємо покращити свій настрій, нам треба зменшити кількість негативного та збільшувати кількість позитивного досвіду. Можна уявити, що ми зроблені з наших думок, почуттів та поведінки. Змінюючи наші думки – ми здатні змінити наше життя! Тому що переживання замкненості, апатії, смутку може виникнути в любій області - почуттів, думок та поведінки і кожна область впливає на дві інші. Коли людина в поганому настрої, вона часто, перше, що намагається змінити – це свої почуття, і це здається логічним, оскільки метою є краще себе почувати. Насправді ж, почуття – найскладніша для контролю та змін область. Просто переконання відчувати себе краще не працюють. Найпростіше, що ми можемо зробити - змінити свої думки та поведінку, і саме це вплине на наше самопочуття [34]. Важливо розуміти, що ця навичка включає в себе зміну поведінки з допомогою змін деяких ваших щоденних дій. Будь-яка звичка формується у нашій свідомості в термін від 60 днів.

Нагадаємо собі, як часто ми приділяємо час заняттям, які колись були нам утіхою, цінними та важливими? А нині? Швидкий темп життя виснажує нас емоційно і фізично, призводить до хронічної втоми та постійного прагнення контролювати все навколо.

Хоча перевтома може сприйматися як ознака старанності та суспільної цінності, більшість з нас недооцінює важливість відпочинку, вважаючи сон розкішшю. Такий підхід є оманливим і веде до емоційного та фізичного вигорання.

Піклування про себе, приділення часу заняттям, які мають для нас значення, дозволяє не лише покращити самопочуття, а й збавити енергію для щоденних справ. Збалансування роботи та відпочинку є ключовим фактором для підтримки нашого фізичного та емоційного благополуччя.

Важливо усвідомити: що саме приносить нам задоволення та радість у спокійні моменти? Відповідь на це питання допоможе визначити наші внутрішні ресурси. Це можуть бути як домашні заняття — медитація, читання, творчість, перегляд фільмів, так і активності на свіжому повітрі — прогулянки, біг, їзда на велосипеді.

Не менш важливим є спілкування з близькими людьми. Відверті розмови з друзями та родиною, спільне проведення часу за чашкою чаю чи настольною грою сприяють зміцненню відносин. Важливо приділяти увагу глибокому, щирому спілкуванню з рідними, обговорювати не лише побутові питання, а й інтереси, плани на майбутнє, спільні цінності.

Такий підхід дозволяє поглибити розуміння та зміцнити емоційний зв'язок з близькими людьми.

Кожна людина знаходить свої способи дозвілля. Усі ми різні, тому для однієї людини це може бути час, проведений на самоті з книгою, а для іншої - допомога сусіду з ремонтом автомобіля або вирощування квітів на присадібній ділянці. Це може бути волонтерство, участь у відновленні дитячого майданчику або парку, зони відпочинку [34].

Ви можете зараз подумати та скласти власний перелік активностей або взяти до уваги варіанти які почули, виберіть дві-три з них, для реалізації яких у вас все є та лежить душа. Добре, якщо ви об’єднаєте одне заняття, яке ви зможете виконувати самостійно, а ще одне разом з кимось. Додайте до них і ту активність, яка раніше приносила радість і ви почували себе краще.

Не відкладая та не затягуючи виберіть день та час, коли б ви могли займатися однією або декількома з обраних активностей. Бажано вже на цьому тижні!

Зробіть пам’ятну помітку в своему планері. Подумайте, що вам може знадобитися, щоб все заплановане вийшло як найкраще (домовитися з друзями, купувати настольну гру, принести матеріали, чи забронювати білети до кінотеатру…).

Тема: «Регулювання емоційних реакцій»

Мета: засвоїти нові стратегії поведінки з реакціями на стресові події, щоб мати змогу керувати стресом та навчитися регулювати свої емоції.

Обгрунтування:Якщо спитати людину, що для неї є головним в житті, напевно майже кожен відповість що найголовніше в житті - здоров'я! Особливо мають бути інформовані в питаннях зберігання здоров'я дорослі люди, які научають цьому підростаюче покоління, молодь [34].

Сучасне уявлення про здоров'я називають холічним (з англ. "whole"- цілісний). Тобто, враховується не лише фізичний стан, а й інші виміри: емоційний стан, інтелектуальний розвиток, рівень соціальності та духовності. Здоров'я - це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних недомагань. Адже, дуже часто до погіршення здоров'я призводять саме стреси. Тому ми детальніше розглянемо, що таке стрес, стресостійкість, та які є способи подолання стресових ситуацій.

Стрес –це відповідь організму людини на її перенапруження, негативні емоційни стани або на банальну монотонну метушню [6].

Кожен з нас переживає різноманітні реакції на різні типи стресу. Люди можуть лякатися, хвилюватися, злитися, засмучуватися та відчувати інші негативні емоції. На рівні тіла також можуть виникати фізичні реакції, такі як напруга чи прискорене серцебиття, підвищення тиску, головний біль або біль в животі.

Багато людей ставяться до стресових ситуацій бездумно і несвідомо. Радимо, як тільки Ви відчуєте нервове напруження, проаналізуйте свій стан і спробуйте привести його в норму наступними діями: направити потік думок у раціональне русло, сповільнити серцебиття, нормалізувати дихання*.* Уникайте уявляти собі негативний розвиток подій у ситуації, яка викликає у Вас тривогу. Навпаки – уявить, як вже все скінчилося з найкращим для вас результатом Є багато технік, які допомогають взяти дихання під контроль, переключити повагу. Наприклад, техніка 4/7/8 або 5-4-3-2-1, квадратне дихання. Такі дії зменшують стрес. [34].

Дихання уявліє собою унікальну функцію людини, що володіє рядом важливих особливостей.

По-перше, дихання – це, мабуть, єдина вегетативна функція, яка підпорядковується контролю нащої свідомості. На відміну від роботи печінки, шлунка, або нирок ми можемо в певних межах керувати своїм диханням і через нього впливати на діяльність інших внутрішніх органів.

По-друге – після роботи серця, це другий життєво важливий процес нашого організму. Якщо без їжі людина може прожити місяць, без води – тиждень, без дихання – дві-три хвилини.

По-третє, оскільки ритм дихання тісно пов’язаний зі станом скелетної мускулатури, то його правильне використання дозволяє швидше і повніше оволодіти навичками м’язової релаксації [39].

По-четверте, співвідношення вдиху і видиху впливає на настрій людини.

Давайте разом згадаймо, як дихає сумна людина? Вона робить глибокий вдих і видих протяжний («подих»). А як дихає спортсмен перед боєм? Він робить короткий, енергійний видих. А як дихає людина в гострому стресі – у неї часте поверхневе дихання.

Наш психологічний стан завжди відбивається на характері дихання, тому змінюючи характер нашого дихання, ми можемо змінювати в потрібну сторону і свій настрій. Ці факти пояснюють, чому в усіх східних тілесних і духовних практиках (починаючи від йоги до карате) дихальні вправи обов’язково входять в базові навички і учнів-початківців і досвідчених майстрів.

В даний час дихальні вправи широко застосовуються в різних комплексах, спрямованих на зменшення рівня стресу.

Одним з найбільш простих способів користування антистресорного потенціалу є концентрація уваги на диханні. Треба сконцентрувати свою увагу на русі грудної клітки, що ритмічно піднімається й опускається в такт диханню, на тихому шелесті повітря, яке входить і виходить з легень, але простіше сконцентруватися на потоках повітря, що проходять через наші легені. Тому вправу «Медитація на диханні», яка дозволяє відволікти увагу від джерела стресу і перемкнути увагу людини з психотравмуючої ситуації на процес дихання, часто використовують як ефективний засіб для зменшення стресу [39].

Певно, ви не завжди відмічаєте на собі, як дихання впливає на загальний стан вашого організму. І, все ж, цей аспект є дуже важливим. Коли ви засмучені, автоматично, несвідомо хочеться зробити глибокий вдих, щоб заспокоїтися. Коли дуже знервовані - ваше дихання прискорюється. Дуже часто, коли людина ображається або лякається, вона затамовує подих. З'являється відчуття нестачі кисню, що призводить до прискорення процесу дихання. Але глибоке і часте дихання як раз не завжди допомагає. Фактично, це може призводити до збудженого стану. Навпаки, коли ви нервуєте та бажаєте заспокоїтися, намагайтесь вдихати менше повітря. Саме видих допомагає заспокоїтися, а не вдих. Тобто, замість глибоко вдиху зробіть глибокий видих. [34]

Для того, щоб навчитися контролювати процес дихання потрібна практика кожного дня. Починати тренування бажано в спокійному, не збудженому стані. Майте терпіння, тренуйтеся щоденно, і коли навчитеся контролювати цей процес, ви зрозумієте, як добре ця техніка контролю дихання стає у нагоді в стресових ситуаціях.

То ж пропоную вам алгоритм виконаннятехніки контролю дихання, який ми зараз опробуємо:

Розташуйтеся повільно, зручно, зверніть увагу, щоб руки та ноги не були перехрещені, а в тілі не було напруження. Закрийте очі. Розташуйте Ваші ступні так, щоб твердо відчувати підлогу. Повільно зробіть вдих через ніс, рахуючи до чотирьох. Сфокусуйте свою увагу на розширенні в області живота, коли Ви робите повільний вдих. Затамуйте подих на шість секунд. Видихайте повільно через ніс або рот, рахуючи до семи. Коли Ви видихаєте про себе можна говорити заспокійливе слово, протяжно, наприклад, "С-п-о-к-і-й-н-о". І знову спочатку шість таких циклів. Після чого можна повертатися до звичного Вам темпу дихання.

Емоції та відчуття дуже впливають на загальний психологічний стан людини, тому треба вчіться контролювати гнів або роздратування. З самого початку конфліктної ситуації постарайтеся розпізнати спалах гніву і «загасити його». Можете уявіть, як ваша емоція розгорається у вигляді багаття, а ви виливаєте у вогонь пляшку води. Така образна вправа підвищує стресостійкість особистості та позбавляє негативного впливу на організм, допомогає протистояти емоційному напруженню [34].

Для впевненого протистояння стрессу важливі кілька факторів: розуміння своїх емоцій; позитивний настрій; уникнення багатозадачності; ефективне планування часу; схильність до оптимізму; вміння розслаблятися; самоконтроль.

Тема: «Розвиток здатності вирішення проблем»

Мета заняття: допомогти учасникам вирішити труднощі та проблеми шляхом розташування пріоритетів.

Робочі матеріали: зошит або аркуш паперу, ручка.

Обгрунтування: Давайте разом подумаємо, яким чином люди вирішують задачі? Є таке народне прислів’я: «скільки людей, стільки й думок». Ви помічали, що часто щось спонукає нас робити саме так, як більшість, заради уникнення осуду з боку рідних, близьких, колег, друзів деколи поступаючись своїми бажаннями. Коли є проблеми у друзів, товарищів, друзів наших друзів, у сусідів - готовність до дій тут як тут. Одразу зрозуміло що даючи пораду іншій людині в її ситуації, ми забуваємо в той самий момент, що таким чином, беремо на себе відповідальність за вчинки іншої людини. Та навпаки, коли виникають якісь власні ситуації, ми готові зняти з себе відповідальність і довірити вирішення своїх негараздів комусь! Таке буває, та не завжди ми це помічаємо в своїй поведінці. Брати відповідальність за своє життя, прагнути до своєї мети, щодня самовдосконалюватися – ось те, що допомагає особистості поважати себе, чинити так, як підказує серце і розум, а не орієнтуватися на те, що скажуть інші люди. Всім догодити все одно не можливо. Знову повертаймося до того, з чого почали: «скільки людей, стільки й думок». Тому ідіть за своєю метою, ви можете прислухатися до думки важливих для вас людей, але остаточне рішення приймайте самостійно!

Проблеми завжди будуть існувати в нашому житті і їх треба вирішувати, а не накопичувати. Для скорішого вирішення проблем, задач, існує алгоритм, який ми розглянемо за допомогою програми цього тренінгу навичок психологічного відновлення [34].

4 етапів вирішення проблеми:

1) Cформулювати саму суть проблеми та з’ясувати, чия вона. Часто здається, що проблема дуже велика і вирішити її одразу занадто складно. В такому випадку треба буде розділити одну велику проблему на декілька частин. І, чим більш конкретною буде частина проблеми, тим легше її вирішувати. Не треба хвилюватися, що не вдасться вирішити всі підчастини великої проблеми. Адже, ключовим моментом буде сфокусувати свою увагу саме на єдиній частині за раз та не перескочити на інші частини великої проблеми, або інші другорядні проблеми [34].

Тож зараз спробуємо*:* запишіть вашу проблему на аркуш паперу, якщо потрібно, розділіть її на більш малі частини. Особливу увагу зверинть на те, щоб з’ясувати кому належить ця проблема. Для цього дайте собі чесні відповіді на наступні питання:

* це відбувається зі мною або між мною та іншими людьми?

або

* ця проблема стосується когось іншого або відбувається між двома іншими людьми?

Якщо проблема дійсно стосується інших людей, то треба розуміти, що вона не є в полі можливостей вирішення її особисто вами. Ви не зможете впливати на розв’язання проблем інших людей [34]. Але свої ви точно в змозі вирішити.

2) Важний момент - постановка цілі.Проблеми є завжди, всі хочуть їх позбавитися, але частенько не вистачає організованості та часу на те, щоб для себе мати розуміння того, яких саме змін ми бажаємо. Твердження типу «Я схвильований тим, що…», «Я боюся…», «Я потребую…», «Я хочу…», будуть добрими помічниками. Запишіть їх.

3) Мозговий штурм - цеспонтанне придумування якомога більшої кількостіваріантів вирішення ващої проблеми. Запишіть від 6 до 10, можна й більше варіантів. Це можуть бути як реальні так і досить безглузді способи. Важливо виконати цей пункт, а якщо виникли труднощі з придумуванням, запитайте себе «щоб можливо зробив би член родини, ваш друг, товариш, або вчитель чи колега, у вирішенні подібної проблеми». І коли варіанти є, цей крок завершено.

4) Оцініть всі придумані рішення та виберіть на вашу думку саме реалістичне. Завершуючий етап – це вибір найкращого рішення (одного або більше). Поверниться до списку варіантів вирішення проблем з кроку 3, поміркуйте, наскільки корисними вони можуть бути. Виберіть найкраще, на вашу думку, рішення. І, обов’язково, визначте для себе термін виконання запланованих дій [34].

Отриману інформацію щодо 4 етапів рішення проблем Ви можете розповсюдити серед близьких вам людей, друзів, товарищів. Однак, спочатку, спробуйте їх декілька разів на власному досвіді та переконайтесь в їх ефективності.

Тема: «Формування конструктивного мислення»

Мета: Відслідкування турбуючи і тривожних думок та їх заміна на більш конструктивні.

Деякі ситуації призводять до того, що люди відчувають негативні емоції. Наприклад, якщо людина застрягла в заторі, у лифті її це може розізлити або налякати. Однак, важливий вплив на те, як людина себе почуває в той чи іншій ситуації, надає саме те, що вона думає про даний випадок. Якщо людина, яка застрягла у заторі думає: «Я через це запізнюсь а мій керівник мене буде сварити», людина може почувати себе більш тривожно, а якщо подумає: «Нарешті я буду відсутня на цьому нудному заході», то може відчути себе трішки щасливішою [34]. Або, якщо вона подумає: «Чому я завжди потрапляю до затору через безмізких водіїв», може відчути себе пригніченою та роздратованою. Важливо розуміти, що:

1. Наші думки впливають на почуття. Тривожні думки створюють відчуття тривоги, злі думки викликають злі почуття, думки про безвихідь провокують відчуття безнадії, а заспокійливі думки допомагають нам заспокоїтися.

2. Думки та почуття завжди різняться один від одного. Думка – те, що з’явилося внаслідок нашого міркування, це продуктивність мислення. Думки - це слова, речення, ментальні образи в наших мізках, як написи з репліками в коміксах. Емоції – це відчуття, які виникають в нашому тілі, коли ми думаємо ту чи іншу думку. Наприклад, ми можемо відчувати легкість в ногах, коли ми натхненні, або ми можемо відчувати озноб, холодок по спині, коли перелякані, відчуття важкості в грудях може бути пов’язана з тим, що нам сумно, або затамувати подих, коли нам страшно [34].

Нам треба навчитися відслідковувати свої деструктивні, негативні, гнітючі думки для того, щоб переформулювати їх у конструктивні. Відслідкування та визначення неконструктивних думок («я ніколи не буду в безпеці») само по собі не завжди допомагає замінити їх на більш конструктивні («я находжусь в безпеці більшу частину часу»). Тому наступним етапом знайдить, проясніть та запишіть альтернативні, позитивні, конструктивні думки. У цьому вам може допомогти наступне: уявить ту людину, яка, має таку ж неконструктивну думку як і ви. Яку пораду ви їй дасте? Скажіть, будь-ласка. Далі уявіть ситуацію, та спробуйте вголос проговоріти конструктивну думку, щоб спростувати негативні думки та таким чином замінити емоції. Це дасть можливість вам звикнути до ціленаправленої заміни негативих думок на позитивні, і побачити, чи виходить у вас переформульовувати думки. Будь-який навик потребує тренування. Тож тренуймося. Я розумію, що одразу повністю повірити в нову, перефразовану думку може і не вийде, та все ж спробуйте. Для полегшення цієї навички ви можете використовувате техніку вирішення проблем, щоб провести «мозковий штурм» з метою зниження тривоги та підсилення відчуття безпеки [34]. Також можна підключити техніку нормалізації дихання, звернутися за допомогою до знайомого навика планування позитивної діяльності, щоб відволіктися від неконструктивних думок та звести на нівець час, який буде витрачений на концентрацію на таких думках.

Тема: «Вдосконалення соціальних зв’язків»

Мета: покращити позитивні відносини та соціальну підтримку.

Спілкування допомагає нам розвивати впевненість в себе і зміцнювати особисті якості. Спілкування необхідне для того, щоб ми відчували, що нас розуміють та піклуються; відчувати себе потрібним та бажаним; як підтримка, для розуміння-ви впораєтесь; отримання поради. Коли ми втомлені, виснажені, чи зморені, або перебуваємо під впливом довготривалого стресу, у депресії, спілкування перестає приносити задоволення, хочеться уникати людей, більш того, зявляється відчуття, ніби нам ніхто не радий. Але навколо точно є люди, які в змозі нам допомогти, підтримати у скрутну хвилину, та ми перестаємо їх помічати, або уникаємо, проганяємо [34].

Перед кожним з вас зараз лежить аркушик із зображеним сонечком - це коло з промінчиками. А тепер уявіть собі, що ви - це центр Сонячної системи, а оточують вас різні планети – ці промінчики. Поміркуйте про своє оточення, спочатку про найближчих вам людей, родичів, потім про своїх друзів, товаришів, товаришів ваших товаришів, сусідів, про людей, з якими ви спілкуєтєсь у вашому спортзалі, салоні краси, супермаркеті, можливо якісь місця, наприклад, університет або бібліотека, чи можливо кав’ярня. Підпишіть промінчики цими зв’язками. І коли закінчити виконувати це завдання, задумайтесь, які відносини вас зв’язують з тими чи іншими людьми, які активності ви виконуєте разом? Чи подобається вам те, як ви себе відчуваєте поруч з тими людьми? Проаналізуйте це прямо зараз. Давайте разом обговоримо, хто хоче поділитися своїми думками з нами? Дякую. Тож ви побачили, що кругом вас є люди, і більшість з них готова вам допомогати й бути поруч. Даже від одніє думки про їх існування стає приємно, це викликає приємні спогади, посмішку і зразу впливає на покращення настрою.

В процесі тренінгу ми разом з вами засвоїли 5 різних навичок психологічного відновлення. Використовуючи їх в своєму житті, ви зможете знизити рівень тривоги, підвищити свою стресостійкість, відчути свою значимість, перш за все для себе, та рухатися вперед до перемог.

**3.3. Результати формуючого експерименту та аналіз ефективності корекційних заходів.**

Після проведеного первинного дослідження та корекційної програми з учасниками виконано контрольне тестування для оцінки результативності здійсненого дослідження. Були застосовані ті ж самі методіки, з якими учасники вже знайомі. Перш ніж розпочати експеримент, з респондентами була проведена бесіда, в якій обговорювались вивчені матеріали та їхнє застосування в щоденній практиці.

Формуючий эксперимент продемонстрував:

Післе аналізу анкетування по Шкалі тривоги Бека (BAI) можно виявити, які показники мають перевагу (див. табл. 3.1).

**Таблиця 3.1**

**Результати дослідження за методикою «Шкала тривоги Бека (BAI)»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п досліджуваних | Норма | легкий | середній | високий |
| 1 |  | 7 |  |  |
| 2 |  |  | 11 |  |
| 3 | 5 |  |  |  |
| 4 |  |  | 11 |  |
| 5 |  | 8 |  |  |
| 6 |  |  | 10 |  |
| 7 |  | 4 |  |  |
| 8 |  | 8 |  |  |
| 9 | 4 |  |  |  |
| 10 | 1 |  |  |  |
| 11 |  |  |  | 16 |
| 12 | 5 |  |  |  |
| 13 |  | 5 |  |  |
| 14 |  |  |  | 18 |

**Продовження таблиці 3.1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 15 |  |  | 12 |  |
| 16 |  |  |  | 18 |
| 17 |  | 8 |  |  |
| 18 |  | 6 |  |  |
| 19 |  | 5 |  |  |
| 20 |  |  | 11 |  |
| 21 |  |  | 10 |  |
| 22 |  | 7 |  |  |
| 23 | 2 |  |  |  |
| 24 |  | 5 |  |  |
| 25 | 2 |  |  |  |
| 26 | 3 |  |  |  |
| 27 | 4 |  |  |  |
| 28 | 3 |  |  |  |
| 29 | 4 |  |  |  |
| 30 | 3 |  |  |  |
| Всього відповідей | 11 | 10 | 6 | 3 |

**Рис. 3.1 Порівняльна діаграма опитувальника шкала тривоги Бека**

На рисунку 3.1. спостерігається суттєве поліпшення психоемоційного стану учасників опитування. Протягом участі в тренінгах значна увага була зосереджена на емоційній складовій респондентів та освоєнні навичок саморегуляції.

Обчислення t-критерія Стьюдента для залежних вибірок показало: що середній рівень тривоги до проведення експерименту складав 10.067±6.459 (m = ±1.179), тоді як після експерименту він складає 7.133±4.652 (m = ±0.849). Для вказаного числа ступенів свободи це відповідє (f) 29. Значення парного t-критерія Стьюдента дорівнює - 3.676. При даному числу ступінь свободи складає 2.045. tнабл < tкрит, тож зміни в показниках не є статистично значними (p=0.001).

**Таблиця 3.2**

**Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека (BDI)»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п досліджуваних | Норма | Легка депресія | Помірно виражена | Високий рівень |
| 1 |  |  | 14 |  |
| 2 |  |  | 12 |  |
| 3 |  | 5 |  |  |
| 4 |  |  | 8 |  |
| 5 | 2 |  |  |  |
| 6 |  |  | 9 |  |
| 7 |  | 5 |  |  |
| 8 |  | 7 |  |  |
| 9 |  |  | 9 |  |
| 10 | 3 |  |  |  |
| 11 |  |  |  | 16 |
| 12 | 2 |  |  |  |
| 13 |  |  | 12 |  |
| 14 |  |  |  | 20 |
| 15 |  |  | 11 |  |
| 16 |  | 7 |  |  |

**Продовження таблиці 3.2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 17 | 3 |  |  |  |
| 18 | 2 |  |  |  |
| 19 | 2 |  |  |  |
| 20 | 3 |  |  |  |
| 21 |  |  | 10 |  |
| 22 | 2 |  |  |  |
| 23 | 2 |  |  |  |
| 24 |  | 6 |  |  |
| 25 | 1 |  |  |  |
| 26 | 3 |  |  |  |
| 27 |  |  | 10 |  |
| 28 | 3 |  |  |  |
| 29 | 3 |  |  |  |
| 30 |  | 6 |  |  |
| Всього відповідей | 13 | 6 | 9 | 2 |

**Рис. 3.2. Порівняльна діаграма дослідження за методикою «Шкала депресії Бека (BDI)»**

Після проведення формувального експерименту спостерігаються зміни в показниках, зокрема, значне зниження результатів у тих, хто має високий рівень вираженості симптомів депресії. Обчислення t-критерія Стьюдента для залежних вибірок: середнє значення рівня депресії до експерименту складає 8.667±5.486 (m = ±1.002), в тей час після проведення експерименту середнє значення складає 6.600±4.861 (m = ±0.886). Кількість ступнів свободи (f) 29. Парний t-критерій Стьюдента дорівнює - 2.988. Критичне значення t-критерія Стьюдента при даному числі ступенів свободи складає 2.045. tнабл < tкрит, тож зміни показника не є статистично значнимі (p=0.006).

**Таблиця 3.3**

**Порівняльна таблиця дослідження за методикою «Шкала PCL-5»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п досліджуваних | 1-й зріз | 2-й зріз |
| 1 | 29 | 24 |
| 2 | 31 | 28 |
| 3 | 9 | 8 |
| 4 | 17 | 16 |
| 5 | 13 | 9 |
| 6 | 15 | 14 |
| 7 | 13 | 9 |
| 8 | 27 | 17 |
| 9 | 17 | 2 |
| 10 | 10 | 7 |
| 11 | 27 | 26 |
| 12 | 30 | 7 |
| 13 | 26 | 22 |
| 14 | 17 | 14 |
| 15 | 28 | 24 |
| 16 | 25 | 21 |
| 17 | 27 | 25 |

**Продовження таблиці 3.3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 18 | 7 | 6 |
| 19 | 29 | 24 |
| 20 | 16 | 18 |
| 21 | 20 | 13 |
| 22 | 18 | 11 |
| 23 | 7 | 5 |
| 24 | 11 | 5 |
| 25 | 15 | 9 |
| 26 | 27 | 22 |
| 27 | 15 | 11 |
| 28 | 5 | 3 |
| 29 | 6 | 3 |
| 30 | 5 | 2 |

Хоча значних показників посттравматичного стресового розладу не виявили, спостерігалося зниження балів з моменту першої оцінки респондентів.

Обчислення t-критерія Стьюдента для залежних вибірок: середнє значення прояву ПТСР до проведення експерименту складає 18.067±8.791 (m = ±1.605), а середнє значення після експерименту складає 13.500±8.185 (m = ±1.495). Кількість ступнів свободи (f) 29. Парний t-критерій Стьюдента дорівнює - 5.175. Критичне значення t-критерія Стьюдента при даному числу ступенів свободи складає 2.045. tнабл < tкрит, тож зміни показника не є статистично значнимі (p=0.000).

**Таблиця 3.4**

**Результати дослідження за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п досліджуваних | 0-50 балів | 50-100 балів |
| 1 |  | 52 |
| 2 | 35 |  |

**Продовження таблиці 3.4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 |  | 75 |
| 4 |  | 96 |
| 5 |  | 80 |
| 6 | 41 |  |
| 7 |  | 76 |
| 8 |  | 56 |
| 9 |  | 80 |
| 10 |  | 80 |
| 11 |  | 79 |
| 12 |  | 57 |
| 13 |  | 68 |
| 14 | 48 |  |
| 15 |  | 56 |
| 16 |  | 76 |
| 17 |  | 80 |
| 18 |  | 76 |
| 19 |  | 61 |
| 20 |  | 80 |
| 21 |  | 95 |
| 22 |  | 80 |
| 23 |  | 80 |
| 24 |  | 78 |
| 25 |  | 80 |
| 26 |  | 96 |
| 27 |  | 68 |
| 28 |  | 96 |
| 29 |  | 49 |
| 30 |  | 69 |

**Рис. 3.3. Порівняльна діаграма дослідження за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

Відповідно до наданих даних, респонденти відзначили підвищення своєї самооцінки стосовно настрою, що вважається позитивним зрушенням.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3**

Створена на основі ретельно прорахованих та проаналізованих результатів дослідження психологічного стану учасників тренінгова программа «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій» проводилася протягом місяця серед студентської молоді.

Було проведено попереднє тестування для оцінки психологічного стану респондентів, включаючи рівні тривоги, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та загальний індекс самопочуття. Також виконано посттестування за тими ж критеріями. Протягом місяця відбулись тренінги, спрямовані на усвідомлення власного психоемоційного стану, де проводились психоедукаційні заняття, які розкривали поняття стресу та стійкості до нього. Учасники навчались управляти своїми емоціями та усвідомлювати вплив різних аспектів життя на психоемоційний стан особистості.

Після завершення констатувального експерименту та проведення навчальних занять респонденти пройшли посттестування. Аналізуючи результати обох перевірок, можна дійти висновку, що програма «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій» для вимушених переселенців – студентів, позитивно впливає на розвиток навичок психологічного відновлення, що, в свою чергу, сприяє поліпшенню їхнього психоемоційного стану.

ВИСНОВКИ

Теорія стресу була вперше висунута канадським ученим Гансом Сельє у 1936 році. У фізіології, психології та медицині термін «стрес» використовується для опису широкого спектра станів людини, які виникають у відповідь на різні екстремальні фактори.

Ганс Сельє розглядав стрес як комплекс фізіологічних реакцій організму на будь-який запит, який вимагає від нього адаптації та подолання складнощів.

Наразі немає єдиного визначення поняття "стрес". Дослідження цієї проблеми все ще знаходяться на стадії фрагментарного аналізу і не призвели до чіткої консенсусної позиції.

У 1972 році Всесвітня організація охорони здоров'я визначає стрес як неспецифічну реакцію організму на будь-яке вимогу, що пред'являється до нього. Іншими словами, стрес є відповіддю на загрозу, реальну або уявну.

Травматичний стрес можна розглядати як окремий вид загальної стресової реакції. Він формується під впливом критичних життєвих подій з високою інтенсивністю, що мають глибоко негативний вплив та характеризуються майже повним браком можливості контролю та несподіванкою. Наслідками травматичного стресу можуть бути порушення адаптації та розвиток стресових розладів.

У цій магістерській роботі здійснено теоретичне обґрунтування та експериментальне дослідження соціально-психологічних аспектів прояву травматичного стресу у молодих людей, які стали вимушеними переселенцями.

Проведено аналіз стану вивчення проблеми травматичного стресу особистості в сучасній психологічній літературі. Досліджено специфіку прояву такого стресу у вимушених переселенців. На основі експериментального дослідження з'ясовано особливості прояву травматичного стресу в осіб юнацького віку. Розроблено програму психокорекції, спрямовану на подолання наслідків травматичного стресу у вимушених переселенців – студентів вищих навчальних закладів.

Група досліджуваних: вимушені переселенці – студенти: юнаки (10 респондентів) та дівчата (20 респондентів), у віці 19-20 років.

У ході дослідження застосовувалися такі методи:

\* Спостереження: систематичне фіксація поведінки та взаємодії учасників.

\* Інтерв'ювання: збирання інформації шляхом розмов з учасниками дослідження.

\* Констатуючий експеримент: виявлення зв'язків між явищами в контрольованих умовах без зміни змінних.

\* Тестування: використання стандартизованих тестів для кількісної оцінки психологічних конструктів, зокрема:

\* Шкала тривоги Бека (BAI)

\* Шкала депресії Бека (BDI)

\* PCL-5 (Національний Центр PTSD, Бостон, США, 1993)

\* Індекс загального самопочуття ВОЗ - 5

Отримані дані оброблялися статистичними методами з подальшим якісним аналізом та змістовним узагальненням

Після первісного тестування протягом місяця проводився цикл навчальних занять, спрямованих на підвищення розуміння власних психоемоційних станів.

Заняття охоплювали психоосвітні аспекти стресу та стійкості до нього, методи управління емоціями та аналіз взаємозв'язку між різними сферами життя та психоемоційним благополуччям особистості.

Завершенням програми стало повторне тестування учасників. Порівняльний аналіз результатів обох тестів дозволяє зробити висновок про позитивний вплив тренінгових занять на покращення психоемоційного стану респондентів.

Наукова цінність дослідження полягає у глибшому розумінні проявів травматичного стресу у вимушених переселенців - студентів закладів вищої освіти, а також у розширенні знань щодо застосування методик психологічної реабілітації в роботі з цією категорією населення.

Важливою складовою дослідження є розробка та доведення ефективності програми психокорекції травматичного стресу для студентів-переселенців.

Отримані результати можуть бути застосовані у різних сферах:

\* роботі з населенням на прифронтових територіях;

\* навчально-виховному процесі вищих навчальних закладів;

\* вирішенні питань особистісного розвитку та адаптації студентів у навчальному середовищі;

\* організації роботи психологічних служб освітніх установ;

\* проведенні психологічного консультування;

\* реалізації психокорекційних та розвиваючих занять, комунікативних тренінгів.

Програма корекції травматичного стресу «Розвиток навичок психологічного відновлення і стійкості до стресових ситуацій» може бути інтегрована до діяльності психолога у межах викладання спеціальних курсів для студентів-переселенців.

ДОДАТКИ

**Додаток А**

**Шкала Тривоги Бека**

Прізвище, ім’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вік \_\_\_\_\_ Дата дослідження \_\_\_\_\_\_

Прошу обрати одну з запропонованих відповідей на кожне запитання. Намагайтесь відповідати швидко.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0.Зовсім не турбує | 1.Злегка турбує | 2.Середньо турбує | 3.Дуже турбує |
| 1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі |  |  |  |  |
| 2.Відчуття жару |  |  |  |  |
| 3.Тремтіння в ногах |  |  |  |  |
| 4.Неможливість розслабитись |  |  |  |  |
| 5.Страх, що станеться найгірше |  |  |  |  |
| 6.Головокружіння |  |  |  |  |
| 7.Прискорене серцебиття |  |  |  |  |
| 8.Нестійкість, нестабільність |  |  |  |  |
| 9.Відчуття жаху, це кінець |  |  |  |  |
| 10.Дратівливість |  |  |  |  |
| 11.Тремтіння в руках |  |  |  |  |
| 12.Відчуття задухи |  |  |  |  |
| 13.Нерівна хода |  |  |  |  |
| 14.Страх втрати контролю |  |  |  |  |
| 15.Труднощі з диханням |  |  |  |  |
| 16.Страх смерті |  |  |  |  |
| 17.Переляк |  |  |  |  |
| 18.Шлунково-кишкові розлади |  |  |  |  |
| 19.Непритомність |  |  |  |  |
| 20.Прилив крові до обличчя |  |  |  |  |
| 21.Посилене потовиділення (не пов’язане зі спекою) |  |  |  |  |

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривог

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги

**Додаток Б**

**ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА**

|  |  |
| --- | --- |
| Ім’я, прізвище: | Дата: |

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

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

**Продовження додатку Б**

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

**Продовження додатку Б**

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

|  |
| --- |
| ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ: |

**Додаток В**

**Шкала самооцінки PCL -С (цивільна версія)**

Ім'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №; | Питання | Не було зовсім (1) | Інколи (2) | Помірно (3) | Часто (4) | Дуже часто (5) |
| 1 | Думки і спогади, що повто-рюються і турбують, або нав’язливі картини травма-тичного досвіду з минулого? |  |  |  |  |  |
| 2 | Повторювані, турбуючи сни про травматичний досвід з минулого? |  |  |  |  |  |
| 3 | Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)? |  |  |  |  |  |
| 4 | Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого? |  |  |  |  |  |

**Продовження додатку В**

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

**Додаток Г**



**Psychiatric Research Unit**

WHO Collaborating Centre in Mental Health

**Індекс загального (гарного) самапочуття /ВОЗ (варіант 1999 р.)**

Оберіть одну з цифр напроти кожного з пяти нижче запропонованих тверджень, яка найбільш відповідає вашому самопочуттю за останні два тижні. Зверніть увагу, високі бали означають більш гарне самопочуття.

Наприклад, якщо ви відчували себе більш бадьорим та в гарному настрої більше половини часу в останні два тижні, виділіть колом цифру 3 у верхньому правому куті відповідного квадратика.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Останні два тижні | Весь час | Більшу частину часу | Більше половини часу | Менше половини часу | Деякий час | Ніколи |
| 1. Я почуваю себе бадьорим та в гарному настрої | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Я почуваю себе спокійним та розкутим | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Я почуваю себе активним та енергійним. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Я просинаюся та відчуваю себе свіжим та відпочившим. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Зі мною кожного дня трапляються речі, які мене цікавлять. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Як підраховуються бали:

Для того, щоб підрахувати бали, треба скласти обрані вами цифри у верхньому правому куті квадратика та помножити отриману суму на чотири. Отримана сума балів буде коливатися в діапазоні від 0 до 100. Більш високі бали означають більш гарне самопочуття.

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød