

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Жданов В. М.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНОЇ
РОБОТИ З НИМИ**

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини
(повне найменування інституту, факультету)
Кафедра психології та соціології
(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНОЇ
РОБОТИ З НИМИ»**

Виконав:

здобувач вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-242зм

В. М. Жданов

Керівник роботи: к. психол. н., доц.

Н. М. Бугайова

Рецензент:

завідувачка кафедри психології та філософії
Буковинського державного медичного університету
(м. Чернівці),
д. психол. н., проф.

А. С. Борисюк

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітній ступінь _____ магістр _____
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю. О.

“03” вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ
Жданова Віталія Миколайовича**

1. Тема роботи: «Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців та особливості корекційної роботи з ними».
Керівник роботи: Н. М. Бугайова – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня 2025 року, № 141/15.04

2. Строк подання студентом роботи до захисту «10» грудня 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 163 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки).

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

7. Дата видачі завдання: «03» вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
4	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формульованого експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
7	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
8	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
9	Перевірка роботи на академічний плагіат.	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	
10	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	18.12.2025 р. – 21.12.2025 р.	
11	Захист кваліфікаційної роботи.	22.12.2025 р. – 27.12.2025 р.	

Здобувач вищої освіти
Керівник роботи:
 к. психол. н., доц.

Жданов В. М.
Бугайова Н. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 163 с., табл. – 18, літератури – 132 дж., додатків – 1.

В кваліфікаційній роботі представлено теоретико-методологічні основи дослідження системи психологічної корекції військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом – як цілеспрямований і обґрунтований психологічний вплив на відповідні психологічні структури для створення умов щодо повноцінного розвитку і функціонування особистості у поєднанні з провідними соціально-психологічними властивостями особистості.

Було проведено констатувальний та формувальний експерименти. Під час проведення констатувального експерименту визначено специфіку структурних складових, що перешкоджають дії посттравматичного стресового розладу: соціокультурна, соціо-психо-біологічна, соціо-поведінкова та проведено психологічну діагностику щодо дослідження проявів ПТСР.

На основі результатів констатувального експерименту розроблено й апробовано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на реабілітацію військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

Перевірено ефективність корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики.

Ключові слова: ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, КОРЕКЦІЯ, КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПРОФІЛАКТИКА, РЕАБІЛІТАЦІЯ.

ABSTRACT

Zhdanov V. M. Post-traumatic stress disorder in military personnel and the specifics of corrective work with them. Qualification work. Kyiv, 2025.

The qualification work presents the theoretical and methodological foundations for researching the psychological correction system for military personnel with post-traumatic stress disorder as a purposeful and reasoned psychological influence on the relevant psychological structures to create conditions for the full development and functioning of the personality in conjunction with the leading socio-psychological properties of the personality.

Constatative and formative experiments were conducted. During the constatative experiment, the specifics of the structural components that hinder the action of post-traumatic stress disorder were determined: sociocultural, socio-psycho-biological, socio-behavioral, and psychological diagnostics were conducted to study the manifestations of PTSD.

Based on the results of the ascertaining experiment, a program of social and psychological training aimed at the rehabilitation of military personnel suffering from post-traumatic stress disorder was developed and tested.

The effectiveness of corrective measures was verified using methods of mathematical statistics.

Keywords: MILITARY PERSONNEL, CORRECTION, COMPREHENSIVE CORRECTION PROGRAM, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, PREVENTION, REHABILITATION.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО КОРЕКЦІЇ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	13
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у психологічній літературі	13
1.2. Психологічні особливості надання психологічної допомоги особам, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору	33
1.3. Психологічні особливості комплексної корекції осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору	43
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	61
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ОСОБИСТІСТЬ, ЯКА ПЕРЕБУВАЄ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ	63
2.1. Психологічні принципи організації психологічного дослідження впливу посттравматичного стресового розладу в умовах стрес фактору	63
2.2. Психологічний аналіз результатів констатувального етапу психологічного експерименту	65
2.3. Психологічні особливості прояву копінг-стратегій військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний розлад в умовах стрес фактору	81
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	103
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	107
3.1. Методологічні принципи розробки та реалізації програми комплексної корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад	107
3.2. Програма психологічної корекції щодо подолання та профілактики посттравматичного стресового розладу	118
3.3. Психологічний аналіз емпіричних даних результатів формувального етапу психологічного дослідження	139
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	149
ВИСНОВКИ	151
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	159
ДОДАТКИ	171

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сучасному етапі розвитку наша країна перебуває в екстремальній ситуації і постійно піддається впливу стрес-факторів. Соціально-психологічна оцінка впливу посттравматичного стресового розладу є надзвичайно важливою, особливо з точки зору реабілітації постраждалих від цих факторів. Тому всебічний та комплексний підхід, що охоплює феноменологію реабілітації осіб в екстремальних ситуаціях, вважається пріоритетним у світовій та вітчизняній психології.

Найбільш важливі та актуальні проблеми в галузі вітчизняної соціальної психології, психотерапії та гуманітаристики пов'язані з вивченням соціально-психологічних наслідків впливу екстремальних високоінтенсивних стресів на людей в умовах військових дій та різних катастрофічних ситуацій (О. Моляко, В. Клименко, О. Кокун, С. Максименко).

У сучасному контексті історичних подій та глобальних соціально-психологічних, економічних і політичних трансформацій можливість переживання травматичного впливу екстремальних стресорів є найбільш прогнозованою для багатьох людей і навіть етнічних, громадських і національних груп, і все це сприяло тому, що в науковому соціальному середовищі викликає великий інтерес і попит на дослідження.

У сучасній науковій парадигмі активно просувається поняття «посттравматичний стресовий розлад», «травматичний стрес», але власне семантичне поле, проблеми з інтенсивно-залежною моделлю дії стресорів на рівні реагування, введенням почуття провини до реєстру посттравматичних симптомів, можливими наслідками пошкодження мозку, впливом гормонів стресу, вплив соціально-політичної ситуації в суспільстві (О. Пітман, Д.Бреслау, Е. Горовіц), зростання міжнародної терористичної активності та небезпека поширення цього явища.

Особливого значення в сучасних реаліях набуває особлива форма екстремального стресу – воєнний стрес, для позначення якого існують різні терміни. Це і «швейцарська хвороба» (Й. Хофер), і «нервовий шок»

(Ж.-М. Шарко), і «воєнний невроз» (З. Фрейд), і «посттравматичний стресовий розлад» (М. Горовіц), і «невроз військової травми» (А. Кардінер).

Тому реабілітація постраждалих від посттравматичного стресового розладу є пріоритетним завданням для суспільства. Система реабілітації жертв екстремальних подій орієнтована насамперед на спільну роботу психологів, клінічних психологів, психотерапевтів та психіатрів, спрямовану на відновлення та підтримку здоров'я таких людей.

Таким чином, актуальність цього дослідження пов'язана з потребою суспільства в розробці ефективних систем корекції та реабілітації жертв екстремальних стресів як з наукової соціально-психологічної точки зору, так і з соціально-психологічними теоретичними та практичними потребами суспільства.

Отже, поєднання теоретико-методологічних (вивчення соціально-психологічних умов психологічної корекції та профілактики дії посттравматичного стресового розладу на особистість військовослужбовця) та практичних потреб суспільства (необхідність надання результативної психологічної допомоги постраждалим в умовах екстремальних ситуацій) зумовило вибір теми кваліфікаційного дослідження: «Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців та особливості корекційної роботи з ними»

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад.

Предмет дослідження – посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців та особливості корекційної роботи з ними.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити соціально-психологічні особливості комплексної системи корекції та реабілітації військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

Для досягнення мети було висунуто такі **завдання дослідження**:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми дії посттравматичного стресового розладу на особистість

військовослужбовця в екстремальних умовах й організації комплексної системи корекції постраждалих.

2. Розкрити специфіку дії посттравматичного стресового розладу на особистість військовослужбовця в екстремальних умовах та визначити провідні складові комплексної системи корекції постраждалих.
3. Здійснити порівняльний аналіз соціально-психологічних особливостей військовослужбовців, постраждалих від дії посттравматичного стресового розладу й визначити передумови комплексної системи корекції особам, яким надавалася психологічна допомога.
4. Розробити соціально-психологічну програму оптимізації комплексної системи корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: принципи системно-цілісного підходу (В. Бочелюк, Н.Завацька, З. Карпенко, А. Коваленко та ін.); суб'єктно-діяльнісного (Г. Костюк, С. Максименко, В. Роменець та ін.); системно-структурний підхід до процесів розвитку (О. Кононенко, Л. Сердюк, О. Шевяков та ін.); поняття організації і системи у контексті розвитку (реабілітації постраждалих в екстремальних умовах дії стрес-фактору (М. Каган, Л. Карамушка та ін.); концепції розвитку особистості як активного суб'єкта життєтворчості (С. Гарькавець, Т. Титаренко, Н.Чепелєва та ін.) та адаптації до соціальних умов (Ю. Бохонкова, О. Лосієвська, Л. Пілецька та ін.); положення когнітивно-поведінкової психотерапії про реабілітацію постраждалих від емоційної травми (Дж. Герман, М. Маккей, М. Скин, П. Фаннінг та ін.); теорія лікування комплексного ПТСР (ван дер Колк, Дж. Найп, Р. Шварц та ін.); психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR) (Ф. Шапіро, А. Рубін, К. Росс та ін.); когнітивно-біхевіоральна терапія психічних порушень (П. Можни, Я. Прашко, М. Шлепецькі та ін.); діалектико-поведінкова терапія (Дж. Брантлі, Дж. Вуд, М. Маккей та ін.); положення і принципи активних соціально-психологічних форм і методів роботи (В. Завацький, У. Михайлишин, М. Тоба та ін.).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що: обґрунтовано теоретико-методологічні засади та методична база дослідження системи психологічної реабілітації військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад; розкрито концептуальні й змістовно-процесуальні засади організації соціально-психологічної програми комплексної корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад внаслідок дії стрес-факторів, із визначенням провідних складових її ефективної реалізації, через запровадження дієвих соціально-психологічних психотехнологій; поглиблено та уточнено уявлення про структуру комплексної корекції військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад.

Методи (методики) дослідження:

- *теоретичні*: концептуальний аналіз наукових джерел з проблеми реабілітації постраждалих на посттравматичний стресовий розлад;
- *емпіричні*: спостереження, експеримент (констатувальний, формувальний), тестування (методика «Шкала оцінок відповідності стандартам» EMDR, методика «Комплексний копінговий опитувальник» (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг), «Шкала депресії, тривоги і стресу – 21» (DASS-21), тест-опитувальник для визначення самоставлення особистості (В. В. Столін, С. Р. Пантелєєв), методика дослідження агресії (Басса-Даркі), методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності» Спілбергера-Ханіна (SPROT), методика «Q-сортування» (Q-sort) В. Стефансона;
- *математико-статистичні*: емпіричні дані опрацьовано з використанням методів математичної статистики за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 21.0) та подальшою якісною інтерпретацією та психологічним аналізом отриманих результатів.

Теоретичне значення дослідження полягає у визначенні та обґрунтуванні соціально-психологічних особливостей комплексної системи корекції військовослужбовців внаслідок дії посттравматичного стресового розладу в екстремальних умовах на засадах системно-цілісного та індивідуально-орієнтованого підходів; поглибленні психологічних знань про

систему ціннісних ставлень особистості до себе, інших і світу в цілому в екстремальних умовах дії посттравматичного стресового розладу; виокремленні принципів, методів, прийомів й психотехнологічних засобів організації комплексної системи корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування психодіагностичного блоку для виявлення соціально-психологічних механізмів утворення та дії посттравматичного стресового розладу в умовах дії кризових ситуацій й ціннісних ставлень особистості, як передумови протидії його негативним наслідкам; у розробці змісту організації комплексної системи корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. Теоретично та емпірично обґрунтовані положення дослідження можуть використовуватись задля розробки програм соціально-психологічної допомоги особам, постраждалим на посттравматичний стресовий розлад внаслідок дії екстремальних стрес-факторів; як методичне забезпечення психологічного консультування, психодіагностики, психопрофілактики, психокорекції та психотерапії у роботі із постраждалими на посттравматичний стресовий розлад внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО КОРЕКЦІЇ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у психологічній літературі

Одним з найважливіших факторів стресу є військова ситуація в Україні [6; 7]. Загалом, здатність особистості адаптуватися в умовах війни пов'язана з її винахідливістю, стійкістю, особистою адаптивністю та потенційною цінністю. Звичайно, стійкість до несприятливих зовнішніх впливів проявляється у «руйнуванні бар'єрів адаптації» та подоланні особистого адаптаційного потенціалу [3; 5; 8].

Отже, ми говоримо про вплив стресових факторів, що виявляється у невротичних розладах, зниженні комунікативної активності та загостренні психосоматичних розладів. Крім того, з'являються різні особистісні зриви та порушення механізмів саморегуляції. Перш за все, слід зазначити, що ставлення людини до впливу стресового фактора (від перебільшення до ігнорування) може бути використано для визначення зниження особистої компетентності в таких умовах.

Передусім, розглянемо посттравматичний стресовий синдром. Посттравматичний стресовий синдром (ПТСР) – це психічний стан, що відображає характерні симптоми, які з'являються після пережитого сильного стресу (Діагностичний і статистичний довідник психічних розладів, четверте видання [DSM-IV] [20; 91; 92]; Американська психіатрична асоціація, 1994) [15; 16; 18; 19]. Ці симптоми включають постійну серію подій, образів, думок і почуттів, що повторюються і викликають серйозне емоційне страждання, постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, заціпеніння, блокування емоційних реакцій і підвищення напруги та збудження [32; 33; 35]. Розлад

зазвичай триває більше місяця і викликає клінічно значущі емоційні стани та порушення в професійному та соціальному житті.

Особистості, які мають симптоми цього діагностичного рівня, пережили травматичну подію, що загрожувала їхньому життю, і відчувають сильний страх, а то й почуття безпорадності та тривоги, коли знову переживають таку подію. Якщо тривалість симптомів не перевищує трьох місяців, фахівці вважають ці симптоми ПТСР (гострим); якщо тривалість симптомів перевищує три місяці, розлад вважається хронічним. Симптоми можуть з'являтися через місяці або навіть роки після травми. Такі випадки називаються «відкладеним ПТСР» [38; 40; 41; 42].

Більшість осіб, які пережили травму, з часом одужують. Однак у меншості людей з'являються симптоми посттравматичного стресового розладу, які, якщо їх не лікувати, можуть призвести до серйозних і стійких психічних розладів [44; 46; 47].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад характеризується стійкою присутністю:

- 1) повторюваних і нав'язливих спогадів про подію;
- 2) повторюваних снів про подію;
- 3) поведінки, ніби подія повторюється;
- 4) сильного занепокоєння, спричиненого зовнішніми або внутрішніми обставинами;
- 5) фізіологічних реакцій на подразники або ситуації, що нагадують людині про подію.

Іншими словами, розлад включає симптоми уникнення та емоційної оцінки. До них належать:

- спроби уникнути думок, почуттів та розмов, пов'язаних з подією;
- спроби уникнути діяльності, місць та людей, пов'язаних з подією;
- нездатність згадати важливі аспекти події;
- значне зменшення участі в діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- відчуття відчуженості, віддаленості від інших;

- звуження спектру емоційних переживань;
- відчуття обмежених життєвих перспектив, що супроводжується значною відсутністю планів на майбутнє [42; 51; 52].

Крім того, з'являються симптоми збудження, які не були присутні до травматичної події:

- труднощі із засинанням або підтриманням сну;
- дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;
- підвищена пильність, гіперактивність, постійне очікування небезпеки або повторювані переживання ситуацій, що становлять загрозу для життя;
- посилена реакція на страх.

Якщо психологічна травма була серйозною або хронічною, у людини може розвинутися посттравматичний стресовий синдром, спричинений порушенням регуляції нейробіологічних процесів, відповідальних за оцінку загроз і реагування на них. Коли ця система перестає регулюватися, організм реагує так, ніби психологічна травма, пережита в минулому, відбувається в сьогоденні. Три загальні групи симптомів посттравматичний стресовий розлад – гіперпильність, нав'язливі спогади та уникнення – відображають розрив між нейронними мережами, що контролюють когнітивні процеси, відчуття, афекти та поведінку [1; 2; 3].

Гіперпильність відображає спричинене стресом порушення регуляції мигдалини та вегетативної нервової системи, що призводить до посилення страху, тривоги, збудження та дратівливості. Хронічна гіпербадьорість змушує людину сприймати своє оточення як небезпечне і вороже. Постійне збудження і пильність роблять таких людей відразливими, і ці симптоми часто віддаляють їх від благотворного впливу стосунків [1].

Коли травматичні події знову спливають у свідомості і сприймаються так, ніби вони відбуваються тут і зараз, це ознака нав'язливих симптомів відтворення. У такі моменти людина повністю втрачає відчуття відстані від психологічної травми, як у часі, так і в просторі. Це пояснюється тим, що кортико-гіпокампальні структури не змогли інтегрувати та локалізувати

соматичну, сенсорну та емоційну пам'ять у контексті автобіографічної історії. Нав'язливі спогади можуть проявлятися у вигляді ретроспективних «флешбеків», як, наприклад, коли ветеран війни падає на землю у відповідь на гучний звук феєрверку, або коли солдати, які зазнали струсу мозку, мають панічні атаки, викликані відповідними асоціативними спогадами. Причиною цього є активація підкіркових систем, яка викликається стимулами, пов'язаними з пережитим психологічним шоком. Амигдала контролює цей процес активації і має тенденцію надмірно узагальнювати початкові небезпечні стимули на різні інші сигнали. Це надмірне узагальнення призводить до того, що все більше вторинних або в основному не загрозливих стимулів стають тригерами.

Уникнення функціонує як захисний механізм, покликаний запобігти передбачуваній небезпеці, що виявляється в обмеженій взаємодії зі світом, дистанціюванні від інших та звуженні діапазону свідомо сприйманих думок і переживань. Уникнення може набувати форми заперечення або придушення, а в найважчих випадках – дисоціації та амнезії. Значення уникнення було підтверджено дослідженням Вільямса [9], яке показало, що 38 % дорослих жінок, які зазнали сексуального насильства в дитинстві, повністю забули про цей інцидент. Компульсивна поведінка, а також алкоголізм і наркоманія, які часто спостерігаються у жертв емоційних травм, можуть слугувати засобом управління негативними емоціями. Хоча уникнення тимчасово зменшує тривожність, воно не вирішує проблему відсутності інтеграції нейронних мереж, що сприяє хронічності розладу.

Результуючий симптоматичний комплекс створює механізм циклічної активації та оцінки, що відображає тілесну пам'ять про психологічну травму та процес самопожертви, який триває після травми. Замість природної мобілізації тіла для реагування на нові зовнішні загрози, травматичні спогади викликають постійні емоційні стани страху. Особистість, яка страждає на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), є жертвою мимовільної самотравматизації та активних реакцій «боротьби або втечі». Якщо ці симптоми стають хронічними, вони можуть поставити під загрозу всі аспекти життя людини, від її фізичного

здоров'я до якості міжособистісних відносин та сприйняття світу в цілому [3; 6].

Припущення про те, що психологічні травми мають глобальний вплив, підтверджується науковими дослідженнями, які демонструють підвищену ймовірність розвитку ПТСР після травми [1; 6]. Наприклад, особи, які зазнали насильства в дитинстві, більш схильні до розвитку ПТСР після участі в бойових операціях у дорослому віці [6]. Також було встановлено, що реакції на сильний стрес під час збройних конфліктів значно підвищують ймовірність подальших негативних реакцій на незначні або помірні стресові фактори [2; 4]. Все це вказує на те, що нелетальні випробування, через які ми проходимо, роблять нас більш вразливими до майбутнього стресу.

Таким чином, сучасні наукові досягнення в галузі нейронаук дозволяють нам краще зрозуміти природу та механізми виникнення, існування і, водночас, ефективного лікування негативних наслідків посттравматичного стресового синдрому, що є фундаментальною основою для успішного застосування психотерапевтичних підходів.

Крім того, техніки, орієнтовані на прямий вплив, можуть поєднуватися з гіпнотерапією та когнітивними втручаннями для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу. Для встановлення остаточного діагнозу ПТСР травматична подія повинна становити загрозу для життя, а реакція на неї повинна включати почуття сильного страху, безпорадності або жаху. Ці симптоми повинні зберігатися протягом щонайменше одного місяця, інакше ставиться діагноз гострого стресового розладу. Клінічні прояви посттравматичного стресового розладу включають реактивність на стрес і гіпербадьорість (наприклад, порушення сну, надмірні та тривожні реакції, постійна пильність), емоційне оніміння, байдужість (наприклад, обмежений діапазон емоційних переживань, почуття відстороненості та ізольованості від інших), а також постійне уникнення ситуацій або тригерів, що нагадують про травму (наприклад, уникнення діяльності, місць або людей, пов'язаних з подією).

Одним з ключових критеріїв посттравматичного стресового розладу є наявність яскравих спогадів, почуттів та образів травматичних подій, які називаються «флешбеками». Ці нав'язливі прояви посттравматичного стресового розладу можуть повторюватися протягом десятиліть після первинної травми та реактивуватися різними повсякденними подразниками та стресовими ситуаціями. Т. О'Брайен, автор роману про війну у В'єтнамі «The Things They Carried» [8], описав військові події, зазначивши: «Звичайно, найважче – це позбутися цих жахливих образів. Під час війни світ навколо нас – це довгий страшний фільм, кадр за кадром, і якщо щось нагадує мені про В'єтнам, у мене мурашки по шкірі до кінця життя». Флешбеки корелюють із хронічними соматичними розладами, тривогою, депресією, дисоціативними станами, уникненням ситуацій, пов'язаних із їх появою, параноїдальними думками та розладами сну [4], і саме на цих елементах повинен зосередитися терапевтичний процес.

Українські вчені, які вивчали особливості проявів ПТСР у військовослужбовців, що зазнали воєнного стресу, розробили власну систему діагностичних критеріїв [1; 2].

Ці критерії були засновані на клінічних критеріях діагностики ПТСР згідно з МКБ-10 [7]. В результаті дослідження психопатологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців були виявлені такі клінічні варіанти ПТСР: дисфоричний, тривожний, астенічний та іпохондричний варіанти ПТСР [1].

Основним варіантом є дисфоричний ПТСР. Цей варіант характеризується часто депресивним емоційним станом, незадоволеністю та ворожістю, а також постійною потребою уваги. Нічний відпочинок короткий, але глибокий. Уражені особи скаржаться на кошмари та сни, пов'язані з військовими діями та смертю. Вони виявляють недовіру, неповагу та покірність до лікарів. Цивільні особи, які страждають на ПТСР з дисфоричними проявами, також виявляють рішучість, емоційну реактивність та дратівливість. Часті спогади чергуються з конфліктною поведінкою. Мирні умови в обох досліджуваних групах (військових та цивільних) також характеризуються почуттям дискомфорту, підвищеною емоційною чутливістю та тривогою.

Тривожна форма ПТСР у військових проявляється постійним очікуванням загроз, порушеннями сну та труднощами з концентрацією уваги. Вдень вони виявляють безпричинну активність і балакучість, а ввечері стають тривожними, напруженими і мовчазними. Вони постійно готові до реакції і мають часті флешбеки. Вони схильні до вживання психостимуляторів та алкоголю.

Астеничний варіант ПТСР проявляється млявістю, пасивністю та дратівливістю. Часто скаржаться на мігрень та слабкість. Події, які вони пережили, дійсно драматичні, але вони розповідають про них без жодних емоцій. Вночі слабкість супроводжується тривогою та страхами. Після довгого нічного сну відчувається слабкість і безсилля. Людина не відчуває себе в безпеці навіть у безпечних обставинах.

Іпохондричний варіант ПТСР характеризується перенесенням переживань на функціонування серцево-судинної та нервової систем тощо. Найбільш характерними симптомами цього типу є психосоматичні прояви та психологічна нестабільність, депресія (гіпотимія), іпохондрична фіксація на тілесних відчуттях та підвищена тривожність.

Комплексна корекційна програма є ефективною для військовослужбовців та осіб, які страждають на ПТСР, пов'язаний із супутніми проблемами (депресія, тривожні розлади), а також психічними захворюваннями (шизофренія, розлади особистості), зловживанням алкоголем та психоактивними речовинами.

Тому при лікуванні складних діагнозів важливо враховувати ризики (суїцидальні наміри, зловживання речовинами) [2]. Однак існують чіткі показання для клінічного втручання, тому після стабілізації стану пацієнта рекомендується комплексна корекція. Ці супутні проблеми вимагають переважно клінічного лікування:

- об'єктивна загроза суїцидальної або гомоцидальної поведінки. Суїцидальні думки можуть виникати у осіб з ПТСР, але наявність розробленого плану самогубства або вбивства та чіткого наміру вимагає клінічної

стабілізації. Таким чином, після клінічного лікування, коли стан пацієнта стабілізується, призначається повна реабілітація;

- ризик саморуйнівної поведінки. Хоча такі прояви є типовими для осіб із симптомами ПТСР, вони можуть виявлятися у навмисних травмах та самокаліченні. Якщо прояви такого типу поведінки є значними, після клінічної стабілізації також призначається повна корекція.

Важливо, щоб людина утримувалася від самокалічення протягом принаймні одного місяця і відповідально підходила до контролю своїх саморуйнівних імпульсів. Особам, які не можуть контролювати свою саморуйнівну поведінку, пропонується когнітивно-поведінкова гіпнотерапія, EMDR, яка допомагає зменшити симптоми самокалічення та ПТСР;

- наявність психозу; після медикаментозного лікування пропонується повна корекція та реабілітація, але тільки в тому випадку, якщо психічний стан стабілізувався;

- зберігається високий ризик насильства (життєва ситуація, пов'язана з ризиком домашнього або сексуального насильства), в першу чергу пропонується безпека та допомога для виходу з цієї ситуації. Повна корекція ефективна для військовослужбовців у зонах бойових дій.

Лікування ПТСР на основі повної корекції та реабілітації включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні методи. Повна реабілітація здійснюється за допомогою активної терапії (до приблизно 3 місяців); стабілізаційної терапії (до одного року); профілактичної терапії (до трьох років) [4].

Фармакологічне лікування проводиться в клінічних умовах або під наглядом психотерапевта, психіатра або клініциста і включає застосування антидепресантів, транквілізаторів, ноотропів тощо. Тривалість лікування становить максимум один місяць, а в складних випадках може досягати трьох місяців.

Лікування ПТСР в психотерапевтичному контексті, засноване на соціально-психологічній моделі одужання, передбачає такі методологічні

підходи, як психоаналітична терапія, когнітивно-поведінкова гіпнотерапія та EMDR (десенсибілізація та переробка за допомогою рухів очей).

Психосоціальна підтримка починається на перших етапах корекції і зосереджується на профілактичній та освітній роботі з особою, яка страждає на посттравматичний стрес, та її родиною. Це необхідно для отримання глибокого розуміння особливостей ПТСР, щоб забезпечити успішну корекцію та реінтеграцію в суспільство людини, яка страждала від цього розладу.

У рамках загальної стратегії корекції стану осіб, які зазнали травматичних факторів (факторів стресу), визначено кілька основних структурних напрямків: оцінка індивідуальних особливостей та особистості; сфера емоційних та афективних реакцій; аспект практичної поведінки та діяльності. Початкові умови цієї комплексної корекції також визначаються з урахуванням критеріїв, характерних для цих конкретних сфер корекційної роботи з особами, які пережили посттравматичний стресовий синдром. Зокрема, це аналіз характеристик самооцінки особистості за допомогою стандартизованих методів самооцінки, виявлення різних форм агресивності та ворожості, оцінка складних характеристик самооцінки, зокрема її стабільності або, навпаки, мінливості. Фактори, що визначають необхідність глобальної корекції особистості, яка страждає на посттравматичний стресовий синдром, варіюються залежно від зазначених сфер, які, у свою чергу, класифікуються за рядом показників. Індивідуальний та особистий аспект глобальної корекції після стресової ситуації включає такі показники: самооцінка – поняття, яке емоційно та суттєво поєднує віру в себе, свої здібності, компетенції, енергію, незалежність, а також здатність оцінювати свої особисті ресурси для управління своїм життям та самопізнання; симпатія до себе – показник, що відображає ступінь симпатії або ворожості до себе; схвалення себе – впевненість у собі, позитивне бачення власного «я» або, навпаки, схильність зосереджуватися на своїх недоліках, низька самооцінка, схильність до самокритики та самозвинувачення; особистий інтерес – ступінь внутрішньої близькості до себе, інтерес до власних думок і почуттів, схильність до внутрішнього діалогу «рівний з рівним», впевненість у тому, що інші також виявляють інтерес до цієї людини; очікуване ставлення

оточення – передбачення позитивного або негативного характеру ставлення інших до людини.

Емоційна та афективна складова загальної корекції у осіб, які зазнали стресового шоку в результаті агресивних дій, описується за такими критеріями: фізична агресія – застосування фізичного насильства щодо іншої особи; непряма: агресивна поведінка, яка не спрямована чітко на інших осіб або конкретну особу; дратівливість: схильність виявляти негативні емоції навіть під впливом незначних подразників (відсутність тактовності, дратівливість); опозиція: вороже поведінка, що варіюється від пасивного опору до відкритої боротьби проти встановлених правил; почуття образи – заздрість і ворожість до оточення, а також реальні або уявні дії; недовіра – варіації від недовіри та обережності до інших до твердого переконання, що інші хочуть заподіяти шкоду і роблять це; вербальна агресія – вираження негативних емоцій як у формі (крики, підвищений тон), так і в змісті вербальних відповідей (конфлікти, погрози); почуття провини – прояв переконання людини у власній здатності вчиняти негативні та погані вчинки; жаль.

Загальна корекція емоційної та афективної складової у осіб, які зазнали стресових факторів, пов'язаних з високим рівнем тривожності, характеризується такими показниками: особиста тривожність – характеристика, риса або тенденція, що відображає індивідуальні відмінності у вразливості до різних стресових факторів. Відносна стабільність перед загрозами, що нависають над особистим «я»; ситуативна тривожність – реакція на різні стресові фактори, переважно соціально-психологічні (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття загроз для самооцінки).

Поведінковий аспект складної корекції у осіб, які зазнали впливу стресових факторів, можна визначити за такими показниками: залежність-незалежність; товарииськість-відчуження; схильність до боротьби.

Необхідною умовою для діагностики посттравматичного стресового синдрому є встановлення тривалості його прояву [67; 68; 85]. Не менш важливими для діагностики є такі умови:

- стан повинен спричиняти клінічно значуще страждання або функціональні порушення;
- стан повинен спричиняти клінічно значуще страждання або функціональні порушення в соціальних, професійних або інших важливих функціональних сферах.

На сьогодні існують різні підходи до визначення типів посттравматичного стресового синдрому [39; 40]. А. Горовець класифікує посттравматичний стресовий синдром наступним чином [15]. Гострі симптоми з'являються менш ніж через три місяці після травми, хронічні симптоми з'являються більш ніж через три місяці після травми, а відстрочені симптоми з'являються більш ніж через шість місяців після травми.

Посттравматичний стресовий синдром виникає через кілька місяців після травми; в деяких випадках він триває роками і стає хронічним. Посттравматичний стресовий синдром може тривати роками і призводити до хронічних змін особистості.

Розрізняють такі типи посттравматичного стресового синдрому: гострі симптоми з'являються протягом місяців після травми і тривають не більше 6 місяців; хронічні симптоми з'являються через 6 місяців і тривають більше 6 місяців; відстрочені симптоми з'являються після періоду латентності (місяці або роки) і тривають більше 6 місяців [39; 40; 53].

Крім того, деякі автори перераховують так звані вторинні ознаки ПТСР [57; 62; 67; 68; 91]. До них належать алкоголізм, наркоманія та зловживання психоактивними речовинами, суїцидальні думки та схильність до спроб самогубства, депресія, серцево-судинні захворювання, біль різної етіології, сексуальні дисфункції та девіантна поведінка. Таким чином, психологічні наслідки участі в бойових операціях проявляються по-різному за змістом, формою та динамікою. Вони визначаються структурою особистості та поведінкою ветерана. Негативні наслідки психологічної травми інтегруються як загальний симптом і формують клінічну картину посттравматичного стресового синдрому, патологічного психічного розладу.

Крім того, посттравматичний стресовий синдром є поняттям, яке має скоріше соціальну, ніж клінічну спрямованість [39; 57]. Це концепція. Не випадково проблема з'явилася після того, як вона була локалізована і «не прийнята» суспільством. Не випадково ця проблема з'явилася після воєн (у В'єтнамі та Афганістані), які не були «прийняті» суспільством [97; 98; 99].

Саме тому, що стало можливим ідентифікувати, вивчити та надати мінімальний рівень соціальної та державної підтримки відносно невеликій кількості ветеранів.

Важливо також зазначити, що посттравматичний стресовий синдром, хоча і є «особистою поразкою», частіше зустрічається у військовослужбовців «збройних сил, що ведуть війну» [106; 107].

Важливо також зазначити, що, хоча «особиста поразка» (моральна) стосується солдатів «переможного» табору, посттравматичний стресовий синдром частіше зустрічається у солдатів «армій, які брали участь у війні» [106].

Це також стосується солдатів «переможного» табору. Сам факт «поразки» (руйнування своїх ідеалів, зміна уявлення про «добро і справедливість») є важливим, створюючи принципово іншу соціальну та психологічну ситуацію для учасників, негативний вплив якої може поширюватися на їхнє життя та життя їхніх близьких. Такі самі почуття (часто несвідомі або активно негативні) «незрозумілої провини» (перед товаришами, що загинули в бою, вбитими цивільними особами тощо) та «вкрай невдячна» позиція суспільства (яке вважає тих, хто воював, «агресорами», «окупантами » тощо) негативно впливають на моральні та етичні якості бійців, спричиняючи появу «ідіосинкразичних» посттравматичних стресових розладів та відповідних форм «оборонно-протестної» поведінки (щодо суспільства) значною мірою [106].

Профілактика та корекція осіб, які страждають на посттравматичний стресовий синдром, повинні здійснюватися задовго до появи захворювання [111; 113]. Крім того, їх успіх значною мірою залежить від зміни ставлення суспільства (ЗМІ, соціальних мереж, урядових установ) до бійців, якості професійного відбору та підготовки бійців, обмеження тривалості їх

перебування в екстремальних умовах та швидкої ідентифікації осіб, схильних до розвитку психічних розладів.

При психологічному аналізі цієї проблеми постає питання про бойовий стрес або воєнний стрес [2; 16]. Це форма стресу, яка проявляється у вигляді психічної напруги у осіб, які перебувають у зоні військових операцій або бойових дій і використовують свої особисті ресурси для адаптації до умов військових операцій.

Для військового персоналу бойовий стрес є фактором, який мобілізує всі людські ресурси для забезпечення адаптації до небезпечних ситуацій [2]. Цей процес відбувається під впливом тривалого впливу стресових факторів. Дійсно, соціально-психологічна складова посттравматичного стресового синдрому впливає на адаптацію (стійкість або вразливість) до бойових ситуацій.

Крім того, слід зазначити конструктивний або деструктивний вплив бойового стресу на осіб, схильних до посттравматичного стресового синдрому. Загалом поняття «бойовий стрес» розглядається як інтегративна соціально-психологічна формація, тобто стан психічної напруги особи, яка його переживає, використовуючи потенційні ресурси.

О. Блінов зазначає, що «бойовий стрес мобілізує фізичні та психологічні ресурси, щоб психіка могла нормально функціонувати в трьох середовищах: поза боєм (діяльність), поза соціальною групою та всередині особистості. Цей процес відбувається в умовах інтенсивного, тривалого та потужного стресу» [2].

За Е. Фoa, специфіка бойового стресу пов'язана з впливом внутрішніх факторів (факторів, що мають прямий емоційний вплив на індивіда) і зовнішніх факторів (факторів, що мають непрямий емоційний вплив на індивіда) [106].

Сьогодні ми спостерігаємо зростання кількості надзвичайних ситуацій у світі, таких як військові дії, природні катастрофи, акти тероризму та соціального насильства, що призводять до посттравматичних стресових розладів, а також фізичних і психологічних травм серед населення. Необхідність наукового дослідження психологічних травм є очевидною і важливою як для розуміння динаміки процесів, що відбуваються в психіці

травмованих осіб, так і для пошуку оптимальних засобів психологічної корекції.

Багато дослідників стверджують, що психологічні травми є небезпечними для людей і впливають на здоров'я набагато сильніше і глибше, ніж фізичні захворювання [99; 107; 110; 111].

Наразі в цій галузі існує кілька суперечностей, які зберігаються вже давно. По-перше, слід зазначити, що не існує єдиного підходу до понять емоційної, психічної або психологічної травми. У психотерапевтичній літературі ці поняття розуміються як шкода, заподіяна психіці та психічному здоров'ю людини в результаті негативних емоційних і стресових переживань, викликаних подією в житті, що призвела до безповоротної втрати «близької людини» [95; 96].

Емоційні та стресові переживання виникають у відповідь на негативні ситуації (наприклад, стихійні лиха, фізичне насильство, тяжкі тілесні ушкодження, нещасні випадки, свідчення жахливих подій, зґвалтування, розрив міжособистісних стосунків, звістка про раптову смерть близької людини) [84; 85].

Поняття травми бере свій початок у ранніх працях З. Фрейда та дофрейдівських працях Ж. Шарко та Й. Брейера. З. Фрейд запропонував першу психоаналітичну теорію травми і стверджував, що це явище глибоко вкорінене в несвідомих емоціях. Вважалося, що він має патогенний ефект і є причиною невротичних розладів. Він вважав, що травма походить не від зовнішніх подій, а від самої психіки, від роздвоєного его, що виявляється у вигляді травматичної тривоги, заснованої на несвідомих фантазіях [108].

У подальших дослідженнях поняття психологічної травми розглядається як специфічний тип реакції на стрес в рамках теорії стресу [100; 105]. Згідно з цим підходом, травматичний стрес виникає, коли стресовий фактор є достатньо сильним і присутнім протягом тривалого часу, що перевантажує можливості людини (психологічні, фізіологічні та адаптивні), порушує захисні механізми, викликає тривогу і призводить до психофізіологічних змін в організмі. Хоча після стресової події зазвичай мобілізуються адаптаційні можливості організму,

важливо зазначити, що травматичний стрес може вичерпати ці адаптаційні можливості.

У сучасній психологічній науці поняття психологічної травми дуже поширене в літературі [62; 69; 72; 96]. Однак існують певні невідповідності в теоретичному та методологічному аналізі цього явища. З одного боку, це пов'язано з інтерпретацією деяких аспектів (залежно від школи або дисципліни). З іншого боку, невідповідність визначень зумовлена складністю та суб'єктивністю стресових подій, які неможливо об'єктивно узагальнити та систематизувати. Багато прикладів концептуальної та термінологічної невідповідності та неоднозначності можна знайти як характерні для всіх психологічних сфер психічної діяльності на підсвідомому рівні [51; 53].

Психологічна традиція зосереджується на психологічній травмі як порушенні психічної цілісності, спричиненому ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як ненормальна і непереборна через відсутність захисних механізмів. У цьому контексті слід зазначити, що головним критерієм виникнення травми є не сама подія, а її суб'єктивне тлумачення [5; 6; 12; 13].

Розглядаючи та пояснюючи цю тенденцію в рамках наведеної вище термінології, слід зазначити, що подія розглядається як взаємодія та безпосередній взаємний вплив між індивідом та навколишнім середовищем, і що суб'єктивні фактори, тобто досвід та розуміння ситуації людиною, її ставлення до неї та психологічна ідентифікація травматичної ситуації, відіграють важливу роль. Ось деякі з найважливіших факторів, які, на думку дослідників, відіграють важливу роль у процесі психологічної травми.

Багато дослідників визначають психологічну травму як травматичну подію. Ось деякі визначення психологічної травми в цьому контексті: За словами Л. Грідковець: «психологічна травма – це значуща для людини подія, яка глибоко впливає на її сутність і викликає тривалі переживання» [19].

Вчений Е. Мазяр виклав свою точку зору на феномен психологічної травми [48]. Коротко кажучи, він визначив її як реакцію людини на стресові та травматичні життєві ситуації (такі події, як війна, стихійні лиха, аварії та ДТП,

фізичне, емоційне та сексуальне насильство, невиліковні хвороби та складні медичні операції, втрата, горе та конфлікти).

Психологічна травма – це подія в житті, яка впливає на важливий аспект людського існування і призводить до глибокого психологічного досвіду. Автор виділяє такі характеристики психологічної травми: інтенсивність, значущість, важливість і релевантність, патогенність, гострота (раптовість), тривалість, повторюваність і зв'язок з допатологічними рисами особистості [48].

Сучасні дослідження визначають психологічну травму як стан інтенсивного страху, що відчувається в потенційно смертельних ситуаціях, які перевищують розумові здібності людини [37; 38; 41]. У цьому стані людина не здатна контролювати себе та ефективно реагувати на ці події.

Серед теорій психологічної травми цікавий підхід був розроблений відомим американським вченим К. Левіном, автором теорії психологічного поля [80; 81]. Цей автор вивчав травму не тільки в контексті психології та психотерапії, але й спирався на знання з біології, психофізіології та нейропсихології. К. Левін розуміє травму як пролом у захисному щиті, який захищає людину від різних негативних факторів. Такий прорив супроводжується досить високим почуттям безсилля. Психологічна травма часто є наслідком нестачі особистих ресурсів, необхідних для подолання наслідків травматичної події; на думку К. Левіна, руйнівна сила психологічної травми залежить від особистого значення, яке може мати травматична подія, та від здатності до саморегуляції [80].

О. Романчук визначає психологічну травму як внутрішній психічний конфлікт, що виникає на ослабленому (зміненому) фізичному тлі, особливо у осіб, схильних до психогенної поведінки [72].

Однак Д. Нейп розвинув значення і суть терміна «психологічна травма», запропонованого З. Фрейдом, засновником психоаналізу, наблизивши його до сучасного розуміння [57].

Таким чином, психологічна травма є залишковим явищем емоційного досвіду людини, спричиненим зовнішнім подразником, який створює психологічний дискомфорт і має патологічний вплив на особистість.

Метафорично кажучи, психологічна травма є психологічним шоком, який має тривалий вплив на функціонування та подальший розвиток особистості [37].

Таким чином, з психологічної точки зору, психологічна травма є порушенням цілісності функціонування психіки, спричинене ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна і ненормальна через відсутність захисних механізмів. У цьому контексті слід підкреслити, що головним критерієм виникнення травми є не сама подія, а її суб'єктивне тлумачення.

Вчені виділяють такі типи травм (два основних, інші є більш специфічними): шокова травма або травма, що загрожує життю, емоційна травма, травма розвитку, пренатальна травма та травма народження [29; 32; 33; 37].

У рамках наукових досліджень доцільно виділити та визначити термін «емоційна травма» як один із видів психологічної травми. Психологічна або емоційна травма не може існувати без травматичної події, до якої психіка індивіда не готова [15; 18; 19].

Складність цього дослідження полягає в тому, що на даний момент не існує чіткого визначення терміна «емоція» як окремого психологічного явища, типу поведінки або психічної діяльності. Однак вчені сходяться на думці, що емоції, безсумнівно, є частиною структури свідомості та мислення і пов'язані з різними когнітивними процесами. Як правило, емоції не мають уявлення про зовнішні об'єкти, їх асоціації та зв'язки, а також про ситуацію чи об'єктивну подію, в якій відбувається діяльність об'єкта. Їх особливість полягає в експресивності зв'язку між мотивом і його реалізацією. Це можливо тому, що емоції є особистими утвореннями.

Отже, можна припустити, що емоція є інтеграцією розуму і почуттів, короткочасним емоційним станом, а «особистість» емоції є універсальною.

Таким чином, термін «емоційна травма» вказує на те, що використання терміна «психологічна травма» підкреслює, що об'єктом шоку і подальшої травми є психіка особистості. Коли використовується термін «емоційна травма», він в основному відноситься до сильних негативних емоцій як головного суб'єктивного чинника шоку психіки, що виникає в несприятливих

ситуаціях навколишнього середовища. По-друге, він підкреслює, що саме сильні негативні емоції, дисоційовані, ізольовані і, отже, «заблоковані» в ізольованих нейронних зв'язках індивіда, стають «енергетичним ядром» патологічного комплексу і визначають перенесення травматичних спогадів з минулих негативних ситуацій на поточні позитивні ситуації [62].

Якщо зосередитися на цих поняттях, можна побачити, що «емоційна травма» є різновидом психологічної травми, а головний фактор суб'єктивного шоку психіки є лише суттєвою характеристикою терміна «психологічна травма», що заперечує автономність вищезазначеного терміна.

Важливу роль відіграють вторинні фактори психологічної травми, які виникають після впливу стресової події.

Вторинні фактори емоційної травми є такими:

1) флешбеки – психологічні явища, під час яких людина раптово переживає інтенсивний минулий досвід. Це психологічне явище, при якому минулі переживання або елементи минулих переживань раптово, інтенсивно і повторно переживаються знову.

2) гіперчутливість – явище, при якому людина виявляє підвищену чутливість до одного або декількох органів чуття (наприклад, дотику, слуху);

3) уникнення – явище, при якому людина докладає особливих зусиль, щоб уникнути чогось, наприклад, певного місця, що вимагає великих зусиль, часу, грошей тощо.

4) негативні думки, нав'язливі думки та спогади, перебільшені негативні сприйняття та негативні переконання про світ і власне життя.

На місці травматичної події людина може відчувати гостру стресову реакцію, яка триває від декількох хвилин до декількох годин. Переживання травматичної події може призвести до гострого стресового розладу, який може включати:

- гострий стресовий розлад, який може перерости в посттравматичний стресовий розлад;

- посттравматичний стресовий розлад, який триває від одного до трьох місяців;

- хронічний посттравматичний стресовий розлад, який триває від трьох місяців до всього життя;
- відстрочений посттравматичний стресовий розлад, симптоми якого з'являються через шість місяців після травматичної події (або серії подій), тобто з'являються з затримкою, що часто ускладнює людині розуміння причини своїх труднощів.

На цій основі ми розглядаємо емоційну травму як подію в житті, яка ще більше посилюється появою інтенсивних «негативних» емоцій, що можуть призвести до розладів адаптації, стресових розладів та психічних розладів, що мають фізіологічні наслідки (психосоматичні розлади). Ці розлади характеризуються нав'язливими думками та переживаннями, пов'язаними з подією. По суті, ці переживання мають регресивний характер і, так би мовити, відображають травму розвитку, яка повторюється в нових періодах життя. Загалом, «застрягання» в травматичній ситуації називається «психологічною травмою».

Також необхідно підкреслити деталі впливу стресових факторів на особистість. По-перше, зовнішні стресові фактори або фактори фрустрації (нестача або відсутність особистих ресурсів, що сприяють самореалізації або задоволенню людських потреб, втрата близьких, криза або конфлікт). За Т. Дембо, зовнішні стресові фактори перешкоджають досягненню цілей або вирішенню проблемних ситуацій. За Р. Баркером і К. Левіном, наявність непереборних перешкод на шляху до важливих цілей викликає регрес, а також агресивність і уникнення, які є неконструктивними стратегіями подолання криз і конфліктів [93].

Зовнішніми умовами, які також діють як стресові фактори, є відповідні організаційні умови на робочому місці (професійний стрес, спричинений специфікою професійної діяльності та невідповідними умовами, які разом викликають синдром професійного вигорання) (Т. Савченко) [73]. Симптоми зовнішніх факторів стресу включають безсоння, емоційну тривожність, опорно-рухові розлади, серцево-судинні розлади та суїцидальні нахили (О. Брюховецька) [7].

До внутрішніх стресогенних факторів належать риси особистості (специфічні реакції на стрес, стагнативні та флегматичні типи, які мають затримку реакції на стрес і витримують ситуації хронічного стресу, за винятком крайніх випадків; меланхолійні типи чутливі до стресогенних факторів і уникають їх наслідків. Натомість активний-оптимістичний тип характеризується стійкістю та здатністю швидко адаптуватися до стресогенних факторів.

Передумовами, що нейтралізують негативний вплив стресових факторів, є стресостійкість, психічна стабільність, стійкість до раптових змін обставин, тривожність, психодинамічні характеристики (наприклад, чутливість, невротизм, саморегуляція), характеристики інтелектуальної та психічної активності, а також особистісні характеристики (впевненість у собі, ціннісне ставлення до себе, інших і світу). Характеристики впливу стресогенних факторів на особистість включають: специфічність реакції на стресогенний фактор (детерміністська – недетерміністська), ставлення до стресогенного фактора (нехтування, трансформація, абстрагування), сприйняття стресогенного фактора (об'єктивність – суб'єктивність) [67; 68; 69].

До факторів, що унеможливають адаптацію до стресогенних чинників, належать високий рівень невротизму, психологічні захисні механізми та неконструктивні стратегії адаптації, а також низька стресостійкість.

Отже, підсумуємо:

1. На основі філософських і психологічних концепцій було встановлено, що психологічна корекція особистості, яка зазнала впливу стресового фактора, є цілеспрямованим і раціональним психологічним впливом на відповідні психологічні структури з метою створення необхідних умов для повноцінного розвитку та функціонування особистості.

2. Теоретичний аналіз показав, що комплексна корекція військовослужбовців, які страждають на посттравматичний стресовий синдром, є цілісною і специфічною системою методів психологічної допомоги, що надається конкретній особі, яка перебувала в стані військового стресу, з використанням психологічних впливів, які були підібрані належним чином і

ретельно застосовані в конкретній ситуації. Система має таку структуру. Важливою умовою успіху заходів, що вживаються під час індивідуальної психологічної корекції в рамках повної корекції та реабілітації, є знання особливостей розвитку та можливих труднощів осіб, які зазнали впливу стресових факторів загалом, і, відповідно, психологічного впливу на психіку цих осіб за допомогою відповідних методів психологічної корекції.

2. Одним з найважливіших завдань комплексної корекції військовослужбовців, які зазнали впливу посттравматичного стресового синдрому, є надання психологічної допомоги, яка допоможе їм реалізувати свій особистий потенціал, досягти гармонії у своєму внутрішньому світі, поліпшити психологічне самопочуття, а також зміцнити і підтримати психічне здоров'я. Ця психологічна допомога є психосоціальною практикою, спрямованою на допомогу військовослужбовцям, які страждають від посттравматичного стресового синдрому в екстремальних умовах.

1.2. Психологічні особливості надання психологічної допомоги особам, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору

Бажання захистити і врятувати людей у небезпеці – вагоме гуманне прагнення. Багато фахівців людинознавчих професій, дійсно, хочуть допомогти. А робота з травмованими особами дає об'єктивну можливість запобігти виникненню багатьох психічних розладів. Перш за все, при роботі з травмою необхідно мінімізувати хронічні посттравматичні реакції.

Тому розглянемо деякі типові способи роботи з посттравматичним стресовим розладом [128, 129].

Отже, профілактичні втручання можливі лише за умови переконання учасників у необхідності колективної відповідальності та важливості ролі, яку відіграє група в процесі індивідуальної допомоги постраждалим від травми. Таким чином, ефективність і логіка надання психологічної допомоги під час

травми залежить від культури, системи цінностей і норм, що існують у суспільстві. Ця інформаційна система охоплює сукупність переконань про цінність і важливість індивідів у межах більшої соціальної групи. Дебрифінг виник з бажання людей допомогти тим, хто страждає, а не з пошуку стабільного обґрунтування та перевірки його на практиці. Так, профілактичні втручання розглядаються як соціальний рух і метод клінічного впливу [126].

Модель близькості, терміновості та надії (РТН). Допомога при гострому бойовому стресі сформувалася як напрям під час Першої світової війни і була сформульована відповідно до нової парадигми під час Другої світової війни: Модель VTN базується на трьох принципах, на яких наголошували Кардінер і Шпігель: близькість, терміновість і надія. Ця модель також використовувалася в пізніших військових конфліктах. У Ліванській війні ізраїльські війська отримували підтримку в безпосередній близькості від поля бою (близькість), а операції проводилися якнайшвидше (терміновість) і з розрахунком на те, що солдати повернуться до своїх лав (надія) [118].

Наративна традиція. Під час Другої світової війни генерал Д.К. Маршалл використовував і розвинув процедуру допиту [121]. Він вважав за необхідне проводити дебрифінги з солдатами на полі бою одразу після конфлікту, якщо це можливо, стверджуючи, що для оцінки денного бою потрібно сім годин. Однак однією з головних функцій таких зустрічей був збір інформації. Д.К. Маршалл стверджував, що емоційний ефект дебрифінгу полягає в духовному зміцненні і моральному зміцненні, і що солдати, як правило, отримують задоволення від цього процесу. Метод дебрифінгу Д.К. Маршалла – це структуроване втручання, яке поважає досвід, біль та емоційні реакції людей, які пережили подібну травму. Він вважав техніку дебрифінгу достатньо простою, щоб її могли застосовувати командири без спеціальної підготовки. Таким чином, дослідження Д.К. Маршалла дозволили військовим побудувати наративи та вербальні репрезентації травматичного досвіду [121].

Групова психотерапія. Ще однією парадигмою моделі критичного інциденту є групова психотерапія. Лінді та його співавтори описали і пояснили феномен травматичної мембрани, яка формується навколо травмованих людей.

Мембрана травми – це атмосфера мовчазного розуміння, яка оточує травмовану людину. Групова терапія використовує терапевтичний вплив групи, підтримку та взаємодію між членами групи для полегшення стану жертви та зміни поведінкових реакцій. Основною метою групової терапії є підвищення адаптаційного потенціалу групи в цілому, а не окремої людини [9; 45; 52].

Кризове втручання. Життєві події впливають на деякі психічні розлади. Один з напрямків кризового втручання досліджували Дж. Каплан і Е. Ліндемманн. Кризове втручання використовується, коли виникає дистресова реакція на несподівану негативну подію. Іншими словами, людина пережила несподівану подію і втратила контроль над собою в цей момент. Ідея цього втручання полягає в тому, що фахівці допомагають пацієнтам керувати своїми емоційними реакціями. Ця модель базується на припущенні, що симптоми поступово зменшуються після того, як подія сталася і пройшла. Терапевт допомагає пацієнту структурувати травматичний досвід і розробити стратегії подолання проблем [55; 59].

Терапія горя. Техніки кризового втручання також використовуються для подолання горя. Після роботи з людьми, які пережили пожежу в нічному клубі «Cocanut Grove», Е. Ліндемманн визначив стадії горя та психотерапевтичні стратегії для його подолання. Поступово терапія горя стала самостійним напрямком, відокремленим від кризового втручання. Цей напрямок терапії має освітній аспект, спрямований на нормалізацію емоцій і поведінки, пов'язаних з горем. Крім того, ідентифікації почуттів, що виникають у зв'язку з втратою, часто сприяють відвідування могили і ритуали входження в спадщину померлого в потойбічному житті. Через свої стосунки з померлим вони змогли розвинути нове почуття особистої ідентичності та інтегрувати нову Я-концепцію [62; 63; 67].

Когнітивно-поведінкова терапія. У дебрифінгу часто використовували два аспекти. Перший – це ідея десенсибілізації як способу зменшення симптомів відразу після травматичної події. Другий стосується вивчення когнітивних схем, що впливають з травматичних спогадів. Когнітивно-поведінкові підходи до терапії стресу також розглядаються як превентивний захід.

Багато в чому консультування є формою психологічного тренінгу. Воно є важливою складовою багатьох напрямків когнітивно-поведінкової терапії.

Важливим моментом є те, наскільки неспецифічні фактори в лікуванні посттравматичних розладів сприяють ефективності лікування. Дискусійним є питання, чи надання жертвам травми певної «карти» для розуміння їхнього психологічного стану може допомогти їм зменшити дистрес та ефективно керувати саморегуляцією [105; 106].

Катарсис Виявлення почуттів, пов'язаних з травматичною подією, є важливим елементом дебрифінгу.

Еклектична модель. Короткий аналіз теоретичних основ дебрифінгу показує, що дебрифінг з'явився з різних джерел. Дебрифінг має очевидну теоретичну і практичну схожість з ранніми теоріями травматичного неврозу, починаючи з XIX століття, але його теоретичні припущення були модифіковані теорією криз і моделлю групової психотерапії. Моделі терапевтичного втручання, розроблені на основі практичного досвіду допомоги під час Другої світової війни, мали значний вплив на розвиток досліджень. Соціальні психіатри зосередили свої дослідження на надзвичайних ситуаціях, особливо на посттравматичному стресовому розладі. Одне з головних питань, пов'язаних з цією темою, полягає в тому, чи є симптоми, які виникають внаслідок переживання травматичної події, реакцією на стрес або свідченням наявності психічного розладу. Психоаналітичний підхід базується на ідеї, що соціальні та інтрапсихічні чинники є детермінантами психологічних симптомів. Виходячи з цієї точки зору, зрозуміло, що допомога в управлінні подоланням травматичних подій може мінімізувати або запобігти посттравматичним реакціям [106].

Теоретична складність, яка виникає при аналізі наведених вище тверджень, полягає в тому, що особи, які страждають від стресів, відрізняються від інших тим, що їхня біологічна реакція на стрес є гострішою. Якщо люди з нормальною фізіологічною реакцією на стрес не страждають від посттравматичного стресового розладу, виникає питання, чи можуть терапевтичні втручання змінити цю реакцію і підвищити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. Виходячи з основного принципу «не

нашкодь», необхідно показати, що екстрені психологічні втручання не зменшують адаптивних психологічних реакцій [104; 108; 112].

Тому теорія дебрифінгу є надзвичайно надійною.

Дебрифінг стресу після критичного інциденту (CIDS) був вперше описаний Дж. Мітчеллом як метод групової психологічної допомоги для роботи з особами, які пережили травматичну подію на роботі. Хоча дебрифінг є різновидом кризового втручання, він відрізняється від психотерапії; дебрифінг стресу після критичного інциденту та інші моделі дебрифінгу є вільно структурованими процедурами, спрямованими на зменшення первинного дистресу та запобігання відстроченим психологічним порушенням, зокрема стресу. Метою дебрифінгу є нормалізація емоційних реакцій та підготовка до майбутніх травматичних подій [106; 121].

Крім того, дебрифінг спрямований на виявлення тих, хто потребує підтримки, і надання такої підтримки на ранній стадії посттравматичного періоду. Будь-хто, хто пережив травматичну подію, з психопатологічними симптомами або без них, вважається придатним для дебрифінгу. Водночас зрозуміло, що багато учасників дебрифінгу мають стани, які відповідають критеріям гострого стресового розладу або стресорів, і можуть проявляти симптоми тривоги або депресії. Дебрифінги проводилися з особами, які пережили різні травматичні події, рятувальниками та фахівцями, які надають психологічну допомогу.

Основна увага приділялася психологічним реакціям людини на травматичний вплив, а не минулому досвіду, який вплинув на ці реакції. Під час лікування не ставиться жодного психіатричного діагнозу і наголошується на нормалізації. Дж. Мітчелл з колегами вважають, що дебрифінг слід розуміти як частину систематичного, багатфакторного підходу до управління травматичним стресом. Іншими словами, дебрифінг слід використовувати як окрему процедуру психологічної допомоги, що проводиться одночасно. Цю думку поділяють й інші фахівці, які використовують дебрифінг як окремий підхід до надання допомоги після травматичної події. Дебрифінг стресу після критичного інциденту Дж. Мітчелла складається з семи етапів. На першому

етапі учасникам пояснюють мету і характер опитування та дають інструкції. На етапі опису події учасників просять описати, що з ними сталося, і заохочують висловити емоції, які виникли, але детальний аналіз емоційного стану на цьому етапі не проводиться.

На наступному етапі аналізу розглядаються думки учасника під час події. Фаза реакції фокусується на емоціях, пережитих у зв'язку з подією. Мета фази симптомів – допомогти учасникам перейти від емоційних реакцій на подію до когнітивної рефлексії та обговорити симптоми, пов'язані з травмою. Фаза навчання ґрунтується на попередній фазі. На цій фазі ведучий дебрифінгу розповідає про типові посттравматичні симптоми та стратегії подолання. Обговорюються результати фази дебрифінгу, ставляться запитання та завершується процедура дебрифінгу.

Наслідуючи визначення дебрифінг стресу після критичного інциденту Дж. Мітчелла, інші автори розробили власні форми дебрифінгу; А. Дірегроув у своєму визначенні процедури дебрифінгу запропонував обговорювати сенсорну інформацію, отриману під час події, під час дебрифінгу. А. Дірегроув також запропонував приділяти більше уваги індивідуальним реакціям і процесу нормалізації реакцій. На думку А. Діргроува, існує сім етапів допиту [106]:

1. Вступ. Фасилітатор обговорює реакції учасників на травматичну подію та пояснює мету зустрічі, тобто як можна запобігти відстроченій реакції на травму. Фасилітатор інформує учасників про правила конфіденційності та надання інформації:

а) учасники не повинні говорити ні про що, окрім того, чому вони тут і яке відношення вони мають до травматичної події;

б) учасники повинні дотримуватися правил конфіденційності та не розповідати про те, що відбувається в групі; і

в) фокус обговорення зосереджений на переживаннях і психологічних реакціях учасників.

2. Передбачуваність і факти. На цій фазі дистресивна подія обговорюється якомога детальніше, без особливої уваги до думок, почуттів, переживань чи емоційних реакцій. Учасників також запитують, чи могли вони

передбачити цю подію (це допомагає учасникам зосередитися на події і зрозуміти причини психологічних реакцій, наприклад, дітей, які раптово опинилися в зоні бойових дій). У деяких випадках це дуже важливо і може посилити інтенсивність травматичної ситуації).

3. Думки та враження. Після обговорення фактів проаналізуйте думки та враження. За допомогою запитань (Які думки прийшли вам у голову, коли ви зрозуміли, що отримали травму?): а) вибудовується загальна картина ситуації; б) розглядаються та аналізуються реакції людини; в) інтегрується травматичний досвід. Запитання про те, що людина бачила, чула, відчувала, нюхала і пробувала на смак у той час, викликають сенсорні враження всіх модальностей. Метою таких запитань є реконструкція образу події.

4. Емоційні реакції. Ця фаза зазвичай є найдовшою фазою дебрифінгу. Запитання про почуття та враження, які обговорювалися на попередніх етапах, призводять до відповідей, що викликають емоційні реакції. Фасилітатор намагається допомогти учасникам висловити свої почуття, ставлячи запитання, які відображають емоції, що виникли під час травми (наприклад, страх, жах, безпорадність, розчарування, самозвинувачення, агресію, провину, депресію).

5. Нормалізація. Після того, як емоційна реакція визначена, фасилітатор допомагає учаснику прийняти її. Спочатку зосередьтеся на тому, що емоційні реакції є нормальними в таких ситуаціях. Коли в дебрифінгу беруть участь кілька людей, емоції, висловлені однією особою, приймаються рештою групи. Це сприяє нормалізації ситуації. Фасилітатори підкреслюють, що учасникам не обов'язково переживати всі емоції, які зазвичай виникають після травми, але емоційна реакція на травматичні події є нормальною. Фасилітатори також визначають найпоширеніші посттравматичні симптоми, з якими учасники можуть зіткнутися в майбутньому. Наприклад, нав'язливі думки, образи, страждання при згадці минулих подій, ізоляція від інших, втрата інтересу до речей, які раніше подобалися, тривога, депресія, порушення сну з кошмарами, дратівливість, сором, провина, агресія, підвищена пильність, підвищена реакція на переляк.

Планування майбутнього, самоконтроль. На цьому етапі фасилітатори зосереджуються на способах подолання симптомів та мобілізації внутрішніх і зовнішніх механізмів підтримки. Акцентується увага на важливості відкритого обговорення з родиною та друзями, а також на можливості звернутися за додатковою підтримкою в разі потреби.

Висновок. На цьому етапі обговорюються інші теми. Роздаються брошури, що пояснюють типові реакції на травму та стратегії подолання. Учасників інформують про можливість звернутися за психологічною допомогою в майбутньому та про організації, які надають таку допомогу. Учасникам рекомендують звертатися за допомогою в таких ситуаціях:

- психологічні симптоми не зникають через 4-6 тижнів; або
- психологічні симптоми з часом посилюються; або
- спостерігається соціальна дезадаптація;
- спостерігаються особистісні зміни.

В науковій літературі представлено процедуру психологічного дебрифінгу, яка є менш структурованою, ніж модель Дж. Мітчелла та А. Дірегроува, але має деякі схожі аспекти. Дослідники пропонують конкретні теми, які можуть бути використані під час дебрифінгу, такі як переживання, пов'язані зі смертю, почуттям провини, втратою житла, позитивними і негативними емоціями, жертвами та їхніми проблемами, конкретними деталями стресових факторів і особистим досвідом [106].

Інша модель, створена для роботи з персоналом Червоного Хреста, Модель дебрифінгу при множинному стресі – включає елементи інших моделей дебрифінгу, але в першу чергу призначена для превентивної роботи з тими, хто переживає сильний стрес до травматичної події. Дебрифінг складається з чотирьох етапів. На першому етапі обговорюються почуття і реакції, які можуть виникнути у зв'язку з подією. Далі обговорюються стратегії подолання, в тому числі ті, які людина використовує в інших стресових ситуаціях. Нарешті, обговорюються конкретні моделі поведінки після травматичної події, а також необхідність обговорювати свій досвід і почуття зі значущими іншими [127; 129].

Нещодавно модель психологічного дебрифінгу була модифікована для використання з групами травмованих осіб у посттравматичному періоді. Модель індивідуального дебрифінгу представлена семи етапним втручанням, подібним до моделі Мітчелла. За відсутності групових факторів підтримки, індивідуальний дебрифінг фокусується на індивідуальному досвіді та реакціях. Оскільки груповий елемент в індивідуальній роботі є важливим для дебрифінгу, техніки повинні бути спеціально адаптовані. В індивідуальному дебрифінгу терапевт нормалізує реакції людини, надаючи інформацію, що ґрунтується на знанні минулих травм клієнта та опублікованій літературі, а не на спостереженнях за груповою роботою.

Більшість з представлених процедур індивідуального дебрифінгу застосовуються у випадках первинної травми або фізичного ушкодження. При роботі з особами, які зазнали значних фізичних ушкоджень, важливо зосередитися на тривозі, спричиненій травмою, та переживаннях, які можуть бути пов'язані з почуттям безпорадності та фізичної недієздатності.

Окрім кризового втручання, психологічний дебрифінг використовується і в інших методах; Дж.Хейман і Д.Дж. Скатуро описують восьмисесійний психологічний дебрифінг, розроблений для учасників війни в Перській затоці [106]. Дебрифінг часто описують як групову терапію хронічних стресів. Однак термін «дебрифінг» часто використовується для опису короткострокових профілактичних технік, що застосовуються одразу після травми.

Отже, з проаналізованих досліджень можна зробити висновок, що психологічний дебрифінг є найбільш ефективним, коли використовується для виявлення груп ризику, підвищення освітнього рівня, надання інформації та підтримки морального духу. Також були виявлені деякі негативні наслідки індивідуальних психологічних дебрифінгів, але загалом групові психологічні дебрифінги не впливають на відстрочені психологічні стани. Слід додати, що комбіновані втручання найкраще рекомендувати особам з високим ризиком розвитку посттравматичної психопатології.

Виходячи з вищезазначеного, звертаємо увагу на наступні моменти:

1. Психологічний зміст контексту комплексної реабілітації свідчить про те, що саме психологічна підтримка (емоційна, екзистенційна та смислова) у складних ситуаціях сприяє психологічному розвитку осіб, які переживають вплив стресового фактору. Психологічний вплив у комплексній реабілітації спрямований на подолання психоемоційних травмуючих ситуацій і переживань (наприклад, тривоги, самотності, провини, образи, агресії), внутрішніх конфліктів (наприклад, мотивації, ролі, образу «Я») і негативного «Я-образу» (наприклад, неадекватної самооцінки). Негативний «образ Я» (наприклад, неадекватна самооцінка та рівень асертивності, невпевненість у собі), криза ідентичності (особистої та соціальної), особливості адаптації та соціалізації, спілкування та взаємодії людей, які переживають стрес.

2. Визначити структуру комплексної реабілітації осіб, які пережили стресовий вплив. Основні види комплексної реабілітації осіб, які пережили вплив стресора, відрізняються за корекційними завданнями, характером спрямованості, засобами корекційного впливу та формами організації. Комплексна корекція осіб, які відновлюються після впливу стресора, спрямовується на корекцію емоційного розвитку, корекцію сенсорної, перцептивної та інтелектуальної діяльності, психологічну корекцію поведінки та корекцію психічного стану особистості. Особливу увагу слід звернути на здійснення комплексної корекції. Комплексну корекцію можна розділити на такі напрямки: корекція когнітивних порушень, корекція порушень емоційно-вольової сфери та корекція поведінки. Загальні складові технології психологічної реабілітації психологічний де брифінг включають такі компоненти: методологічний, змістовий та технічний.

Специфіка технології психологічної корекції розкривається у стратегічних та тактичних питаннях, врахуванні різних чинників, свідомої активності, проактивного характеру. Крім того, актуалізовано основні принципи комплексної корекції: уніфікації та заміщення, нормативного розвитку, заміщення «зверху вниз», заміщення «знизу вгору», системного розвитку психоактивності, принцип діяльнісного заміщення, принцип комплементарності, принцип імунітету, принцип «від інших». Цілі комплексної

корекції осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу: позитивне формулювання, кореляція з тривалістю зайнятості, врахування життєвої перспективи розвитку особистості та ефектів корекції через регулярні часові інтервали.

1.3. Психологічні особливості комплексної корекції осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору

Сьогодні корекція розглядається як засіб глибокого психологічного пізнання цілісної психіки через надання персональної психологічної допомоги людям, які потребують вирішення внутрішніх конфліктів (причини яких є неусвідомлюваними). Це і є основним завданням особистісної психологічної корекції (С. Кузікова, 2020) [45].

Вітчизняні дослідники та практики (О. Бондаренко, П. Лушин, Т. Яценко) [3; 47; 86] вважають, що важливого значення набуває необхідність використання комплексних методів корекції, пов'язаних з психокорекційною роботою, які сприяють індивідуальній корекції та реабілітації [9; 14]. Іншими словами, корекція збалансовує психічні процеси, свідомі та несвідомі аспекти.

Комплексна корекція осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад, спрямована на гармонізацію особистості, що включає в себе збалансування внутрішніх блоків і розладів (О.Л. Нагула, 2016) [55].

Е. Шостром вказує на важливість особистісної корекції у розвитку творчої та відкритої особистості [128]. Оскільки такий розвиток відбувається через тісний контакт між людьми, то в роботі психологічної корекції важливим є виникнення особливих оптимальних умов для міжособистісної взаємодії. Особистість хворіє тому, що їй бракує необхідних умов для розвитку, тому що затримуються нормальні процеси психологічного становлення.

Типи проблем, які ускладнюють становище особистості, можуть бути вирішені в ранньому віці або на етапі розвитку, якщо їх не попередити або

адекватно не відкоригувати. Якщо проблема не є надто небезпечною і складною для вирішення, особистість або затримує свій розвиток, або посилює захисні механізми. Такі особистості не можуть психологічно розвиватися, адже, за А. Адлером, психологічний розвиток відбувається в русі від орієнтації на себе до співпраці з іншими та конструктивного оволодіння суспільно корисними новоутвореннями [1].

Класична праця З. Фрейда з психоаналізу містить міркування про те, що професія психоаналітика має терапевтичний і виховний вплив на суб'єкта [108]. Цьому ефекту передують подолання психологічного опору, що є важливою частиною аналітичного лікування.

Тому психоаналітик не може просунутися у своїй роботі, якщо не подолає власні комплекси та внутрішній опір; К.Г. Юнг у своїй теорії стверджує, що люди з психічним дисбалансом часто хочуть стати психіатрами, оскільки ця діяльність надає їм можливість бачити інших гіршими за себе і позбутися комплексу неповноцінності [114; 115].

Тому психотерапевти можуть запропонувати професійну допомогу іншим лише тоді, коли вони подолали власні психологічні труднощі.

Австрійський психоаналітик Р. Грінсон зазначав, що психоаналітики повинні пройти курс психоаналітичної терапії [17]. Р. Грінсон стверджував, що професійні навички включають в себе вміння розпізнавати власне несвідоме, що сприяє вирішенню внутрішніх конфліктів психоаналітика.

Оволодіння здатністю співвідносити свідомі думки, почуття і поведінку з несвідомими аспектами психіки, які психоаналітики вже розрізняють, у поєднанні з розвитком і використанням власної інтуїції, рефлексією над особистим життєвим досвідом і регулярним відвідуванням терапевтичних сесій, може привести до успіху в професійній діяльності. За цих умов досягається особиста ясність. Це означає, що аналітик повинен мати вільне і гнучке уявлення про себе і певний соціальний скептицизм; повинна бути відкритість до незнайомого, дивного і химерного, а не тривога чи відраза до пацієнта.

Перш за все, повинен бути сильний інтерес до людей, їх способу життя, почуттів, фантазій і думок, а вирішення своїх внутрішніх психологічних

проблем призводить до відчуття унікальності, особистої неповторності і відповідальності за зміст і сенс свого життя.

Сутність гармонійного розвитку особистості в гуманістичних дослідженнях. Якщо психоаналітики переважно вивчали симптоматичні прояви невротичних суб'єктів та особливості їхньої несвідомої сфери, то дослідники екзистенційно-гуманістичної орієнтації (Е. Фромм [79], А. Маслоу [120], К. Роджерс [132]) звернулися до вивчення психологічно благополучних особистостей, які відчують щастя, задоволені процесом творчої самореалізації та мають здатність до розвитку власних ресурсів і потенціалу. К. Роджерс, звертаючись до вивчення психологічно благополучних індивідів зі здатністю до розвитку, вважає, що одним з основних завдань психоаналітичної корекції є виявлення регресивних тенденцій психіки з метою підвищення любові до життя, усвідомлення власної природної сутності та розкриття потенціалу, який існує на потенційному рівні [132].

Згідно з його людською етикою, мета формування зрілої особистості – бути собою, а умова для цього – бути «людиною для себе», яка усвідомлює власні життєві проблеми. Це не означає егоїстичне та споживацьке ставлення до навколишньої дійсності, а втрату байдужості до себе (а отже, й до інших), усвідомлення своєї істинної основи та прийняття відповідальності за власне існування та поведінку.

Така позиція веде до вищого рівня «людяності» – стану плідності, реалізації можливостей і мобілізації латентного людського потенціалу. Соціально успішна особистість є психологічно зрілою, творчо ставиться до життя і здатна творити або «розвивати» зовнішній і внутрішній світ через спонтанну активність власних психічних сил. Якщо ж особистість зайнята деструктивністю, нею керують ненависть, гнів, ревнощі, заздрість та ірраціональні імпульси, і вона повністю залежна і підвладна їм.

Поведінка в цьому випадку не є вільною і поміркованою, а суперечить інтересам власного розуму і суб'єкта. Особистість мимоволі пригнічує власну природу, стає більш жорсткою і слухняною шкідливим стереотипам. Психологічна зрілість означає позбавлення від стереотипної поведінки,

руйнування та байдужості до власної сутності. Самоприйняття і любов до себе (без нарцисизму та егоїзму) дають можливість сформулювати загальнолюдські цінності і спиратися на них.

Зрілі особистості не прагнуть скористатися перевагами інших. Вони сприймають раціональну критику, беруть на себе ризик виявити власну некомпетентність, зберігають стійкі риси характеру, відповідальні та адаптуються до свого оточення. Поєднує в собі репродуктивні та творчі функції, взаємодія яких створює позитивну особистість. Вони вміють бачити інших такими, якими вони є, поважають їхню індивідуальність та унікальність і прислухаються до свого внутрішнього голосу.

Дослідник-гуманіст А. Маслоу стверджує, що особистість зраджує себе, коли замість того, щоб наближатися до самореалізації та розкриття свого потенціалу, вона перебуває в постійній стагнації та регресі «не заради розвитку, а лише через страх смерті» [120]. Тривога, безнадія, туга, відсутність задоволення від життя, почуття провини, відчуття порожнечі та незалежності руйнують творчий потенціал. Звичний спосіб життя важко подолати: «Імпульси, бажання і задоволення стають поганими порадиниками в житті. Це тому, що імпульси «збивають зі шляху».

Самоактуалізовані особистості є психологічно здоровими. Такі особи здатні задовольняти свої базові потреби (оскільки визнають і приймають їх) і прагнуть до більш високих прагнень до самоактуалізації, схильні підкреслювати темпи розвитку, а не регресу; толерантні до розчарувань і болю, рефлексують над невдалим ситуаціями, розрізняють психічну та об'єктивну реальність, розрізняють психічну та об'єктивну реальність; здатні здобувати безкорисливі знання про інших людей і світ; здатні до здорового розвитку; здатні встановлювати відповідні «координати» і цінності. Особи на рівні самоактуалізації можуть вирішувати суперечності та внутрішні конфлікти (наприклад, творчість і покликання стають одним цілим), досягають певного рівня автономії, розрізняють власне «Я» та «Я» інших і мають здатність до естетичного сприйняття світу.

Італійський психоаналітик Р. Ассаджіолі, аналізуючи роботи попередніх дослідників (наприклад, З. Фрейда, К.-Г. Юнга) в теорії психосинтезу, звертає увагу на розвиток цілісної та гармонійної особистості в єдності свідомого та несвідомого аспектів [17]. Він вважає, що незнання або нерозуміння себе, яке нівелює здатність контролювати себе, змушує людей відчувати почуття «єдності» і в той же час викликає «внутрішній поділ». Пізнаючи несвідоме з його конфліктами, протиріччями та страхами, людина має можливість пізнати себе, позбутися своїх страхів, слабкостей та провини, взяти себе під контроль. Знайомлячись зі сферою несвідомого, особистість усвідомлює своє справжнє «я», центр своєї особистості, відчуває вивільнення духовної енергії, яку можна спрямувати на перебудову та оновлення особистості.

На думку вчених, цей шлях передбачає формування нових особистісних уявлень про розвиток і життя кожної людини [126; 129]. Така трансформація вимагає напруження душевних сил і проходить через важливі етапи, пов'язані з розвитком регресії та деструктивної поведінки, які характеризують процес об'єднання фрагментованих частин особистості. Вищий рівень саморозуміння, лаконічне розуміння, шлях до якого ще потрібно висвітлити, подолання труднощів у самостворенні, сприяє оновленню особистості, трансформації та сублимації енергій у несвідомій сфері та розвитку внутрішнього відчуття незалежності, гнучкості, впевненості та автономії.

К. Роджерс у своїй теорії клієнт-центрованої психотерапії вказує на необхідність допомогти людині розкрити і реалізувати свій потенціал, вроджене прагнення до самоактуалізації [132]. Тому важливо встановлювати емпатійні стосунки та приділяти увагу психологічному клімату, заснованому на довірі.

Таким чином, наведені вище характеристики успішно самоактуалізованої особистості подібні до показників психічного здоров'я та благополуччя, на які спрямована психологічна корекція особистості. Конструктивні зміни особистості передбачають не лише досягнення психологічного благополуччя, але й вихід за межі певної «рутини» через реалізацію бажань творчого потенціалу; Р. Ассаджіолі припускає, що невротичні суб'єкти виділяються серед

інших не деструктивністю, а «нормативністю». Він вказує на те, що вони прагнуть наблизитися і досягти збалансованого та оптимального стану душі. Особистість, що регенерує, долає цю стадію і рухається до самореалізації.

Психологічна корекція як складова комплексної реабілітації виникла в рамках спеціалізації психології та дефектології. У становленні психологічної корекції як самостійного напрямку в розвитку психології, особливо практичної, можна умовно виділити наступні періоди [8; 11; 13].

Цей перший період, описовий, пов'язаний з визначенням існуючих у медицині та педагогіці проблем корекції аномального розвитку; Е. Сеген запропонував комплексний підхід до навчання дітей з порушеннями інтелекту та описав власну корекційно-діагностичну методику перцептивного та психічного розвитку дітей (метод Е. Сегена-Борда). У цей період з'являються оригінальні діагностичні та психокорекційні методики, спрямовані на аналіз перцептивних, мнемічних та когнітивних процесів.

Другий період – становлення теорії та практики психокорекції [45; 46; 52]. На цьому етапі психокорекцію пов'язують із застосуванням експериментальних психологічних методів у системі психологічних досліджень і появою методик корекційної роботи. Цей етап пов'язаний з ім'ям М. Монтесорі [80]. Ця дослідниця розробила корекційні матеріали, спрямовані на розвиток пізнавальних (сенсорно-моторних) процесів дітей. Основним стрижнем її теорії є «концепція сенситивних періодів розвитку дитини».

Третій період пов'язаний з ім'ям Л. Виготського, який створив єдину концепцію аномального розвитку, визначив загальне поле корекції та сформував методологічну концепцію психологічної корекції як самостійної галузі. Психодіагностичні та корекційні процедури розроблялися і для інших категорій дітей (дітей з порушеннями мовлення, зору, сенсорних порушень).

Четвертий період пов'язаний з інтенсивним розвитком практичної психології. У цей період було створено систему психологічної допомоги окремим групам дітей з певними порушеннями та введено посаду практичного психолога в спеціальних навчально-виховних закладах та освітніх установах [66; 74; 75].

Таким чином, типовими видами комплексної корекції вважаються наступні [6; 62]:

- за завданням корекції (сімейна, ігрова, нейропсихологічна комплексна реабілітація);
- за характером спрямованості (симптомокорекція, тобто короточасний вплив для полегшення гострих симптомів порушень розвитку, які заважають корекції причини); За причиною (каузальна корекція), спрямована на причину або причини психічного розладу;
- за корекційним впливом (директивні та недирективні);
- за формою організації: загальна комплексна реабілітація (заходи з нормалізації соціального оточення особистості, заходи, пов'язані з психічним здоров'ям та профілактикою, лікувально-оздоровчі заходи, організація спеціальних занять з плавання тощо, ігрова, музична та драматургічна терапія), спеціальна психологічна корекція (комплекс заходів, прийомів, методів і способів, спрямованих на роботу з конкретною людиною або групою для вирішення психологічних проблем).

Сфери застосування комплексної реабілітації [6] включають:

- реабілітація з корекцією емоційного розвитку особистості;
- реабілітація з корекцією сенсорної, перцептивної та інтелектуальної діяльності;
- реабілітація з корекцією поведінки особистості;
- реабілітація з корекцією розумового розвитку.

Усі вищезазначені види комплексної корекції зазвичай системно відносяться до організаційних та змістовних етапів реабілітаційного процесу.

Технологія комплексної реабілітації – це сукупність знань про засоби та інструменти корекційного процесу. Корекційна технологія – це комплексна система корекційних заходів, яка включає три взаємопов'язані та взаємозалежні компоненти [6; 62]:

- 1) методологічний компонент (концепція, характеристика об'єкта, формулювання завдань, поетапні теоретичні положення, такі як соціально-психологічні, філософські, правові, економічні тощо).

2) змістовні елементи (етапи роботи, завдання кожного етапу, зміст етапу);

3) технологічні елементи (методи, форми, засоби, що використовуються).

Комплексні корекційні технології також мають такі характеристики [6, 62]:

- технології та комплексні системи, які вирішують стратегічні та тактичні завдання. Стратегічні завдання включають розробку корекційних програм і комплексних засобів. Тактичні питання включають розробку методів, методик, реабілітаційних технологій, форм роботи, підбір і розміщення груп, час і структуру навчання;

- при розробці програми необхідно враховувати широкий спектр факторів. До них відносяться характер і тяжкість дефекту, психологічні проблеми та їх причини, час виникнення дефекту і психологічних проблем, рівень розвитку міжфункціональних зв'язків, індивідуально-психологічні особливості типології особистості та попередній соціальний контекст розвитку особистості;

- реабілітація для конкретної людини має бути побудована як свідома діяльність зі зміни психологічного становлення та умов життя особистості;

- важливо, щоб психологічна реабілітація була проактивною. Програма має бути спрямована на активне формування того, чого людина має досягти в майбутньому, відповідно до вимог вікового та особистісного розвитку та з урахуванням майбутнього напрямку розвитку;

- конкретні цілі реабілітаційних програм варіюються залежно від типу установи. Важливо, щоб ця програма була скоординована з програмами інших фахівців (лікарів, психіатрів, психотерапевтів), які працюють з людиною, що зазнала впливу стресового фактора.

Загалом можна виокремити такі основні принципи психічної корекції:

- принцип єдності реабілітації та корекції. Відображає спільність процесу надання психологічної допомоги. Цей принцип є невід'ємною частиною всієї комплексної реабілітації. Це пов'язано з тим, що реабілітаційна та корекційна

робота залежить від комплексності, повноти та глибини попередньої діагностичної роботи.

Необхідно пам'ятати, що реабілітаційно-відновлювальна робота передуює комплексному діагностичному обстеженню, на якому базуються цілі та завдання комплексної реабілітації. Крім того, якісна реабілітація може бути досягнута лише за умови моніторингу поведінки, емоційного стану та змін у відчуттях, переживаннях та діяльності людини. Іншими словами, цей вид управління вимагає чіткого діагнозу, який повинен застосовуватися протягом усього реабілітаційно-корекційного процесу;

- принцип норм психічного розвитку: реабілітаційні та корекційні цілі повинні бути узгоджені з характеристиками психічних норм відповідно до особливостей розвитку особистості. Для застосування цього принципу необхідно адаптувати його до специфіки соціальної ситуації. Також необхідно звертати увагу на особистісні характеристики, характерні для конкретної людини;

- принцип корекції «зверху вниз», запропонований Л.С. Виготським, відображає спрямованість корекційної роботи. Застосування цього принципу має випереджувальний характер і відбувається як психологічна діяльність, спрямована на своєчасне формування психічного новоутворення;

- у реалізації принципу важливими є наступні три засади: побудова реабілітації та корекції поведінки з метою закріплення наявних поведінкових патернів, посилення соціально бажаних форм поведінки та гальмування соціально небажаних форм поведінки; з'ясування динамічних аспектів психіки, мотивів, потягів та внутрішніх конфліктів, існування та розвиток яких є функцією та розвитком індивідуального "Я", що гарантує розвиток (психодинамічний підхід);

Принцип системності розвитку психоактивності вимагає, щоб реабілітація враховувала профілактичні та розвиваючі завдання. Системний характер цих завдань відображає взаємозалежність особливостей особистості та неоднорідність її розвитку. Внаслідок системності психіки, свідомості та діяльності особистості всі компоненти її розвитку взаємопов'язані між собою.

Реабілітація та психологічна корекція спрямовані як на вирішення нагальних проблем, так і на перевищення найближчих очікувань розвитку [6; 55; 61; 62]. Ранні профілактичні заходи допомагають запобігти відхиленням у розвитку та формують спеціалізовану систему реабілітаційно-корекційних заходів. Застосування принципу системного розвитку в комплексній реабілітації дає можливість зосередитися на усуненні причин відхилень у психічному розвитку. Цей принцип пов'язаний з принципом корекції "зверху вниз", згідно з яким здійснюється системний аналіз поточного рівня розвитку, досягнутого на момент постановки діагнозу, з позиції і під кутом зору центральної лінії розвитку;

- принцип реабілітації в дії визначає мету комплексної реабілітаційної програми, вибір засобів і методів для досягнення поставлених цілей і конкретний зміст реабілітації та корекції. Суть цього принципу полягає в тому, що основним методом реабілітаційно-корекційного впливу є організація позитивної діяльності особистості. Реабілітаційно-корекційний вплив втілюється у відповідній діяльності. Тут головним аспектом реабілітації та корекції є цілеспрямоване створення узагальнених способів орієнтації особистості в різних сферах діяльності та спілкування, тобто в соціальному контексті розвитку. Комплексна реабілітація стає осмисленою діяльністю, яка природно і органічно вписується в систему повсякденних відносин людини.

Важливим аспектом корекції є визначення цілей і завдань [1; 4; 6]. По-перше, метою є корекція відхилень у розвитку особистості.

Варто зазначити, що в практиці корекції, відповідно до критеріїв, що пояснюють причини порушень розвитку, виділяють такі моделі:

- біологічна модель: пояснює причини порушень розвитку переважно повільним темпом органічного дозрівання;
- медична модель: вважає, що труднощі в розвитку особистості спричинені патологіями;
- психодинамічна модель: вважає за необхідне виявити несвідомі причини важких переживань і хворобливих симптомів. Подолання цих причин різними

способами дає можливість контролювати і частково опановувати поведінку, тим самим дозволяючи людині розвиватися;

- інтеракціоністська модель фокусується на перешкодах у взаємодії особистості з навколишнім середовищем;

- діяльнісна модель вбачає основну проблему відхилень у розвитку особистості у несформованості провідних видів діяльності та інших видів активності, необхідних для відповідного етапу.

Також, Т.Яценко перераховує наступні теоретичні моделі практики психічної корекції [88; 89]:

- психоаналітична модель стосується специфічного змісту вирішення травматичної функції, проблеми особистісного розвитку, через усвідомлення індивідуального досвіду. Найголовніше, вона трансформує несвідомий конфлікт особистості у свідомий і створює умови для повторного переживання цієї емоційної травми з метою аналізу та розуміння її ролі в подальшому житті людини. Терапевт фокусується на прояві «перенесення» в груповій моделі та його реалізації в ситуації «тут і зараз». Важливо відстояти об'єктивацію витіснених стереотипів. Через психоаналіз можна дістатися до суті травматичного досвіду, який спричинив психологічну проблему;

- екзистенційна модель: дозволяє самовизначення через свободу та вибір відповідальності. Передумовою цієї парадигми є те, що люди мають здатність розширювати свою самосвідомість, що призводить до більшої свободи і відповідальності через подолання екзистенційних тривог і страхів. Тривога є функцією свідомого вибору та пошуку сенсу і цінності. Окрім того, що людина екзистенційно самотня, вона пов'язана з відносинами між людиною та іншими, сенсом життя, самореалізацією та важливістю розуміння смерті в індивідуальності. Терапевти зосереджуються на сприянні рефлексії та розумінню суб'єктивного світу людини і встановленні автентичного контакту. Основна увага приділяється тут і зараз. Психологічна корекція досягається через зміну ставлення до травмуючих факторів та визначення життєвої мети;

- гештальт-модель: самокорекція досягається через усвідомлення незадоволених потреб. У гештальт-моделі особистісна корекція досягається

через усвідомлення нереалізованих бажань. Основний акцент робиться на визнанні особистої відповідальності за поведінку, вчинки і навіть думки. Використовуючи психодраму та моделювання, травма обговорюється та «занурюється» в груповій обстановці для повторного переживання травми, виявлення її причин та фактичного вирішення проблеми. Метою є досягнення «цілісності Я» через самоприйняття раніше маргіналізованих компонентів психіки. Терапевтам необхідно виявити емоційні моменти власного досвіду, які пов'язані з «незавершеними справами», що негативно впливають на поведінку людини. Всі гештальт-вправи спрямовані на усвідомлення власної поведінки (Т.С. Яценко, 2004. С. 107 - 108) [90].

Таким чином, представлена теоретична модель пропонує відповідну мету комплексної корекції, яка пов'язана з психічною корекцією.

У вітчизняній академічній психології цілі комплексної корекції опосередковані розумінням моделі психічного розвитку особистості як процесу активної діяльності, що здійснюється у співпраці з суб'єктом. Виходячи з цього, цілі корекції виокремлюються наступним чином:

- оптимізація соціального статусу розвитку особистості;
- розвиток видів особистої активності;
- формування соціально-психологічних навичок і компетенцій особистості.

Підходи представників різних шкіл психологічної практики у світі дещо відрізняються. Наприклад, психоаналітична традиція розглядає труднощі у розвитку особистості як порушення внутрішньої структури особистості (наприклад, З. Фрейд, М. Кляйн) або структур, що виникають під впливом оточення. Таким чином, цілі визначаються як відновлення балансу між особистісною цілісністю та психодинамічними силами або вплив на людей, щоб вони змінили свою поведінку шляхом покращення або зміни свого оточення та ставлення, а також вироблення нових моделей поведінки.

Слід підкреслити, що вибір методів, способів і засобів реабілітації та рекультивації здійснюється через визначення критеріїв оцінки їх успішності та цілей.

Цілі можуть бути конкретизовані наступним чином [62; 63]:

- цілі комплексної корекції повинні бути сформульовані в позитивній формі, яка заохочує можливості для особистісного розвитку і прояву особистої ініціативи. І навпаки, негативні форми є заборонними і обмежують такі можливості. Негативні форми представлення цілей комплексної корекції мають бути усунені, оскільки вони визначають поведінку особи та її прояви. Позитивні форми представлення цілей комплексної корекції включають опис таких форм поведінки особистості та особистісних структур, які необхідно створити. Такий формат заохочує до постановки перспективних цілей для самовираження та саморозвитку особистості;

- цілі комплексної корекції, як правило, мають бути пов'язані з тривалістю такої роботи, а отже, реалістичні та здатні впроваджувати новий позитивний досвід у життєву практику людини. Якщо цілі нереалістичні, то такі програми лише зашкодять подальшому розвитку особистості;

- при постановці цілей комплексної корекції необхідно враховувати не тільки довгострокові та короткострокові перспективи розвитку особистості, а й планувати певні показники особистісного та інтелектуального розвитку особистості та можливість відображення цих показників у діяльності та спілкуванні особистості;

- слід враховувати, що наслідки комплексної корекції проявлятимуться протягом певного періоду часу – іноді досить тривалого.

Психокорекційний процес постає через дослідницький аспект, що засновується на спільній активності учасника групи й психолога, який веде таку групу. Через це групова психокорекція відрізняється від традиційних методів, що мають на меті надати усталені знання й втілити їх у практику. Важливо сказати, що в корекційній групі її учасники опановують дослідницькі навички аналізу моделі спілкування, що оформлюється спонтанно й невимушено.

Психокорекція в групі має на увазі висвітлення досвіду членів групи й навчання спілкуванню через індивідуальний досвід. За принципом «тут і тепер» на матеріалі кожного учасника здійснюється психокорекція. Аналіз попереднього досвіду здійснюється через його введення завдяки моделюванню.

Це досягається шляхом мінімізації представлення сюжету й актуалізується спонтанність у діях й поведінки. Так, психокорекційний процес у корекційній групі поєднується із динамікою групи й індивідуальним пізнанням несвідомих чинників особистісних проблем. Саме в терапевтичних групах робота зосереджена на пізнанні специфіки особистісних проблем учасників групи на визначення життєвих передумов їх формування. Психокорекційні цілі визначаються в загальному вигляді, а їх конкретизація відбувається в процесі роботи групи.

Психодіагностика в корекційній групі характеризується процесуальністю й багаторівневістю, й порційністю. Завдяки психодіагностиці груповий процес із часом набуває керованого характеру й цілеспрямованості, що орієнтується на утворення індивідуального неповторного психокорекційного результату для кожного учасника групи.

Психодіагностичні прогнози в корекційній групі засновуються на пізнанні неусвідомленої логіки поведінки, а не вербальним змістом проблеми; психодіагностика в групі характеризується багаторівневістю й повздовженістю, здійснюється в процесі психокорекційної взаємодії психолога із учасниками корекційної групи, засновується на особливостях поведінкового матеріалу. Краще, коли учасники корекційної групи зустрілися вперше й не були раніше знайомими. В такий спосіб є можливість «чистого» зворотнього зв'язку, його підпорядкованість груповим нормам й цілям, а не на компенсацію душевних травм, образ.

Процес психологічної корекції в таких групах спрямований на виявлення глибинних психологічних передумов комунікативних труднощів, викликаних особистісними проблемами. Якщо вихідні дані не є видимими для індивіда і залишаються неусвідомленими, проблема визначається як особистісна. Під час безпосереднього процесу психологічної корекції в корекційній групі необхідно виявити особливості несвідомих сфер психіки. В рамках корекційної групи учасники вчать поглиблено аналізувати поведінкові матеріали, вербальні та невербальні матеріали, малюнки та топологічні моделі, отримані в групі.

В основі процесу психологічної корекції лежить дослідницький аспект, який базується на спільній діяльності учасників групи та психолога, який веде групу. Цим групова психологічна корекція відрізняється від традиційних методів, спрямованих на надання усталених знань і застосування їх на практиці. Важливо відзначити, що в корекційних групах учасники навчаються дослідницьким навичкам для аналізу спонтанних патернів спілкування, що розвиваються природним шляхом.

У груповій психокорекції учасники групи діляться своїм досвідом і вчаться спілкуватися через свій індивідуальний досвід. Психологічна корекція ґрунтується на принципі «тут і зараз» з використанням матеріалу кожного окремого учасника. Аналіз минулого досвіду здійснюється шляхом введення через моделювання. Це досягається за рахунок мінімізації викладу сюжету і надання можливості спонтанності в поведінці та рухах.

Таким чином, процес психологічної корекції в корекційних групах поєднує групову динаміку з індивідуальним усвідомленням несвідомих чинників особистих проблем. Основна увага в групах приділяється розумінню особливостей особистісних проблем учасників групи та виявленню життєвих передумов формування цих проблем. Цілі психологічної корекції визначаються в загальних рисах і їх конкретизація відбувається під час групової роботи. Психодіагностика в корекційних групах характеризується процесуальним характером, багаторівневим і частковим підходом. Завдяки психодіагностиці груповий процес набуває керованого характеру і цілеспрямованості, спрямованої на формування особистого та унікального психокорекційного результату для кожного учасника групи.

Психодіагностика в корекційній групі базується не на лінгвістичному змісті проблеми, а на знанні несвідомої логіки поведінки. Психодіагностика в групах характеризується багаторівневим і пролонгованим характером, здійснюється в ході психокорекційної взаємодії психолога з учасником терапевтичної групи і базується на особливостях поведінкового матеріалу. Учасники корекційної групи повинні вперше зібратися разом і вперше познайомитися один з одним.

Таким чином можна отримати «чистий» зворотний зв'язок, який підпорядкований нормам і цілям групи і не компенсує психологічні травми і образи. Хоча в корекційних групах використовуються традиційні психологічні вправи, психологічний зміст груп набуває нового змісту завдяки поглибленому аналізу результатів.

Лонгітюдний аналіз поведінкового матеріалу в корекційних групах дає доступ до несвідомих сфер індивідуальної психіки. Для корекційних груп також важливо розробляти групові вправи і техніки «тут і зараз». Дуже важливу роль в корекційних групах відіграє психомалюнок.

Важко переоцінити важливість цієї техніки цілісного аналізу малюнка в контексті складної теми. Тому психокорекція в групах фокусується на визнанні унікальності несвідомого кожного учасника групи. Логіка несвідомого визначає когнітивний рівень базової захисної тенденції. Психодинамічні методи також можуть бути використані для виявлення характеристик «психологічного захисту». Психологічна корекція в групах є багатоетапною і базується на механізмах активної дезінтеграції та вторинної інтеграції на вищих стадіях психічного розвитку.

Корекція зменшує негативну прив'язаність до вищезгаданих аспектів. У корекційному процесі в групі відкриття прихованих фіксованих об'єктів вимагає природної асоціації зі свідомістю.

З огляду на вищезазначене, слід підкреслити важливість комплексної корекції. Найважливішим напрямком психологічної корекції є обстеження та інтерпретація особистості:

- корекція нереалістичної самооцінки особистості;
- виявлення процесів та автоматизмів, які унеможливають саморозуміння та об'єктивну самореалізацію;
- трансформація ірраціональних когнітивних сценаріїв у раціональні переконання;
- виділення протиріч як особистісного ресурсу, що сприяє задоволенню потреб особистості в самореалізації.

Використання інструментів групової корекції дозволяє ефективно вирішувати питання психологічної корекції осіб, які переживають наслідки посттравматичного стресового розладу.

Загалом, позитивне уявлення про себе викликає прагнення до самоорганізації у осіб, які переживають вплив посттравматичного стресового розладу [95; 104]. Через самоусвідомлення свідомо встановлюється нова нормативна форма поведінки. Стабілізація особистості, об'єктивне самоставлення і самооцінка сприяють підвищенню почуття власної гідності і навичок саморегуляції у військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад. Створюється система морального самопізнання та ціннісних орієнтацій.

Арт-терапія – цілеспрямоване використання елементів художньої творчості, музики, танцю, танцювального руху, драматургії та поезії підготовленими фахівцями в корекції, консультуванні, додатковій освіті та реабілітації [109; 110]. Експерти в цій галузі підкреслюють особливу важливість невербальних втручань, використання ключових кінематичних стимулів для доступу до спогадів та образів, а також активну роль творчої діяльності та спонтанного самовираження у зменшенні інтенсивності безпорадності та підвищенні самооцінки.

По-перше, символічні засоби самовираження, що реалізуються через творчість, можуть забезпечити більш детальний доступ до візуальних і кінематичних схем, а також до систем прихованої пам'яті. Вважається, що травматичний досвід і пов'язані з ним спотворені схеми зберігаються в таких нелітературних формах. Надаючи доступ до травматичних схем, арт-терапія може підвищити ефективність корекційних процесів, таких як десенсибілізація, когнітивний рефреймінг і навчання.

По-друге, використання творчих й соціально значущих мистецьких методів може мати корекціотерапевтичний ефект й у психосоціальній сфері. Арт-терапія може підвищити у осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад почуття власної гідності, надію, просоціальну поведінку, зменшити почуття поведінки, зменшення почуття сорому й провини шляхом

сுவ'язання травмуючого матеріалу з адаптивними й естетичними засобами виявлення.

У арт-терапії задіяні унікальні невербальні й творчі компоненти й більш загальні корекційні процеси й більш загальні терапевтичні процеси, що вважаються загальновизнаними методами лікування травми (релаксація, занурення, десенсибілізація, когнітивні інтервенції, наративні техніки й відволікання) [112].

В американській та західноєвропейській психокорекційній практиці критерієм норми виступає адаптивність. Представники гуманістичної психокорекційної традиції умовами успішної адаптації особистості є інтегрованість особистості (Г.Олпорт), позитивна «Я-концепція», психологічна суверенність особистості, автономність, соціальний інтелект (Е.Еріксон, Р.Бернс, К.Роджерс, Е.Фромм та ін.), а невпевність у собі й неадекватно занижена самооцінка є передумовами порушення адаптації й аномальності психічного стану особистості.

На підґрунті багатьох наукових досліджень встановлено, що саме негативний «Я-образ» спричинює оформлення захисних форм поведінки, що деструктивно впливає на соціальну активність особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад, прагнення до самореалізації, утворює дезадаптивну особистість, яка є неспроможною до адаптації до умов, що змінюються. Самоставлення осіб, дії стрес-фактору та ціннісне ставлення до інших й світу сприяють формуванню відкорегованої особистості.

Таким чином, «Я-образ» є критерієм норми психічного розвитку особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад. Саме комплексна корекція сприяє відкорегуванню особистісної сфери осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

За результатами теоретичного аналізу проблеми висвітлення передумов комплексної корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в екстремальних умовах ми визначили теоретико-методологічні основи корекції через вирізнення категорії «психокорекція» у філософсько-психологічній літературі, загальних підходів до розуміння корекції у різних парадигмах й власне, психологічних особливостей корекції. З приводу висловленого необхідно зазначити:

1. Теоретичний аналіз проблеми посттравматичного стресового розладу на підґрунті системно-цілісного підходу уможливорює висвітлити зміст та психологічні механізми впливу посттравматичного стресового розладу на особистість, що перебуває в кризових умовах.

2. Виокремлено психофізіологічні, афективні, когнітивні, ціннісні передумови проявів посттравматичного стресового розладу. Визначено специфіку посттравматичного стресового розладу, як інтегративного утворення, що висвітлює передбачуваність соціо-психо-біологічних реакцій індивіда в екстремальних умовах, надає можливість здійснити психопрофілактику та визначити особливості корекції осіб, які піддаються його впливу, зменшити ризики негативних наслідків й оптимізувати соціокультурні та соціоповедінкові стратегії подолання наслідків посттравматичного стресового розладу у екстремальних ситуаціях.

3. Запропоновано засоби, що сприяють профілактиці та корекції наслідків посттравматичних стресових розладів, кризових ситуацій, внутрішньо особистісних конфліктів, екстремальних ситуацій й формуванню ціннісно-аксіологічних передумов, що сприяють корекції негативних наслідків посттравматичного стресового розладу.

4. Виокремлено специфіку структурних складових, що перешкоджають впливу посттравматичного стресового розладу: соціокультурна, соціо-психо-біологічна, соціо-поведінкова. Соціокультурна складова: об'єктивний психологічний захист, особистісна толерантність до

екстремальних умов, ціннісне ставлення до себе, інших, світу. Соціо-психологічна: стресостійкість, резистентність до нервово-психічної напруженості, помірний нейротизм та агресивність, саморегуляція й самоопанування. Соціо-поведінкова складова: адаптованість до соціуму, об'єктивні копінг-стратегії, фрустраційна толерантність.

5. Обґрунтовано програму комплексної корекції військовослужбовців та осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад. Визначено провідні психокорекційні напрями, що є найбільш результативними у вирішенні проблем корекції посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ НА ОСОБИСТІСТЬ, ЯКА ПЕРЕБУВАЄ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

2.1. Психологічні принципи організації психологічного дослідження впливу посттравматичного стресового розладу в умовах стрес фактору

Слід зазначити, що особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та осіб, які пережили екстремальні ситуації, не можуть бути враховані без висвітлення особливостей особистісної сфери.

Таким чином, досягнення поставленої мети, увиразнюється завдяки вирішенню таких завдань: дослідити взаємозв'язок між характеристиками стилю (полезалежність та концептуальна диференціація), рисами особистості, моделями поведінки та їх еволюцією під впливом стресових факторів, що негативно впливають на психічне та психологічне здоров'я індивіда; визначити психологічну природу посттравматичного стресового розладу як чиннику, що впливає на особистість військовослужбовця; розробити комплексну та цілеспрямовану програму корекції для військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу.

Дослідження проводилося у три етапи. На *першому етапі* ми вивчили передумови для корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, визначили психологічні особливості проявів та структуру ПТСР.

На *другому етапі* дослідження визначили психологічну природу стрес фактору як чинника, що сприяє стресостійкості або викликає психічні розлади.

На *третьому етапі* дослідження визначено особливості адаптаційних стратегій та індивідуально-психологічні властивості, що впливають на особистість, яка зазнає впливу посттравматичного стресового розладу.

Для досягнення мети дослідження та перевірки гіпотез ми поставили перед собою такі завдання:

- провести психодіагностичне дослідження когнітивних та характерологічних особливостей, а також когнітивної узгодженості у осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу;
- визначити наявність взаємозв'язків між індивідуальними когнітивними та психологічними характеристиками, а також дослідити поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що формують моделі поведінки «оптимальних» та «неоптимальних» стратегій адаптації осіб, які зазнають впливу посттравматичного стресового розладу;
- встановити особливості взаємодії чинників: групи суб'єктів та гендерного аспекту на особливості переживання впливу посттравматичного стресового розладу;
- на основі факторного аналізу та кластерного аналізу визначити психологічні типи осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, та встановити особливості їх прояву.

На *першому етапі* експерименту ми використовували такі психодіагностичні методики та методи:

- 1) визначення структури комплексної корекції особистості, яка пережила дію стрес-фактору здійснювалося за такими методиками:
 - Шкала оцінок відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity Rating Scale; Д.Корн, Л.Максфілд, Н.Дж.Сміт, Р.Стікголд);
 - Комплексний копінговий опитувальник (М.Маккей, М.Скін, П.Фаннінг);
 - Шкала депресії, тривоги і стресу – 21 (DASS-21);
 - Тест-опитувальник для визначення самоставлення особистості (В.В.Столін, С.Р.Пантелєєв);
 - Дослідження агресії за методикою (Басса-Даркі);
 - Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (ШРОТ);

2) гендерні особливості провідних факторів комплексної корекції осіб, які пережили дію стрес-фактору вивчалися за допомогою факторного аналізу;

3) специфіку психологічних захистів та копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес фактору виявлено за допомогою методик: типологій психологічного захисту Р. Плутчик (для з'ясування основних типів еґо-захистів); Опитувальник для вивчення копінг-поведінки Е. Ґеїма (для виявлення адаптивних і неадаптивних копінг-стратегій); 16-факторний тест Р. Кетелла (для встановлення індивідуальних особистісних диспозицій); стандартизований багатфакторний метод дослідження особистості (СМИЛ);

Окрім цього, ми використовували: структуроване інтерв'ю з метою вивчення суб'єктивного ставлення до дії стрес-фактору й оцінки ступеня впливу стрес-фактору на їх емоційний стан, внутрішню гармонію.

Завдання *другого етапу* дослідження були вирішені завдяки впровадженню «Комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу», що включає теоретичний курс і серію практичних занять.

Критеріями успішності корекції є формування «ефективних» адаптаційних стратегій особистості, ціннісне ставлення до життя, що виявляється у ставленні до власного життя, здоров'я та інших людей.

2.2. Психологічний аналіз результатів констатувального експерименту

На підґрунті результатів психологічного дослідження на етапі констатувального експерименту отримано такі результати.

1. Дослідження *індивідуально-особистісного аспекту комплексної корекції* особистості, котра зазнала впливу посттравматичного стресового розладу.

Нами було здійснене психодіагностичне дослідження особливостей ставлення до себе осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 2.1

Дослідження індивідуально-особистісного аспекту комплексної корекції особистості, котра зазнала впливу посттравматичного стресового розладу (у відсотках)

Показники: індивідуально- особистісний аспект		Досліджувані за гендерним критерієм					
		Чоловіки			Жінки		
Рівень прояву показника	Разом	Високий	Середній	Низький	Високий	Середній	Низький
Ціннісне ставлення до себе	99,9	9,5	66,6	23,8	15,6	59,3	25
Образ «Я»	99,9	4,7	52,3	42,8	18,7	65,6	15,6
Самоприйняття	100	47,6	47,6	4,7	62,5	37,5	-
Самоповага	99,9	28,5	47,6	23,8	37,5	40,6	21,8

Отже, проаналізуємо отримані результати за методикою «Тест-опитувальник для визначення самоставлення особистості» (В. В. Столін, С. Р. Пантелєєв). За показником «Ціннісне ставлення до себе», що емоційно та змістовно поєднує віру в себе, власні сили, здібності, енергію, самостійність та оцінку власних можливостей щодо управління власним життям, розуміння себе, нами виявлено, що переважно чоловіки й жінки, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад виявляють середній рівень 66,6 % й 59,3 % відповідно. Втім, зауважимо той факт, що низький рівень ціннісного ставлення до себе є властивий для 25 % жінок та 23,8 % чоловіків. Це, безумовно, той контингент чоловіків, які потребують комплексної корекції за зазначеним показником. Лише 9,5% чоловіків та 15,6 % жінок виявляють оптимальний високий рівень ціннісного ставлення до себе, що сприятливо впливає на розвиток особистісної сфери й психічний розвиток особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад.

Важливим чинником психічного розвитку є показник «Образ «Я» або товариськість-ворожнечість стосовно власного «Я»; схвалення себе, довіра до себе, позитивна самооцінка або навпаки бачення в собі, передусім, недоліків, низька самооцінка, готовність до самозвинувачувань.

За емпіричними даними, що ми отримали, зазначимо, що переважно чоловіки й жінки, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад середній рівень 52,3 % й 65,6 % відповідно. Проте, майже 43 % чоловіків демонструють низький рівень «Образу «Я» чи негативне самосприйняття й низьку самооцінку. А також 15,6 % жінок потребують особистісної корекції за таким показником. Втім, 4,7 % чоловіків та 18,7 % жінок мають позитивну самооцінку й сприятливе ставлення до себе. Це недостатня частка для вибірки в цілому.

За показником «Самоприйняття» або міра близькості до себе, інтерес до власних думок, почуттів, готовність спілкуватися із собою «на рівних», упевненість щодо зацікавленості інших собою, нами отримано такі емпіричні дані. Велика кількість чоловіків 47,6 % та жінок 62,5% виявляють високий рівень інтересу до власної особистості. Однак, 4,7 % чоловіків не виявляють інтересу до власної особистості. Тобто, деяка частина чоловіків може з імовірністю 0,05 може потребувати уваги психолога саме за цим критерієм.

За показником «Самоповага» – очікування позитивного або негативного ставлення до себе, виявлено, що переважна кількість чоловіків 47,6% та жінок 40,6 % виявляють середній рівень позитивного ставлення до себе. Проте, 23,8% чоловіків та 21,8% жінок характеризуються як такі, що мають негативне ставлення до себе й цей чинник негативно впливає на розвиток особистісної сфери осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад. Хоча, 28,5 % чоловіків та 37,5 % жінок демонструють позитивне ставлення до себе й оптимальний психічний розвиток в цілому.

Таким чином, підсумовуючи результати емпіричного дослідження за індивідуально-особистісним аспектом комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний розлад, зауважимо щодо необхідної планомірної психологічної корекції самоставлення в зазначених осіб.

2. Дослідження *емоційно-афективного аспекту особистості*, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад із застосуванням методик: діагностична методика агресивності (Басса – Дарки); тривожність – реактивну та особистісну тривожність за психодіагностичною методикою Спілбергера-Ханіна (ШРОТ). Нами отримано такі емпіричні дані.

Таблиця 2.2

Дослідження емоційно-афективного аспекту комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад (у відсотках)

Показники: емоційно- афективний аспект (агресія)	Досліджувані за гендерним критерієм					
	Чоловіки			Жінки		
	Рівень показнику					
	В	С	Н	В	С	Н
Фізична агресія	23,8	47,6	28,5	18,7	62,5	18,7
Непряма агресія	33,3	42,8	23,8	18,7	59,3	21,8
Роздратування	23,8	52,3	23,8	25,0	75,0	-
Негативизм	47,6	52,4	-	28,1	46,8	25,1
Образа	28,5	42,9	28,5	18,7	62,5	18,7
Підозірливість	33,3	28,5	38,0	28,1	56,2	15,7
Вербальна агресія	33,3	57,1	9,5	34,3	31,4	34,3
Почуття провини	33,3	47,6	19,1	31,2	31,2	37,5

Таким чином, за результатами показника «Фізична агресія», або застосування фізичної сили проти іншої людини, 23,8% чоловіків і 18,7% жінок демонструють високий рівень. Значна частина вибірки схильна до фізичної агресії. Ми пояснюємо цей факт специфікою соціального середовища: військові операції на території України та, загалом, підвищення рівня агресії в суспільстві спричиняють зростання агресії серед осіб, які зазнали посттравматичного стресового розладу. Це особливо актуально, враховуючи, що чоловіки та деякі жінки можуть приєднатися до лав Збройних сил України наступного року або через рік. Однак 28,5% чоловіків і 18,7% жінок демонструють низький рівень фізичної агресії.

Щодо показника «Непряма агресія» або прихована агресія, спрямована опосередковано проти інших осіб або проти нікого конкретно, 33,3% чоловіків і

18,7% жінок демонструють високий рівень. Іншими словами, у прихованій формі досить високий відсоток осіб, які зазнали посттравматичного стресового розладу, також схильні до агресії. Однак 23,8% чоловіків і 21,8% жінок демонструють низький рівень прихованої агресії або не схильні до агресії.

Що стосується показника «Дратівливість», або схильності висловлювати негативні емоції навіть у випадках легкого збудження (грубість, гнів), однакова кількість чоловіків (23,8%) демонструє високий і низький рівні цього показника. Аналогічно, 25% жінок також демонструють високий рівень схильності висловлювати негативні емоції в стресових ситуаціях. Тому видається необхідним скоригувати особисті навички в плані самоконтролю.

Згідно з показником «Негативізм», або опозиційна поведінка, що варіюється від пасивного опору до активної боротьби проти норм, 47,6% чоловіків і 28,1% жінок демонструють дуже виражену неконформістську поведінку. Тут необхідно працювати на особистому рівні над цінністю власної думки, а також над можливістю узгодити її з думкою інших. Це дозволяє нормалізувати об'єктивність соціального статусу в групі та набутти позитивного ставлення до себе та інших.

Що стосується показника «Образа», або заздрості та ненависті до інших і реальних або уявних дій, однакова кількість чоловіків (28,5%) демонструє високий і низький рівень цього показника. Схожа тенденція спостерігається серед жінок: 18,7% демонструють високий рівень і така ж кількість демонструють низький рівень цього показника. Цей показник нижчий за середній, але в цілому він вимагає комплексної корекції особистості, прийняття себе та інших, шанобливого ставлення до успіхів інших та здатності приймати помилки та слабкості інших.

Що стосується показника «Недовіра», який варіюється від недовіри та обережності до інших до переконання, що інші плетуть інтриги та завдають шкоди, 33,3% чоловіків і 28,1% жінок демонструють високий рівень недовіри до оточуючих. З одного боку, цей результат є об'єктивним через соціальну ситуацію. З іншого боку, ризик спотвореного психологічного розвитку особистості збільшується через фундаментальну недовіру до світу.

Що стосується показника «Вербальна агресія», або вираження негативних почуттів як у формі (крики, вигуки), так і в змісті вербальних відповідей (образи, погрози), 33,3% чоловіків і 34,3% жінок демонструють високий рівень цього показника, тобто мають схильність до символічної агресії, а також створюють основу для особистої корекції в плані самосприйняття та сприйняття світу як простору, що сприяє особистим змінам.

За показником «Почуття провини», який виявляє можливу віру в те, що особистість є поганою і робить зло; каяття совісті, 33,3% чоловіків і 31,2% жінок демонструють високий рівень спотвореного ставлення до себе або комплекс неповноцінності, і лише 19,1% чоловіків і 37,5% жінок мають позитивне та екологічне сприйняття себе. В цілому жінки мають більш позитивне ставлення до себе і менш агресивні, ніж чоловіки. Однак через етнічні стереотипи чоловіки повинні відповідати моделям маскулінності. Серед цих стереотипів є здорова агресія. Але ключовим моментом тут є оптимальне вираження агресії як захисної реакції або основи для мотивації до досягнення мети.

Крім того, представлений метод дозволяє визначити індекс агресивності та індекс ворожості.

Таблиця 2.3

Специфіка проявів агресії у осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад (у відсотках)

Індекс прояву агресії	Рівні прояву	Кількісний показник (%) За гендерним критерієм	
		чоловіки	жінки
Індекс агресивності	високий	33,3	21,8
	середній	38,0	62,6
	низький	28,5	15,6
Індекс ворожості	високий	42,8	25,0
	середній	47,6	50,0
	низький	9,5	25,0

Представлені індекси (агресія та ворожість) є загальним або сукупним показником різних форм агресії. Таким чином, індекс агресії розраховується на основі сукупного показника фізичних, непрямих та вербальних форм агресії.

Отже, 33,3% чоловіків та 21,8% жінок мають високий індекс агресії. Це означає, що як чоловіки, так і жінки можуть проявляти агресивну поведінку. Однак слід зазначити, що існують об'єктивні соціально-психологічні умови, які спричиняють таку поведінку. Тим не менш, це також є важливою передумовою необхідності комплексного виправлення відповідних осіб. Крім того, 28,5% чоловіків і 15,6% жінок мають низький або оптимальний рівень агресії. Вони здатні контролювати свої агресивні спалахи.

Згідно з визначенням «Індексу ворожості», образ і підозри, 42,8% чоловіків і 25% жінок мають високий рівень. Іншими словами, досить велика частка осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад, схильні до ворожості, як у вигляді захисної реакції, так і у вигляді спотвореного ставлення до себе. Тільки 9,5% чоловіків і 25% жінок мають низький рівень ворожості. В цілому слід зазначити, що досить велика частка досліджуваних виявляє різні форми агресії, як у вигляді захисної реакції, так і через спотворене ставлення до себе і світу, що вимагає цілеспрямованої і комплексної корекції цих проявів.

Наступним аспектом емоційно-афективної сторони комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад, є тривожність.

Таким чином, показник «Особиста тривожність» є рисою, характеристикою, схильністю, яка дає уявлення про індивідуальні відмінності у вразливості до впливу різних стресових факторів. Він стосується відносної стабільності в умовах загрози «я». Майже 43% чоловіків і 37,5% жінок отримали високий бал за цим показником. Досить велика частка людей, які зазнали стресового чинника, схильні до особистої тривожності як риси особистості. Однак лише близько 5% чоловіків і 18,7% жінок отримали низький бал за цим показником або мають стабільну нервову систему і схильні до стресостійкості. Цей результат свідчить про необхідність розвитку стресостійкості у осіб, які зазнали стресового чинника.

**Дослідження емоційно-афективний аспект комплексної корекції
особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад:
тривожність (у відсотках)**

Показники: емоційно-афективний аспект (тривожність)	Рівні прояву	Кількісний показник за гендерним критерієм	
		Чоловіки	Жінки
Особистісна тривожність	Високий	42,8	37,5
	Середній	51,3	43,7
	Низький	4,7	18,7
Ситуативна тривожність	Високий	33,3	43,7
	Середній	47,6	25,0
	Низький	19,0	31,2

За показником «Ситуаційна тривожність» – реакція на різні стресові фактори, переважно соціально-психологічні (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття несприятливого ставлення до себе, загрози самооцінці), було встановлено, що 33,3% чоловіків і 43,7% жінок мають високий рівень ситуаційної тривожності, тобто втрачають самовладання в складних, незвичайних ситуаціях або ситуаціях, що вимагають швидкого прийняття рішень. Лише 19% чоловіків і 31,2% жінок схильні зберігати спокій і приймати швидкі рішення в незвичайних і відповідальних ситуаціях. Це ще один показник необхідності цілеспрямованої та комплексної корекції осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад.

3. *Поведінковий аспект* комплексної корекції особистості визначався за такими показниками:

- 1) залежність-незалежність;
- 2) товарищескість-інтроверсія;
- 3) прийняття боротьби – уникнення боротьби за методом «Q-sort» В. Стефансона.

Схильність до залежності визначається як внутрішня орієнтація особистості на прийняття норм і цінностей групи: соціальних і морально-

етичних. Схильність до товарищкості вказує на схильність до контактів, готовність до формування емоційних зв'язків як всередині, так і поза власною групою. Схильність до боротьби – це активна орієнтація на участь у груповому житті, на здобуття більш важливого статусу в системі міжособистісних взаємодій; на протигагу цій схильності, схильність до уникнення «боротьби» вказує на готовність уникати взаємодій, залишатися нейтральним у групових дискусіях і конфліктах, а також на схильність до пошуку компромісних рішень. Кожна з цих тенденцій має внутрішню і зовнішню характеристику, тобто залежність, комунікабельність і «боротьба» можуть бути внутрішніми рисами особистості або зовнішніми, своєрідною «маскою», що приховує особистість. Якщо кількість позитивних відповідей у кожній парі (залежність – незалежність, комунікабельність – некомунікабельність, прийняття «боротьби» – запобігання «боротьбі») наближається до 20, ми об'єктивно відзначаємо домінування тієї чи іншої тенденції, яка присутня в особистості і проявляється не тільки в певній групі, але й поза нею.

Таблиця 2.5

Особливості проявів дієво-поведінковий аспект комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад

Показники: дієво-поведінковий аспект	Дихотомія проявів	Кількісний показник (%) За гендерним критерієм	
		чоловіки	жінки
Залежність	Позитивне значення	19,0	15,6
	Негативне значення	28,5	31,2
Незалежність	Позитивне значення	28,5	31,2
	Негативне значення	23,8	21,8
Комунікабельність	Позитивне значення	33,3	37,5
	Негативне значення	28,5	15,6
Некомунікабельність	Позитивне значення	19,0	15,6
	Негативне значення	19,0	31,2
Прийняття «боротьби»	Позитивне значення	28,5	15,6
	Негативне значення	19,0	31,2
Запобігання «боротьби»	Позитивне значення	23,8	37,5
	Негативне значення	28,5	15,6

Таким чином, «залежність» як внутрішня орієнтація особистості на прийняття групових норм і цінностей – соціальних та морально-етичних – представлена наступним чином: 19% чоловіків і 15,6% жінок, проте 28,5% чоловіків відхиляються від групових норм, а 31,2% жінок також демонструють вільне тлумачення групових норм.

І навпаки, «незалежність» від групових норм характерна для 28,5% чоловіків і 31,2% жінок.

Схильність до «товариськості» та емоційних зв'язків характерна для 33,3% чоловіків і 37,5% жінок. А 28,5% чоловіків і 15,6% жінок демонструють негативний полюс товариськості або потребу в комплексній корекції особистості за цим показником.

Характеристики «нетовариськості» в основному проявляються у 19% чоловіків і 5,6% жінок, причому ця група також потребує поліпшення комунікативних навичок.

«Прийняття боротьби» або активна орієнтація особистості на участь у груповому житті та взаємодію в групах. 28,5% чоловіків і 15,6% жінок виявляють схильність до набуття соціального статусу в соціальній ієрархії.

Однак 19% чоловіків і 31,2% жінок не цікавляться груповим життям і виявляють недостатню соціальну активність. «Запобігання боротьбі» або спроба уникнути взаємодії, створення нейтралітету під час конфліктних взаємодій у групі, схильність до компромісу.

23,8% чоловіків і 37,5% жінок уникають соціальних взаємодій, тоді як 28,5% чоловіків і 15,6% жінок, навпаки, намагаються зайняти активну позицію і прагнуть брати участь у груповому житті.

Іншими словами, виділення індивідуального та особистого аспекту, емоційного та афективного аспекту, а також поведінкового та активного аспекту комплексної корекції осіб, які зазнали посттравматичного стресового розладу, дозволяє краще зрозуміти орієнтацію та особливості комплексної корекції особистості.

На другому етапі описового експерименту ми провели факторний аналіз отриманих емпіричних даних з метою виявлення основних факторів комплексної корекції осіб, які зазнали дії стрес фактора.

Математична обробка даних була проведена за допомогою статистичного програмного пакету SPSS. Під час експериментального дослідження ми виявили значущий зв'язок між змінними «комплексна корекція» та «посттравматичний стресовий розлад». На основі результатів діагностичних тестів (відповідно до діагностичних методів, включених до психодіагностичного блоку) ми виявили статистично значущий зв'язок на рівні 0,01%. Результати, представлені в таблицях, вказують на існування статистично значущого зв'язку між усіма рисами особистості та її цілісністю.

Під час факторного аналізу було використано метод «головних компонентів». Для визначення кількості компонентів було запропоновано два критерії: згідно з першим, кількість факторів дорівнює кількості компонентів, власні значення яких перевищують 1 («загальна пояснена дисперсія»). Другий критерій визначається з графіка власних значень (Scree plot): кількість факторів визначається точкою перегину на графіку перед його вирівнюванням після різкого падіння власних значень.

Ми виділили шість факторів з власними значеннями, більшими за одиницю. Ці фактори були обернені за допомогою методу Varimax і пояснюють 77,5% загальної (загальної) дисперсії.

1) Перший фактор: «Стратегія запобігання», через те, що змінні мають найвищі навантаження:

- збудження (0,852) – особистість відчуває збудження через різних людей, місця тощо;
- прояв агресії в різних формах, включаючи самоагресію (0,654) – схильність до дратівливості, спонтанної агресії.

2) Другий фактор: «Постійне збудження», змінні мають найвищі навантаження:

- схильність до самоушкодження (0,859) – драматизація подій до панічного збудження;

- негативне сприйняття майбутнього, відсутність перспектив (,830) – відсутність мети, марність будь-яких перспективних планів на майбутнє;

3) Третій фактор, «Когнітивна переоцінка», змінні з найвищими навантаженнями:

- помилкова оцінка (,815) – помилкова оцінка ситуацій як загроз;

4) Четвертий фактор, «Неопір стресовим ситуаціям», змінні з найвищими навантаженнями:

- віра в неможливість протистояти тиску зовнішніх обставин (0,844) – впевненість у тому, що обставини сильніші за власну силу;

- страх болю і страждань, спричинених емоціями і почуттями (0,656).

5) П'ятий фактор: «Оцінка цільової проблеми», змінні з найвищими навантаженнями:

- тригер, що викликає емоційний досвід (,689) – події, ключові символи, що «викликають» досвід;

- цільова проблема (,659) – часткова усвідомленість досвіду;

- негативне пізнання (0,657) – ірраціональні та рекурсивні «самовисловлювання»;

- позитивне пізнання (0,623) – можливі, узагальнені та рекурсивні «самоствердження», зосереджені на когнітивному негативізмі;

- позитивне пізнання (0,765) з образом або проблемою;

- ідентифікація емоцій (0,834), пов'язаних з образом та негативним пізнанням.

6) Шостий фактор «Десенсибілізація», змінні з найвищими навантаженнями:

- негативне пізнання та фізичні відчуття (0,715) – досвід тривоги та психосоматичні прояви фізичних захворювань;

- несвідома частина спогадів під час вторинної оцінки (0,844).

Таким чином, завдяки факторному аналізу вдалося виявити шість основних факторів «комплексна корекція» особистості, яка зазнала впливу посттравматичного стресового розладу в умовах дії стрес фактору, що дозволяє більш комплексно та детально дослідити це явище. Серед досліджених

факторів «стратегія запобігання» має найвище факторне навантаження, що свідчить про важливість внутрішніх критеріїв, ціннісних орієнтацій, самоприйняття (як позитивних, так і негативних аспектів), креативності та сприйняття часу для комплексної корекції особистості. Аналогічно, «постійне збудження», яке допомагає відчувати важливість життя і себе, наявність цілей і усвідомлення прожитого досвіду, є важливим фактором, що підвищує тривожність особистості. Інші фактори вказують на орієнтацію особистості (зовнішню або внутрішню).

При здійсненні комплексної корекції особистості, яка пережила посттравматичний стресовий розлад, ми поетапно досліджували особливості прояву та структурні зміни її компонентів під час корекції.

У таблиці 2.6 (див. Додаток А) показано прояв та зміни показників комплексної корекції. Під час експериментального дослідження ми виявили значущий зв'язок між такими змінними: «комплексна корекція» та «посттравматичний стресовий розлад». На основі результатів діагностичних зрізів (за діагностичними методами, включеними до психодіагностичного блоку) ми виявили статистично значущий зв'язок на рівні 0,01%. Результати, вказують на існування статистично значущого зв'язку між усіма показниками комплексної корекції та специфікою стрес фактору.

Наведена таблиця (див. Додаток А) показує, що структурні компоненти комплексної корекції особистості, яка зазнала впливу посттравматичного стресового розладу, змінюються не тільки кількісно, але й якісно (залежно від статі). У чоловіків домінуючим фактором є «стратегія запобігання» або уникнення тривоги, усього, що нагадує їм про пережите, і водночас прояви агресії та самоагресії, звинувачення себе та інших у трагічних подіях, а також бажання ізолюватися або відійти в самотність. У жінок домінуючим фактором є «постійне збудження». Іншими словами, драматична подія та її переживання викликають тривогу і постійне очікування небезпеки, невпевненість щодо оточення, спонтанні напади паніки та загальну тривожність.

Детально розглянемо кожну вибірку, щоб краще зрозуміти особливості складної корекції у чоловіків і жінок, які зазнали стресового фактора.

Чоловіки. При аналізі кореляційної матриці 23 змінних за допомогою методу «головних компонентів» було виокремлено шість факторів з власними значеннями, більшими за одиницю, основну частину (від 1 до 6) і кінцеву частину (від 7 до 23). Ці фактори було обернено за допомогою методу Варімакс. Фактори, отримані в результаті обертання Варімакс, пояснюють 87,3% загальної (загальної) дисперсії.

Основні фактори комплексної корекції особистості у чоловіків такі:

1) Перший фактор «Стратегія запобігання», змінні з найвищими навантаженнями:

- збудження (0,920) – особистість відчуває збудження через різних людей, місця тощо;

- прояв агресії в різних формах, включаючи самоагресію (0,916) – схильність до роздратування, спонтанної агресії.

2) Другий фактор, «Постійне збудження», змінні з найвищими навантаженнями:

- схильність до збудження (0,853) – драматизація подій аж до панічного збудження;

- негативне сприйняття майбутнього, відсутність перспектив (0,807) – відсутність мети, марність будь-яких перспективних планів на майбутнє;

3) Третій фактор: «Когнітивна переоцінка», змінні з найвищими балами:

- неправильна оцінка (0,778) – неправильна оцінка ситуацій як загроз;

4) Четвертий фактор: «Неопірність стресовим ситуаціям», змінні з такими показниками:

- віра в неможливість протистояти тиску зовнішніх обставин (0,905) – впевненість у тому, що обставини сильніші за власні сили;

- страх болю і страждань, спричинених емоціями і почуттями (0,845).

5) П'ятий фактор: «Оцінка цільової проблеми», змінні з найвищими навантаженнями:

- тригер, що викликає емоційний досвід (0,754) – події, ключові символи, що «викликають» досвід;

- цільова проблема (0,734) – часткова усвідомленість досвіду;

- негативне пізнання (0,689) – ірраціональні та рекурсивні «самоствердження»;

- позитивне пізнання (0,671) – можливі, узагальнені та рекурсивні «самоствердження», зосереджені на когнітивному негативізмі;

- позитивне пізнання (0,623) з образом або проблемою;

- ідентифікація емоцій (0,612), пов'язаних з образом та негативним пізнанням.

6) Шостий фактор «Десенсибілізація», змінні мають найвищі навантаження:

- негативне пізнання та фізичні відчуття (,849) – досвід тривоги та психосоматичні прояви фізичних захворювань;

- несвідома частина спогадів під час вторинної оцінки (,746).

Таким чином, у чоловічій вибірці домінує стратегія уникнення. Пережиті драматичні події призводять до схильності уникати спілкування, взаємодії з іншими та бажання ізоляції. Почуття тривоги, очікування нещастя, недовіра до світу та інших. Схильність до самотності необхідно враховувати при розробці комплексної програми корекції.

Жінки. При аналізі кореляційної матриці 23 змінних за допомогою методу головних компонент було виокремлено шість факторів з власними значеннями, більшими за одиницю, основна частина (від 1 до 6) та кінцева частина (від 7 до 23). Ці фактори було обернено за допомогою методу Варімакс. Фактори, отримані в результаті обертання Варімакс, пояснюють 88,5% загальної (глобальної) дисперсії.

Основні комплексні корекційні фактори у жінок, які зазнали стресового фактора, є такими:

1) Перший фактор можна інтерпретувати як «постійне збудження», причому змінними з найвищими навантаженнями є:

- схильність до занепокоєння (0,937) – драматизація подій аж до паніки;

- негативне сприйняття майбутнього, відсутність перспектив (0,924) – відсутність мети, марність будь-яких перспективних планів на майбутнє;

2) Другий фактор можна інтерпретувати як «Стратегія запобігання», змінними з найвищими навантаженнями є:

- збудження (0,887) – людина відчуває збудження через різних людей, місця тощо;
- прояв агресії в різних формах, включаючи самоагресію (0,884) – схильність до дратівливості, спонтанної агресії.

3) Третій фактор можна інтерпретувати як «Неопірність стресовим ситуаціям», змінні мають такі навантаження:

- віра в неможливість протистояти тиску зовнішніх обставин (,844) – впевненість у тому, що обставини сильніші за власні сили;
- страх болю і страждань, спричинених емоціями і почуттями (,656).

4) Четвертий фактор можна інтерпретувати як «оцінка цільової проблеми», змінні мають найвищі навантаження:

- тригер, що викликає емоційний досвід (,710) – події, ключові символи, що «запускають» досвід;
- цільова проблема (,659) – часткова усвідомленість переживання;
- негативне пізнання (0,643) – ірраціональні та рекурсивні «самоствердження»;
- позитивне пізнання (0,622) – можливі, узагальнені та рекурсивні «самоствердження», зосереджені на когнітивному негативізмі;
- позитивне пізнання (0,618) з образом або проблемою;
- ідентифікація емоцій (,610), пов'язаних з образом і негативним пізнанням.

5) П'ятий фактор можна інтерпретувати як «когнітивну переоцінку», де змінними з найвищими навантаженнями є:

- неправильна оцінка (,871) – неправильна оцінка ситуацій як загрозливих;

6) Шостий фактор можна інтерпретувати як «десенсибілізація», причому змінними з найвищими навантаженнями є:

- негативне пізнання та фізичні відчуття (0,715) – досвід тривоги та психосоматичні прояви фізичних недуг;

- невідомо частина спогадів під час вторинної оцінки (0,844).

2.3. Психологічні особливості прояву копінг-стратегій військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний розлад в умовах стрес фактору

Під час психологічного аналізу отриманих даних, який висвітлює зв'язок між особливостями комплексної корекції особистості, яка зазнала впливу посттравматичного стресового розладу, та її властивостями, ми спочатку розглянемо останні та визначимо спільні утворення відповідних психологічних типів.

Таким чином, ми будемо розрізняти лінійні та нелінійні зв'язки між особистими властивостями та специфічними особливостями комплексної корекції, такими як стресовий фактор, тобто показники «полезалежність - полenezалежність» та «диференційованість - недиференційованість».

Відповідно до відомого психологічного методу Г. Віткіна «Вставлені фігури», показники є такими: W – показник продуктивності, N – показник точності рішення ($p < 0,001$), T – показник часу виконання завдання. Ми зосередилися в першу чергу на показнику продуктивності (W), який відповідає показнику точності вирішення 0,6 ($p < 0,001$) (N), а також часу -0,7 ($p < 0,001$) (T). Однак результати кореляції між показником часу та кількістю правильних рішень ($p < 0,001$) не виявили значущої кореляції.

Аналіз отриманих емпіричних даних дозволяє відзначити наступне щодо окремих вибірок переміщених осіб та військовослужбовців, а також щодо спільної вибірки.

Однак у дихотомії «полезалежність – полenezалежність» було виявлено досить слабку лінійну кореляцію з особистісними характеристиками досліджуваних (але статистично значущу).

Саме взаємозв'язок між цими показниками дозволяє визначити відмінності між вибірками переміщених осіб та військовослужбовців.

Застосування кореляційного аналізу виявляє статистично значущий зв'язок між параметром «полезалежність – полenezалежність» та показником продуктивності W, а також такими рисами особистості:

Військовослужбовці:

– О («провина – впевненість у собі») – 0,23 ($p < 0,001$);

Внутрішньо переміщені особи:

– І («м'якість – реалізм») – 0,29 ($p < 0,001$)

Загальна вибірка:

– О («провина – впевненість у собі») – 0,18 ($p < 0,001$);

– І («м'якість – реалізм») – 0,16 ($p < 0,001$);

– Q² («незалежність – залежність від групи») – 0,21 ($p < 0,001$);

– Т («жорсткість – гнучкість») – 0,20 ($p < 0,001$).

Отже, можна зазначити, що військовослужбовці, яких ми класифікували як «полезалежних», найчастіше виявляють «впевненість у собі» («О»), тоді як внутрішньо переміщені особи виявляють «реалізм» і «прагматизм» («І»). Однак загальна вибірка доводить, що надійний статистичний зв'язок характерний для показників «незалежність від групи» та «впевненість у собі», «соціальна сміливість», «реалізм», «жорсткість» та «соціальна залежність».

Шляхом проведення кореляційного аналізу між параметрами «концептуальна диференційованість» (Р. Гарднер «Вільне сортування») та рисами особистості.

Військовослужбовці:

– Q³ («високий – низький поведінковий контроль») – 0,26 ($p < 0,001$);

Внутрішньо переміщені особи:

– В («високий інтелект – низький інтелект») – 0,29 ($p < 0,005$);

– шкала «інтроверсія» 0,27 ($p < 0,005$);

Загальна вибірка:

– Q¹ («гнучкість – жорсткість») – 0,15 ($p < 0,005$);

– чутливість – 0,15 ($p < 0,005$).

Таким чином, військовослужбовці, які демонструють «диференційованість», також мають низький рівень самоконтролю («Q³»).

Внутрішньо переміщені особи, які характеризуються «диференційованістю», є інтровертами і мають інтелектуальний розвиток вище середнього. У загальній вибірці «концептуальна диференційованість» відповідає жорсткості та чутливості.

Статистично значущий зв'язок між показниками «диференційованості» та «самоконтролю» для вибірки військовослужбовців виявляє особливості самоконтролю в цій групі досліджуваних осіб, що характеризують специфіку аналітичного та синтетичного стилю, присутнього в цій вибірці. Таким чином, військовослужбовці з переважно аналітичним стилем мислення демонструють менший самоконтроль, ніж ті, хто має синтетичний стиль.

Також було виявлено статистично значущу кореляцію між показниками «полезалежність» та «залежність від групи». Ймовірно, особливості професійного статусу характеризуються поєднанням конформності та полезалежності серед військовослужбовців.

Таким чином, ми можемо відзначити відповідні характеристики досліджуваних осіб, які перебувають у стресових умовах. Завдяки існуванню статистично значущих лінійних кореляцій ми визначаємо цю специфіку.

Військовослужбовці, які виявляють «залежність від групи», характеризуються впевненістю в собі та своїх діях; як правило, практичні, реалістичні та прагматичні. Досить відповідальні, але незалежні, хоча думка групи є важливою і впливає на їхню поведінку. Також сміливі, активні і, водночас, жорсткі та соціально залежні. Поважають власну думку, поставлену мету та шлях до її досягнення, а також виявляють терпимість у складних ситуаціях. Внутрішньо переміщені особи характеризуються достатнім рівнем інтелекту та незалежності.

Таким чином, показник «диференціації» виявляє у загальній вибірці переміщених осіб та військовослужбовців, які зазнали посттравматичного стресового розладу в умовах дії стрес фактору, статистично значущу, але слабку кореляцію з жорсткістю та чутливістю. Таким чином, військовослужбовець з високим рівнем «диференційованості» найчастіше

виявляє напруженість, тоді як внутрішньо переміщена особа з цим фактором є інтровертом, достатньо інтелектуальним та відповідальним.

Ймовірно, що «концептуальна диференціація» має тенденцію асоціюватися з рисами особистості, але специфіка цієї кореляції буде варіюватися залежно від індивідуальних професійних та психологічних характеристик.

Крім того, ми провели кластерний аналіз емпіричних даних. Особливості дії стрес фактору є специфічними для зв'язку з особистими характеристиками. Для виявлення цього зв'язку було використано однофакторний дисперсійний аналіз.

Отже, показник стрес фактору виступає як незалежна змінна і служить основою для поділу досліджуваних категорій (внутрішньо переміщені особи та військовослужбовці) на кілька груп: ті, що мають низьке значення змінної, ті, що мають середнє значення, і ті, що мають високе значення. Крім того, було проведено аналіз усіх змінних (на основі результатів особистих характеристик та стратегій подолання стресу) для груп «полезалежність» та «концептуальна диференційованість».

Згідно з показником «полезалежність – полenezалежність»:

У вибірці військовослужбовців «концептуальна диференційованість» когнітивного стилю за показником «поняття часу/кількість груп» пов'язана з:

- активністю ($p = 0,02$)
- самодостатністю ($p = 0,02$)
- самоконтролем ($p = 0,04$)
- жорсткістю ($p=0,2$)
- інтелектом ($p=0,1$)

Таким чином, «недиференційовані» військовослужбовці демонструють нижчий рівень самоконтролю у своїй поведінці порівняно з «диференційованими» та «середніми» військовослужбовцями, які характеризуються раціональністю та перевагою логіки над почуттями.

Суб'єкти із середнім рівнем «концептуальної диференційованості» вирізняються активністю, життєрадісністю та залежністю від групових норм.

Крайні типи – «недиференційовані» та «диференційовані» – серйозні, більш напружені та автономні.

Особистісні риси допомагають коригувати та долати вплив стрес фактору. Важливим фактором тут є стратегії подолання. У процесі психокорекції негативних наслідків посттравматичного стресового розладу слід враховувати стратегії подолання.

З метою визначення особистісних характеристик, що сприяють корекції негативних наслідків посттравматичного стресового розладу та його оптимальному подоланню, було проведено кореляційний аналіз показників особистісних характеристик та «оптимальних» і «неоптимальних» стратегій подолання. Кореляції між психологічними показниками та стратегіями подолання, а також виявлені статистично значущі кореляції представлені в таблиці.

Таблиця 2.7

Кореляційний аналіз показників особистісних властивостей – копінг-стратегії осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад (статистичний рівень $p < 0,05$)

Особистісні властивості-копінг-стратегіальні показники	Коефіцієнт кореляції
«напруження»	- 0,19
«довірливість»	- 0,17
«над впевненість у собі»	- 0,18
«флексибільність»	0,44
«чутливість»	0,31
«поняття часу/кількість груп	- 0,20

Результати кореляційного аналізу дозволяють визначити риси особистості та стратегії подолання стресу у військовослужбовців та осіб, які зазнали посттравматичного стресового розладу в умовах дії стрес фактору:

- сприйняття новизни, наявність інтелектуальних інтересів;
- чутливість, повага до цінностей, конформізм;

- серйозність, обережність;
- впевненість у собі, відсутність депресивних тенденцій;
- високі очікування від себе та оточення, рішучість;
- низька «концептуальна диференціація».

У наступній таблиці представлені результати кореляційного аналізу рис особистості та стратегій подолання стресу у переміщених осіб та військовослужбовців, які зазнали посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 2.8

Результати кореляційного аналізу особистісних властивостей та копінг-стратегій внутрішньо переміщених осіб та військових, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад (статистична значущість $p < 0,05$)

Група досліджуваних	Показники: особистісні властивості та копінг-стратегії досліджуваних	Коефіцієнт кореляції
Внутрішньо переміщені особи	Флексибільність Q ¹ (16PF)	0,42
	Інтуїція S (16PF)	- 0,31
	Показник часу T (Г. Уїткін)	- 0,47
Військовослужбовці	Флексибільність Q ¹ (16PF)	0,31
	Логічність T (16PF)	0,29
	Показник часу W (Г. Уїткін)	0,32

На основі отриманих емпіричних даних, статистичного аналізу та застосування методу спостереження можна зробити висновок, що психологічна корекція негативних наслідків посттравматичного стресового розладу відбувається у осіб, які характеризуються: високими вимогами до себе та оточуючих, стійкістю до депресії, впевненістю в собі, рішучістю, інтелектуальними та духовними потребами.

Слід зазначити, що формуванню оптимальних стратегій подолання у військовослужбовців передують гнучкість і логічність, які є важливими особистісними якостями. Ми також виділяємо особливості прояву стратегій подолання у різних групах досліджуваних осіб за такими критеріями: особливості реакції в сім'ї; у відносинах з колегами та важливими особами (керівництвом); особливості самореалізації у професійній діяльності та стан здоров'я.

Таким чином, серед стратегій подолання у поведінковій сфері ми виділяємо:

- адаптивні (активна боротьба з хворобою; альтруїзм);
- частково адаптивні (потреба в соціальній підтримці; альтруїзм);
- неадаптивні (схильність до ізоляції та самотності; компенсація за допомогою допінгу; втеча від реальності).

Серед стратегій подолання в когнітивній сфері ми виділяємо:

- адаптивні (пошук об'єктивних рішень; сенс);
- частково адаптивні (потреба в інших значущих людях; відторгнення);
- неадаптивні (уникнення проблеми; плутанина).

Серед стратегій подолання труднощів в афективній сфері:

- адаптивні (емоційність);
- частково адаптивні (потреба в емоційній близькості, емоційному розрядженні);
- неадаптивні (надмірний контроль емоцій і почуттів; агресія і покірність).

Таблиця 2.9

Особливості проявів копінг-стратегій у внутрішньо переміщених осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад

Копінг-стратегії внутрішньо переміщених осіб	Родина	Взаємовідносини з колегами	Статусні відносини із керівництвом	Професійна діяльність	Здоров'я
адаптивні	33,1	28,8	26,4	19,7	17,5
частково адаптивні	37,8	39,4	40,5	40,2	37,5
неадаптивні	29	31,8	33	40,1	45
Разом	99,9	100	99,9	100	100

З огляду на дані, що відображені у таблиці, стає очевидним: вимушено переміщені особи схильні використовувати кращі механізми подолання (копінг-стратегії) тоді, коли йдеться про стосунки у сім'ї та контакти з друзями чи колегами. Проте, ці ж самі стратегії демонструють меншу ефективність у питаннях, пов'язаних з робочою зайнятістю та турботою про власний стан здоров'я.

Якщо ж розглядати вибірку військовослужбовців, картина дещо відрізняється при аналізі. Зокрема, така дієва стратегія адаптації, як гнучкість (адаптивність), частіше застосовується саме у родинному колі, і рідше всього – під час виконання професійних обов'язків.

В такий спосіб, часткова адаптивність виявляється характерною для більшості сфер життєдіяльності. Проте, неадаптивність має негативний вплив на такі важливі сфери у військовослужбовців, як професійна діяльність та здоров'я. При зіставленні даних з групою внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з'ясувалося, що серед військовослужбовців спостерігається схильність до використання менш ефективних шляхів подолання труднощів, що виражається у підході до завдань, пов'язаних із робочими обов'язками та підході до власного самопочуття.

Таблиця 2.10

Особливості проявів копінг-стратегій у військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад

Копінг-стратегії військовослужбовців	Родина	Взаємо-відносини з колегами	Статусні відносини із керівництвом	Професійна діяльність	Здоров'я
адаптивні	38,0	27,0	24,0	17,0	17,0
частково адаптивні	35,0	41,0	45,0	41,0	32,0

Продовж. табл. 2.10

неадаптивні	27,0	32,0	31,0	42,0	51,0
Разом	100	100	100	100	100

Крім того, як серед ВПО, так і серед військовослужбовців, конструктивні способи боротьби зі стресом здебільшого проявляються у сфері родинних зв'язків. Вони виявляються більш пристосованими до вкрай важких сімейних негараздів. Проте, якщо для переміщених осіб характерним для вирішення складних питань є надання допомоги іншим, то у військових частіше домінує механізм утримання власної гідності. Це зумовлено тим, що для військовослужбовців чинники, пов'язані зі стресовими умовами служби, є більш потужним негативним впливом, аніж сімейні обставини.

Слід підкреслити, що найменш гнучкі способи реагування на вплив стресового чинника виявляються у обох групах, зокрема, у сферах, пов'язаних зі здоров'ям. Така картина пояснюється загальним впливом стресу, а також індивідуальними характеристиками, труднощами у професійній діяльності для ВПО та надмірним навантаженням для військовослужбовців. Особи, які є внутрішньо переміщеними та зазнали емоційних та фізичних травм, бракують додаткових резервів для мінімізації наслідків дії стресора. З огляду на це, найбільш частотними стають стратегії, пов'язані з ізоляцією, відходом від дійсності чи заміщенням. У військовослужбовців уникнення внутрішніх розбіжностей та кризових ситуацій корелює зі специфікою їх безпосередньої діяльності, яка відбувається під тиском стрес фактору. Як наслідок, часте використання дезадаптивних механізмів подолання, таких як раціоналізація та заперечення щодо стану власного здоров'я, неминуче позначається на його фактичному благополуччі.

У сфері взаємодії з колегами, нездатність до адаптації є досить поширеною як серед внутрішньо переміщених осіб (31,8%), так і серед військовослужбовців (32%).

Однак, вимушено переміщені особи схильні частіше вдаватися до стратегій усамітнення та ізоляції, тоді як військові переважно використовують механізм проектування.

Щодо стосунків із керівництвом, то тут у обох груп спостерігається певний рівень адаптивності. Попри це, значна частка переселенців (33%) демонструє неадаптованість до ситуацій конфлікту. Через це ця категорія респондентів найчастіше обирає копінг-стратегії, пов'язані з неприйняттям або ж повним уникненням проблеми, інколи навіть вдаючись до агресії. У військовослужбовців, у стосунках з начальством, типовою стратегією часто виступає збереження зовнішньої пихи чи самовпевненості.

Фахова діяльність являє собою визначальний аспект для кожної з розширених у дослідженні когорт. Тим не менше, 42% військовослужбовців, які пройшли через вплив чинника стресу, демонструють неадаптованість, застосовуючи механізми подолання, що полягають у підтримці зовнішнього вигляду і запереченні. Серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) 40,1% також не пристосувалися, використовуючи у якості копінгу збереження самовладання та ухилення від складних обставин.

Отже, аналіз варіативності стратегій подолання, які застосовують як ВПО, так і військовослужбовці, котрі зіткнулися з посттравматичним стресовим розладом в умовах стрес фактору, дозволяє констатувати: обидві групи схильні вдаватися до переважаче адаптивних або частково адаптивних методів для розв'язання нагальних проблем, зокрема й екзистенційних.

Однак, невелика, але відчутна частина тих, хто пережив стресовий вплив, демонструє протилежне – застосування конструктивних копінг-стратегій. До них належать: орієнтація на спільну допомогу у колективних заняттях, надання підтримки, безкорисливість, пошук та знаходження сенсу, а також конструктивне вивільнення емоцій. Безперечно, характер обраних стратегій подолання формує специфіку реакцій в умовах стресового тиску, а також під час кризових та надзвичайних подій. Ця обставина набуває особливої ваги для військовослужбовців, чия службова діяльність безпосередньо пов'язана з постійним впливом стресорів, особливо зважаючи на умови військового часу.

Порівняльний аналіз оптимальних та неоптимальних копінг-стратегій в групах досліджуваних надано у таблиці 2.11

Таблиця 2.11

Порівняльний аналіз прояву оптимальних та неоптимальних копінг-стратегій в групах досліджуваних внутрішньо переміщених осіб

Провідні фактори	«Оптимальні» стратегії ВПО	«Неоптимальні» стратегії ВПО	Достовірність різниці
Фактор С 16 PF	емоційна стабільність	емоційна нестабільність	0,1
Фактор Q ² 16 PF	самодостатність	конформність	0,1
Фактор М 16 PF	мрійливість	практичність	0,1

Слід підкреслити, що порівняльний аналіз дозволив ідентифікувати ті статистично відчутні розбіжності на загальній групі, які стосуються таких показників: «виражена емоційна стійкість», «міцність власного Я» (параметр «С» за Кетеллом), «автономність» (параметр «Q²» за Кетеллом), а також рис «схильність до фантазій» та «багатство уяви» (параметр «М» за Кетеллом). Крім того, у внутрішньо переміщених осіб, які застосовують адекватні механізми подолання, показники «автономність» та «схильність до фантазій» знаходяться на середньому рівні. При цьому, ефективні стратегії копіngu демонструють позитивний зв'язок із «незалежністю від загальноприйнятих правил» і є вираженими саме у тих, хто зазнав впливу стресора.

У респондентів, які перебували під впливом стресового чинника, надмірна «відірваність від дійсності» та «брак практичності» тісніше пов'язані з менш ефективними методами совладання. Внутрішньо переміщені особи з невинуватими (неоптимальними) способами боротьби гірше переносять вплив стресу, демонструючи при цьому «обмеженість творчої уяви», «надмірну приземленість», «сильну залежність від думки оточуючих» та прагнення «отримати суспільне визнання».

Конкретні значущі відмінності, які розділяють військовослужбовців, що пережили стресовий вплив, на підгрупи з оптимальними та неоптимальними стратегіями подолання, представлені у відповідній таблиці.

Таблиця 2.12

Порівняльний аналіз прояву оптимальних та неоптимальних копінг-стратегій в групах досліджуваних військовослужбовців

Провідні фактори	«Оптимальні» стратегії військово- службовців	«Неоптимальні» стратегії військово- службовців	Достовірність різниці
Фактор Q4 16 PF	розслабленість	фрустрованість	0,005
Фактор O 16 PF	самовпевненість	стурбованість	0,06
Фактор F 16 PF	серйозність	безпечність	0,06
Продуктивність «W» (Уїткін)	полenezалежність	полезалежність	0,06
Показник «поняття часу/величина групи» (Гарднер)	недиференційова- ність	диференційова- ність	0,05

Військовослужбовці, які пережили вплив стресового чинника та демонструють влучні стратегії подолання:

- схильні надавати перевагу раціональному мисленню, а не емоційним реакціям та відчуттям (категорія «Т»);
- характеризуються домінуванням незалежності від поляризації («W»);
- мають низький показник фрустрації («Q4»);
- рідше відчують провину та депресивні стани («O»);
- виявляють низьку активність та імпульсивність («F»), зберігаючи при цьому розсудливість у прийнятних межах;
- схильні до низького рівня диференціації (за Р. Гарднером).

Отже, те, що відрізняє оптимальне переживання впливу стресового чинника у військових від неоптимального, – це логічність підходів та незалежність від зовнішніх чинників. Так само, відмінністю оптимального переживання стресу у внутрішньо переміщених осіб від неоптимального є низький рівень екстравертованості та розвинена увага.

Ефективний вибір методів подолання стресу особами, які зазнали його впливу, корелює з різноманітними когнітивно-стильовими та індивідуально-особистісними рисами. З огляду на це, лише прямі (лінійні) зв'язки між рисами особистості та успішними стратегіями подолання є недостатньою базою для формулювання ґрунтовних висновків. Таким чином, виникла потреба у застосуванні методів кластерного аналізу.

Варіаційний аналіз дає змогу встановити нелінійні кореляції стилю мислення з урахуванням полезалежності у когорті внутрішньо переміщених осіб за такими параметрами:

- ефективне усунення впливу стресового чинника ($p=0,005$);
- узгодженість із певними критеріями раціонального вибору поведінкових копінгових технік ($p=0,07$).

Аналіз дисперсії також дає змогу визначити нелінійну залежність стилю пізнання стосовно залежності від поля у вибірці військовослужбовців, зокрема щодо:

- вдалої компенсації впливу стресового агента ($p=0,01$);
- відповідності встановленим критеріям найкращого підбору механізмів подолання труднощів ($p<0,05$).

Отже, ми здійснили виявлення взаємозв'язку між індикатором «полезалежність» та рівнем адекватності обраних копінг-стратегій у респондентів, які зазнали дії стресу, в обох групах, зокрема у згаданих ВПО (де цей зв'язок був дещо менш вираженим, аніж у другій групі) та військовослужбовців; цей взаємозв'язок має нелінійний характер. Проте, показник «полenezалежність» демонструє зворотну залежність із показником оптимальності вибору способів реагування на стресовий фактор серед осіб, котрі цей стрес пережили.

Серед військовослужбовців простежується значущий статистичний взаємозв'язок між показниками, що знаходяться нижче середнього рівня, а саме: «оптимальне копінг-опанування», «ініціативність», «комунікабельність» та «змагальність» (або індикаторами, виведеними з «полезалежності»). Зокрема, низький ступінь цих характеристик чітко виражений саме у

військовослужбовців із високим ступенем «полезалежності», однак він також свідчить про не найкращий вибір стратегії подолання у осіб, які зазнали впливу стресового чинника. У групі внутрішньо переміщених осіб із вираженою «полезалежністю» неадекватний вибір механізму подолання стресу корелює саме з рівнем «змагальності».

Щодо групи внутрішньо переміщених осіб, то між показником «концептуальна диференційованість» та показником «оптимальність обраної копінг-стратегії» не виявлено нелінійного взаємозв'язку. Це означає, що саме ознака «полезалежності» має сильніший корелят із доцільним механізмом подолання небажаних наслідків стресового впливу, аніж рівень концептуальної диференційованості.

Наявна вибірка складається зі 103 військовослужбовців та 102 осіб, внутрішньо переміщених осіб. Серед них виділено 28 респондентів із вираженими наслідками стресового впливу та 20 внутрішньо переміщених осіб, які демонструють подібні реакції.

Психологічна типологія тих, хто застосовує ефективні (оптимальні) та неефективні (неоптимальні) підходи до подолання стресу серед осіб, які зазнали його впливу, зокрема серед внутрішньо переміщених осіб.

Розглянуто окремо групи військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб відповідно до їхніх копінг-стратегій, поділених на «оптимальні» та «неоптимальні» категорії після пережитого стресу. Респонденти, віднесені до «оптимальної» групи копінг-стратегій, були об'єднані у підгрупи відповідно до їхніх психологічних характеристик (з огляду на результати кластерного аналізу). Логічно, що алгоритм кластеризації формує такі групи (кластери) осіб, які мають спільні психологічні риси та відрізняються від інших за ключовою ознакою.

Дані, отримані в результаті кластеризації за дихотомічними та контрастними показниками ефективності копінг-стратегій у тих, хто пережив вплив стрес фактору, були згруповані у кластери, що відповідають визначеним моделям психологічних характеристик.

Очевидно, що індивіди, демонструючи подібні набори ознак, формують спільні групи – відповідні психологічні типології. Ці типології простежуються як серед осіб, що застосовують «оптимальні» й «неоптимальні» стратегії подолання стресу, серед внутрішньо переміщених осіб, і серед військовослужбовців. Психологічні типи були виявлені безпосередньо через процедуру кластерного аналізу як такі, що емпірично існують. Однак, зважаючи на запити професійної спільноти та особливості соціально-психологічного контексту, необхідно детально описати істотний зміст кожного з виділених кластерів. Таким чином, можливо окреслити унікальну манеру переживання впливу стрес фактору для кожного психологічного типу, враховуючи його індивідуальні якості та властивості. Отже, є необхідність представити кожну з ідентифікованих груп відповідно до тих критеріїв, на підставі яких відбувався їхній розподіл.

Серед військовослужбовців, які успішно подолали вплив стрес фактору, виділяють два психологічні типи за їхніми адаптивними механізмами.

Перший тип, названий «Активні, диференційовані конформні екстраверти», який охоплює 17 осіб, демонструє значну емоційну стійкість (позначення «С»), відзначається жвавістю та оптимізмом («F»), прагматичністю («M»), впевненістю у соціальних взаємодіях («H»). Крім того, цим особам притаманна товарицькість та схильність приймати погляди колективу, або конформність («Q²»). Вони також мають низьку залежність від зовнішнього середовища та вищу ступінь внутрішньої диференціації.

Другий психологічний тип, який також характеризується «оптимальним» способом реагування на пережитий стрес, дістав назву «Залежні від середовища, недиференційовані». До нього належить 11 військовослужбовців, вони характеризуються вищим рівнем занепокоєння та меншою практичністю, демонструючи нижчий рівень стійкості «Я». Однак ця група менше підпадає під вплив групи, схиляється до раціональних міркувань, менше керується емоціями та переживаннями, водночас виявляючи високий ступінь залежності від зовнішнього впливу та низький рівень внутрішньої диференціації.

Спільними рисами для обох категорій «оптимальних» способів подолання труднощів, як у внутрішньо переміщених осіб, так і у військовослужбовців, є не схильність до замкнутості та невідчужуваність чужому впливу.

У групі військовослужбовців, яких ми віднесли до осіб із «неоптимальними» способами боротьби зі стресом, виділяється три типи особистості.

Перший тип, названий «Імпульсивні, диференційовані екстраверти» (п'ять осіб), характеризується відкритістю, жвавістю та низьким рівнем хвилювання. Додатково їм притаманні нестриманість, слабкий самоконтроль та домінування емоцій. Однак, вони демонструють вищу чутливість («I»), значну залежність від думки колективу («Q²»), меншу стійкість до змін порівняно з іншими групами, а також схильність до тривалого обмірковування рішень. Більше, їм притаманний високий рівень здатності до розрізнення понять, а також схильність покладатися на зовнішні фактори. Проблеми у переживанні стресових ситуацій зумовлені потребою в усамітненні, перешкодами у спілкуванні, особливо при контакті з товаришами по службі.

Другий психологічний тип «неоптимальних» способів подолання стресу у військовослужбовців, що пережили дію стрес фактору, визначено як «Недиференційовані, нестабільні полезалежні» (кількість осіб – 9). Цій групі притаманний значний рівень занепокоєння, невисока стійкість емоційного фону («C»-фактор), а також тривожність у соціальних взаємодіях («H»), схильність до пригніченого стану («O») та відчуття обмеженості можливостей («Q⁴»). Вони доволі помітно демонструють «нечіткість у концептуальному мисленні» та «полезалежність».

Третій психологічний тип неоптимальних механізмів копінгу спостерігається у військовослужбовців, що пережили стресовий вплив, і має назву «Упевнені в собі, полenezалежні» (кількість – 14 осіб). Для цієї категорії характерна схильність до незалежності від ситуативних чинників, високий рівень відкритості до спілкування, проте недостатньо розвинений рівень співпереживання та помітно високий ступінь самовпевненості.

Серед внутрішньо переміщених осіб, які застосовують «оптимальні» методи подолання стресу, були ідентифіковані дві психологічні групи. Перша група, названа «Емоційно врівноважені, диференційовані» (13 респондентів), демонструє оптимальні стратегії виживання після травмуючої події. Ці особи характеризуються сталою емоційною сферою, бадьорістю та наявністю вольових намірів. За тестами вони показали високі бали за шкалою радикалізму («Q1»), відкритістю до нового досвіду та екстравертованістю.

Друга група, що складається з 7 осіб із типом оптимальних копінг-стратегій, отримала назву «Консервативні, недиференційовані». Респонденти цієї категорії демонструють помірну силу «Я», проте мають підвищений рівень загальної тривожності. Їм притаманні замкнутість та обачність («F»). Крім того, вони відзначаються підвищеною чутливістю, значним почуттям провини («O»), певною несміливістю («H»), а також середнім ступенем залежності від оточення. Прикметно, що ці особи більше покладаються на раціональне мислення та соціальні умови, швидко ухвалюючи рішення. Разом із цим, їхня натура тяжіє до консерватизму, що проявляється у схильності до оцінювання себе, оточуючих та навколишнього світу.

«Неоптимальні» способи подолання стресу у внутрішньо переміщених осіб можна також згрупувати у дві психологічні категорії. Першою такою категоризацією неадаптивних копінг-стратегій у групі внутрішньо переміщених осіб є «Конформно-ригідні, недиференційовані» (ідентифіковано у 12 респондентів). Обстежувані демонструють бадьорий настрій, негнучкість, схильність до наслідування, тяжіння до логічних, однозначних суджень та помірну залежність від зовнішніх обставин (полезалежні).

Друга група, яка використовує неоптимальні шляхи подолання стресу серед внутрішньо переміщених осіб, отримала назву «Стримані, диференційовані» – ці особи характеризуються як стримані та напружені, демонструючи доволі високий рівень самодостатності (відповідає критерію «Q2»).

Додатково, для цієї групи притаманні однозначність у поглядах, чітке та послідовне світосприйняття, а також значний рівень понятійної диференціації.

Виходячи з результатів кластерного аналізу, стає очевидним, що самі по собі когнітивно-стильові особливості не визначають, чи будуть копінг-стратегії осіб, які пережили дію стресового чинника, вважатися «оптимальними» чи «неоптимальними». Натомість, вони є елементами складніших особистісних схем, що відображають ті чи інші риси характеру та індивідуальні особливості як самих внутрішньо переміщених осіб, так і військовослужбовців.

Отримані статистичні дані стосовно ідентифікації та сутності згаданих кластерів, психологічних типів, виглядають слушними та такими, що відображають сутність проявів і нюанси переживання військовослужбовцями та внутрішньо переміщеними особами ефекту стрес факору.

Зокрема, показники екстраверсії, для прикладу, проявляються як у тих копінг-стратегіях, що вважаються «оптимальними», так і в «неоптимальних», використаних внутрішньо переміщеними особами, котрі зазнали впливу стресу. Аналогічна ситуація спостерігається і в осіб із вираженою інтроверсією. Щодо решти психологічних рис, які склали основу тих чи інших психологічних типів, пов'язаних із «оптимальністю» чи «неоптимальністю» стратегій подолання труднощів, можна стверджувати наступне. Екстраверти, які використовують або «оптимальні», або «неоптимальні» копінгові механізми, розділені на групи «емоційно стабільні, диференційовані» та «конформні, ригідні, недиференційовані», виявляють схожість у рівні активності та соціальній сміливості, перевазі раціонального судження над емоціями при ухваленні рішень, а також схильності до залежності від думки оточуючих. Проте, ті, що демонструють «оптимальний» спосіб самоопанування, відзначаються вищим показником стійкості «Я» порівняно з «неоптимальною» групою, а також меншою виразністю ригідності.

Однак, особам з інтровертованим складом, які застосовують як «оптимальні», так і «неоптимальні» способи подолання, а саме «однакові й недостатньо розвинені» та «стримані й із виявлено поглядами», більш властива саме «вдала» форма інтровертованості. При цьому в них спостерігається високий рівень стриманості та тривоги щодо соціуму, перевага логічного мислення й непоступливість. Додатково, їм притаманні розсудливість та

націленість на результат, наявність позитивних якостей і чутливість до власних здобутків, а також низький ступінь «розвиненості понять».

Таким чином, серед тих, хто не має добре розвинених поглядів, частіше зустрічаються інтроверти, тоді як серед осіб із розвиненими поглядами – екстраверти. Ймовірно, у внутрішньо переміщених осіб, які пережили вплив посттравматичного стресового розладу в умовах дії стрес фактору, на перший план виходять риси, пов'язані з «екстраверсією-інтроверсією» та «розвиненістю понять», що, власне, сприяє «вдалому» використанню механізмів подолання для саморегуляції в подібних обставинах. Отже, найчастіше саме екстравертованість із високим рівнем розвитку понять та інтровертованість із низьким рівнем розвитку понять поєднуються з «вдалими» стратегіями додання. Адже екстравертована особистість, яка менше заглиблюється у внутрішні переживання, але має розвинене понятійне мислення, демонструє «оптимальність» у залученні способів самопанування, що допомагають впоратися під час дії стресового фактору. По суті, розвиненість понять відображає тонкі аспекти потужності «Я» і допомагає зіставляти їх із реально спостережуваним. Тобто, екстравертована особа, прагнучи бути прийнятною для спільноти, суспільства і зрозумілою, частіше використовує відповідні методи подолання. Стресовий чинник вимагає від індивідуума узгоджувати різні моделі навколишнього світу, навіть ті, що суперечать його власним цінностям та ментальним настановам.

Отже, сама по собі поняттєва розмежованість допомагає досягнути багатоаспектності світобудови, тоді як екстраверсія посилює гнучкість та проливає світло на цю полісемію реальності.

Безсумнівно, інтровертованість у поєднанні з поняттєвою диференціацією має своє значення для формування стратегій подолання труднощів. Так «оптимальні» стратегії само опанування у внутрішньо переміщених осіб, мають узгодженість із власне інтровертією та здатністю до розрізнення понять, на противагу тим, що вважаються «неоптимальними». З огляду на це, «оптимальність» методів боротьби зі стресом у тих, хто пережив його вплив, а саме у внутрішньо переміщених осіб, визначається наявністю

стійких життєвих орієнтирів та світогляду. Замкнутість і негнучкість, поряд із розсудливістю та логічністю, а також недостатня диференціація понять, сприяють формуванню індивідуальних когнітивних схем, які стабілізують систему цінностей, забезпечують рівновагу під час дії стрес фактору та виконують функцію самозбереження.

Усі перелічені вище аспекти закріплюють світоглядну позицію особистості, яка постраждала на посттравматичний розлад в умовах дії стрес фактору, та сприяють тому, що обрані копінг-стратегії є найбільш доцільними, дозволяючи їй зберігати самоконтроль під час впливу стрес фактору.

Таким чином, «неоптимальні» стратегії подолання стрес фактору, застосовані військовослужбовцями та особами, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, проявляються у таких ознаках: екстравертованість у поєднанні з конформністю та низькою диференційованістю, або ж інтровертованість разом із високим ступенем тривожності, категоричністю та високою диференційованістю.

Слід підкреслити, що для всіх категорій внутрішньо переміщених осіб, які пережили вплив стрес-фактора, властива здатність до абстрактного мислення та оперування конкретними поняттями. У тих, хто демонструє «оптимальні» стратегії до виживання, негативні результати дії стресу корелюють з особливостями мислення, тоді як у тих, хто обирає «неоптимальні» стратегії, це пов'язано зі сферою комунікації та взаємодії.

Виділені групи серед внутрішньо переміщених осіб, які застосовують менш ефективні стратегії боротьби зі стресом, характеризуються або високою товариськістю, але за умови відсутності абстрактного мислення та незалежності суджень, схильності до узагальнень, а також категоричністю, або ж, навпаки, низьким рівнем навичок спілкування, що спричиняє проблеми із саморегуляцією у кризових ситуаціях.

У групі військовослужбовців ознаки екстраверсії знаходять відображення як у стратегіях, що вважаються доцільними, так і в тих, що є менш бажаними для саморегуляції в умовах дії стрес фактору. Наприклад, «Активні, чітко виражені конформні екстраверти» відокремлюються від «Імпульсивних, чітко

виражених екстравертів» та «Самовпевнених, незалежних від зовнішніх чинників» завдяки своїй соціальній відважності та сталості емоційного стану. Варто зауважити, що останні, імпульсивні екстраверти, є діяльними та сміливими, а їхні рішення здебільшого ґрунтуються на емоціях, тоді як «оптимальні» екстравертовані особи, навпаки, оперують логікою та розважливістю.

Проте, якщо мова йде про групу військовослужбовців за фахом, можна констатувати певну неспівмірність із вимогами професії. Адже саме точність, дотримання субординації, передбачуваність дій та стійкість є тими якостями, що суттєво важливі у військовій справі. З іншого боку, надмірний ступінь розчленованості понять, що тягне за собою хаотичність у міркуваннях, нестійкість та непередбачуваність, створює деякі перешкоди у виконанні службових функцій та комунікації з колегами.

Насамперед, через байдужість до суджень, схильність до конформізму та використання військовослужбовцями, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад, «неоптимальних» стратегій подолання проблем, спостерігається значний рівень занепокоєння. Таким чином, ті, хто характеризується як «самовпевнені полenezалежні», також демонструють невеликий ступінь відчуття провини та високий рівень самодостатності.

Військовослужбовці, віднесені до категорії «Недиференційовані, нестабільні, полenezалежні», також застосовують «неоптимальні» стратегії саморегуляції під час дії стрес фактору, що проявляється у негативних наслідках, зокрема, невротичності та депресивних станах.

Серед військовослужбовців, які обрали «неоптимальні» копінг-стратегії після пережитого стресового впливу, наприклад, «Недиференційовані, нестабільні полenezалежні», ця «неоптимальність» стратегій подолання, з якою зіткнулися ці особи, корелює з вираженою схильністю до неврозів та депресії. Спостерігається прямий зв'язок із низьким рівнем розрізнення та залежністю від оточення. Саме ця комбінація створює умову для «неоптимального» вибору стратегій реагування на стресовий фактор.

Отже, серед військовослужбовців простежується три домінантні психологічні категорії, яким притаманне використання недостатньо ефективних стратегій самоопанування у стресових умовах, що виявляється у таких ознаках:

- самовпевненість та байдужість до думок і порад оточуючих;
- значна особиста стурбованість, схильність до занепокоєння та пригніченого стану;
- імпульсивність та ослаблений самоконтроль, емоційна схильність у процесі прийняття рішень;
- переважання або зовнішньої залежності та нерозмежованості (з одного боку), або зовнішньої залежності з недостатньою диференціацією (з іншого), а також внутрішньої залежності з вираженою диференційованістю (з третього).

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

На підставі проведеного констатувального етапу психологічного дослідження доцільно зауважити про виявлення об'єктивних детермінант (чинників) для відновлення функцій (корекції) осіб, що зазнали впливу посттравматичного стресового розладу в умовах дії воєнного стресу.

У рамках загальної системи психодіагностичних заходів та психологічної інтерпретації отриманих даних щодо військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад через дію стрес фактору, нами було виокремлено такі ключові структурні складові:

- індивідуально-особистісний аспект; пов'язаний з індивідуальністю та особистісними рисами;
- емоційно-афективний аспект; стосується емоційної сфери та афективних реакцій;
- дієво-поведінковий аспект, охоплює діяльнісну та поведінкову сфери.

Зокрема, індивідуально-особистісний аспект комплексної корекції особистості, котра постраждала на посттравматичний стресовий розлад через стресовий вплив, репрезентується такими критеріями:

- ціннісне ставлення до себе, що інтегрує в собі як емоційний, так і змістовний аспекти: віру у власні сили, спроможності, енергетичний потенціал, незалежність, а також оцінку власної здатності керувати своїм життєвим шляхом та саморозуміння;
- Образ «Я», що відображає ступінь прихильності чи відчуженості щодо власного «Я»: схвалення себе, довіру до себе, позитивну самооцінку, або, навпаки, акцентування на вадах, низьку самооцінку та схильність до самозвинувачень;
- самоприйняття, який вимірює ступінь близькості до себе, зацікавленість власними думками та почуттями, готовність до внутрішнього діалогу на рівних умовах, а також впевненість у значущості себе для оточуючих;
- самоповага, тобто прогнозування позитивного або негативного ставлення з боку інших осіб.

Відповідно, емоційно-афективний аспект комплексної корекції осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад й пережили дію стресового фактора, у контексті чинника агресії, проявляється через наступні маркери:

- фізична агресія – застосування прямої фізичної сили стосовно іншої особистості;
- непряма агресія – форма агресії, що спрямовується опосередковано на інших або не має чітко визначеного об'єкта;
- дратівливість – схильність до вираження негативних емоцій навіть при незначному збудженні (грубість, запальність);
- нейтралітет (негативізм) – опозиційна модель поведінки, що варіюється від пасивного ігнорування до активного заперечення встановлених правил;
- образа – відчуття заздрості та ворожості до оточуючих, викликані реальними або хибно сприйнятими діями;
- підозрілість – спектр станів від недовіри та обережності у взаєминах до стійкого переконання у намірах інших завдати шкоди;
- вербальна агресія – прояв негативних почуттів як через манеру мовлення (крик, вереск), так і через змістову наповненість відповідей (лайки, погрози);
- почуття провини – відображає можливе внутрішнє переконання особистості у власній зіпсованості чи вчиненні зла; докори сумління.

Проте, емоційно-афективний аспект комплексної корекції осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, що спричинив тривожність, характеризується такими індикаторами:

- особистісна тривожність – це вроджена рисовість, схильність, що ілюструє індивідуальні відмінності у здатності протистояти різним стресорам. Відносно стабільний рівень захищеності «Я» від загроз;
- ситуативна тривожність – це миттєва реакція на різноманітні, особливо соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки чи агресивної відповіді, сприйняття несприятливого ставлення, що загрожує самоповазі).

I, нарешті, дієво-поведінковий аспект комплексної корекції осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад, визначається наступними маркерами:

- 1) спрямованість на залежність чи незалежність;
- 2) відкритість до спілкування чи замкнутість;
- 3) схильність до прийняття конфронтації.

За підсумками статистичного аналізу ми змогли виділити три психологічні профілі серед внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців, які пережили дію стресу. Шляхом кластеризації здобутих даних були відокремлені групи з «оптимальними» та «неоптимальними» наборами копінг-стратегій, які обирають респонденти в умовах стресового навантаження.

Таким чином, результати, отримані за допомогою математично-статистичного аналізу та психологічного тлумачення зібраних даних, дозволяють виділити два головні типи «оптимального» пристосування у тих, хто зазнав посттравматичного стресового розладу: це або екстраверсія, поєднана з високим ступенем диференціації понять, або інтроверсія з низьким рівнем такої диференціації.

Оптимальні способи подолання стресу у внутрішньо переміщених осіб, після пережитого чинника напруги, відрізняються від «неуспішних», передусім, тим, що у перших картина світу є стійкою. Хоча нетовариськість, жорсткість поглядів та недостатня диференціація формують індивідуальні когнітивні структури, які балансують систему і допомагають вижити у надзвичайних обставинах.

Проте, «неоптимальні» способи адаптації у внутрішньо переміщених осіб, які пройшли через стрес, характеризуються екстравертованістю, що поєднується з нездатністю до розрізнення, а також інтровертованістю, яка сусідить із тривожністю, чутливістю та схильністю до категоричності. Типовою ознакою «неоптимальних» стратегій є брак фантазії, домінування конкретного типу мислення. Групи, що потрапили до цієї моделі, вирізняються комунікабельністю, одночасно з браком самостійності й абстрактності у

думках, а також безапеляційністю та наявністю диференціації у процесах мислення.

«Оптимальні» копінг-стратегії у військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад й пережили дію стресового чинника, пов'язані з рішучістю, відвагою та емоційною стабільністю. Водночас, представники типу «Активні, диференційовані конформні екстраверти» ухвалюють рішення імпульсивно, а їхня неорганізованість та брак чіткості заважають належному виконанню обов'язків, стабільності та передбачуваності. Більше того, диференційованість понять у них взаємодіє з хаотичністю та багатоспрямованістю висновків, що ускладнює взаємодію.

Особливості копінг-стратегій, які можна охарактеризувати як «неоптимальні», виявляються у схильності військовослужбовців до конформності та ігнорування чужих оцінок. У цій групі спостерігається нижчий рівень тривожності порівняно з екстравертами, а також менший рівень почуття провини, проте водночас – висока самовпевненість.

Існує три групи (психологічні типи), що ілюструють моделі «неоптимальних» способів подолання стресу, застосованих військовослужбовцями, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад й пройшли через вплив стресового чинника: перший тип – це особистість, яка демонструє високу самовпевненість та байдужість до того, що про неї думають інші; другий – характеризується значною особистісною тривожністю, схильністю до репресії та загальною тривожністю; третій тип об'єднує динамічність та життєстійкість з низьким самоконтролем, ірраціональністю, однак при цьому йому притаманна залежність від оточення та недостатня диференційованість, або ж, навпаки, така залежність у поєднанні з диференційованістю.

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

3.1. Методологічні принципи розробки та реалізації програми комплексної корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад

Критеріями того, що корекція є успішною, вважаються наявність у особистості «оптимальних» способів подолання проблем, а також те, що її життєві цінності відображаються у ставленні до власного існування, самопочуття та оточуючих.

Базуючись на ґрунтовному вивченні ключових теорій та положень, що стосуються впливу стресового чинника на індивідуальність у надзвичайних ситуаціях, а також враховуючи здобутки попереднього етапу емпіричного вивчення, була створена «Комплексна програма корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу».

Основні ідеї, на яких засновується ця комплексна соціально-психологічна програма для відновлення військовослужбовців, котрі постраждали на посттравматичний стресовий розлад в екстремальних умовах, відображають теоретико-методичні засади корекційних заходів. Ці засади визначаються через виокремлення поняття «психокорекція» в наукових працях з філософії та психології, загальноприйняті погляди на корекцію у різних наукових напрямках, а також, власне, психологічні нюанси відновлення та коригування [29; 30; 31].

Для виконання завдань формувального етапу психологічного дослідження було впроваджено спеціально розроблену «Комплексну програму корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу», яка охоплювала як теоретичне навчання, так і низку практичних занять. Цей навчальний курс складався з двох освітніх модулів: «Запобігання та виправлення наслідків емоційного травмування» та «Базові принципи

психологічного відновлення». Додатково, для учасників експериментальної групи ми розробили тренінг, спрямований на коригування емоційних станів із застосуванням музичних технік, а також тренінг для поліпшення соціальної адаптації, що включав вправи тілесно-орієнтованої корекції. Було також імplementовано психологічний дебрифінг та індивідуальне консультування з використанням технік візуалізації (робота з емоційними травмами за допомогою експозиційних методів) та техніки десенсибілізації й переробки руху очей (EMDR). Кінцева ціль програми полягала у корекційних та профілактичних заходах щодо наслідків стресового впливу через виховання культури самоцінності у тих, хто постраждав від дії цього стресового фактора.

«Комплексна програма корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу» передбачає інформування та формування знань про психологічну сутність, прояви, наслідки та методи самодіагностики емоційного травмування, а також особливості перебігу стресового впливу у осіб, що пережили емоційні травми чи бойові дії (7 занять присвячені стресології, 7 – корекції та реабілітації); коригування емоційного тла та розвиток навичок саморегуляції через проведення спеціалізованих тренінгів (із застосуванням музикотерапії та тілесно-орієнтованих підходів). Загальна тривалість цієї програми становила 3 тижні (перший тиждень – вивчення стресології, другий – корекційні та реабілітаційні аспекти, третій – програма тренінгів).

У межах реалізаційного плану комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, психологічні інтервенції у процесі цього відновлення сфокусовані на доланні травматичних психоемоційних станів та переживань (таких як тривожність, почуття самотності, відчуття провини, образа, надмірна агресивність чи інші), внутрішніх конфліктів у межах особистості (зокрема, щодо мотивації, ролей чи системи цінностей), негативного сприйняття власного «Я» (наприклад, неадекватної самооцінки та завищених/занижених домагань, браку впевненості у власних силах тощо), кризи самоідентифікації (як особистісної, так і соціальної), а також особливостей, пов'язаних із

пристосуванням, соціалізацією, навичками комунікації та взаємодії у тих, хто пережив дію стресового чинника.

Для цієї виділеної категорії осіб, які пережили вплив посттравматичного стресового розладу, передбачено такі активності: коригування розвитку емоційної сфери, налагодження сенсорно-перцептивної та інтелектуальної активності, психокорекційний вплив на поведінкові патерни, а також оптимізація загального психічного стану індивіда. Значна увага приділяється наступним аспектам: виправлення недоліків у когнітивних функціях, усунення порушень у емоційно-вольовій царині, а також коригування поведінкових проявів.

Комплексна корекція була організована на основі таких основних складових: концептуально-методична частина, наповнення змістом та апаратно-технічна забезпечення. Крім того, було задіяно: стратегічні задуми та оперативні кроки, зважування різноманітних факторів, цілеспрямована активність, превентивний підхід, а також характеристика типу установи. Окреслено ключові засади комплексної корекції: узгодження та виправлення, орієнтація на еталонний розвиток, корекція з огляду на рівневість, поступове виправлення змін, цілісність психічних процесів, підхід через активність у виправленні, принцип доповнення та принцип неподільності. Зазначена програма має на меті досягнення таких результатів: формулювання завдань у позитивному ключі, узгодження з часовим горизонтом діяльності, прийняття до уваги майбутнього життєвого шляху індивіда, при цьому віддалені наслідки корекційних заходів простежуються упродовж певного періоду.

Ключовим елементом у комплексній системі відновлення є індивідуально орієнтована терапія.

Аналізуючи особливості експозиційного підходу, у роботі з тими, хто зіткнувся з травматичним чинником і страждає від флешбеків та інших проявів інвазії внаслідок емоційного ураження, слід зазначити: травматичні обставини формують у пам'яті певні структури чи «ланцюги страху». Ці ланцюги активуються, коли виникає нагадування про травму, спричиняючи загострення симптомів, пов'язаних зі стресовою подією. Проте, під час експозиційної

терапії, коли пацієнт перебуває у стані трансу, йому відкривається виняткова нагода багаторазово звертатися до цих «ланцюгів страху» та переробляти їхній вміст [72; 75].

Внаслідок застосування експозиційної терапії у цих «ланцюгах страху» відбуваються такі трансформації:

1) багаторазове повторне зіткнення з травматичними спогадами під час терапії, але вже у безпечному середовищі, сприяє десенсибілізації та вносить адаптивні корективи у саму структуру страху;

2) спостереження за тим, як страхи не лише посилюються, а й слабшають у контрольованій та безпечній терапевтичній атмосфері, це формує у особистості обґрунтовані позитивні установки та передчуття щодо її здатності до ефективного самоконтролю і перспектив зниження інтенсивності переживань;

3) сесії експозиції надають особистості шанс вливати щоразу свіжі ресурси у травматичні спогади, уможливлючи їхню переробку, що трансформує якість емоційних відгуків, асоційованих із цими спогадами.

У рамках процедури експозиції флешбеків та інших інвазивних симптомів можна виділити такі фази [111]:

1). Етап попередньої підготовки до експозиції. Перебування у стані трансу є життєво необхідним, адже експозиційна терапія може спричинити небажані побічні ефекти на кшталт афективних реакцій, тривоги чи паніки. Отже, на підготовчій стадії особа тренує арсенал методів для контролю над потенційними відгуками та афектом, що можуть проявитися на наступному етапі (власне експозиції).

2). Започаткування експозиції. Основні терапевтичні техніки застосовуються на етапі введення у саму експозицію. По-перше, ключові принципи проведення експозиції такі:

- терапевт просить особистість розповісти історію, що стала причиною травми, у формі сухих фактів;
- будь-яка сцена має бути проговорена перед її відтворенням в експозиції;
- релаксаційні техніки повинні застосовуватися послідовно після кожної спроби експозиції;

- рекомендовано зберігати такий темп експозиції, який особа здатна витримати;

- якщо ж за шкалою суб'єктивного дистрес-рівня (СЕД) показники напруги перевищують п'ять балів, необхідно з'ясувати, чи бажає особистість продовжити сеанс експозиції, чи воліє тимчасово призупинитися та обговорити наявний рівень тривоги.

3). Підтримка особистості у проміжках між фазами повторних експозицій [111].

Майже будь-яка отримана інформація піддається своєрідній обробці всередині людського мозку. Коли особистість переживає якийсь травматичний епізод, сильний стрес, відомості про це також осідають у мозку, проходять процес перетворення та стають частиною життєвого надбання. Усі сучасні експрес-методи психотерапевтичного втручання мають активно застосовуватися на практиці, водночас вимагаючи незмінної уваги з боку наукової спільноти для їхнього постійного вдосконалення чи актуалізації, адже науковий прогрес невпинний, що зобов'язано сприяти поліпшенню умов для опрацювання сприйнятих даних та їхньої інтеграції у життєвий досвід.

Одним із дієвих напрямів у психотерапії є психосоматичне лікування, яке дає змогу цілісно та остаточно пропрацювати травматичний відбиток. Цей, відносно новий для нашої психотерапевтичної школи, спосіб, що набув найменування «соматична терапія травми», вже активно та з добрими результатами застосовується практикуючими психотерапевтами. Варто акцентувати увагу на ключових принципах цього підходу.

Важливість згаданої терапії полягає у тому, що вона була спеціально розроблена для корекції шокової травматизації, реакції на стресор. Згодом її сферу застосування розширили, скерувавши на роботу з іншими різновидами травматичних ситуацій (включаючи дитячі травми, переживання скорботи, втрати, травматизацію розвитку та емоційні ушкодження).

Притаманною та винятковою рисою цього підходу є його наголос на важливості тілесного переживання як у формуванні стресової реакції, так і в процесі роботи з нею. Соматичний підхід до роботи зі стресорами в першу

чергу трактує травматичні відповіді як реакції самого організму на подію, що травмувала.

Цей підхід ґрунтується на передумові, що стресовий чинник є наслідком порушення природних психобіологічних процесів і, відповідно, піддається зціленню. Прояви стресу виникають через блокування вроджених захисних механізмів – уникнення чи боротьби, які є природною реакцією будь-якого живого організму на травматичну подію. Також це пов'язано з накопиченням збудження нервової системи, або ж залишкової енергії, що мобілізувалася під час зіткнення зі стресором, але не знайшла виходу (розрядки) [119].

Виходячи з такої позиції, тілесно-орієнтована терапія спрямована на завершення тих реакцій, що залишилися незавершеними, сприяючи розрядженню надмірного збудження (або затриманої енергії). Як наслідок, це веде до звільнення від травматичних проявів та трансформації дезадаптивних травматичних реакцій у дієві захисні механізми. Психотерапевтична робота з травмою стимулюється через пробудження природної здатності до саморегуляції. Це розуміється як психологічна та біологічна властивість людини до самозцілення, яка спирається на внутрішні ресурси організму; їхня активація та усвідомлення через тіло допомагає подолати психічну травму [123; 124].

У рамках концепції СТТ виділяють ключові травматичні симптоми, що проявляються незалежно від типу стресового фактора:

- надмірне збудження (прискорене серцебиття та дихання, проблеми зі сном або безсоння, затуманення думок, панічні атаки);
- заціпеніння (ступор);
- відчуття безпорадності: пригніченість та розбитість;
- розрив зв'язку між тілом і свідомістю (дисоціація).

Усі інші травматичні прояви є похідними від перелічених вище. До них належать: гіперреактивність, напливи образів та роздумів (флешбеки), почуття страху, тривога, надмірна емоційність, зниження інтересу до життя, втрата життєвого сенсу, слабка здатність протистояти стресу, потяг до ризикованих ситуацій, нездатність до любові. Серед більш віддалених наслідків дії

стресового чинника спостерігаються прикордонні психічні стани, як-от панічні розлади, фобії, депресивні стани, розлади адаптації, затяжні та відкладені реакції на стрес, а також певні психосоматичні явища (головний біль, болі в ділянці шиї, спини, розлади травлення, хронічна втома тощо).

Під час переживання емоційної травми, так само як і при шоківій, особа стикається з обставинами, коли захистити себе або відвернутися від ситуації, що травмує психіку, є неможливим. В обох цих сценаріях активується механізм незавершеної дії, що спричиняє наростання заблокованого збудження (енергії), яке й обумовлює симптоми, характерні для стресового фактору, що описувалися раніше.

У сфері соматичної терапії роботи зі стрес фактором залучаються як директивні, так і недирективні підходи; як основний інструмент використовується методика, відома як соматичне переживання (СП). Під час соматичного переживання людині пропонується безперервно фокусуватися на своїх тілесних відчуттях та уважно стежити за динамікою їхньої зміни. У процесі відчування та осмислення фізичних відчуттів активуються природні механізми, спрямовані на завершення травматичних реакцій, відбувається вивільнення надмірного збудження (затриманої енергії), заміщення неадаптивних реакцій на ті, що краще пристосовуються, а також зміна травматичних уявлень, емоційних станів та глибинних значень травматичної події. Завдяки соматичному процесу вдається уповільнити та усвідомити всі складові травматичного досвіду, даючи їм змогу розв'язатися та трансформуватися.

Процес соматичного переживання являє собою внутрішній ресурс, чи потенціал організму, що містить приховані здібності до саморегуляції, який допомагає травматичному досвіду природним чином завершитися у ході психотерапевтичного сеансу.

У межах соматичного підходу до роботи зі стрес фактором були сформульовані такі засади, необхідні для успішної та ефективної практичної діяльності.

Фундаментальна настанова номер один вимагає насамперед формування у процесі психотерапії для стресового чинника атмосфери відчуття безпеки та прийняття, налагодження чітких терапевтичних взаємин, що стимулюють саморозкриття, внутрішнє дослідження й пошук. Ці взаємини охоплюють довіру, надійність, розуміння, взаємодію та терапевтичний альянс.

Відповідно до другого принципу, опрацювання стрес фактору обов'язково має розпочинатися з накопичення ресурсів, аби запобігти повторній травматизації. Ресурси – це позитивне, цілісне сприйняття себе, включаючи тілесні відчуття, котре дозволяє особі зберігати власну стійкість та неушкодженість перед загрозою потенційного руйнування під час травматичного досвіду. Важливо наголосити: завдяки розбудові та застосуванню своїх внутрішніх ресурсів особистості активується здатність до саморегуляції [124].

Ресурси можуть мати як зовнішню, так і внутрішню природу. До зовнішніх належать захоплення, підтримка близького оточення; до внутрішніх – життєві змісти, образи, спогади тощо. Ресурс проявляється у переживаннях, які мають соматичний компонент і виражаються у позитивних тілесних відчуттях, таких як приємні відчуття тепла, легкого поколювання, вібрації, припливу енергії і подібне. Ресурси розвиваються у руслі соматичного досвіду. Цей процес готує ґрунт для подальшої роботи з травматичними проявами. Саме ресурси дають змогу клієнту «доторкнутися» до переживання стресового чинника, утримуючи при цьому внутрішній баланс.

Згідно з третім принципом, робота над стресовим чинником передбачає створення певних обмежень для травматичного переживання, або так зване «контейнування». «Контейнування» формується через усвідомлення, відстеження та називання неприємних тілесних відчуттів, які корелюють із симптомами травми (наприклад, стискання, напруження, дискомфорт, тремтіння та ін.).

Ось після впровадження згаданих вище засад починається власне опрацювання травматичного досвіду, що здійснюється з використанням спеціалізованих психотерапевтичних інструментів. У ССТ доволі ефективними

є певні психотерапевтичні образи, як-от концепції «вихор травми» та «вихор відновлення», а також апарат «SIBAM».

Під «вихором травми» розуміється сукупність травматичних проявів разом із відповідними їм внутрішніми реакціями: соматичними відчуттями, візуальними образами, емоціями, значеннєвим навантаженням та руховими патернами. Особи, які опиняються у полоні «вихору травми», можуть переживати такі стани, як тривога, запаморочення, апатія, відчуття стискання, виснаження, звуження світосприйняття та інше. Кожен такий «травматичний вихор» має свій антипод – «цілющий вихор», який несе протилежне значення.

«Вихор відновлення» охоплює сприятливі ресурсні стани та об'являється у вигляді приємних соматичних переживань. Психічна травма лікується через постійний обмін інформацією між цими двома «вихорами». У контексті травмотерапії такий обмін реалізується за допомогою техніки, відомої як титрування; вона полягає у переключенні уваги з тілесного переживання, пов'язаного з «вихором травми», на переживання, асоційоване з «вихором відновлення», і навпаки. Завдяки цій методиці клієнт отримує змогу планомірно, крок за кроком, переробляти травматичний матеріал і долати його, формуючи при цьому відчуття внутрішньої рівноваги та сталості.

Окрім того, вагомим інструментом індивідуальної корекції слугує вивчення та розбір міркувань експертів стосовно спільного застосування техніки десенсибілізації та репроцесуалізації рухами очей (EMDR) у контексті психотерапії емоційних ушкоджень, а також пряме з'ясування шляхів об'єднання цих підходів без порушення регламенту протоколу ДПДГ, аби підсилити результативність останньої [132].

Проведений теоретичний аналіз провідних методик комплексної корекції військовослужбовців та осіб, котрі постраждали на посттравматичний стресовий розлад, доводить визначену спрямованість такої корекції: вона орієнтована на осіб після стресового впливу, у яких спостерігаються певні труднощі чи ускладнення, однак ці прояви залишаються у межах психічної норми. З огляду на це, наголошується на важливості глибоких знань у фахівців, які займаються особистісною психокорекцією, щодо категорії норми, наявного

потенціалу та особливостей психіки, яка пережила стресовий чинник, а також закономірностей, механізмів і специфіки ментального розвитку таких людей. А саме, звична модель поведінки та реакції на зміни у соціумі, значно відрізняється від патологічної, для якої характерні наступні риси: слабо розвинені вольові функції, надмірна комунікабельність разом із дратівливістю, схильність до хвилювань, тривожно-фобічні стани, obsесивно-компульсивні розлади, наявність синдрому «навченої безпорадності», конформізм та відсутність власної позиції чи думки тощо).

Багато наукових досліджень підтверджують, що саме негативне сприйняття власного «Я» запускає формування захисних моделей поведінки, які негативно позначаються на соціальній активності індивіда після пережитого стресу, гальмують прагнення до самореалізації та призводять до формування дезадаптованої особистості, нездатної пристосуватися до мінливих умов. Самооцінка особистості, вплив стресового агента та ставлення до оточуючих і світу в цілому сприяють формуванню скоригованого типу особистості. Отже, поняття «Я-образ» виступає як показник нормального психічного розвитку для тих, хто пережив стресовий вплив. Саме ж комплексне реабілітаційне втручання із застосуванням психодинамічних та арт-терапевтичних технік сприяє корекції особистісної сфери тих, хто зазнав стресу, та формуванню вже відкоригованої особистості.

Ф. Шапіро слушно зауважує, що ледь не половина усіх сесій EMDR, під час фази десенсибілізації, інтегрує типові складові процедури, як-от основний образ травматичної події, негативне самосприйняття та телесні відчуття, разом із рухом очей. Це сприяє повноцінній опрацювці травматичного контенту. Проте, на цій самій фазі десенсибілізації пацієнти можуть стикнутися із наступними труднощами:

- 1) реакцією напруги, що виникає через високий рівень тривоги під час опрацювання;

- 2) станом блокування, коли процес опрацювання незаслужено обривається.

Аби знову запустити переробку травматичного матеріалу, увагу пацієнта рекомендовано спрямувати:

1) на різні аспекти поточного досвіду, що має відношення до початкової (висхідної) мети EMDR;

2) на додаткові спогади.

У другому варіанті увага клієнта переорієнтовується на пошук найперших спогадів, які корелюють уже не з початковою ціллю, а з негативним самооцінкою у рамках стандартної процедури EMDR, яку виконує психотерапевт. Як стверджує Ф. Шапіро, це є однією із ключових терапевтичних тактик, яку застосовує фахівець для рестабілізації процесу опрацювання.

Д. Найп, що має сертифікацію від міжнародної асоціації з ДПДГ як тренер, наголошував у своїй практиці на критичній важливості виховання у клієнта відкритості до інтенсивних переживань уже на етапі першої фази ДПДГ [57].

На старті терапевтичного процесу пацієнт може демонструвати зовнішню відповідність, поводячись як типова особа, однак для досягнення справжнього зцілення та закріплення позитивних результатів необхідно забезпечити повний доступ до найбільш емоційно насичених аспектів травматичного досвіду й надати цим спогадам дозвіл на вихід. На заваді цьому можуть стати захисні механізми психіки. Оскільки їхня функція полягає в регулюванні людської поведінки, забезпечуючи адаптивність, стабілізацію психічного стану та його приведення до норми, ці механізми фактично унеможливають досягнення бажаного успіху при застосуванні ДПДГ-терапії. У контексті терапії захисний механізм слід розглядати як будь-який розумовий процес чи дію, що має на меті заблокувати виникнення контрпродуктивних постракцій, тобто унеможливаючи проникнення травмованих фрагментів «Я» до «нормальної» частини особистості [57, с. 33].

У цьому контексті важливо зважити на потребу в подоланні внутрішнього спротиву. Як відомо, опір активізується тоді, коли психіка стикається з новою порцією відомостей, які спочатку не знаходять відгуку у внутрішньому світі особистості, не мають аналогів серед вже накопичених знань у пам'яті. Така інформація не долає бар'єру критичного осмислення і проштовхується у сферу несвідомого. Проте, якщо завдяки силі волі ми зможемо утримати процес

витіснення і спонукати мозок до ретельного аналізу отриманих даних, то тим самим доб'ємося подолання спротиву, що, своєю чергою, через певний проміжок часу відкриє шлях до переживання стану інсайту [57, с. 44].

Коли наявний надто потужний механізм самозахисту, який унеможливорює прямий свідомий контакт із травматичним досвідом минулого, клініцист не має змоги застосовувати стандартний протокол ЕМДР. Завдання цього імпульсу полягає у завершенні та архівуванні спогаду, пов'язаного зі стресовим чинником. Таке підштовхування до свідомого переживання не завершеної ситуації входить у прямий конфлікт із глибинними людськими потребами, як-от потреба у стабільності та емоційній безпеці.

Існуючі захисні механізми здатні перешкодити пацієнту повною мірою скористатися відновлювальним потенціалом ЕМДР. Якщо особистість неспроможна отримати доступ до травматичних нашарувань – повністю осмислити шок, переляк, гнів та відчуття безпорадності, що асоціюються з невіршеними жахливими подіями – то пацієнт не зможе належним чином опрацювати ці спогади, сформувавши адекватне бачення своєї життєвої траєкторії, що пов'язана з дією травмуючого чинника [57, с. 45].

3.2. Програма психологічної корекції щодо подолання та профілактики посттравматичного стресового розладу

Психокорекційна програма

«Відновлення та підтримка психічного здоров'я військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад»

1. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Учасники локальних воєн і збройних конфліктів належать до найбільш вразливих верств населення, є специфічним контингентом, який потребує активної соціальної роботи та багатопрофільної реабілітації.

Кожна людина в тій чи іншій мірі адаптується до життя в соціумі, але війна істотно відрізняється від нормального життя. Екстремальна ситуація стикає людину з новими, незвичними, а найчастіше виходять за межі звичайних людських явищ і набутий досвід ставить перед нею завдання визначення сенсу подій, що відбуваються, і своє ставлення до них.

Фактори бойової обстановки чинять найсильніший психотравмуючий вплив, грубо порушуючи баланс між адаптаційними механізмами і зовнішнім світом. З огляду на це військовослужбовці часто опиняються в потенційно психотравмуючих ситуаціях. Після повернення з війни вони в тій чи іншій мірі стикаються з масою різних соціальних, медичних і психологічних проблем, для вирішення яких необхідні якісні доступні послуги, використання різних методів і технологій, впровадження інноваційних форм соціального обслуговування.

Необхідність постійної соціальної роботи з ветеранами бойови дій обумовлена тим, що наслідки бойового стресу можуть проявлятися через багато років після травмуючих подій. Наслідки ж участі в бойових діях проявляються не тільки безпосередньо після повернення з зони збройного конфлікту, але і через багато місяців і років. Багато стереотипів поведінки, придатних тільки для бойової обстановки, так глибоко пустили коріння, що будуть позначатися ще багато років.

Численні дослідження вітчизняних і зарубіжних психологів показують, що фізичне переміщення солдата з поля бою в мирну обстановку далеко не завжди означає його інтелектуальне, емоційне, «відчуття» повернення в обстановку повсякденних зв'язків і відносин. Факт фізичного повернення учасника бойових дій до мирного життя не збігається з психологічним вбудовуванням його в систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу, і є більш складним і тривалим процесом. Повертаючись до звичайного мирного життя, людина часто продовжує залишатися адаптованою до бойової ситуації.

Часто ветерани стикаються з тим, що їм не вдається підтримувати прийнятний рівень життя, що сприяє погіршенню їхнього «соціального самопочуття».

Військовослужбовцям, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад необхідна комплексна, всебічна реабілітація, яка може бути забезпечена за умови взаємодії різних відомств і структур, у тому числі соціальних служб. З огляду на особливості учасників бойових дій була розроблена і апробована психокорекційна програма «Відновлення та підтримка психічного здоров'я військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад».

Мета – навчання військовослужбовців методам саморегуляції в стресових ситуаціях і навчити взаємодіяти з навколишнім світом, жити в злагоді з собою, а також для відновлення психологічної адаптації та ефективної соціальної поведінки.

Завдання програми:

- Проінформувати інвалідів та ветеранів бойових дій зрілого віку про наявність ризику формування неадаптивних стратегій поведінки;
- Навчити військовослужбовців способам ефективної саморегуляції в емоційно-напружених ситуаціях, пов'язаних з професійною діяльністю.
- Підвищити рівень психологічних знань, сформувані бажання використовувати їх у роботі над своїми проблемами, сформувані потреби в саморозвитку;

Програма призначена для надання соціально-психологічної допомоги військовослужбовцям, які постраждали на посттравматичний розлад. Вік не обмежений.

Очікувані результати реалізації програми:

1. Навчити військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад методам саморегуляції стресових станів;
2. Навчити способам самодіагностики рівня стресу та пошуку ресурсних станів психіки для виходу зі стресових станів;
3. Підвищити рівень психологічної стійкості до стресів через використання методів саморегуляції стресових станів.
4. Мотивація до здорового способу життя, соціалізація в суспільстві.
5. Створення у військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад нової когнітивної моделі життєдіяльності, відновлення

відчуття цінності власної особистості та здатності ефективного існування в світі, зміцнення впевненості у власних силах.

Методичні рекомендації до проведення занять за програмою

Війна, екстремальні ситуації мають різноманітний вплив на психіку, особистість та поведінку людини. Для військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад війна є своєрідним «моментом істини», «головною подією життя», осягненням сенсу свого призначення на Землі.

Психологічна підтримка та корекція при наданні кваліфікованої та спеціалізованої допомоги виступають в якості необхідного компонента ефективної соціально-психологічної роботи.

Травматичний досвід має складну структуру. Вона містить негативні переживання, поведінкові програми, сформовані в процесі адаптації до бойової обстановки, когнітивну оцінку психотравмуючої ситуації та виснаження ресурсів. Фахівці, які працюють у цій галузі, повинні бути добре обізнані про своєчасні психологічні технології.

Основними стратегіями роботи з психологічної корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад є:

Стратегія № 1 Інтеграція внутрішнього світу.

Стратегія № 2. Включення напрацьованих під час бойових дій поведінкових програм в контексті соціально-прийнятних видів діяльності. При реалізації даної стратегії використовуються техніки поетапного розгортання сформованих навичок поведінки, усвідомлення сигналів, що запускають неадекватні реакції. Може бути запропонований самостійний аналіз професіограм особливих екстремальних професій, де дані навички розглядаються як професійно важливі.

Стратегія №3. Відновлення цілісності, гармонійності когнітивної моделі світу, усвідомлення ветераном травматичного досвіду справжніх причин і значення травматичної події з точки зору звичайного життя, що дозволяє переоцінити минулий досвід.

Стратегія №4 Пошук і відновлення ресурсів. Психологи можуть використовувати різні техніки саморегуляції, ресурсного трансу, а також

включення людини в зовнішню діяльність, яка сама по собі створює передумови системи регуляції, так як в процесі витрачання ресурсів паралельно виробляється механізм їх поповнення.

Використовуючи в своїй роботі запропоновані методи надання психологічної допомоги, можна усунути небажані наслідки бойової психічної травми і повернути їх до активного життя.

Програма включає в себе комплекс вправ, спрямованих на профілактику неадаптивних стратегій поведінки, розвиток навичок саморегуляції і перемикання.

Форми роботи:

Групові:

- сеанси релаксації з метою досягнення розслаблення, зняття емоційної напруги у інвалідів та ветеранів бойових дій.

- семінари-практикуми з метою інформування та залучення інвалідів та ветеранів бойових дій до участі в реалізації даної програми.

Індивідуальні:

- індивідуальні консультації за запитом військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

Методи роботи:

1. Психологічна освіта – розширення знань про закономірності та умови сприятливого психічного розвитку людини.

2. Арттерапевтичні методи – вплив засобами мистецтва (музикотерапія, малювання), що допомагають відчувати і зрозуміти самого себе, висловити свої думки, почуття, звільнитися від конфліктів і сильних переживань.

- 3 Релаксаційні техніки, – які допомагають регулювати напругу, призупиняти і розслаблятися за власним бажанням

4. Психогімнастичні вправи – в ході яких учасники здобувають досвід, що дозволяє усвідомити різноманітні вербальні та невербальні засоби встановлення контакту.

2. ЗМІСТ ПРОГРАМИ

Тривалість заняття від 30 до 40 хвилин кожне.

Тематика занять визначена досить умовно. Зміст діяльності може бути спрощений і ускладнений залежно від конкретного досвіду.

Практична значимість програми полягає в складанні та підборі семінарів, вправ, розробці пам'яток, складанні консультацій з питань збереження психічного здоров'я, профілактики ризику формування неадаптивних стратегій поведінки.

Структура кожної зустрічі визначається трьома частинами: вступною (ритуал вітання), основною (ігри та вправи за темою) і заключною (ритуал завершення).

Використовувані методи: арттерапевтичні та релаксаційні техніки, психогімнастичні вправи та елементи тренінгу спілкування.

У програмі використовуються різні способи управління емоційним станом.

Оптимальна кількість учасників групи 7-12 осіб, оскільки це дає можливість представити різні точки зору і дозволяє складати пари для виконання вправ. При більшій чисельності групи учасники, які не схильні до саморозкриття, можуть залишитися без належної уваги, а при меншій – на них зростає навантаження.

На кожному учаснику бойових дій лежить відбиток бойового досвіду, що істотно впливає на його психологічний стан, соціальну та професійну адаптацію, міжособистісні відносини з найближчим оточенням. Для багатьох учасників бойових дій минула війна присутня в їхньому житті дотепер. Травматичний досвід має складну структуру. Вона містить негативні переживання, поведінкові програми, сформовані в процесі адаптації до бойової обстановки, когнітивну оцінку психотравмуючої ситуації та виснаження ресурсів.

У роботі з подолання наслідків ПТСР застосовують різноманітні методи і технології. Але основний напрямок роботи з елементами травматичного досвіду передбачає інтеграцію внутрішнього світу людини і перетворення травмуючої ситуації в частину власного буття.

Проживання травматичного досвіду може здійснюватися не тільки в присутності психолога і з його допомогою, але і самостійно. Логіка такого підходу полягає в тому, щоб спочатку підготувати військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад до активної психологічної співпраці шляхом зняття неактуальних напружень, агресії, недовіри, вивчення їх психологічних особливостей та специфіки психологічних проблем. На цьому етапі здійснюється навчання методам психічної саморегуляції, проводяться психофізичні тренування зі зняття м'язових затисків, неактуальної психічної напруги. Тому була розроблена програма підтримки психічного військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

Мета - навчання військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад методам саморегуляції в стресових ситуаціях і навчити взаємодіяти з навколишнім світом, жити в злагоді з собою, а також для відновлення психологічної адаптації та ефективної соціальної поведінки.

Завдання:

1. Ознайомити військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад з існуючими методами саморегуляції стресових станів;
2. Навчити способам самодіагностики рівня стресу і пошуку ресурсних станів психіки для виходу зі стресових станів;
3. Підвищити рівень психологічної стійкості до стресів через використання методів саморегуляції стресових станів.
4. Мотивація до здорового способу життя, соціалізація в суспільстві.
5. Створення у військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад нової когнітивної моделі життєдіяльності, відновлення відчуття цінності власної особистості та здатності ефективного існування в світі, зміцнення впевненості у власних силах.

Етапність здійснення психологічної корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

Вирішувані завдання. Використовувані методи

I етап – підготовчий. Зняття неактуального психологічного напруження.

Створення сприятливої психологічної атмосфери

1. Аутотренінг
2. М'язова релаксація
3. Тілесно-орієнтована терапія
4. Психологічні тренінги

II етап - корекційно-розвиваючий

Гармонізація системи відносин особистості.

Корекція поведінки.

1. Особистісно - орієнтована психотерапія
2. Методи тілесно-образної терапії (ТОТ) Лінде Н.Д.
3. Методи інтегрального нейропрограмування (ІНП)
4. Психологічні тренінги

III етап. Підвищення соціально-психологічної компетентності.

Підвищення комунікативної активності.

Закріплення ефективних схем поведінки

1. Соціальні та психологічні тренінги
2. Створення реадaptивного середовища
3. Залучення до суспільного життя

Етапність здійснення психологічної корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад.

I етап. Для вирішення завдань першого етапу психологічної корекції військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад ефективним методом роботи є навчання методам саморегуляції та їх практичне виконання.

Програма складається з декількох блоків

1. Самодіагностика рівня стресу.
2. Ознайомлення з природними та спеціальними методами саморегуляції;
3. Навчання швидкодіючим і довгостроковим методам подолання стресу.

Блок 1. Самодіагностика рівня стресу. Для самодіагностики стресу на тілесному або м'язовому рівні можна запропонувати наступну вправу.

Інструкція: «Для того, щоб виявити Вашу індивідуальну реакцію на стрес, виконайте наступне завдання. Намалюйте фігуру людини.

Згадайте якусь недавню стресову для Вас ситуацію зі свого життя. Тепер на фігурі людини заштрихуйте ті зони тіла, в яких Ви відчували якийсь дискомфорт. Наприклад, напругу, біль, тремтіння, поколювання, вібрацію тощо. Тобто такі відчуття, які зазвичай Ви не відчуваєте при нормальному ритмі життя». Інший хороший спосіб визначити рівень стресу - оцінити свою емоційну реакцію. Для цього дається наступна інструкція: «Перевірте, чи властиві Вам емоції, наведені в таблиці. Оцініть частоту та інтенсивність емоції за шкалою від 1 до 10 балів». Якщо виявиться, що більше половини з цих емоцій людина відчуває постійно, тоді необхідно вживати заходів для стабілізації емоційного стану. Будь-яка емоція, яка оцінюється вище 5 балів повинна розглядатися як показник високого рівня стресу. Цю таблицю емоційних станів можна використовувати кожні 3-4 місяці для самомоніторингу, щоб визначити, які почуття були в минулому, що військовослужбовець відчуває в даний момент і на які емоції сподівається в майбутньому. Якщо він припускає, що в наступні 3-4 місяці йому доведеться випробувати більше чотирьох з перерахованих нижче емоційних станів на рівні, що перевищує 5 балів, то можна вжити превентивних заходів.

Список емоційних станів.

Емоції Частота Інтенсивність

Гнів, тривога, зневіра, депресія, відчай, розчарування, почуття провини, відчуття безпорадності, відчуття безвиходності, роздратування, почуття самотності, почуття збентеження, люті, неспокій, нетерплячість, сором'язливість, збентеження, почуття незручності, відчуття, що вас не люблять.

Блок 2. Ознайомлення з природними та спеціальними методами саморегуляції. Природні методи саморегуляції базуються на використанні тих можливостей, які військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад мають «під рукою». І пов'язані ці методи, в першу чергу, з розумним плануванням, як режиму дня, так і в цілому способу життя

старшокласника. Найдоступнішими і особливо корисними методами саморегуляції для них є:

- заняття спортом, піші прогулянки та інші фізичні навантаження. Фізична втома сприяє зниженню психічної напруги;
- водні процедури (плавання, ванна, душ, лазня) допомагають заспокоїтися;
- захоплення та хобі допомагають розслабитися і підвищити настрій;
- спілкування зі спокійними та оптимістичними людьми.

Спеціальні методи саморегуляції розроблені як набір практичних вправ «на всі часи». І в першу чергу ці вправи пов'язані з диханням, оскільки воно дуже сильно впливає на емоційний стан людини. Кожна емоційна зміна призводить до зміни дихання. Так робота над вдихом, наприклад, допомагає у випадках тривоги, безнадії, смутку, загальної астенії. А робота над видихом показана у випадках надмірного контролю, блокування гніву, при надлишку напруги. Тому в залежності від стану можна більшою мірою приділяти увагу або вдиху, або видиху, виконуючи дихальні вправи.

Приблизні вправи на роботу з диханням:

1. Знайдіть місце, де Вас не будуть турбувати, і сядьте. Одну руку покладіть на живіт, а іншу - на область грудей. Прислухайтеся до свого дихання. Вдихайте і видихайте тільки через ніс. Якщо Ви чуєте своє дихання - значить воно дуже важке. Зосередьте свою увагу на диханні діафрагмою. Вдихайте через ніс, а видихайте через рот повільно і спокійно. Дивіться прямо перед собою і тримайте очі відкритими. Робіть паузу між кожним вдихом-видихом. Дозвольте своєму тілу природним чином розслабитися, повністю звільнитися від напруги.

2. Виконувати цю вправу необхідно, коли в стресовій ситуації відчуєте себе напруженим і помітите, що перейшли на поверхнєве дихання.

3. Іноді дихання стає інструментом візуалізації або навіть медитації. Наприклад, можна уявити процес дихання таким чином - Ви просто уявляєте вдихуване повітря у вигляді пари.

Уявіть, як ця пара проникає через ніс або рот, потім проходить через горло в легені і наповнює все тіло. Можна намалювати собі подумки картину того, як пара проникає в живіт, клубочиться там, а потім при видиху піднімається вгору і залишає тіло. Поспостерігайте, як пара тане, змішується з повітрям, і почніть процес знову.

4. Можна зайнятися підрахунком дихальних циклів. Під час вдиху повільно порахуйте про себе «раз», на видиху скажіть «і». Під час наступного вдиху скажіть «два» і так далі, поки не порахуєте до чотирьох. Потім повторіть все спочатку. Якщо Ви збилися з рахунку, почніть зі слова «раз».

5. Якщо Вам вдалося сконцентруватися на диханні шляхом його візуалізації, підрахунку або будь-яким іншим способом, не намагайтеся змінити його або керувати ним. Дозвольте диханню регулювати себе самостійно, спонтанно. Через 10-20 хвилин слід підготуватися до закінчення сеансу. Припинення концентрації на диханні поверне Вас до реальності. Кілька разів моргніть очима, після чого відкрийте їх. Хвилину або дві посидьте спокійно і можна приступати до своїх повсякденних справ.

До спеціальних методів саморегуляції відносяться також система аутотренінгу або аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація - зниження чутливості і медитація. Оскільки це досить об'ємні системи саморегуляції, то в даному випадку їх пропонується розглянути окремо. Аутогенне тренування або аутотренінг (від грец. autos - сам, genos - рід, самостійно розвивається) - це особлива методика самонавіювання на тлі максимального м'язового розслаблення. Аутотренінг був запропонований австрійським психіатром Йоганом Шульцем в 1932 році. Даний метод був вивчений особливо ретельно, в порівнянні з будь-якою іншою аналогічною технікою. В даний час існують найрізноманітніші модифікації цього методу. Класична методика І.Шульца включає шість стандартних вправ:

1. Спрямована м'язова релаксація за допомогою образного відчуття тяжкості в такій послідовності: права рука – ліва рука - права нога - ліва нога - тулуб.

2. Навичка довільного розслаблення кровоносних судин. Коли подумки пробуємо відчуті тепло в тілі. Послідовність та сама: права рука - ліва рука... тулуб.

3. Удосконалення навичок довільного дихання.

4. Довільне розширення кровоносних судин внутрішніх органів.

5. Довільна зміна частоти серцевих скорочень у бік прискорення або уповільнення.

6. Управління судинними реакціями в області голови, спрямоване на звуження кровоносних судин.

Для цього використовується уявлення про прохолоду, вітерець в області чола і скронь. Завдання аутотренінгу - зняття нервово-психічної напруженості, швидке відновлення сил, управління емоційним станом. Застосовується цей метод також для послаблення неприємних відчуттів. Більш детальну інформацію щодо даного методу саморегуляції можна знайти в будь-якому посібнику з аутотренінгу. Ми ж пропонуємо деякі вправи з елементами аутотренінгу для групової роботи:

1. Короткий аутотренінг. Кожен учасник сідає в зручній позі. Ведучий пропонує наступну інструкцію: «Дихайте рівно. Розслабтеся. Ви відчуваєте приємну важкість у ногах і руках. Ваші повіки стають важкими. Дихайте рівно, глибоко. Ви відчуваєте приємне тепло у вашому тілі. Ви відчуваєте приємну важкість у руках і ногах. Ваші повіки стають ще важчими. Дихайте рівно, глибоко.

Ви перестаєте відчувати свої ноги і руки. Ви парите в повітрі. Перед Вашими очима спливають найприємніші випадки з вашого життя. Ви згадуєте і бачите перед собою найприємніше, найкраще, що сталося з Вами останнім часом. Тепер уявіть собі по черзі кожного з нас. Ви відчуваєте себе повними бадьорості та енергії. Зараз я буду рахувати до трьох. При слові «Три» ви відкриєте очі і будете відчувати себе свіжими і бадьорими. Раз, два, три...»

2. Колективний аутотренінг. Починається зі звичайного аутотренінгу. Потім ведучий пропонує уявити певну ситуацію, в якій брала б участь вся

група. Наприклад, спільна прогулянка за місто. Кожен учасник починає подумки уявляти цю прогулянку.

Потім з'ясовується, хто як себе почуває, хто що побачив, кого з учасників прогулянки легше уявити, кого важче.

3. Подумки уявлення. Після попереднього занурення ведучий пропонує наступну інструкцію: «Ви стоїте на лузі. Ще ранній ранок, але вже гріє сонце. Ви відчуваєте його промені на своєму обличчі, а м'який вітер Вам щось шепоче. Ви йдете через поле до невеликого пагорба, з якого видно всю околицю... Ви стоїте на пагорбі і бачите гігантського птаха, що наближається до Вас. Це величезний птах, але Ви не тікаєте від нього. Це добрий птах з м'якими крилами. Він сідає поруч з Вами і з нього сходить маленький чоловічок. Він каже, що Ви можете літати на цьому птаху куди завгодно - можна уявити бажане для кожного місце... Ви повертаєтеся, маленька людина сідає і відлітає».

4. «Я в групі». Інструкція ведучого - «Закрийте очі... Нехай тепер кожен візьме правою рукою ліву руку сусіда і потримає його руку у своїй: постарайтеся, не відкриваючи очей, зосередитися на звуках навколо Вас, нехай кожен зосередить свою увагу на тому, що він чує, і що б це не було, нехай деякий час послухає і постарается впізнати звуки, які до нього долітають. А тепер, ще не відкриваючи очей, сконцентруйте свою увагу на долонях сусідів праворуч і ліворуч, яких Ви торкаєтеся. Постарайтеся зрозуміти, яка долоня тепліша, яка - холодніша і запам'ятайте, чи була ця долоня сусіда ліворуч чи праворуч. А тепер, як і раніше, із закритими очима розведіть руки і зосередьтеся на своєму диханні, відчуйте, як повітря входить і виходить через ніздрі та губи, як рухаються грудна клітка і живіт при кожному вдиху і видиху. А тепер спробуйте порахувати кожен вдих і на п'ятому - відкрийте очі».

Прогресивна м'язова релаксація. Цей метод саморегуляції використовують в положенні лежачи на спині або сидячи в зручному кріслі.

Дана техніка релаксації, розроблена Едмундом Якобсоном, ґрунтується на такій зміні фізичного стану, яка викликала б позитивні зміни в мозку і вісцеральній нервовій системі. Ментальні образи використовуються для зниження чутливості до стресових, тривожних факторів і ситуацій.

Він запропонував програму, яку багато біхевіоральних психотерапевтів адаптували для лікування великої кількості психоемоційних і фізичних розладів. Е.Якобсон вважає, що люди втратили здатність адекватно оцінювати ступінь напруги м'язів. У зв'язку з цим у них постійно присутні хронічне м'язове напруження і супутня йому тривога.

Техніка прогресивної м'язової релаксації спочатку передбачає набуття людиною знань про те, які м'язи в її тілі напружені, а які - розслаблені. Завданням цього методу є навчання досягненню довільного розслаблення скелетної мускулатури.

Заняття зі зниження чутливості (десенситизації) навчають досягненню реакції релаксації в умовах дії стресових і провокуючих тривогу факторів. Даний метод добре зарекомендував себе, як засіб подолання страху, тiku, емоційної напруги під час складання іспитів, при необхідності проводити публічні виступи, коли людину переслідують нав'язливі, турбуючі і лякаючі думки, головні болі, відчуття нервозності тощо. Тому хоча м'язове розслаблення часом займає досить багато часу, цим варто періодично займатися, особливо в насичені стресами періоди життя. М'язове розслаблення можна використовувати, як самостійну частину для саморегуляції або ж поєднувати з ментальним розслабленням, про яке мова піде трохи пізніше.

Приблизна вправа для м'язового розслаблення. Ведучий «Знайдіть місце, де можна зручно сісти, головне – сидіти випрямившись. Вільно опустіть руки на стегна, ноги тримайте разом, ступні на підлозі носками вперед. Подбайте про те, щоб Вас не турбували протягом 20-ти хвилин. Відкиньте неприємні думки.

Уявіть собі щасливий період свого життя або гарне місце - гори, ліс, море. Коли Ви будете повністю впевнені, що перестали думати про свої проблеми, глибоко вдихніть кілька разів, а потім сконцентруйтеся на своєму тілі. Постарайтеся відчути, де в тілі присутня напруга. Цілком можливо, що місць локалізації напруги буде декілька. Далі по черзі напружуйте кожную частину тіла в такому порядку:

1. Ступні – сильно натисніть на підлогу, потім розслабтеся. Кісточки, литки, коліна – напружте, щільно притискаючи стопи до підлоги і пальці ніг до верху черевиків, розслабтеся

2. Тепер почніть напружувати ноги. Підніміть пальці ніг максимально вгору приблизно на п'ять секунд. Потім розслабтеся.

3. Стегна – витягнувши ноги і піднімаючи їх на кілька сантиметрів над підлогою, напружте стегна, розслабтеся. Кисті – стисніть пальці в кулак, розтисніть.

4. Передпліччя – напружте м'язи, розслабте.

5. Сідниці – напружте, розслабте.

6. Живіт - втягніть його до хребта, висуньте вперед, розслабтеся.

7. Грудна клітка - з силою розправте, розслабтеся.

8. Плечі - підніміть якомога вище до вух, швидко розслабивши, опустіть.

9. Шия - потягніть підборіддя якомога вище, потім максимально опустіть його і упріться підборіддям в груди, розслабтеся.

1.0 Обличчя - якомога сильніше зморщите, уявіть, що їсте лимон, потім розслабте м'язи обличчя.

11. Щелепа - якомога сильніше стисніть зуби, розтисніть і відкрийте якомога ширше рот.

12. Очі - міцно заплющте, відкрийте очі, якомога сильніше нахмурте брови, підніміть їх якомога вище, потім розслабте м'язи.

Робіть цю вправу строго в зазначеному порядку. Це допомагає навчитися керувати своїм тілом. Для кращого ефекту можете повторити вправу.

Не забувайте напружувати кожен групу м'язів протягом 5-ти секунд і як можна сильніше, а потім розслаблятися. У процесі розслаблення намагайтеся відчувати, що відбувається з Вашими м'язами. Постарайтеся відчувати різницю між станами напруги і розслабленості. У разі якщо Ви дуже сильно напружені, робіть цю вправу, двічі напружуючи і розслабляючи кожен групу м'язів. Підходить і положення лежачи, не хвилюйтеся, якщо в результаті заснете - це буде свідчити про те, що Ви дійсно розслабилися. Досягнувши певних успіхів у

даному методі, можна прискорити процедуру, розслабляючи м'язи за бажанням без попереднього напруження».

Медитація. Існує багато форм і типів медитації від складних до дивно легких. Ми будемо розглядати медитацію, як зручний метод, який повинен допомогти знайти внутрішню рівновагу при стресових станах психіки. Тому наведені нижче техніки медитації дуже прості і безпечні. Можна практикувати кожен запропонований вид медитації, поки не знайдеться найбільш ефективний, зручний і відповідний особистим уподобанням.

1. Медитація під музику. Виберіть місце, де можна спокійно сісти, закривши очі, і послухати свою улюблену музику. Це повинна бути класична музика або спеціальні композиції для медитації та релаксації. (Якщо увімкнути гучний рок або поп-музику, то медитативного стану, звичайно, не досягнеш, але можна буде динамічно порухатися, потанцювати.) Поки звучить обрана Вами класична або медитативна композиція, дайте волю своїм думкам. Не намагайтеся їх контролювати просто слухайте - і Ви побачите, куди вони вас приведуть. Нехай музика ллється навколо Вас. Можливо, Вам буде легше, якщо Ви скористаєтеся навушниками. Коли музика закінчиться, деякий час послухайте тишу і відчуйте, наскільки Ви розслаблені.

2. Медитація на прогулянці. Відправтеся один на прогулянку - бажано в парк або сквер. Ця прогулянка не повинна мати мети, крім релаксації. Це не пробіжка, не вигул собаки - це прогулянка для того, щоб розслабитися. Не розглядайте оточуючих - Вашу увагу направте так, щоб бачити куди Ви йдете, але при цьому не концентруйте свій погляд на чомусь конкретному. Не женіть від себе думки, але при цьому завжди намагайтеся пам'ятати, що Ви гуляєте лише для того, щоб медитувати. Відчуйте рух свого тіла, відчуйте повітря, аромат рослин. Дихайте вільно, використовуючи черевне дихання. Час від часу робіть глибокий вдих, щоб звільнити напругу, яка може у Вас виникнути. Цю медитацію бажано робити 20-30 хвилин хоча б пару раз на тиждень.

3. Медитація на предмет. Візьміть який-небудь невеликий предмет, який Вам подобається - статуетку, дитячу іграшку, мушлю тощо. Покладіть цей предмет перед собою на близькій відстані, уважно його вивчіть.

Помічайте кожну найдрібнішу деталь. Закрийте очі і уявіть собі цей предмет. Пройдіться по всіх його деталях. Відкрийте очі і знову подивіться на цей предмет. Можливо, тепер Ви побачите в ньому щось нове, чого раніше не помічали. Закрийте очі і знову уявіть собі цей предмет. Продовжуйте медитацію протягом 10 хвилин і побачите, що вона діє розслаблююче.

4. Слухова медитація. Знайдіть тихе місце, де Вас не будуть турбувати. Затишно розташуйтеся на стільці. Підшви поставте на підлогу. Великими пальцями рук прикрийте обидва вуха. Решта пальців повинні м'яко лежати на маківці. Прислухайтесь до звуків, які лунають у вас всередині - до шуму свого дихання, до стуку серця і т.д. Залишайтеся в цьому положенні стільки, скільки захочете, або до тих пір, поки не втомляться руки.

5. Групова медитація «Слово». Група сідає в коло. Дається певне слово, наприклад, «сила». Потім слід 10-15 хвилин зосередитися на ньому, зрідка промовляючи його про себе. Для пояснення завдання пропонується наступний образ - подумки промовте слово, подібно до бульбашки повітря, що лопнула на поверхні океану свідомості. Але перш ніж бульбашка досягла поверхні свідомості, вона пройшла довгий шлях у глибинах свідомості. Зосередитися на значенні слова - це означає простежити зародження його суті в глибинах свідомості задовго до того, як воно прийме закінчену форму. За бажанням учасники можуть закрити очі. Робота над вправою часто призводить до виникнення своєрідних переживань.

6. Медитація для відновлення сил. Дана медитація підходить для роботи з станами сильної втоми, надмірного виснаження, що виникають в умовах надлишку інформації та емоційних перевантажень. Виберіть зручне положення - зазвичай це положення лежачи. Постарайтеся знайти найзручнішу позу і протягом деякого часу просто полежте в розслабленому стані, зосередивши увагу на диханні. Потім постарайтеся зрозуміти, що вам потрібно в цьому вашому стані - які люди, яке навколишнє середовище, які потреби і бажання вам хотілося б реалізувати, здійснити і т.д. На наступній стадії цієї медитації ви уявляєте, що на вдиху в ваше тіло через ноги проникає світло. Це може бути якесь яскраве світло, можна вибрати колір, в який буде забарвлений цей світ.

Ви збираєте це світло всередині живота або в області таза. Таку ж візуалізацію можна робити з руками і збирати світло в центрі грудей. Протягом 15-20 хвилин подібні «маленькі канікули» дозволяють позбутися фізичної і психологічної напруги, відчути себе «новонародженим». Всі вищезапропоновані техніки медитації розраховані на те, щоб їх виконували з відчуттям повної свободи і безпеки. У такому випадку медитація стає легкою у виконанні і приносить велику користь. Це найкращий засіб при роботі зі стресами.

Деякі рекомендації для проведення медитації.

Медитацією потрібно займатися в безпечному і, по можливості, відокремленому місці.

Важливо подбати про себе - має бути зручно.

Медитація не повинна Вам заважати або змушувати Вас сильно змінювати свій стиль життя, свої переконання.

Спочатку займайтеся медитацією лише кілька хвилин на день поступово збільшуючи час.

Якщо Вам сподобається певна техніка і вона буде приносити результати, використовуйте її частіше. Якщо ж техніка не подобається і толку від неї не помітно, то не варто витрачати на неї час.

Існує таке правило для медитації - все, від чого Ви отримуєте користь, добре для Вас.

Суть медитації полягає в тому, щоб відключитися на деякий час від звичного потоку думок, емоцій, почуттів. Вона не змушує Вас займатися питаннями духовності або ставати релігійними.

Блок 3. Навчання швидкодіючим і довгостроковим методам подолання стресу.

Якщо Ви раптово стикаєтеся зі стресовою ситуацією, то можна використовувати дану техніку швидкого розслаблення. Перш ніж почати виберіть слово, яке буде ключовим при розслабленні. Це може бути слово «спокій» або «мир», або навіть «нічого». Виберіть тільки одне з них, через деякий час воно стане імпульсом для стану розумового розслаблення. Приблизна техніка швидкого розслаблення.

Інструкція: «Покладіть долоню на живіт і переконайтеся, що Ви дихаєте діафрагмою, в іншому випадку виправте дихання. Закрийте очі. Глибоко вдихніть і подумки промовте ключове слово. Затримайте дихання і напружте плечі, підніміть їх якомога вище. Повільно видихайте через рот. Роблячи це, повністю розслабтеся - плечі опустяться у вихідне положення. Під час видиху голосно промовте вголос Ваше ключове слово. Відкрийте очі». Якщо є час, то можна поєднувати цю вправу з вправою для м'язового розслаблення. Користуватися технікою швидкого розслаблення необхідно кожного разу, коли з'являється відчуття напруги, тобто ще до того, як відбудеться стрес. Безумовно, не можна робити цю вправу в ситуації, коли небезпечно закривати очі. У такій ситуації можна спробувати зробити її з відкритими очима. Після того, як інваліди та ветерани бойових дій навчаться керувати стресовими станами за допомогою швидкодіючих методів, слід перейти до довгострокових методик подолання стресу. Всі запропоновані вище методи саморегуляції можна віднести саме до швидкодіючих.

Методики довгострокового подолання стресу будуються на принципах - попередження, планування, перспективи і практики:

1. Попередження означає розуміння різниці між збудженням і стресом.
2. Планування означає знання своїх вразливих місць і знання, як їх захистити.
3. Перспектива означає, що людина знає, коли слід зробити вибір і контролювати себе, і знає, коли послабити контроль.
4. Практика означає, що недостатньо знати методи саморегуляції, самоврядування має стати частиною повсякденного життя.

Спираючись на ці принципи, інваліди та ветерани бойових дій можуть самі або за допомогою психолога, який веде групу, скласти індивідуальну систему саморегуляції стресових станів. При цьому важливо враховувати особистісні особливості та уподобання військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад, а також ступінь результативності у застосуванні тих чи інших методів саморегуляції.

II етап

Психокорекційна робота здійснюється шляхом соціально-психологічного тренінгу, націленого на особистісний ріст і розвиток комунікативної компетентності. Такі тренінги орієнтовані на вирішення широкого кола психореабілітаційних завдань. Серед них найбільш важливими є наступні:

1. Пізнання учасниками своїх психологічних та особистісних особливостей, оцінка ефективності обраних комунікативних стратегій.
2. Створення когнітивної моделі життєдіяльності, відчуття цінності власної особистості та зміцнення впевненості у своїх силах.
3. Відновлення почуття особистої цілісності та контролю над подіями і ефективного спілкування.
4. Вирішення особистісних проблем учасників, що проявляються у сфері їх спілкування з оточуючими.

Таким чином, у процесі тренінгу з'являється місце і для розблокування системи психологічного захисту інвалідів і створення емоційно-підтримуючої атмосфери в групі, і для здійснення індивідуальної та групової психокорекції, і для навчання навичкам ефективного спілкування.

Програма тренінгу розрахована на 29-30 годин групової роботи і проводиться протягом 7 днів.

Заняття №1. «Знайомство».

Цільові установки:

1. Знайомство та роз'яснення учасникам сутності та можливостей соціально-психологічного тренінгу;
2. Прийняття групою правил групової роботи та створення в групі комфортної психологічної атмосфери, безпеки та взаємної підтримки;
3. Оволодіння учасниками прийомами розширення власних психологічних можливостей.

Заняття №2 «Читати людину, як книгу»

Цільові установки:

- «відкриття» учасниками психологічних механізмів сприйняття і розуміння інших людей;

- Формування у учасників навичок візуальної діагностики партнерів по спілкуванню (виявлення емоційних станів, репрезентативних систем, актуальних его-станів, ступеня щирості);

- Оволодіння учасниками прийомами розширення власних психологічних можливостей.

Заняття №3 «Гарний початок - половина справи».

Цільові установки:

- Формування навичок ефективного комунікативного приєднання до партнера по спілкуванню (просторового, динамічного, за провідними репрезентативними системами, за актуальними его-станами, за інтересами та цінностями);

- Поглиблення процесу самопізнання, розвиток впевненості у власній цінності та успішності);

- Оволодіння учасниками прийомами розширення власних психологічних можливостей та психічної саморегуляції (зниження тривожності, купірування стресу).

Заняття № 4 «Спілкування-мистецтво впливу»

Цільові установки:

- Формування навичок ефективного впливу на партнерів по спілкуванню (нерефлексивне і рефлексивне слухання, техніка задавання питань, використання формул позитивного впливу);

- Поглиблення процесу самопізнання, корекція самосприйняття, відновлення почуття цілісності власної особистості;

Заняття №5 «Кут падіння дорівнює куту відбиття».

Цільові установки:

- Формування навичок спілкування з неприємними партнерами та партнерами-маніпуляторами;

- Формування впевненості в собі.

Заняття №6 «Нерозв'язних проблем не буває».

Цільові установки:

- Розвиток навичок ефективної рольової поведінки;

- Вирішення особистих комунікативних проблем учасників;
- Поглиблення процесу самопізнання, вихід на рефлексію цілісності власної особистості, свого місця в системі соціальних зв'язків і відносин.

Заняття №7 «Іспит»

Цільові установки:

- Інтеграція та усвідомлення набутого комунікативного досвіду;
- Формування установок на подальший особистісний розвиток та ефективну соціальну взаємодію;
- Завершення занять та прощання учасників з групою тренінгу.

III етап.

Спрямований на розвиток комунікативної компетентності та активності, особистісного зростання, залучення до суспільної діяльності. На III етапі психологічної реабілітації головний акцент робиться на груповій роботі, оскільки вона є найефективнішим засобом психосоціальної допомоги та підтримки інвалідів і ветеранів бойових дій. Ці групи не передбачають суворого дотримання всіх класичних канонів групової та тренінгової роботи. Сама їх умовна назва як груп зустрічей і спілкування військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад орієнтують на позитивне спілкування з метою психогенних факторів (самотність, дезадаптивна поведінка, несприятлива ситуація в сім'ї). Для військовослужбовців, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад дій будемо організовувати та проводити соціально-дозвілєві заходи та залучати до патріотичного виховання підростаючого покоління.

3.3. Психологічний аналіз емпіричних даних результатів формувального етапу психологічного дослідження

До та після формувальних заходів з усім учасниками експериментальної групи проводилося психодіагностичне обстеження за такими методиками: методик Шкала оцінок відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity

Rating Scale; Д. Корн, Л. Максфілд, Н. Дж. Сміт, Р. Стікголд), Комплексний копінговий опитувальник (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг). виявлено, що провідними складовими результативності реалізації комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад, котрі розкриваються у зниженні симптомів емоційної травми, депресії, тривожності, тенденцій до оптимальних копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору, а також у самоорганізації та розвитку стресостійкості, стабільності психічної організації, усталеності до швидкозмінюючихся обставин; психодинамічних властивостей (сенситивності, невротизму, саморегуляції тощо); особливостей інтелектуальної та мисленнєвої діяльності; особистісних властивостей (впевненість у собі, ціннісність ставлення до себе, інших, світу тощо).

За результатами психологічного дослідження на етапі формувального експерименту ми отримали такі результати.

2. Дослідження *індивідуально-особистісного* аспекту комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору.

Передусім ми здійснили психодіагностичне дослідження результативності формувальних заходів щодо особливостей самоставлення осіб, котрі пережили дію стрес-фактору.

Таблиця 3.1

Дослідження індивідуально-особистісного аспекту комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору. Результати до і після формувальних заходів (у відсотках)

Показники: індивідуально-особистісний аспект	Досліджувані (до та після формувальних заходів)					
	До заходів			Після заходів		
Рівень прояву показнику	В	С	Н	В	С	Н
Ціннісне ставлення до себе	8,5	66,5	25,0	33,8	51,7	14,5
Образ Я	4,8	53,5	41,7	21,8	66,9	11,3
Самоіприйняття	46,5	48,7	4,8	51,2	43,5	5,3
Самоповага	28,6	46,5	24,9	38,3	49,9	11,8

Отже, проведемо розгляд отриманих даних згідно з методикою самоставлення В. Століна, С. Пантелєєва. Стосовно критерію «Ціннісне ставлення до себе», ми зафіксували суттєве збільшення частки осіб з високим рівнем (33,8%) та водночас зменшення кількості тих, хто демонструє низький рівень (14,4%) за цим параметром.

Ключовим елементом, що обумовлює успішність програми всебічної реінтеграції, виступає показник «Образ Я». Зіставляючи отримані нами експериментальні відомості, слід відзначити помітний ріст високого рівня після впровадження формуючих впливів у респондентів, які зіткнулися зі стресовим агентом: з 4,8% до 21,8% за високим рівнем, та відчутне зменшення частки з низьким рівнем – з 41,7% до 11,3% відповідно. Звідси випливає, що зібрані дані підтверджують результативність застосованих формуючих практик загалом.

Щодо критерію «Самоприйняття», також простежується спрямованість на зростання високого рівня за цим параметром: із 46,5% до 51,2%, та скорочення частки осіб з низьким рівнем: з 4,8% до 5,3% відповідно. Це означає, що формувальні заходи сприяли посиленню інтересу до власної особистості.

За параметром «Самоповага» ми бачимо збільшення кількості респондентів з високим рівнем саме після застосування формувальних практик: з 28,6% до 38,3%, а також значне зменшення частки осіб з низьким рівнем за цим критерієм – з 24,9% до 11,8% відповідно.

Підводячи підсумок того, що було виявлено під час емпіричного вивчення індивідуально-особистісного аспекту комплексної корекційної роботи з особою, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стресового чинника, варто констатувати: впроваджені формувальні активності виявилися успішними, стимулюючи поліпшення самооціночного ставлення відповідно до вимірів цієї складової комплексної корекції.

2. Подальше вивчення стосувалося *емоційно-афективного* аспекту комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стресового фактору, уже після реалізації формувальних програм із використанням таких інструментів: шкала

агресивності за Басса-Даркі, а також оцінка ситуативної та особистісної тривожності за адаптованою методикою Спілбергера-Ханіна (ШРОТ). Отримані нами емпіричні дані є такими.

Таблиця 3.2

Дослідження емоційно-афективного аспекту комплексної корекції особистості, яка пережила дію стрес-фактору. Результати до і після формувальних заходів (у відсотках)

Показники: емоційно- афективний аспект (агресія)	Досліджувані до та після формувальних заходів					
	До заходів			Після заходів		
	Рівень показника					
	високий	середній	низький	високий	середній	низький
Фізична агресія	22,9	49,7	27,4	8,7	62,6	28,7
Непряма агресія	23,3	52,8	23,9	13,7	64,5	21,8
Роздратування	26,9	50,3	22,8	20,0	72,2	7,8
Негативизм	43,3	52,4	4,3	38,0	57,7	4,3
Образа	29,5	42,9	27,6	18,7	62,6	18,7
Підозірливість	34,5	47,4	18,1	18,1	66,2	15,7
Вербальна агресія	43,3	47,2	9,5	34,3	41,4	24,3
Почуття провини	43,3	37,7	19,0	21,2	51,2	27,6

Отже, з огляду на критерій «Фізична агресія», констатуємо суттєве зменшення показника високого рівня: з 22,9 % до проведення формуючих впливів до 8,7 % після їх запровадження. Проте, частка, що залишається незмінною, становить 27,4 % як до, так і після цих заходів. Це вказує на потребу у впровадженні більш дієвої індивідуальної терапії саме у цьому аспекті.

Стосовно критерію «Непряма агресія», після реалізації формуючих програм спостерігається помітна корекція у бік поліпшення стану респондентів: високий рівень фіксувався у 23,3 % осіб раніше, а після корекційних дій – лише у 13,7 %, тоді як незначні зміни стосувалися низького рівня, зменшившись із

23,9 % до 21,8 %. Таким чином, застосовані методи комплексної корекції демонструють власну результативність у виправленні агресивних рис особистості.

За показником «Дратівливість» простежується тенденція до покращення, а саме – зниження частки учасників із високим рівнем цього показника з 26,9 % до 20 %, а також зменшення тих, хто демонструє низький рівень, із 22,8 % до 7,8 % учасників. Це свідчить про те, що під час періоду комплексної корекції учасники вчаться контролювати свій емоційний стан.

Щодо критерію «Негативізм», зафіксовано скорочення кількості респондентів з високим рівнем цього показника після впровадження формуючих методик: з 43,3 % до 38,0 %, у той час як частка з низьким рівнем залишилася майже сталою, складаючи 4,4 % до і 4,3 % після реалізації заходів.

У випадку критерію «Образа», після застосування формуючих впливів відбулася суттєва зміна у бік зменшення зазначеного показника як на високому рівні (з 29,5 % до 18,7 %), так і на низькому (з 27,6 % до 18,7 %), при цьому зросла частка осіб із середнім рівнем – з 42,9 % до 62,6 % респондентів.

Щодо критерію «Підозріливість», відстеження дієвості формувальних програм здійснювалося наступним чином: 34,5 % респондентів із високим ступенем цього показника до втручання та 18,5 % — відповідно після реабілітаційно-корекційних дій. Для групи з низьким рівнем ситуація змінилася з 18,1 % до 15,7 %. Незначне зменшення кількості тих, хто демонструє низьку підозрілість, є цілком логічним. Водночас, надмірно низький показник за цією ознакою також розцінюється як небажаний результат.

Стосовно критерію «Вербальна агресія», завдяки застосуванню формувальних впливів ми зафіксували спад частки осіб із високим рівнем з 43,3 % до 34,3 %, тоді як серед осіб з низьким рівнем спостерігалось суттєве зростання – від 9,5 % до 24,3 %. Це свідчить про формування сприйняття оточення як сприятливого середовища для позитивних трансформацій.

За показником «Почуття провини», після впровадження коригуючих заходів було виявлено зниження у групі з високим рівнем з 43,3 % до 21,2 % після проходження коркційних етапів. Також відзначено зростання кількості

респондентів із низьким рівнем цього почуття: з 19,0 % до втручання до 27,6 % після нього. Це вказує на формування у піддослідних більш зваженого ставлення до себе та оточуючих, а також становлення навичок адекватного вираження агресивних імпульсів.

Крім того, методика дає можливість обчислювати індекс агресивності та індекс ворожості, зокрема й після реалізації формувальних інтервенцій.

Таблиця 3.3

Специфіка проявів агресії у осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору, до та після задіяння формувальних заходів (у відсотках)

Індекс прояву агресії	Рівні прояву	Кількісний показник (%) (до та після заходів)	
		До заходів	Після заходів
Індекс агресивності	високий	43,3	23,3
	середній	38,4	51,4
	низький	18,3	25,3
Індекс ворожості	високий	52,3	35,3
	середній	34,4	41,4
	низький	13,3	23,3

Подані показники (агресивності та недоброзичливості) розглядаються як сукупне відображення різноманітних проявів агресії. Отже, індекс, що охоплює опосередковану та вербальну агресію, демонструє помітні зрушення після впровадження реабілітаційно-корекційних програм. Конкретніше, рівень високої агресивності знизився з 43,3% до 23,3%. Водночас, спостерігалось зростання частки осіб із низьким рівнем: з 18,3% до 23,3%. Це свідчить про позитивні якісні зрушення у бік нормалізації цього індикатора.

Щодо визначення «індексу недоброзичливості», що включає обурення та недовірливість, то до впровадження корекційних втручань високий рівень фіксувався у 52,3% осіб, а після – у 35,3%. Крім того, відбулося якісне збільшення кількості людей з низьким рівнем за цим параметром, яке зросло з 13,3% до 23,3%. Це вказує на те, що досить значна частина індивідів, які зазнали дії стресового чинника, виявили схильність до оптимізації свого стану через корекцію.

Наступним елементом у рамках комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад й пережила стресовий вплив, є емоційно-афективний аспект комплексної корекції особистості, а саме – рівень тривожності.

Таблиця 3.4

Дослідження емоційно-афективного аспекту комплексної корекції особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору: тривожність до та після формувальних заходів (у відсотках)

Показники: емоційно-афективний аспект	Рівні прояву	Кількісний показник (%) (до та після заходів)	
		До заходів	Після заходів
Особистісна тривожність	Високий	42,8	37,5
	Середній	52,5	57,8
	Низький	4,7	4,7
Ситуативна тривожність	Високий	53,3	43,7
	Середній	27,7	35,1
	Низький	19,0	21,2

Показник «Особистісна тривожність» дає змогу зрозуміти, наскільки особистості відрізняються у своїй чутливості до різноманітних стресових чинників. За підсумками організованих розвивальних активностей було зафіксовано, що відсоток тих, хто мав високий ступінь цієї властивості, скоротився із 42,8% до 37,5%. Водночас, частка осіб із низьким рівнем, яка спершу становила 4,7%, збереглася без змін на тому ж рівні. Ця динаміка підтверджує успішність впроваджених формувальних програм. Однак залишається актуальним питання щодо потреби у персоналізованій психотерапевтичній допомозі для тих, хто зазнав впливу стресорів.

Щодо показника «Ситуативна тривожність», спостерігається наступне: кількість осіб із високим рівнем за цією шкалою знизилася з 53,3% до 37,5%, а частка осіб із низьким рівнем ситуативної тривожності дещо зросла, піднявшись від 19,0% до 21,2% серед опитаних. Це є додатковим доказом дієвості розвивальних заходів, зокрема, комплексної корекційної роботи для

військовослужбовців та осіб, котрі постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах впливу стрес фактору.

3. Дієво-поведінковий аспект комплексної корекції військовослужбовців та осіб, котрі постраждали на посттравматичний розлад в умовах дії стрес-фактору визначався показниками:

- 1) залежність-незалежність;
- 2) комунікабельність-некомунікабельність;
- 3) прийняття боротьби – уникання боротьби за методикою «Q-сортування» (Q-sort) В.Стефансона.

Власне, показник «Залежності», що характеризує внутрішню орієнтацію індивіда на засвоєння групових норм та цінностей внаслідок проведених розвивальних втручань, зафіксовано на рівні 20,5% до цих заходів та 14,3% після їх завершення. Крім того, спостерігалися показники 27,5% до втручань і 37,7% після них.

Водночас, ознака «Незалежності» від групових установок продемонструвала позитивну динаміку: 29,0% респондентів виявили її до початку формувальних заходів, тоді як після них цей показник сягнув 33,3%. Негативний аспект, а саме залежність від групових стандартів, показав певне зменшення після впровадження заходів: 24,0% до втручань проти 13,7% після них.

Схильність до «Комунікабельності», тобто до емоційної взаємодії, виявили 31,3% осіб у позитивному ключі до початку заходів та 38,3% після них. Щодо негативного маркування, то його зафіксовано у 23,5% до втручань і лише 6,9% після.

**Особливості проявів дієво-поведінкового аспекту комплексної корекції
військовослужбовців та осіб, котрі постраждали на посттравматичний
стресовий розлад в умовах дії стрес-фактору (за результатами
формувальних заходів)**

Показники: дієво-поведінковий аспект	Дихотомія проявів	Кількісний показник (%) (до та після заходів)	
		До заходів	Після заходів
Залежність	Позитивне значення	20,5	14,3
	Негативне значення	27,5	37,7
Незалежність	Позитивне значення	29,0	33,3
	Негативне значення	24,0	13,7
Комунікабельність	Позитивне значення	31,3	38,3
	Негативне значення	23,5	6,9
Некомунікабельність	Позитивне значення	20,0	13,3
	Негативне значення	29,0	37,7
Прийняття «боротьби»	Позитивне значення	20,5	27,6
	Негативне значення	30,7	21,2
Запобігання «боротьби»	Позитивне значення	34,1	23,5
	Негативне значення	18,5	23,9

Риси «Некомунікабельності» за позитивним значущим критерієм виявили 20,0% респондентів до формувальних процедур і 13,3% після них. За ж негативним проявом цей показник становив 29,0% до втручань і 37,7% після них.

Стосовно показнику «Прийняття боротьби», що відображає активну позицію особистості щодо участі у життєдіяльності та взаємодії у групах, то за позитивною оцінкою після здійснення розвивальних заходів його продемонстрували 20,5% учасників до початку та 27,6% після їх закінчення.

Щодо негативного показника, то він становить 30,7% до проведення формувальних втручань і 21,2% після них. Це свідчить про вагомий ефект реабілітаційних програм на схильність респондентів до набуття певного місця у груповій ієрархії.

У контексті «Уникнення конфліктів», позитивні результати після впровадження формувальних заходів відмітили 34,1% учасників, а після втручань цей показник зріс до 23,5%.

Таким чином, спостерігається зменшення числа тих, хто уникає взаємодії, намагається зберігати нейтралітет у суперечках у колективі, або схильний до компромісних рішень. За негативним значенням показник змінюється з 18,5% до формувальних заходів на 23,9% після них. Це вказує на об'єктивне зростання кількості осіб, які виявляють активну життєву позицію та прагнуть долучитися до життя групи.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Отже, з огляду на індивідуально-особистісний, емоційно-афективний аспекти та аспект діяльності й поведінки комплексної корекції військовослужбовців та осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, можна об'єктивно констатувати успішність превентивних (формувальних) втручань.

Як до, так і по завершенні цих формувальних заходів, усі учасники вибраної експериментальної групи пройшли психодіагностичне дослідження із застосуванням таких інструментів: Шкала оцінки відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity Rating Scale; розробники: Д. Корн, Л. Максфілд, Н. Дж. Сміт, Р. Стікголд), а також Комплексний опитувальник копінгових стратегій (автори: М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг). Отриманні дані після математично-статистичної обробки, проведені до й після експериментального етапу, демонструють наявність вагомих статистично значущих взаємозв'язків між такими вимірами як: «Стратегія уникнення», «Невпинне хвилювання», «Когнітивне переосмислення», «Вразливість до стресових обставин», «Оцінка ключової проблеми» та «Десенсибілізація». Щодо загальної ефективності запровадженої «Комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу», це підтверджується якісними зрушеннями у напрямку покращення показників гнучкості адаптації особистості до нових реалій та нейтралізації небажаних наслідків впливу стресового подразника (при рівні значущості $p \leq 0,05$).

На підставі проведених формувальних заходів було з'ясовано, що головними елементами успішного впровадження «Комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу» для тих, хто зіткнувся зі стресовим впливом, є наступні зміни: зменшення проявів емоційного травмування, пригнічених станів, нервозності; формування схильності до ефективніших способів подолання стресу; покращення самоорганізації та зростання стійкості до стресових ситуацій, набуття стабільності психічних структур, здатності адаптуватися до

мінливих обставин; позитивні зрушення у психодинамічних характеристиках (таких як чутливість, рівень невротизму, здатність до самоконтролю тощо); зміни у сфері інтелектуальних процесів та мислення; а також позитивні трансформації особистісних рис (включно з вірою у власні сили, адекватним сприйняттям власної цінності, цінності оточення та світу загалом).

З огляду на це, розроблена й модифікована «Комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу», доводить свою ефективність як дієвий інструмент для психологічного коригування та відновлення після негативних наслідків стресу.

Загалом, підсумки формувальних експериментів засвідчили успішність адаптації та практичного застосування соціально-психологічних інструментів, спрямованих на комплексну реабілітацію військовослужбовців та осіб, що постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційному дослідженні представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення питання щодо виявлення соціально-психологічних аспектів корекції військовослужбовців та осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору дозволяє зробити наступні узагальнення.

1. Аналіз наукових поглядів на предмет дослідження у теоретичній та методологічній площинах засвідчує, що психологічна корекція військовослужбовців та осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, полягає у цілеспрямованому та обґрунтованому психологічному втручанні на відповідні психологічні складові, аби створити передумови для належного становлення та функціонування індивіда. Комплексна програма корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, являє собою єдину та специфічну сукупність методик психологічної підтримки для конкретної особистості, яка пережила вплив стрес фактору у процесі свого розвитку, завдяки доцільно підбраному й ретельно застосованому психологічному впливу у певній ситуації. Ключовим фактором успіху застосовуваних заходів під час особистісної психологічної корекції у рамках загального відновлення є обізнаність про загальні особливості розвитку особистості, яка пережила стресовий вплив, а також про потенційні ускладнення, що звідси випливають, а також розуміння психологічної суті механізмів, через які відповідні методи психокорекції діють на психіку таких осіб, та можливих наслідків їх застосування.

Багаточисленні наукові дослідження доводять: саме спотворене сприйняття власного «Я» стимулює формування захисних механізмів поведінки. Це, у свою чергу, руйнівню позначається на соціальній залученості особистості, яка постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, пригнічує її прагнення до саморозвитку та формує негнучку, дезадаптовану особистість, нездатну пристосуватися до мінливих обставин.

Натомість, адекватне самосприйняття, поряд із реакцією на стресор та системою цінностей, що стосуються оточуючого світу та інших людей, є запорукою формування скоригованого типу особистості. З цієї позиції, образ «Я» виступає як лакмусовий папірець психічного здоров'я індивіда після пережитого стресу. Отже, саме комплексний процес корекції, що включає психодинамічні та арт-терапевтичні техніки, допомагає гармонізувати особистісну сферу тих, хто зазнав дії стресового чинника, приводячи до формування належним чином функціонуючої особистості.

2. Структура комплексної корекції військовослужбовців та осіб, постраждалих на посттравматичний стресовий розлад, в умовах дії стрес фактору, включає такі ключові структурні аспекти: індивідуально-особистісний, емоційно-афективний, поведінковий. Основні передумови для комплексної корекції осіб, які зазнали впливу стрес фактору, також визначаються критеріями або характеристиками аспектів комплексної корекції осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, а саме: виявлення особливостей ставлення до себе за принципом стандартизованої самооцінки; визначення диференційованих проявів агресивності та ворожості; характеристики цілісної самооцінки особистості, її стабільності або, навпаки, нестабільності.

3. Передумови для комплексної корекції особистості, яка зазнала впливу стрес фактору, відрізняються аспектами, розподіленими за показниками. Індивідуальний та особистий аспект комплексної корекції особистості, яка зазнала постраждала на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, представлений такими показниками: повага до себе, яка емоційно та істотно поєднує впевненість у собі, особисті сили, здібності, енергію, незалежність та оцінку власних здібностей керувати власним життям і розуміти себе; аутосимпатія, яка відображає доброзичливість або ворожість до себе; самоприйняття, впевненість у собі, позитивна самооцінка або, навпаки, схильність вважати себе в основному недосконалим, низька самооцінка, схильність до самозвинувачення; особистий інтерес, ступінь близькості до себе, інтерес до власних думок і почуттів, бажання спілкуватися з собою «на рівних»,

впевненість в інтересі інших до себе; очікуване ставлення інших, очікування позитивного або негативного ставлення до себе.

Емоційний та афективний аспект комплексної корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, пов'язаних з агресивністю, відображається в таких показниках: фізична агресивність – застосування фізичної сили проти іншої особи; непряма агресія – агресія, спрямована опосередковано проти інших осіб або проти конкретної особи; дратівливість – схильність висловлювати негативні почуття навіть у стані легкого збудження (грубість, гнів); негативізм – опозиційна поведінка, що варіюється від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених норм; обурення – заздрість і ненависть до інших та їхніх реальних або уявних дій; недовіра – від недовіри та обережності щодо інших до переконання, що інші змовилися і завдають шкоди; словесна агресія – вираження негативних почуттів як формою (крики, викрики), так і змістом словесних відповідей (образи, погрози); провина – вираження можливого переконання, що людина є поганою і робить зло; каяття.

Емоційний та афективний аспект комплексної корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, пов'язаного з тривогою, відображається в таких показниках: особиста тривога – риса, характеристика або схильність, що дає уявлення про індивідуальні відмінності в чутливості до різних стресових факторів. Відносна стабільність щодо загроз власному «я»; ситуаційна тривога – реакція на різні стресові фактори, переважно соціально-психологічні (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття несприятливого ставлення до себе, загрози для самооцінки).

Поведінковий аспект комплексної корекції військовослужбовців та осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, визначається такими показниками: залежність-незалежність; товариськість-асоціальність; прийняття боротьби.

4. На основі результатів статистичних досліджень ми визначили три психологічні типи внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців,

постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору. Завдяки об'єднанню отриманих даних ми визначили групи «оптимальних» і «неоптимальних» стратегій адаптації, обраних суб'єктами під час дії стресових факторів.

Однак «оптимальні» стратегії адаптації, які використовують військовослужбовці під час дії стрес фактору, складаються з двох груп. Ці підгрупи характеризуються спільними властивостями, а саме: полезалежністю та схильністю до екстраверсії:

Перша група (психологічний тип) характеризується соціальною сміливістю та рішучістю, товариськістю та емоційною стабільністю, раціональністю та практичністю, а також конформністю. Вона також характеризується невиразною, але диференційованою полезалежністю: «Активні, диференційовані та конформні екстраверти»;

Друга група (психологічний тип) визначається схильністю до екстраверсії, сильною особистістю, меншою раціональністю, але тривогою, логікою та високим рівнем полenezалежності та недиференційованості: «Полenezалежні та недиференційовані екстраверти».

Серед військовослужбовців, які використовують «неоптимальні» стратегії адаптації, коли вони піддаються стрес фактору, було виявлено три групи (психологічні типи). Перша група (психологічний тип) характеризується високим рівнем екстравертності, енергійності та низьким рівнем тривожності. Однак ці особистості не володіють самоконтролем, імпульсивні і дають волю своїм емоціям і почуттям. Крім того, вони мають виражену чутливість, є конформістами і схильні до прокрастинації, але більш схильні до гнучкості, ніж до жорсткості. Високий рівень «концептуальної диференціації» і схильність до залежності: «імпульсивні екстраверти, диференційовані». Характерна соціальна неадаптованість під час дії стресового фактора.

Друга група (психологічний тип) «оптимальних» стратегій адаптації військовослужбовців, які зазнали впливу стресових факторів, характеризується такими психологічними рисами: високий рівень особистої тривожності, менш виражена емоційна стабільність. А також соціальна тривожність, схильність до

депресії та фрустрації. На відміну від інших «неоптимальних» стратегій адаптації осіб, які зазнали впливу стресових факторів у збройних силах, спостерігається чітко виражена «концептуальна недиференційованість» та «полезалежність»: «недиференційований, нестабільний, полезалежний».

Третя група (психологічний тип) характеризується полenezалежністю та низькою чутливістю, а також впевненістю в собі та схильністю до конфліктної взаємодії: «Впевнений у собі, полenezалежний».

Дві групи відрізняють «оптимальні» психологічні типи внутрішньо переміщених осіб, які стикалися зі стрес фактором.

Перша група (психологічний тип) характеризується екстраверсією, енергійністю, соціальною сміливістю, а також радикалізмом і переважанням інтелектуальних інтересів. Крім того, вона характеризується розвиненою уявою і здатністю до абстрактного мислення. Високий рівень концептуальної диференціації і середній рівень залежності-незалежності від середовища: «Емоційно стабільний і диференційований».

Друга група (психологічний тип) внутрішньо переміщених осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору й продемонстрували «оптимальні» стратегії адаптації під час стресового періоду, характеризується інтроверсією, високим рівнем соціальної тривожності, низьким рівнем сили «Я», а також стриманістю і обережністю. Крім того, вона характеризується чутливістю, високим рівнем провини та фрустрації. Однак перевага раціональності над емоціями, підпорядкування власного світогляду реальності, швидкість прийняття рішень, консерватизм і канонічність, а також середній рівень залежності характеризують психологічний тип: «Недиференційований консерватор».

Неоптимальні стратегії адаптації внутрішньо переміщених осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, об'єднані в єдину модель, що відображається у двох групах, або психологічних типах.

Перша група (психологічний тип) представлена досить енергійними та рішучими екстравертами, але конформістами та жорсткими. Вони менш

раціональні, але схильні приймати рішення та виносити однозначні судження, мають стабільне світобачення. Вони мають низький рівень концептуальної диференціації та середній рівень залежності: «Конформіст, жорсткий, недиференційований».

Друга група (психологічний тип) – інтроверти, стримані, напружені, але самостійні та схильні до категоричного мислення, з чітко визначеними думками. Вони мають концептуальну диференціацію та схильність до залежності: «Стримані та диференційовані».

Таким чином, результати математичного та статистичного аналізу і психологічної інтерпретації емпіричних даних дозволяють виокремити дві «оптимальні» стратегії адаптації, що переважають у осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору: екстраверсія з високим рівнем концептуальної диференціації; інтроверсія з низьким рівнем концептуальної диференціації.

«Оптимальні» стратегії адаптації внутрішньо переміщених осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору відрізняються від «субоптимальних» стратегій головним чином стабільністю їхнього світогляду. Однак брак комунікації, жорсткість і відсутність диференціації формують індивідуальні когнітивні конструкції, які врівноважують систему і сприяють інстинкту самозбереження в екстремальних умовах.

Проте «субоптимальні» стратегії адаптації внутрішньо переміщених осіб, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, відрізняються екстраверсією, пов'язаною з недиференційованістю та інтроверсією. Вони також характеризуються інтроверсією в поєднанні з тривогою, чутливістю та категоричним мисленням. Характерною рисою «неоптимальних» стратегій адаптації є брак уяви та переважання конкретного мислення. Групи, що підпадають під цю схему, характеризуються товариськістю, але також браком незалежності та абстрактного мислення, а також категоричним мисленням і наявністю диференціації в їхній розумовій діяльності.

«Оптимальні» стратегії адаптації у військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, пов'язані з рішучістю, мужністю та емоційною стабільністю. Однак «активні та диференційовані екстраверти-конформісти» приймають рішення емоційно, а їхня неорганізованість та нечіткість заважають виконанню їхніх функцій, стабільності та передбачуваності. Проте концептуальна диференціація взаємодіє з хаосом і багатовекторністю висновків, що ускладнює взаємодію.

Специфіка «неоптимальних» стратегій адаптації у військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору, проявляється у відповідності та нечутливості до оцінок у досліджуваній групі. Вони мають нижчий рівень тривожності, ніж екстраверти, і нижчий рівень провини, але високий рівень впевненості в собі.

І три групи (психологічні типи), які виявляють схеми «неоптимальних» стратегій адаптації військовослужбовців, які постраждали на посттравматичний стресовий розлад в умовах дії стрес фактору: впевненість у собі та нечутливість до оцінок інших; високий рівень особистої тривожності, пригнічення та тривоги; динамічні та стійкі з низьким рівнем самоконтролю, ірраціональні, але залежні від контексту та недиференційовані, і водночас залежні від контексту та диференційовані.

5. Розроблено комплексну програму корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, в котрій психологічний вплив спрямований на подолання травматичних психоемоційних станів і переживань (тривога, самотність, провини, образа, агресивність тощо), внутрішньо-особистісних конфліктів (мотивація, роль, цінності), негативного самосприйняття (неадекватна самооцінка і рівень прагнень, сумнів у собі тощо), кризи ідентичності (особистої та соціальної) та особливостей адаптації та соціалізації, комунікації та взаємодії осіб, які зазнали впливу стрес фактору. Основні формувальні заходи: корекція емоційного розвитку, корекція сенсорно-перцептивної та інтелектуальної діяльності, психокорекція поведінки, корекція психічного стану особистості. Особлива увага приділяється таким напрямкам: корекція когнітивних порушень, корекція емоційно-вольових порушень та

корекція поведінки. Комплексна корекція здійснюється за такими загальними компонентами: методологічний компонент, змістовний компонент та технологічний компонент. Крім того, реалізуються керівні принципи комплексної корекції: єдність і корекція, нормативний розвиток, корекція за принципом ієрархії, корекція за принципом узгодженості, систематичний розвиток розумової діяльності, принцип активності корекції, принцип додатковості та принцип нероздільності. Ця програма спрямована на досягнення таких цілей: позитивне формулювання, кореляція з тривалістю роботи, врахування перспектив особистого розвитку та очевидні результати реабілітаційної роботи за певний період.

6. Результати математичної та статистичної обробки даних свідчать про наявність статистично значущих кореляцій між такими показниками: «стратегія профілактики», «постійне збудження», «когнітивна переоцінка», «нестійкість до стресових ситуацій», «оцінка цільової проблеми», «десенсибілізація». Результати формувальних вимірювань показали, що основні елементи ефективності реалізації Комплексної програми корекції військовослужбовців та осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу, проявляються у зменшенні симптомів емоційної травми, депресії, тривоги, тенденції до прийняття оптимальних стратегій подолання стресових факторів, а також самоорганізацією та розвитком стресостійкості, психічної стабільності та стійкості до швидкоплинних обставин; психодинамічними властивостями (чутливість, невротизм, саморегуляція тощо); характеристиками інтелектуальної та психічної діяльності; особистісні властивості (впевненість у собі, цінність ставлення до себе, інших, світу тощо).

Таким чином, всі завдання кваліфікаційної роботи виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адлер А. Практика і теорія індивідуальної психології; пер. з нім. Київ : 2022. 240 с.
2. Блінов О. А. Психологія бойового стресу автореф. дис. доктора психол. наук : 19.00.04 – медична психологія. Київ : 2020. 20 с.
3. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості : навч. посібник для студ. ст. курсів психол. фак. та відділень ун-тов; Міжнародний фонд «Відродження». Харків : Фоліо, 1996. 237 с.
4. Бочелюк В. Й. Психологічні основи розвитку особистості : монографія. Запоріжжя : Просвіта, 2020. Т. 7. 420 с.
5. Бочелюк В. Й. Трансформація молоді в період глобальної соціально-економічної кризи. *Науковий Вісник Херсонського державного університету*. Серія: Психологічні науки. Херсон : Гельветика. Вип. 3. 2019. С. 114-121.
6. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник для студ. вищ. навч. закл. Полтава : АСМІ, 2010. 240 с.
7. Брюховецька О. В. Формування толерантності до професійного стресу у керівників закладів середньої освіти. *Вісник післядипломної освіти*. Серія : Соціальні та поведінкові науки. Вип. 9. 2019. С. 10-24.
8. Булах І. С. Конструктивна дилема психологічних механізмів захисту на адаптивні та неадаптивні. *Психологія: Збірник наук. праць*: Вип. 2. Київ, 1998. С. 38 - 43.
9. Бурлачук Л. Ф. Основи психотерапії : навч. посібн для студ. внз. Київ : Ніка-Центр. 2001. 320 с.
10. Вахоцька І. О. Активне соціально-психологічне навчання як засіб психокорекції майбутнього практичного психолога. Київ, 2001.
11. Галушко Л. Я., Дметерко Н. В., Євтушенко І. В. та ін. Психодинамічна парадигма та її розвиток в Україні. *Психолінгвістика: зб. наук. праць ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т імені Григорія Сковороди»*. Вип. 12. 2013. С. 51 – 62.

12. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Вид. Старого Лева, 2022. 424 с.
13. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ : Либідь. 1997. 376 с.
14. Гоян І. М. Аналіз готовності молоді до самоорганізації в період суспільних трансформацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля. № 1 (42). Т. 2. 2017. С. 178-189.
15. Городокін А. Історичні передумови вчення про посттравматичний стресові розлади. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО. 2014. С. 16 – 18.
16. Гребінь Л. О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям. Київ : ТОВ Видавництво «Логос», 2017. 207 с.
17. Грінсон Ральф Р. Практика і техніка психоанализа. Київ : Когіто-Центр, 1990. 478 с.
18. Грідковець Л. Кризис життєвих втрат : навчальний посібник. вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО. 2014. С. 32 – 39.
19. Грідковець Л. Травми пережитого насильства. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи*. 2018. Том 1. 2014. С. 43 – 45.
20. Діагностичні критерії ДСМ-5 посттравматичного стресового розладу. *Основи реабілітаційної психології : подолання наслідків кризи*. Т. 1. 2018. С. 126–128.
21. Завацька Н. Є. Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір : монографія. Київ : ПВТП «LAT&K». 2019. 239 с.
22. Завацька Н. Є. Психологія ресоціалізації особистості в умовах соціальної ізоляції : монографія. Луганськ : СНУ ім. В. Даля. 2011. 270 с.

23. Завацька Н. Є. Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі: монографія. Луганськ: Вид-во ім. В. Даля. 2012. 320 с.
24. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка. 2016. 219 с.
25. Каськов І. О., Гоян І. М., Завацька Н. Є., Завацький Ю. А., Дерев'янка О. В. Психологічні особливості процесу самоорганізації молоді та розвитку її рефлексії в період суспільних трансформацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Київ : Вид-во СНУ ім. В. Даля. № 3 (59). 2022. С. 94-103.
26. Карамушка Л. М. Комплексна оцінка проявів стресу у лікарів в умовах соціально-економічних змін. *Лікарня в ХХ столітті: організація та управління методичною допомогою*: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, 5-6 червня 2008 р. Київ, 2008. С. 70 - 72.
27. Карпенко З. С. Аксиологічна психологія особистості. Івано-Франківськ : Лілея-НВ. 2009. 512 с.
28. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Метод кататимно-імагінативної психотерапії в контексті особливостей його викладання. *Актуальні проблеми психології* : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ : Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. 2017. С. 203 –255.
29. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад». вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО. 2014. С. 8 – 10.
30. Ковальчук О., Невмержицький В. Профілактика стресових розладів у військового персоналу міжнародних миротворчих місій. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи*. Том 1. Київ, 2018. С. 55 – 71.

31. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Зб. методик для психологічної діагностики : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2011. С. 142-143.
32. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
33. Концептуальна антиципація екстремальних ситуацій (соціально-філософський та методологічний аспекти) 2000 года. Автореф. дис. канд. філос. наук: 09.00.03 / М. В. Чурсов; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. Одеса. 19 с.
34. Коширець В. В. Особливості надання першої психологічної допомоги особам з ПТСР. *Збірник наукових праць РДГУ*. Вип. 8. 2017. С. 128–133.
35. Крайнюк В. М. Ефективність впливу психокорекційних методів на формування стресостійкості рятувальників. Київ. 2018. С. 399-407.
36. Кризова психологія : навчальний посібник / ред. Тімченко О. В. Харків : НУЦЗУ. 2010. 401 с. URL: <http://extrpsy.nuczu.edu.ua/sites/all/books/kryzova.pdf>.
37. Кузікова С. Б. Основи психокорекції. Київ : Академвидав. 2012. 320 с.
38. Кулеша-Любінець М. М. Техніки психологічної допомоги та самопомоги особі у екстремальній ситуації : навчально-методичний посібник. Івано-Франківськ : Кушнір Г. М., 2017. 72 с.
39. Лушин П. В. Екологічна допомога у перехідний період: екофасилітація : монографія. Київ, 2013. 296 с.
40. Мазяр О. В. Особливості суб'єктної поведінки в екстремальних ситуаціях *Актуальні проблеми психології*. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ : «Логос». Т. 7. Вип. 15. 2008. 356 с.
41. Максименко С. Д. Психологічні механізми зародження, становлення та здійснення особистості. Київ : Вид-во Європ. ун-ту. 2010. 151 с.

42. Максименко С. Д. Теоретичні засади психології особистості: генеза нужди. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*. Київ : Главник. Т. 1. Вип.26. 2005. С. 3-19.
43. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. С. 13 – 15.
44. Мілютіна К. Л. Теорія і практика психологічного тренінгу : навч. посіб. Київ : МАУП. 2004. 192 с.
45. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с.
46. Москалець С. М. Гормонально-психологічні аспекти формування стресу у лікарів анестезіологів 2005 года: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.30 «Анестезіологія та інтенсивна терапія»; Дніпропетровська держ. медична академія. Донецьк, 2005. 20 с.
47. Нагула О. Л. Особистісна психокорекція у підготовці майбутнього психолога-практика. *Педагогічний процес: теорія і практика*. Вип. 1. 2016. С. 7-11.
48. Назаров О. О. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : монографія. Харків : Вид-во УЦЗУ, 2008. 221 с.
49. Найп Д. EMDR : Теорія й лікування комплексного ПТСР та дисоціації ; пер з англ. О. Плотникової. Київ : Науковий світ, 2020. 456 с.
50. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія. Київ : Академвидав, 2003. 448 с.
51. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка. 2017. 540 с.
52. Основи психотренінгу : навчальний посібник / Є. В. Карпенко. Дрогобич : Просвіт. 2015. 78 с.

53. Основи практичної психології : підручник для студ. вищих навч. закладів / В. Г. Панок. Київ : Либідь. 2006. 536 с.
54. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
55. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи. Центр. соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціол. НАН України та ін. Київ, 1999. 104 с.
56. Пірен М., Цілюрик О. Ціннісні орієнтації молоді в українському суспільстві на сучасному етапі. *Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації*. № 4. 2011. С. 213-218.
57. Побокіна Г. М. Процесуальні та результативні характеристики життєвого вибору особистості в сучасному соціумі. *Психологія особистості: наук. журн.* Івано-Франківськ : Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. Т. 11. № 1. 2021. С. 77- 84.
58. Практикум із групової психокорекції : підручник / С. Д. Максименко, О. О. Прокоф'єва, О. В. Царькова, О. В. Кочкурова. Мелітополь : Видавничополіграфічний центр «Люкс», 2015. 414 с.
59. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Львів : Issued, 2015.
60. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук. 2014. 133 с.
61. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. О. Гребінь, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г. Київ : ТОВ Видавництво «Логос», 2017. 207 с.
62. Психологічні основи екстремальних ситуацій у діяльності працівників практичних ОВС / В. Бабенко, Б. Шаповалов. *Вісник Академії управління МВС*. № 1. 2009. С. 69-81.
63. Психологічна підтримка в умовах екстремальних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / Н. Гусак, В. Чернобрівкіна, В. Чернобрівкін, та

ін.; Нац. Ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НаУКМА. 2017. 92 с. URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/246>.

64. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*. 2012. С. 30–37.

65. Савченко Т. Л. Визначення основних психологічних чинників професійного самоздійснення вчителів. *Актуальні проблеми психології*. Т. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Вип. 17. 2017. С. 118-124.

66. Савчин М. Дослідження особистості в контексті духовної парадигм психології. *Психологія особистості*. №1 (2). 2011. С. 191-199.

67. Самодепривація психіки та дезадаптація суб'єкта : монографія / Т. С. Яценко, В. І. Бондар, І. В. Євтушенко, М. М. Кононова, О. Г. Максименко Київ : Вид-во НПУ імені М.Драгоманова. 2015. 280 с.

68. Скориніна О. В. Когнітивний стиль і пам'ять: парадокси дослідження : монографія. Харків : ВД «ІНЖЕК», 2003. 232 с.

69. Спиця-Оріщенко Н. Психологічні особливості розвитку особистості в ранньому юнацькому віці. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. Психологічні науки. № 1. 2016. С. 198-201.

70. Туз Л. Г. Роль інтерпретації у процесі психокорекції АСПП. Наукова школа академіка НАПН України Тамари Яценко : колективна монографія. Дніпро : Інновація. 2019. 350 с.

71. Фром Е. Мистецтво любові. Київ : Клуб сімейного дозвілля. 2017. 192 с.

72. Чепіль М. Педагогіка Марії Монтессорі : навчальний посібник. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 10-42.

73. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів : навч. посіб. Київ, 2005. 120 с.

74. Шудлик Г. Механізми психологічного захисту. *Рідна школа*. № 12. 1999. С. 68 - 71.

75. Юнг К. Г. Виховання, сновідіння, роздуми. Київ, 1990. 496 с.

76. Юнг К. Г. Конфликти дитячої душі / пер. з нім. Київ : Канон+ РООІ Реабілітація, 1990. 336 с.
77. Яковенко С. І. Соціально-психологічна допомога при екстремальних ситуаціях та критичних інцидентах. Київ, 1999. 224 с.
78. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції. *Феноменологія, теорія і практика*. Київ : Вища шк. 2006. 382 с.
79. Яценко Т. С. Методологія взаємозв'язків свідомого і несвідомого в контексті проблеми адаптації суб'єкта до соціуму. *Проблеми сучасної педагогічної освіти*. Сер. : Педагогіка і психологія. Зб. статей. Ялта : РВВ КГУ. Вип. 21. Ч. 1. 2009. 219 с.
80. Яценко Т. С. Галушко Л. Я., Дметерко Н. В. та ін. Динаміка розвитку методології, теорії та практики глибинного пізнання. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика* : науково-методичний журнал. Вип. 1-2. 2013. С. 130 – 148.
81. Яценко Т. С. Динамика развития глубинной психокоррекции: теория и практика : монографія. Днепропетровск. 2015. 567 с.
82. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Актуальне соціально-психологічне навчання : навч.посіб. Київ : Вища шк, 2004.
83. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC : Author. 1994.
84. American Psychological Association. Standarts for educational and psychological testing. Washington, DC : Author. 1986.
85. Barker R., Dembo T., Lewin K. Frustration and regression: an experiment with young children. *Studies in topological and vector psychology*, vol. II, Univ. Iowa Stud, Child Welf. 18. N 1. 1941. P. 1-314.
86. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 61. 1991. P. 226-244.
87. Bernstein B. Empowerment-focused dance/movement therapy for trauma recovery. *American Journal of Dance Therapy*. 41(2). 2019. P. 193–213. URL: <https://doi.org/10.1007/s10465-019-09310-w>.

88. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*. 59. 2004. P.20–28.
89. Bremner J. D. Neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*. 4. 2002. P. 254–263.
90. Breslau N, Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 4. 9. 1991. P. 216-222.
91. Breslau N., Kessler R. C., Chilcoat H. D., Schultz L. R., Davis G. C., Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*. 55. 1998. P. 626-632.
92. Brewin G. R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representational theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996. P. 670-686.
93. Cook A., Spinazzola, J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., Van der K. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005.
94. Crittenden P. M. Danger and development: The organization of self-protective strategies. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Monographs of the Society for Research on Child Development* 1999. P. 145-191.
95. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Ed. 4 (DSM-IV). *American Psychiatric Association*. Washington. 1994. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/379036>
96. Dieterich-Hartwell R. Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. *The Arts in Psychotherapy*. 54. 2017. P. 38–46.
97. Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (Eds). New York, London : The Guilford Press. 2000.
98. Foa E. B., Riggs D. S., Dancu C. V., Rothbaum B. O. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. N 6. 1993. P. 59-473.

99. Fontana A., Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease* .192(9). 2004. P. 579–584.
100. Freud S. Tiefen-Psychologie. Band eins. Leben, Werk und Wirkung. Kindler Verlag. AG, Zurich. 1977. 800 p.
101. Gilligan S. G. Therapeutic trances. The cooperation Principle in Ericsonian Hypnotherapy. New York, London Routledge Taylor & Francis Group. 1987. 448 p.
102. Goggin C. The efficacy of dance/movement therapy for trauma affected youth: a literature review. *Expressive Therapies Capstone Theses*. 93. URL: https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/93.
103. Grabbe L., Miller-Karas E. The trauma resiliency model: A “bottom-up” intervention for trauma psychotherapy. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 24(1). 2017. P. 76–84.
104. Heiskala K. Dance movement therapy with a person who is a refugee and diagnosed with post-traumatic stress disorder. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 4(2). 2022. 1–6. URL: <https://doi.org/10.18261/njach.4.2.8>.
105. Hull A. M. Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 181. 2002. P. 102–110.
106. Jung C. G. The collected works The structure and dynamics of the psyche. Vol.8. Princeton University : Press. 1989. 480 p.
107. Jung C. G. The collected works. Two essays on analytical psychology. Princeton University : Press. 1989. 352 p.
108. Kessler R. G., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1995. P.1048-1060.
109. Kilpatrick D., Edmonds C. N., Seymour A. K. Rape in America: A report to the nation. Arlington, VA: National Victims Center. 1992.
110. Lazarus R. S., Launier R. Stress-related transactions between person and environment (In L.A. Pervin, M. Lewis (Eds.) *Perspectives in Interactional psychology*. N.Y. : Plenum Press. 1978. P. 87-227.

111. The Legacy of Milton Erickson : Selected Papers of Stephen Gilligan
Ed. By Stephen Gilligan. 2002. 416 p.
112. Maslow A. H. Motivation and Personality, 3rd ed.; Longman: London,
UK. 1987. 336 p.
113. Marshall R. D., Olfson M., Hellman F., Blanco C., Guardino M.,
Struening E. L. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD.
American Journal of Psychiatry. 158. 2001. P. 1467–1473.
114. Moos R. H. Conceptualizing and measuring coping resources and coping
processes. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York : Free
Press. 1982. P. 212–230.
115. Moos R. H. Life transitions and crises: A conceptual overview. Coping
with life crises: An integrated approach. New York : Plenum. 1986. P. 28–33.
116. McFarlane A. C., Yehuda R., Clark C. R. Biologic models of traumatic
memories and post-traumatic stress disorder. The role of neural networks. *Psychiatric
Clinics of Nort America*. 25(2). 2002. P. 253–270.
117. Neria Y., Bromet E. J., Marshall R. The relationship between trauma
exposure, posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression. *Psychological
Medicine*. 32. 2002. P. 1479–1480.
118. Norris F. H., Riad J. K. Standartized self-report measures of civilian
trauma and posttraumatic stress disorder. In J.P.Wilson, T.M.Keane (Eds). *Assessing
psychological trauma and PTSD*. New York : Guilford Press, 1997. P. 7-42.
119. Parkes K. R. Coping in stressful episodes: The role of individual
differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of
Personality and Social Psychology*. № 51. 1986. P. 1277–1292.
120. Pearlin L. I. The structure of coping. *Journal of Health and Social
Behavior*. Vol. 19. 1978. P. 2–21.
121. Perls F. Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and
Method. N.Y. : Random House.1960.
122. Pierce L. The integrative power of Dance/Movement therapy:
Implications for the treatment of dissociation and developmental trauma. *The Arts in
Psychotherapy*. 41(1). 2013. P. 7– 15.

123. Popovych I., Kosmii M., Hrys A., Hoi N., Dyhun I., Hoian I., Nosov P. Pre-competition expectation profiles among junior athletes in the context of altered sporting conditions. *Journal of Physical Education and Sport*. 23(10). 2023. P. 2551–2562. DOI: 10.7752/jpes.2023.10293.
124. Rogers C. On Becoming a Person: A Therapists View of Psychotherapy. Boston. 1961. 240 p.
125. Serlin I. A. Dance/movement therapy: A whole person approach to working with trauma and building resilience. *American Journal of Dance Therapy*. 42(2). 2020. P. 176–193.
126. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures. *The Guilford Press*. New York London. 1995. 496 p.
127. Schiraldi G. R. The Adverse Childhood Experiences Recovery Workbook. Heal the Hidden Wounds from Childhood Affecting Your Adult Mental And Physical Health. 2021. P. 6–17.
128. Shostrom E. L. Man, the manipulator: The inner journey from manipulation to actualization. Nashville, TN: Abingdon, 1967. 256 p.
129. Schuster M. A., Stein B. D., Jaycox L. H., Collins R. L., Marshall G. N., Elliott M. N., Zhou A. J., Kanouse D. E., Morrison J. L., & Berry S. H. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *The New England Journal of Medicine*. 345(20). 2001. P. 1507–1512.
130. Van der Kolk B. A. Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, May, 35, 2005. P. 401-408.
131. Van der Kolk B. A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. October 18(5). 2005. P. 389-399.
132. Yapko M. D. Trancework. An introduction in the Practice of Clinical Hypnosis. 720 p.

Прояв та зміни показників комплексної корекції

№	Чоловіки	Фактори	Показники
1		I фактор «Стратегія запобігання»	1) неспокій; 2) агресія й аутоагресія; 3) самоінтерес; 4) аутоимпатія; 5) самоприйняття.
		II фактор «Безперервний неспокій»	1) схильність накручувати себе; 2) негативне сприйняття майбутнього, безперспективність; 3) контактність; 4) самоприйняття.
		III фактор «Когнітивне переоцінювання»	помилкове оцінювання.
		IV фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій»	переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин; страх болю й страждань через емоції й почуття; 3) сенситивність.
		V фактор «Оцінка цільової проблеми»	тригер, що спричинює душевне переживання; цільова проблема; негативна когніція (іраційні і рекурсивні «Я-ствердження»; позитивна когніція можливі, узагальнені і рекурсивні «Я- ствердження» з фокусом на негативізм когніцію; позитивна когніція з образом або проблемою; ідентифікація емоцій пов'язаних з образом і негативною когніцією.
		VI фактор «Десенсибілізація»	негативна когніція і фізичні відчуття; неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки.
2	Жінки	I фактор «Безперервний неспокій»	1) схильність накручувати себе; 2) негативне сприйняття майбутнього, безперспективність; 3) контактність; 4) самоприйняття.
		II фактор «Стратегія запобігання»	гнучкість поведінки; 2) підтримка; 3) самоповага; 4) самоприйняття; 5) ціннісні орієнтації; 6) синергія; 7) орієнтація в часі; 8) спонтанність.

Продовж. табл. 2.6

		III фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій»	переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин; острах болю й страждань через емоції й почуття; 3) сенситивність.
		IV фактор «Оцінка цільової проблеми»	тригер, що спричинює душевне переживання; цільова проблема; негативна когніція (іраційні і рекурсивні «Я-ствердження»; позитивна когніція можливі, узагальнені і рекурсивні «Я- ствердження» з фокусом на негативізм когніцію; позитивна когніція з образом або проблемою; ідентифікація емоцій пов'язаних з образом і негативною когніцією.
		V фактор «Когнітивне переоцінювання»	помилкове оцінювання.
		VI фактор «Десенсибілізація»	1) негативна когніція і фізичні відчуття; неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки.