

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

В. Е. Лопатко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ВИКРИВЛЕНЬ СВІДОМОСТІ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ
СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОЇ МІНІМІЗАЦІЇ**

2025

**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: «Особливості когнітивних викривлень свідомості
військовослужбовців при посттравматичному стресовому розладі та шляхи
їхньої мінімізації»

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

В. Е. Лопатко

Керівник роботи:
д. психол. н., проф.

С. О. Гарькавець

Рецензент:
Професорка кафедри педагогіки та психології
Харківського національного
університету внутрішніх справ України,
д. психол., проф.

Н. Е. Мілорадова

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**

Лопатко Вікторії Едуардівни

1. Тема роботи: «Особливості когнітивних викривлень свідомості військовослужбовців при посттравматичному стресовому розладі та шляхи їхньої мінімізації».

Керівник роботи: С. О. Гарькавець – д. психол. н., проф., професор 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 – 138 сторінок (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): 18 таблиць, 12 рисунків (гістограми, сегментограми)

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Гарькавець С. О. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Гарькавець С. О. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Гарькавець С. О. – д. психол. н., проф., професор 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 формувального 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.	

Здобувачка вищої освіти**Лопатко В. Е.****Керівник роботи:****д. психол. н., проф.****Гарькавець С. О.**

РЕФЕРАТ

Текст – 138 с., рис. – 12, табл. – 18, літератури – 80 дж., додатків – 13

В кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення проблеми особливостей когнітивних викривлень свідомості військовослужбовців при посттравматичному стресовому розладі та шляхи їхньої мінімізації.

Розглянуто психологічні особливості посттравматичного стресового у працях закордонних і вітчизняних науковців. Описано основні клінічні прояви посттравматичного стресового розладу. Охарактеризовано когнітивні викривлення свідомості особистості як симптоматика її посттравматичного стресового розладу.

Проведено констатувальний експеримент і виявлено показники проявів посттравматичного стресового розладу. Експериментально розглянуто психологічні особливості когнітивних викривлень у військовослужбовців при ПТСР.

На основі результатів констатувального експерименту розроблено й апробовано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР. Оцінено ефективність корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Ключові слова: АДАПТАЦІЯ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ДЕЗАДАПТАЦІЯ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, КОГНІТИВНА ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, КОГНІТИВНІ ВИКРИВЛЕННЯ, ПСИХОКРЕКЦІЯ, ПСИХОТРАВМА, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, ТРИВОЖНІСТЬ

ABSTRACT

Lopatko V. E. Features of cognitive distortions in the consciousness of military personnel with Post-Traumatic Stress Disorder and ways to minimize them. – Qualification work. – Kyiv, 2025.

This qualification work presents the theoretical and methodological foundations for studying the characteristics of cognitive distortions in the consciousness of military personnel with post-traumatic stress disorder (PTSD) and approaches to their minimization.

The psychological features of post-traumatic stress are examined based on the works of both foreign and domestic researchers. The main clinical manifestations of PTSD are described, and cognitive distortions in an individual's consciousness are analyzed as key symptoms of the disorder.

A descriptive experiment was conducted to identify indicators of PTSD manifestations, and the psychological features of cognitive distortions in military personnel with PTSD were examined experimentally.

Based on the findings of the descriptive experiment, a socio-psychological training program aimed at minimizing cognitive distortions in individuals with PTSD was developed and implemented. The effectiveness of the corrective measures was evaluated using Student's t-test.

Key words: ADAPTATION, ANXIETY, COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT), COGNITIVE DISTORTIONS, EMOTIONAL REGULATION, MALADAPTATION, MILITARY PERSONNEL, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD), PSYCHOLOGICAL CORRECTION, PSYCHOLOGICAL TRAUMA, SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING, STRESS RESILIENCE.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ	12
1.1. Розгляд проблеми дослідження у працях закордонних і вітчизняних науковців.....	12
1.2. Основні клінічні прояви посттравматичного стресового розладу особистості	19
1.3. Когнітивні викривлення свідомості особистості як симптоматика її посттравматичного стресового розладу	26
Висновки до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНИХ ВИКРИВЛЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПТСР.....	36
2.1. Організація та хід емпіричного дослідження	36
2.2. Дослідження особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців з ПТСР	39
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	52
Висновки до розділу 2.....	58
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ МІНІМІЗАЦІЇ КОГНІТИВНИХ ВИКРИВЛЕНЬ СВІДОМОСТІ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПТСР	60
3.1. Методологічне підґрунтя шляхів мінімізації когнітивних викривлень свідомості особистості.....	60
3.2. Реалізація програми соціально-психологічного тренінгу «Подолання когнітивних пасток».....	70
3.3. Перевірка ефективності реалізованих програмних заходів	113
Висновки до розділу 3.....	141
ВИСНОВКИ.....	142
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	144
ДОДАТКИ.....	154

ВСТУП

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що вже сьогодні ми все частіше стикаємося з наслідками повномасштабного вторгнення Росії на територію України. Кількість людей, у яких діагностується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) тільки зростає. Так, за офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України станом на 2023 рік в Україні понад 23000 людей мають офіційно підтверджений діагноз «посттравматичний стресовий розлад». І це не тільки військовослужбовці та ветерани ЗСУ, а й члени їхніх родин, переселенці та волонтери. Люди, які живуть або працюють із тими, хто страждає на ПТСР, часто мають симптоми депресії, а у дітей, які живуть із депресивними батьками розвивається тривожних розлад. Люди, які пережили травму часто не можуть побудувати стабільні, довірливі відносини в своєму житті.

Люди з діагнозом ПТСР часто мають порушення автобіографічної пам'яті, дають надмірно негативну оцінку травми та мають сильну асоціативну пам'ять. Все приводить до відчуття поточної загрози. Люди на відчуває, що нікому не можна довіряти, що світ небезпечний, що призводить до когнітивної та поведінкової реакції на зменшення цієї, навіть, уявної загрози. Саме тому люди стають дратівливим, агресивними, деякі замикаються у собі, самоізолюються, уникають зайвих розмов. Їм може здаватися, що ніхто їх не розуміє. Іноді вони й самі себе не можуть порозуміти. Людям, які пережили травму, здається, що у всіх їх негараздах винні інші. Вони не можуть повернутися для повноцінного життя. Це все є наслідком когнітивних викривлень, спричинених травмою.

Сьогодні багато вчених як в Україні, так і закордоном в займаються дослідженням ПТСР та його наслідками, такими як когнітивні викривлення. Зокрема, вагомий внесок у розуміння ПТСР було внесено Бесселом ван дер Колком. У своїх працях від глибоко розкриває нейробіологічні та психологічні наслідки травми, включаючи зміни у когнітивній сфері. Етапи відновленні

після психологічної травми та роль когнітивних процесів в цьому детально описані Джудіт Герман у своїй роботі «Травма і відновлення». Аарон Бек та Девід Бернс заклали основи когнітивно-поведінкової терапії, яка є одним з основних методів лікування ПТСР і спрямована на корекцію дисфункційних когнітивних схем. Едні Фоа розробила протоколи тривалого експонування для лікування ПТСР, які також волають в себе і роботу з когнітивними викривленнями.

Серед український вчений вагомий внесок у вивченні психологічних наслідків травми внесла Т. Титаренко. Вона дослідила наслідки ПТСР в контексті життєстійкості та адаптивності. В останні роки кількість досліджень, присвячених наслідкам війни, в тому числі ПТСР, значно зростає. У цьому контексті варто відзначити роботи таких дослідників, як С. Болтівець, Л. Засекіна, О. Чабан, які вивчають поширеність, особливості перебігу та методи психологічної допомоги при ПТСР в українському контексті.

Незважаючи на великий обсяг досліджень з даної проблеми, сьогодні існує потреба нових та специфічних механізмів мінімізації когнітивних викривлень при ПТСР, а саме в розробці та впровадженні ефективних та адаптивних програм. Особливо актуальним є дослідження ефективності соціально-психологічних тренінгових програм, спрямованих на мінімізацію когнітивних викривлень у осіб, які пережили травматичні події, в українському соціокультурному контексті. Зважаючи на вищенаведене, актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю поглибленого розуміння особливостей когнітивних викривлень при ПТСР та розробки практично-орієнтованих підходів до їхньої мінімізації.

Об’єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад особистості.

Предмет дослідження – когнітивні викривлення свідомості військовослужбовців при посттравматичному стресовому розладі.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості когнітивних викривлень свідомості військовослужбовців при

посттравматичному стресовому розладі та розробити шляхи їхньої мінімізації.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми дослідження.
2. Проаналізувати клінічні прояви ПТСР, зокрема когнітивні викривлення свідомості особистості.
3. Емпірично дослідити когнітивні викривлення в свідомості військовослужбовців при ПТСР.
4. Розробити програму соціально-психологічного тренінгу, спрямовану на мінімізацію когнітивних викривлень у військовослужбовців при ПТСР.
5. Оцінити ефективність реалізованих програмних заходів.

Теоретичну та методологічну основу дослідження становили: теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу (Б. ван дер Колк, З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазом, О. Напрієнко, Р. Долинський та ін.); дослідження когнітивних викривлень у осіб із ПТСР та їхнього впливу на поведінку та емоційний стан (А. Бек, А. Елліс, О. Напрієнко та ін.); концепції когнітивної тріади депресивних розладів і їхній взаємозв'язок із когнітивними викривленнями при ПТСР (А. Бек, Д. Кларк, П. Салковськіс та ін.); методологічні положення когнітивно-поведінкової терапії та психологічних інтервенцій у роботі з когнітивними викривленнями (А. Бек, Д. Карнегі, Д. Кабат-Зінн, П. Гілберт, К. Нефф, Л. Шапіро та ін.); дослідження впливу психологічних інтервенцій на розвиток критичного мислення індивіда (Р. Пол, Л. Андерсон, Д. Халперн, Д. Клустер, Р. Енніс, Д. Фассіон та ін.); моделі психотерапевтичної допомоги постраждалим від ПТСР та їхня ефективність (З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазом, О. Напрієнко та ін.).

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження**:

- *теоретичні* – аналіз, систематизація, диференціація, обґрунтування;

– *емпіричні* - клінічне інтерв'ю; шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.); шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; тестова методика BASIC Ph (М. Лахад); шкала депресії А. Бека.

– *методи математичної та статистичної обробки даних* (t-критерій Стьюдента).

Наукова новизна дослідження:

- *набули подальшого розвитку* теоретичні уявлення про когнітивні викривлення свідомості особистості при ПТСР;

- *доповнено* положення про особливості когнітивних викривлень свідомості військовослужбовців при ПТСР;

- *запропоновано* програму соціально-психологічного тренінгу щодо шляхів мінімізації когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР.

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні знань про когнітивні викривлення свідомості індивіда при посттравматичному стресовому розладі. Дослідження уточнює механізми впливу когнітивних викривлень на критичне мислення та поведінкові реакції осіб із ПТСР. Запропонована програма психологічних інтервенцій для корекції когнітивних викривлень і розвитку критичного мислення може слугувати основою для подальших теоретичних досліджень у галузі клінічної та когнітивної психології, психотерапії та психологічної реабілітації.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що його результати можуть бути використані у психологічних практиках і реабілітаційній роботі з особами, у яких діагностовано посттравматичний стресовий розлад. Запропоновані психологічні інтервенції, спрямовані на корекцію когнітивних викривлень особистості з психічною травмою. Розроблену програму соціально-психологічного тренінгу можна використовувати у рамках індивідуального та групового психологічного консультування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Розгляд проблеми дослідження у працях закордонних і вітчизняних науковців

Участь у бойових діях не проходить безслідно для психологічного здоров'я. Стрес, нові та важкі умови існування приводять до змін у свідомості людини, які негативно впливають на всі сфери життя. Вони зачіпають фізіологічні, особистісні, міжособистісні та соціальні рівні людського функціонування.

Перші письмові згадки про солдатів, яких переслідували «привиди вбитих ворогів», з'явилися понад дві тисячі років тому. Описи симптомів післявоєнних стресових розладів зустрічаються і в поемах Гомера, і в п'єсах Вільяма Шекспіра.

Описання порушень психіки характерних для ПТСР можна знайти в «Одисей» Гомера, та в працях письменників, що датуються VIII століттям до н. е. У згаданому творі відображено, як Одисей розпитує ветерана троянської війни, який переживає ремінісценції воєнних подій [57]. Опис Гомера був настільки вдалим, що одна з сучасних книг у якій описуються наслідки травматичного стресу у американських солдатів, які повернулися з В'єтнаму носить назву «Одисей в Америці: Стрес воєнний і спроби повернутися додому» [76].

У хроніці В. Шекспіра датованій 1596 роком, описуються переживання Генріха IV - короля Англії. Після повернення з війни Генріх IV страждав на нічні кошмари і уникав всього що нагадувало йому про війну [57].

Свідок епідемії чуми, що мала місце у 1665 році і великої пожежі в Лондоні, що сталася роком пізніше - Семюель Піпс у своєму щоденнику «Повсякденне життя Лондонців» описував переживання людей стосовно психотравмуючих подій того часу [78].

Перші спроби наукового опису стресів, пов'язаних із війною, з'явилися у XVIII столітті. У 1761 році австрійський лікар Йозеф Леопольд описав симптоми у солдатів, схожі на ПТСР. Він діагностував це як «ностальгію», оскільки солдати говорили, що мають проблеми зі сном і тривогу через сум за домівкою [22].

Наступні дослідження психологічних змін у учасників бойових дій почалися у 1871 році, коли американський хірург Якоб Мендес Да Коста дослідив та описав їх на прикладі солдат, що приймали участь у Громадянській війні в Америці. Тоді він назвав їх «синдромом солдатського серця». Ця назва обумовлена тим, що ветерани, які до нього зверталися мали всі симптоми хвороби серця, такі як втома, слабкість, задишка, прискорене серцебиття, але не мали при цього ніяких кардіологічних хвороб. Тобто фізично вони були повністю здорові [28].

У 1875 році англійський хірург Джон Ерік Еріксен описав психічні прояви, що спостерігалися у пацієнтів, що пережили важку травму. Він вважав, що ці прояви є наслідком органічних змін. Він був фахівцем у галузі вертебрології та нейрохірургії. У поки його життя були часті залізничні аварії. Тож свої спостереження він записував саме на основі таких постраждалих. Він ввів термін «залізничних хребет», бо вважав, що описані симптоми розвилися внаслідок травм хребта або голови, та спричинили «нервовий шок» [65].

Це викликало дискусію, адже опоненти Еріксена вважали, що подібні симптоми можуть бути й у свідків аварії. Наприклад, французький лікар Жан-Мартен Шарко, автор термінів «травматичний невроз» і «травматична істерія», вважав, що будь-який травматичний досвід може призвести до «істеричних нападів» навіть через роки після травми.

Герман Оппенгейм у 1889 році також назвав виявлені порушення «травматичний невроз», але як і Еріксен, вбачав органічне підґрунтя у їх розвитку [36].

Еміль Крепелін у 1896 році звернув увагу на прояви агресії та тривоги, що виникали після важкого стресу чи поранення і називав ці прояви «невроз страху» [22].

Австрійський психіатр Зигмунд Фройд у своїх роботах відзначав, що однією з причин розвитку істерії може бути психічний стрес. Працюючи над цією проблемою зі своїм другом та вчителем Йозефом Брейєром, Фройд зауважив, що одне з провідних місць у розвитку істеричного неврозу займає пережита в дитинстві сексуальна травма, ці думки він відобразив у своїй роботі «Нариси про істерію». У подальшому З. Фройд продовжив працювати над теорією сексуального насилля в ранньому віці відповідно до якої причиною розвитку істеричних розладів був передчасний сексуальний досвід. Пізніше з цієї теорії було генеровано поняття Едипового комплексу [78]. Іншими словами, З. Фрейд не вводив поняття схожого до ПТСР, але також проводив дослідження наслідків психологічної травми, які пролонговані в часі, використовуючи для цього термін «істерія». Він запропонував розмовний метод лікування даного розладу.

Підчас першої Світової війни інтерес до клініки та діагностики ПТСР різко зріс у зв'язку з збільшенням масштабу психічних порушень серед солдатів, що приймали участь у бойових діях. Як метод лікування на той час застосовувався гіпноз. Прихильником даного методу лікування був британський військовий психіатр Карл Семюель Майєрс. Він вперше використав термін «контузія» або «артилерійський шок» і помітив сильну схожість цього явища з «травматичним неврозом» та істерією [72].

Таким чином, лікування проводилося у кращому випадку розмовами та гіпнозом, а у гіршому була неправильна діагностика та лікування проводилося шляхом присоромлення та дисциплінарними покараннями. Довгий час

флешбеки, які виникають при ПТСР вважали проявом шизофренії. В такому випадку застосовувалася електрошокова терапія.

Пізніше у 1941 році А. Кардинер назвав це явище «хронічним солдатським неврозом». Саме він звернув увагу на неефективність такого лікування. Він вперше дав комплексний опис симптоматики, до яких відніс збудливість, дратівливість, відхід від реальності, фіксація на травмуючих подіях тощо. Саме ця симптоматика пізніше стала основою для опису сучасних критеріїв ПСТР. А. Кардинер вважав, що спалахи агресії, які спостерігаються у солдат є захисним механізмом, що виробився внаслідок травми перед болісними спогадами про неї [22].

У цей час вже тривала Друга світова війна, а отже кількість постраждалих значно збільшилася. У цей період почали з'являтися нові терміни для опису станів ПТСР. Наприклад, «погляд на тисячу ярдів» — порожній, несфокусований погляд солдата із психологічною травмою. Американські психіатри Р. Грінкер і Д. Шпігель почали вперше досліджувати відстрочені прояви психічних станів у бойових ветеранів. Вони виділили це як реакції на бойовий стрес та назвали «реакціями боротьби» та «реакціями після бою». Сукупність всіх симптомів вони назвали «воєнним синдромом» [75].

Після війни окрім описів стресових розладів безпосередніх учасників бойових дій, науковці почали звертати увагу і на травмованих війною цивільних, які пережили бомбардування, окупацію, концтабори, тортури тощо. У 1950-х травматичні розлади поділили на спричинені бойовими діями та «цивільною катастрофою», тобто аваріями, пожежами, стихійними лихами [80].

Всебічно висвітлювати тематику ПТСР почали із 70-х років минулого століття, коли почали проводитися активні дослідження психологічних наслідків людей, що пережили Холокост, та військових, які придумали участь у В'єтнамі, Кореї та Афганістані.

При цьому зазначимо, що Радянські країни розвиток поглядів на ПТСР

оминув. Психологічні травми отримані разом з бойовим досвідом майже не вивчалися, їм не приділяли достатньої уваги. Очікувано, що і реабілітація, корекція, лікування порушень психіки внаслідок участі у війнах не були у пріоритеті. Всі стресові розлади, які спостерігали у солдатів (без отримання ними явних фізичних ушкоджень) пояснювали так званою «воєнною істерією» і аж до розвалу Радянського Союзу таку поведінку могли прирівняти до дезертирства. Лікуванням чи хоча б вивченням цієї проблеми абсолютно не займалися [36].

Саме війна у В'єтнамі стала потужним стимулом для вивчення ПТСР. Американські вчені провели потужні дослідження та накопили значний матеріал, де були зібрані симптоми бойових ветеранів. Ці матеріали були зіставлені з результатами досліджень психологічних наслідків інших воєнних конфліктів та травм, які люди зазнавали в цивільному житті [67].

Поворотним стало дослідження психолога Енн Берджесс і соціолога Лінди Холмстром у 1974 році. Вони запровадили термін «синдром травми зґвалтування» і порівняли симптоми жертв зґвалтувань із тим, що солдати переживали після війни [72].

Виявилося, що весь симптомокомплекс, який був визначений дослідниками не відповідає жодній загальноприйнятій хворобі або розладу. У зв'язку з цим у 1980 році М. Горовіц запропонував виділити його в окремий синдром та назвав «посттравматичний стресовий розлад». Пізніше група авторів на чолі з М. Горовіцом розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американської класифікації психічних захворювань (DSM - III), а пізніше практично без змін увійшли до МКХ - 10 [77].

Це рішення вплинуло дослідження ПТСР в цілому у всьому світі, а також на розробку більш ефективних методик лікування його фізичних та і психічних проявів. За останні десятиріччя ці методики розвивали, доповнювали, адаптували до різних країн і їх культурних особливостей та вдосконалювали. Також було створено нові покоління ліків для

медикаментозної складової терапії ПТСР і розроблено нові підходи до психотерапії.

В МКХ-10 подається таке визначення ПТСР - це «відстрочена і/ або затяжна реакція на стресову подію... (короткочасну або затяжну) виключно загрозуючого або катастрофічного характеру, яка в принципі може викликати дистрес практично у будь-якої людини» [36, с. 113].

Термін «розлад» був використаний усвідомлено, оскільки це не хвороба в повному розумінні цього слова: по суті, це - нормальна реакція психіки на ненормальні обставини. На жаль, ці симптоми і поведінкові ознаки в більшості випадків викликають страждання і заважають особистісному функціонуванню потерпілих.

Українська дослідниця Л. Прокоф'єва [41] дає таке визначення ПТСР: «це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, що може спричинити психічні розлади. Щоб виник посттравматичний стресовий розлад, людина повинна відчувати стрес, який виходить за межі звичайного людського досвіду і може викликати дистрес» [41, с. 209]. Вона зазначає, що до таких стресових факторів належать: серйозна загроза життю або тілесній недоторканності, випадкове вбивство, тяжке тілесне ушкодження (травма), смерть або травма бойового друга. Вплив таких екстремальних стресових факторів призводить до прояву посттравматичного стресового розладу [41].

Н.А. Агаєв, О.М. Кокун, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, І.О. Пішко [2] визначають ПТСР наступним чином: «це відповідна реакція на надмірні емоційні подразники, на фактичну стресову ситуацію, що відбулася і виходить за межі звичайного людського досвіду. Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на кризову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру та може спровокувати виникнення дистресу в будь-якої людини» [2, с. 97].

М. Дорошенко [25] визначає ПТСР, як «ряд змін, викликаних спогадом про травму, що відбуваються в наступних сферах: емоційній (страх, смуток,

неспокій, гнів); пізнавальній (труднощі в запам'ятовуванні, порушення уваги, погіршення інтелектуальної діяльності); тілесній (болі в животі, грудях, голові, тремтіння, тики, розлади сну); поведінковій (труднощі в спілкуванні, зосередження на собі, ізоляція, збільшення споживання сигарет, наркотиків, зловживання алкоголем)» [25, с. 93].

Деякі дослідники ПТСР [5; 6; 20] вважають, що переживання людей, які зазнали впливу різних катастроф, війни, якщо навіть вони не отримали тілесних ушкоджень, безслідно для них не проходять. Через декілька років, після пережитої ситуації, у них розвиваються різні невротичні патохаректорологічні стигми. На їхньому фоні часто формуються патологічні стани [63].

Наявні в літературі дані вказують на те, що схильність до ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, які виникають, як наслідок травми або існували до неї. До числа таких порушень відносяться: невроз тривоги; депресія; схильність до суїцидальних думок і спроб; алкогольна або наркозалежність; психосоматичні розлади; захворювання серцево-судинної системи. Данні свідчать про те, що у 50-100% пацієнтів, які страждають ПТСР, є які-небудь із перерахованих супутніх захворювань, а частіше всього два або більше [26].

Серед усіх медичних наслідків бойових дій ПТСР складають від 10 до 50%. Бойові дії накладають помітний відбиток на протікання психічної діяльності і поведінку військовослужбовців. Бойовий стрес, відігравши позитивну роль у збереженні цілісності організму і особистості воїна в екстремальних умовах, виступає причиною наступної дезадаптації учасників бойових подій.

ПТСР турбує людину протягом багатьох років. Так, навіть через 15-19 років після закінчення війни майже в півмільйона ветеранів В'єтнаму залишились прояви ПТСР (15,2%). Аналогічні результати (17%) були отримані при обстеженні учасників бойових дій в Афганістані [28].

Таким чином, ПТСР відноситься до с резини психічних розладів, які можуть тривати протягом всього життя після отримання травматичного досвіду. Довгий час даний розлад не могли діагностувати, оскільки його симптоми сході з іншими психічними захворюваннями, а також деякі з них складно було класифікувати. Основні дослідження ПТСР проводилися в Америці. В Радянських країнах ця проблема була повністю знехтувана.

1.2. Основні клінічні прояви посттравматичного стресового розладу особистості

Клінічна типологія і класифікація ПТСР продовжують уточнюватись. У цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, учасників природних і техногенних катастроф, після короткочасного або тривалого екстремального впливу. Важливою характеристикою важкого травматичного стресу є несподіваність, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість впливу.

Важливу роль відіграє також уразливість індивідуума до ПТСР (астенічні риси, гіперсенситивність, залежність і ін.) і психологічні аспекти стресу, а саме: значимість події, релігійного та ідеологічного світогляду. Сприятливим фактором може стати фізіологічний стан у момент отримання травми, особливо соматичне виснаження на фоні порушення стереотипу сну і прийому їжі.

Відповідно до МКХ-10 [71] виділяється низка діагностичних критеріїв ПТСР.

А. Хворий має піддатися впливу стресорної події або ситуації виключно загрозуючого або катастрофічного характеру, що здатне викликати загальний дистрес майже в кожного індивіда.

Б. Стійке згадування, або «оживлення», стресора у нав'язливих ремінесценціях, яскравих споминах або частих снах, або повторне переживання горя впливу ситуацій, які нагадують, або асоціюють зі стресором.

В. Хворий має виявити фактичне уникнення або бажання уникнути обставини, які нагадують або асоціюють зі стресором.

Г. Будь-яке із двох:

1. Психогенна амнезія, часткова або повна по відношенню до важливих аспектів періоду впливу стресора.

2. Стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (яких до дії стресора не було), представлені будь-якими двома з наступних:

- а) утруднене засипання або збереження сну;
- б) дратівливість або спалахи гніву;
- в) утруднення концентрації уваги;
- г) підвищення рівня бадьорості;
- д) посилений рефлекс чотиригорбкового тіла.

Д. Критерії Б, В і Г виникають протягом 6 місяців стресогенної ситуації або в кінці періоду стресу [22].

Л. Прокоф'єва [42] зупиняється на таких основних симптомах ПТСР: порушення сну; патологічні спогади (обсесивне повернення); нездатність запам'ятати - амнезія щодо певних подій (уникнення); гіперчутливість (підвищена пильність); надмірне збудження (неадекватна супермобілізація). Вторинними симптомами посттравматичного стресового стресу, на її думку, є: депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми тощо [42].

Деякі дослідники [44; 48; 58] виділяють три основні групи симптомів ПТСР, що посилюються з віком:

- 1) надмірне збудження (з урахуванням вегетативної лабільності,

порушення сну, тривоги, нав'язливих спогадів, фобічного уникнення ситуацій, пов'язаних з травматичною подією);

2) періодичні напади пригніченого настрою (оніміння почуттів, емоційне заціпеніння, відчай, усвідомлення безвиході);

3) характеристика істеричної реакції (параліч, сліпота, глухота, нервовий тремор).

М. Дорошенко [25] описує такі основні симптоми ПТСР:

1. Симптоми повторного переживання:

1.1. Повторювані, нав'язливі негативні спогади про подію;

1.2. Повторювані негативні сни, пов'язані з подією;

1.3. Раптові вчинки і почуття, викликані «поверненням» (раптовим «провалом») в психотравмуючу подію;

1.4. Інтенсивний психологічний стрес при подіях, що нагадують чи символізують травму.

2. Симптоми уникнення:

2.1. Уникнення думок, почуттів і діяльності, пов'язаних з подією;

2.2. Немоżliвість згадати деталей події;

2.3. Зниження інтересу до діяльності, яка раніше викликала у людини великий інтерес;

2.4. Почуття відстороненості, відчуження від інших людей;

2.5. Збідніння почуттів, відсутність позитивних емоцій;

2.6. Відсутність планів на майбутнє.

3. Симптоми підвищеної збудливості:

3.1. Труднощі засинання, безсоння;

3.2. Дратівливість;

3.3. Надуважність;

3.4. Вибухові реакції;

3.5. Труднощі при концентрації уваги;

3.6. Фізіологічні реакції на події, що символізують або нагадують

травму.

Д. Бернс [61] зазначає, що симптоми ПТСР можуть виявитися протягом перших трьох місяців після травматичної події. Але іноді симптоми можуть виявлятися протягом кількох років після події. Ці симптоми тривають більше місяця і викликають серйозні проблеми в соціальних або робочих ситуаціях. Вони також можуть вплинути на здатність виконувати звичайні повсякденні завдання.

Загалом симптоми ПТСР групуються у чотири типи: нав'язливі спогади, уникнення, негативні зміни у мисленні та настрої, а також зміни у фізичних та емоційних реакціях. Симптоми можуть змінюватися з часом або відрізнятися у різних людей. Ці групи також називають кластерами ПТСР. Розглянемо їх більш детально.

1. Нав'язливі спогади.

Симптоми нав'язливих спогадів можуть включати:

Небажані, тяжкі спогади про подію, що травмує, які повертаються знову і знову.

Повторне переживання травматичної події, ніби воно відбувається знову, також відоме як флешбеки.

Неприємні сни або кошмари про подію, що травмує.

Тяжкі емоційні розлади або фізичні реакції на щось, що нагадує вам про подію, що травмує.

2. Уникнення.

Симптоми уникнення можуть включати:

Намагання не думати і не говорити про подію, що травмує.

Бажання триматися подалі від місць, занять або людей, які нагадують про подію, що травмує.

3. Негативні зміни у мисленні та настрої.

Симптоми негативних змін мислення та настрою можуть включати:

Негативні думки про себе, інших людей чи світ.

Постійні негативні емоції страху, звинувачення, вини, гніву чи сорому.
Проблеми з пам'яттю, включаючи нездатність згадати важливі аспекти травматичної події.

Почуття відірваності від сім'ї та друзів.

Втрата інтересу до занять, які колись подобалися.

Важкість у відчутті позитивних емоцій.

Почуття емоційного заціпеніння.

4. Зміни фізичних та емоційних реакцій

Симптоми змін фізичних та емоційних реакцій, також звані симптомами збудження, можуть включати:

Легко лякається і здригається.

Завжди бути напоготові і бути готовим до небезпеки.

Саморуйнівна поведінка, наприклад, надмірне вживання алкоголю чи надто швидка їзда.

Проблеми зі сном.

Проблеми із концентрацією уваги.

Дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка.

Фізичні реакції, такі як потовиділення, прискорене дихання, прискорене серцебиття або тремтіння [66].

Для діагностики ПТСР важлива наявність вищезазначених чотирьох кластерів. При цьому обов'язковим має бути наявність катастрофічного стресору (травми), тобто зовнішнього (екзогенного) фактору, що перебільшує адаптивні можливості нормальної людської психіки. Важливо зазначити, що для постановки діагнозу необхідно не менше двох симптомів з кластеру 3 та 4, що в загальному дасть шість симптомів [69].

Сьогодні доведеним є факт, що психічний стан людини перебудовується під потреби бойової обстановки та потім виявляється непридатним до перебування та життєдіяльності у мирній обстановці (стандартних цінностей, до оцінки мирними громадянами пережитих ветераном військових подій та

ін.). У цьому зв'язку з'являються можливості як додаткової психотравматизації ветеранів, так і породження у них неприйняття існуючих соціальних цінностей, розвитку асоціальних форм поведінки та ін. [75].

У діапазоні впливу факторів війни на людину особливо небезпечними та масштабними є так звані пом'якшені та відстрочені наслідки війни, що впливають на здоров'я військовослужбовців (фізичне, психічне), формуючи психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо.

Наприклад, у тих, хто відчув бойові події на собі, формується прагнення до швидких і простих рішень, підвищується рівень агресивності настроїв, із можливим налаштування на вирішення суперечок і конфліктів нелегітимними методами, аж до застосування сили та зброї тощо [74].

Численні дослідження, дані матеріалів проведених опитувань учасників бойових дій (події у В'єтнамі, Афганістані, Чечні, Ведикій Вітчизняній війні та ін.) показують, що у більшості ветеранів залишається відчуття, що їх «використали», «підставили», нерідко підживлений фактом, що вони залишаються наодинці з собою, а незабаром, просто забуті, на фоні підвищення потреби у звичайному схваленні, розумінні, підтримці оточуючих тощо [73].

Разом із цим формується комплекс майже незворотніх особистісних змін - так званої «воєнізованої психіки», що наслідком має різні, частіше виражені, ступені прояву, специфічні феномени у потребах ветеранів, їх ціннісних орієнтацій, соціальної взаємодії:

- яскраво виражене бажання бути зрозумілим;
- мати в контакт з оточенням такий зворотній зв'язок, що виправдовує морально їх участь у жорстокому насильстві соціальною користю;
- бути соціально визнаними - це допоможе подолати комплекс провини, виправдати власні агресивні та жорстокі вчинки перед самим собою, своєю совістю, зробити спогади про них менш травмуючими;

- потреба отримати у суспільстві визнання, високу оцінку своїх особистих зусиль, дій, так, щоб факт позитивної оцінки став відомий широкому колу людей, товаришам по службі, членам сім'ї;

- прагнення бути прийнятим в систему соціальних зв'язків і відносин мирного життя з більш високим, ніж раніше, соціальним статусом;

- приголомшення від реальностей мирного життя - важко звикнути з думкою, що в той час, коли вони ризикували життям, в країні, в армії нічого не змінилося, суспільство взагалі не помітило їх відсутності [77].

З психологічної точки зору, учасники бойових дій, ветерани, стають ніби особливо оголеними, ранимими, разом із тим, вчені відзначають зміни у когнітивній сфері - посилення жорстокості, безкомпромісності, ригідності до моральних орієнтирів суспільства, зниження порогів чутливості до соціальних впливів тощо. Нерідко виявляється прагнення переробити цивільне життя по негласним законам людських відносин воєнного часу [79].

Узагальнюючи прояви невротичних і патохарактерологічних синдромів ПТСР, можна виокремити наступні стани: «військове серце» (біль у грудях, серцебиття, задишка, пітливість), синдром того, хто вижив (хронічна «вина за виживання»), флешбек - синдром (спогади про «нестерпні» події), прояви «бойової» психопатії (агресія та імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем та наркотиками), синдром прогресуючої астенії (спостерігається астенія після повернення до нормального життя, яка має прояв у швидкому старінні, схудненні, психічної млявості та прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани (набута інвалідність із свідомою вигодою від гарантованих пільг і привілеїв, перехід до пасивної життєвої ситуації) [80].

Таким чином, симптоматика ПТСР ще уточнюється. Сучасні дослідження продовжують виявляти нові симптоми. Але всі вони сходяться на тому, що симптоми можуть тривати впродовж багатьох років та вони не дають можливість нормально функціонувати у суспільстві. Для діагностики ПТСР

важливим є наявність фактору стресу (травми) та наявність щонайменше одного-двох симптомів з кожної категорії.

1.3. Когнітивні викривлення свідомості особистості як симптоматика її посттравматичного стресового розладу

У попередньому параграфі були описані основні симптоми ПТСР. Окремо варто виділити такий симптом як когнітивні викривлення свідомості особистості.

Спочатку визначено, що таке когнітивні викривлення свідомості особистості.

А. Бек дає таке визначення: «це помилкові переконання та погляди, які ми маємо про себе та/або навколишній світ. Це ірраціональні думки, які можуть підсвідомо посилюватися з часом» [53, с. 94].

Термін «викривлення» виправданий у контексті когнітивних процесів, оскільки вони є відхиленнями від стандартів раціонального мислення, які передбачає формальна логіка. Часто вони порушують основні закони мислення, сформульовані Арістотелем, призводячи до неправильних висновків або помилкових переконань.

Вивчення когнітивних упереджень розвивалось на межі психології, нейронауки та поведінкової економіки [64].

Ранні підходи до досліджень сягають XVII–XIX ст. Філософ і науковець Френсіс Бекон одним із перших говорив про помилки у мисленні, які заважають науковому пізнанню. Він ввів поняття «ідоли», що є упередженнями розуму, які заважають об'єктивному розумінню світу. Ці «ідоли» можна вважати попередниками сучасних когнітивних викривлень [65].

Американський філософ і психолог Вільям Джеймс був одним із перших, хто займався вивченням психологічних процесів, зокрема й суб'єктивного досвіду та сприйняття. Хоча він не вивчав когнітивні викривлення безпосередньо, його роботи мали значний вплив на розвиток цього аспекту психології як науки [66].

Становлення когнітивної психології відбулося у 1950-1960 роках. Нобелівський лауреат Герберт Саймон розробив концепцію обмеженої раціональності, стверджуючи, що люди не здатні приймати повністю раціональні рішення через обмеженість інформації та когнітивних ресурсів. Це стало основою для розуміння того, що рішення особистості часто базуються на когнітивних евристиках [67].

У 1950-х роках психолог Дональд Бродбент розробив модель уваги, яка показала, що наша здатність обробляти інформацію обмежена. Ця ідея вплинула на пізніші дослідження когнітивних викривлень, показуючи, як ми фільтруємо інформацію.

Одними з найвідоміших дослідників когнітивних викривлень є ізраїльсько-американські психологи Амос Тверські та Деніел Канеман. У 1970-х роках вони розробили «теорію перспектив», яка показує, як люди ухвалюють рішення в умовах невизначеності. Вчені ідентифікували зокрема упередження підтвердження, ефект якоря та упередження прив'язаності до втрат. Їхні роботи стали основою для сучасного розуміння когнітивних викривлень. У 2002 році Д. Канеман отримав Нобелівську премію з економіки за свій внесок у поведінкову економіку, яка досліджує, як психологічні фактори впливають на економічні рішення [72].

Сучасний етап досліджень когнітивних викривлень розпочався в 90-х роках ХХ століття. Деніел Аріелі, відомий дослідник поведінкової економіки, зосередив увагу на ірраціональності людських рішень. У своїх роботах, Д. Аріелі показує, як наші упередження впливають на щоденні рішення.

Ще один Нобелівський лауреат, економіст Річард Талер – досліджував

когнітивні викривлення у контексті економічної поведінки. Його книга «Підштовхування», написана спільно з Кассом Санстейном, описує, як можна впливати на поведінку людей через невеликі зміни в контексті рішень. Р. Талер показав, як когнітивні викривлення можна використовувати для покращення вибору людей, не обмежуючи їх свободу вибору [64].

Розуміння когнітивних викривлень і те, як їх змінити, є основним елементом когнітивно-поведінкової терапії [53].

Когнітивні викривлення можуть мати різні форми, але вони мають деякі спільні риси.

Усі когнітивні викривлення:

- являють собою тенденцію або модель мислення чи переконань;
- є хибними чи неточними;
- мають потенціал заподіяти психологічну шкоду [54].

Якщо розглядати когнітивні викривлення свідомості особистості як симптоматику її ПТСР, то важливо зазначити звідки вони з'являються.

При діагностованому ПТСР існує безліч потенційних причин, з яких виникають когнітивні викривлення. Розглянемо основні, спираючись на інші симптоми ПТСР.

По-перше, когнітивні викривлення можуть з'явитися як засіб виживання.

У людського мозку є механізм виживання, який залежить від негативних думок, таких як страх і занепокоєння, що дозволяло нашим предкам бути пильними до потенційних небезпек.

Мигдалеподібне тіло — це частина мозку, яка відповідає за обробку емоцій, при ПТСР надмірно реагує на негативні стимули [72].

Ця реакція була корисною для виживання під час бойових дій. При повернення військовослужбовця додому, його світ змінюється. Часто він вже просто не розуміє як жити цивільним життям. А відрізняє його найголовніше - вже немає необхідності постійно бути наготові перед небезпекою. У цьому

випадку когнітивне викривлення відбувається, коли мигдалеподібна залоза людини надмірно реагує на незагрозливу ситуацію.

Наступна причина, по якій виникають когнітивні викривлення - це негативність.

Люди з ПТСР приділяють більше уваги поганим речам, аніж добрим, що призводить до «негативного зміщення» [77]. Такий спосіб мислення розвинувся як захистних механізм під час бойових дій, але він напряду впливає на те, як особистість бачить світ.

Схильність до негативу породжує занепокоєння майбутньому, підвищує рівень стресу і змушує легше згадувати погані речі. Тобто негативізм когнітивних викривлень тільки посилюють інші симптоми ПТСР.

Окрім цього, при ПТСР хімічний дисбаланс, який також приводить до когнітивних викривлень. Хімічні рецептори в мозку можуть виробляти занадто багато або занадто мало нейротрансмітерів, таких як дофамін та серотонін, змушуючи думки закручуватись у спіраль [68].

Крім того, травматичні події минулого створюють сильні спогади. Мозок пам'ятає речі, коли з ними пов'язані сильні емоції, а справжні події можуть викликати неприємні спогади, призводячи до помилкових моделей мислення [60].

Також соціальні мережі та новини, як правило, транслують здебільшого негативні події. У людини з ПТСР дуже часто негативні уявлення про майбутнє, які ще посилюються цими зовнішніми чинниками, що приводить до виникнення когнітивних викривлень.

В цілому наукові дослідження показують, що когнітивні викривлення негативно впливають на емоційне здоров'я, особливо, коли вже є певні проблеми, такі як ПТСР [24].

Когнітивні викривлення посилюють ПТСР, приводячи до загострення проявів депресії та тривоги, створюючи зворотний зв'язок негативних думок [56]. Спотворені думки безпосередньо ведуть до негативних емоцій, які

посилують спотворені моделі мислення.

Когнітивні викривлення ще більше посилюють у людей з ПТСР напруженість у відносинах та почуття ізоляції, а також посилюють труднощі на робочому місці [50].

Розуміння різних типів когнітивних викривлень - це перший крок до їх зміни та покращення психічного здоров'я, відносин та емоційного благополуччя, а також зменшення симптомів ПТСР.

Існує безліч способів класифікації когнітивних викривлень, але ми зупинимося на тих, що властиві особам з ПТСР.

Для людей з ПТСР, як правило, властиві чотири категорії когнітивних викривлень, які включають егоцентризм, звинувачення інших, мінімізація та хибне маркування, а також припущення гіршого [55]. Розглянемо їх детальніше.

1. Егоцентризм

Егоцентричні когнітивні викривлення мають на увазі мислення в крайностях. Вони мають у собі такі викривлення.

Мислення за принципом «все або нічого».

Інакше його називають «чорно-біле» мислення. Що згідно своєї назви означає вміння «бачити» лише два «кольори», ділити все на полюси: або добре, або погане, іншими словами нездатність бачити весь спектр події, емоції тощо [56]

Наприклад, все що відбувається або дуже жахливо, або дуже добре. Людина з ПТСР в таких випадках відчуває себе або повною невдахою, або досконалим.

Читання думок

Читання думок чи «поспішні висновки» відбуваються, коли люди припускають, що знають, що хтось інший думає. Наприклад, люди з ПТСР часто можуть автоматично припускати, що про них хтось думає осьмий погане, коли вони бачать похмуре обличчя [58].

Заява «повинен»

Заяви «повинен» - це ті заяви, які люди часто роблять самі собі з приводу того, що вони повинні або зобов'язані робити.

У колишніх військових, як правило, дуже багато вимог до себе, вони багато чого «повинні». І це може бути симптомом ПТСР. Такі твердження по відношенню до себе можуть призвести до почуття провини, сорому і образи.

Наприклад людина з ПТСР часто може казати: «Я завжди маю бути сильним, незалежно від того, як я себе почуваю».

2. Звинувачення інших

Звинувачення інших – протилежність егоцентричному мисленню. Коли щось іде не так, це людина з ПТСР завжди намагається звинуватити когось іншого. Це так звані помилки контролю.

Помилки контролю виявляються у вигляді одного з двох переконань. Перше полягає в тому, що людина відчуває себе безпорадною жертвою та не може контролювати своє життя. Яскравим прикладом є звинувачення іншої людини, коли виникає міжособистісний конфлікт. Травмована особистість наголошує на тому, що хтось інший винний у тому, що він не зміг контролювати свої емоції. Часто кажуть: «Ти мене до цього довела (довів)» тощо.

Друге полягає в тому, що людина з ПТСР повністю намагається контролювати себе та оточуючих [53]. Прикладом можуть слугувати такі слова, як «це я винен, що мій товариш загинув» тощо.

3. Мінімізація та хибне маркування

Ці викривлення мають на увазі надання меншого значення позитивним речам і більшого - негативним. Розглянемо типові викривлення.

Збільшення та зменшення

Це викривлення також відоме як «бінокльний трюк», оскільки воно спотворює перспективу через перебільшення чи применшення сенсу, важливості чи ймовірності [55].

Військовий, коли повертається до цивільного життя, в якому був хорошим спеціалістом, коли робить помилку на роботі, може перебільшити вплив та почати вірити, що він жахливий спеціаліст. Інший військовий, який отримує важливу нагороду, може применшити важливість свого вкладу і продовжувати вірити, що він лише посередня людина. Часто вони кажуть, щось типу «Я ніколи не знайду хорошу роботу».

Неправильне маркування

Навішування ярликів та помилкове навішування ярликів - це крайні форми надмірного узагальнення, при яких міркування про цінність приписуються собі чи іншим на основі лише одного прикладу чи досвіду [55].

Військовий з ПТСР може назвати себе «ідіотом» за провал одного завдання. А якщо він, наприклад, отримав відмову на роботі, то всіх роботодавців може вважати «поганими людьми». Навішування ярликів передбачає використання вкрай емоційної, навантаженої та неточної мови при висловлюваннях.

4. Припущення гіршого

Припущення гіршого може призвести до посилення інших симптомів ПТСР, а саме депресії і включає наступні п'ять викривлень [54].

Надмірне узагальнення

Коли загальні висновки робляться з однієї події, це вважається надмірним узагальненням. Надмірне узагальнення може призвести до хронічного песимізму та негативу щодо себе та навколишнього середовища на основі одного досвіду [53].

Наприклад, у людини з ПТСР може спустити колесо, і вона каже: «Зі мною завжди так відбувається. Мені жахливо не щастить».

Емоційне мислення

Емоційне мислення відбувається, коли особистість з ПТСР приймає свої емоції як факт. Його часто описують як «Я відчуваю це; отже, це має бути правдою». Це поширене викривлення, тому що емоції сильні, але вони не

обов'язково є правдою [60].

Деякі особи з ПТСР можуть почати зловживати азартними іграми, керуючись при цьому своїми емоціями. Часто вони кажуть щось типу: «Я відчуваю, що сьогодні мені пощастить». А після того ставить всі свої гроші на гру.

Ментальна фільтрація

Коли люди фокусуються лише на негативних аспектах та ігнорують позитив у ситуаціях, подіях чи інших людях, це є формою ментальної фільтрації. Це призводить до зміненого сприйняття реальності, яке перебільшує негатив [53].

Наприклад, люди з ПТСР можуть зосереджуватися лише на негативних думках або відгуках про себе, ігноруючи факт позитивних відгуків.

Дискваліфікація позитивного

Подібно до ментальної фільтрації, дискваліфікація позитивного відбувається, коли заперечується позитивний досвід. Коли люди роблять це стосовно власних досягнень, це може підірвати самооцінку та впевненість [53].

Наприклад, військові з ПТСР можуть казати, що «Я вижив тільки тому, що я погано виконував свої обов'язки», або «Я отримав роботу тільки тому, що не було конкуренції» тощо.

Персоналізація

Як випливає з назви, це викривлення має на увазі прийняття всього на свій рахунок або покладення провини на себе [53].

Це когнітивне викривлення охоплює широкий спектр ситуацій: від припущення, що людина є причиною того, що його друзі не сподобався вечір, до віри в те, що вона є причиною кожного випадку роздратування в оточуючих. У них дуже часто звучить фраза «це моя вина».

Зменшення викривлених моделей мислення може допомогти покращити стосунки, продуктивність на роботі та загальні рівні мотивації та стійкості

[61]. Зменшення кількості та інтенсивності когнітивних викривлень пов'язане зі щастям і психологічною стійкістю [69], а, отже, може зменшити прояви інших симптомів ПТСР.

Змінити спосіб мислення можна. Виявлення когнітивних викривлень і робота із заміни помилкових думок можуть поліпшити практично кожен сферу життя.

Висновки до розділу 1

1. За результатами аналізу праць закордонних та вітчизняних науковців було встановлено, що уявлення про наслідки психологічної травми та встановлення діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» формувалися протягом багатьох століть. Повне наукове розуміння ПТСР сформувалося лише в другій половині XX століття. Вперше офіційно даний термін був введений у 1980 році, що дозволило систематизувати симптоматику, розробити стандартизовані критерії діагностики та підходи до психокорекції.

2. Аналіз основних клінічних проявів посттравматичного стресового розладу особистості показав, що даний розлад має багатокomпонентну симптоматику, яка включає в себе інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, повторювальні нічні кошмари), уникнення (небажання пригадувати певні події, розповідати про них, страх людних місць), негативні думки та переконання, надмірні емоційні реакції. Також у людей з ПТСР спостерігається деперсоналізація та дереалізація. Структура та інтенсивність проявів ПТСР можуть змінюватися в залежності від особистісних характеристик, минулого досвіду, а також умов отримання психологічної травми. Дана ситуація ускладнює діагностику ПТСР, а також потребує комплексного підходу до його корекції.

3. Вивчення когнітивних викривлень свідомості особистості як симптоматики її посттравматичного стресового розладу засвідчило, що одним із ключових механізмів підтримання розладу є формування стійких негативних упереджень та неадаптивних схем мислення. До найбільш поширених когнітивних викривлень відносяться мислення за принципом «все або нічого», надузагальнення, знецінення позитивного, катастрофізація, емоційне обґрунтування, ярлики та формування ірраціональної провини. Саме ці викривлення значно поглиблюють симптоматику ПТСР і вимагають цілеспрямованої когнітивно-поведінкової корекції.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНИХ ВИКРИВЛЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПТСР

2.1. Організація та хід емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження було виявлення особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

Для досягнення мети нами був сформований ряд завдань емпіричного дослідження:

- 1) підтвердити наявність ПТСР та виявити найбільш проявлені симптоми, а саме інтрузія, уникнення, негативні думки та емоції, надмірна реактивність;
- 2) визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності;
- 3) встановити ступінь вираженості депресії, при її наявності;
- 4) проаналізувати стратегії подолання стресу та кризи, якими користуються респонденти;
- 5) зробити висновки.

У дослідженні прийняли участь 30 військовослужбовців із Києва та Київської області, які на момент проведення емпіричного дослідження отримували психологічну допомогу в Soarch Ynset b.v. (Нідерланди) (див. Додаток А).

При виборі досліджуваних ми користувалися наступними критеріями включення.

Всі респонденти повинні були мати офіційно підтверджений клінічний діагноз посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Вони повинні мати досвід участі у бойових діях, отримувати психологічну допомогу в Soarch

Ynset b.v. Окрім цього, вони повинні бути віком від 30 до 45 років, що відповідає періоду зрілої дорослості. Також всі респонденти надали письмову згоду на участь у дослідженні.

З дослідження були виключені військовослужбовці, які мають гострі психотичні стани та значні когнітивні порушення, що унеможливило виконання тестових завдань.

Вибірка досліджуваних була сформована за такими основними характеристиками.

Вік респондентів становить від 30 до 45 років. Дана вікова категорія відповідає зрілої дорослості. У цей період у людини вже повністю сформовані соціальні ролі, визначена професійна ідентичність. Але при всьому цьому період зрілої дорослості характеризується високим рівнем схильності до психологічного та емоційного виснаження.

Всі військовослужбовці, що прийняли участь у дослідженні є чоловічої статі. Ми припускаємо, що всі вони мають багато спільного у своїй психологічній структурі.

Освітній рівень респондентів дещо відрізняється. У дослідженні прийняли участь військовослужбовці як з професійно-технічною освітою, так і вищою.

Що стосується сімейного стану, то серед досліджуваних є одружені, неодружені та розлучені. Ця характеристика може відображати різні соціальні умови, в яких перебувають випробувані.

Строк служби в армії у випробуваних становить від 1 до 2 років. Всі ці чоловіки до початку повномасштабного вторгнення на територію України жили цивільним життям. Але при цьому всі вони мають бойовий досвід.

Всі респонденти спостерігаються у психіатра, тож мають офіційно підтверджений діагноз ПТСР. Окрім того, вони мають наступні супутні розлади: тривожність, депресія, порушення сну, психогенний біль, когнітивні порушення, зловживання алкоголем тощо.

Тривалість реабілітації респондентів на момент початку дослідження становить від 1 до 3 місяців.

Дана вибірка має достатню однорідність за такими характеристиками, як стать, клінічний діагноз, бойовий досвід, вік тощо, які є ключовими. Отже, вважаємо її репрезентативною для дослідження особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців з ПТСР.

Дослідження проводилося на базі Soarch Ynset b.v. в Нідерландах.

Діагностика проводилася індивідуально у спеціально обладнаних приміщеннях, що забезпечило необхідний комфорт і конфіденційність учасників.

Дослідження проводилося у декілька етапів.

На першому підготовчому етапі було узгоджено з адміністрацією Soarch Ynset b.v. проведення дослідження. Далі був здійснений добір вибірки досліджуваних та отримана письмова згода від них. На основі мети та завдань дослідження були дібрані та підготовлені психодіагностичні методики.

На другому констатувальному етапі дослідження було проведено безпосереднє тестування респондентів. Учасникам дослідження була надана стандартна інструкція до психодіагностичних методик, особливо підкреслювалась добровільність участі у дослідженні та відсутність «правильних» чи «неправильних» відповідей.

На останньому аналітичному етапі емпіричного дослідження проводилася обробка отриманих результатів. Був проведений розрахунок сумарних показників за кожною методикою, далі був проведений статистичний аналіз та зроблена інтерпретація результатів.

Уся процедура дослідження була виконана відповідно до етичних аспектів та відповідала етичним принципам, які визначені в Етичному кодексі психолога.

А саме був дотриманий принцип добровільності участі. Жодного респондента не було примушено до участі.

Всі учасники підписали інформовану згоду, де було зазначено мету та зміст дослідження, а також умови обробки його результатів.

Окрім цього, в спеціальній письмовій формі було зазначено право респондента відмовитися від участі у дослідженні в будь-який момент. Отже, відповідно до принципу права на відмову, кожен учасник міг відмовитися від подальшого дослідження без будь-яких негативних наслідків.

При проведенні дослідження також був дотриманий етичний принцип анонімності та конфіденційності. Усі дані про учасників дослідження були закодовані. Ніякі особистісні дані не були зафіксовані у звітності.

Під час проведення дослідження кожен респондент знаходився у повній психологічній безпеці. У випадках прояву підвищеного дистресу під час діагностики учасники дослідження мали змогу отримати додаткову консультацію будь-якого фахівця центру.

Таким чином, емпіричне дослідження було організовано з дотриманням етичних принципів, проведено у відповідності з вимогами наукового дослідження. Вибірка є репрезентативною, що в цілому дозволить отримати науково обґрунтовані результати дослідження.

2.2. Дослідження особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців з ПТСР

Дослідження особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців з ПТСР проводилося за допомогою наступних методик: шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.); шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; шкала депресії Бека; тестова методика BASIC Ph (М. Лахад).

Методика «Шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)» була розроблена у 2013 році (див. Додаток Б).

Мета застосування методики - діагностика вираженості симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM-5.

Шкала PCL – 5 складається з 20 тверджень, кожне з яких оцінює наявність симптомів за чотирма кластерами: симптоми інтрузії (критерій В), уникнення (критерій С), негативні думки та емоції (критерій D) та надмірної реактивності (критерій Е).

Кожен пункт опитувальника оцінюється респондентом за 5-бальною шкалою від 0 до 4 в залежності від вираженості симптому. Загальний бал може становити від 0 до 80. Значення від 0 до 32 відповідають мінімальному вираженню симптомів, 33-44 - клінічно значущому, в даному випадку скринінг на ПТСР вважається позитивним за умови наявності експозиції до травматичної події. Значення від 44 до 80 балів відповідають тяжкому рівню проявленості симптомів ПТСР. Рівень вираженості симптомів за кожним критерієм визначається за такими балами. Критерій В: 0-8 - мінімальні/ помірні, 9-11 - клінічно значущі, 12-20 - виражені/ тяжкі. Критерій С: 0-3 - мінімальні/ помірні, 4 - клінічно значущі, 5-8 - виражені/ тяжкі. Критерій D: 0-11 - мінімальні/ помірні, 12-15 - клінічно значущі, 16-28 - виражені/ тяжкі. Критерій Е: 0-9 - мінімальні/ помірні, 10-13 - клінічно значущі, 14-24 - виражені/ тяжкі.

Результати дослідження за методикою «Шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)» для кожного респондента представлено у Додатку (див. Додаток В). Зведені результати представлені у табл. 2.1.

Середній показник по вибірці становить 61,1 балів, що відповідає тяжкому рівню вираженості симптомів ПТСР. Мінімальний загальний бал склав 50, максимальний - 73. Всі учасники дослідження перевищили значущий поріг у 33 бали, що говорить про наявність ПТСР.

Таблиця 2.1

**Зведена таблиця результатів дослідження
за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»**

Діапазон балів	Рівень вираженості симптомів	Кількість респондентів	% від вибірки
0-32	Мінімальні/ помірні	0	0 %
33-44	Клінічно значущі	0	0 %
45-80	Виражені/ тяжкі	30	100 %

Найбільш вираженими виявилися симптоми за критеріями D (негативні думки та емоції) та B (інтрузії). Результати дослідження за кожним критерієм представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Зведена таблиця результатів дослідження за кожним критерієм за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»

Критерій	Мінімальний/ помірний		Клінічно значущий		Виражений	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
B	0	0 %	4	13 %	26	87 %
C	3	10 %	3	10 %	24	80 %
D	0	0 %	0	0 %	30	100 %
E	0	0 %	1	3 %	29	97 %

Як видно з табл. 2.2 за критерієм B - інтрузія - не виявлено респондентів з мінімальним рівнем вираженості. Чотири респонденти продемонстрували клінічно значущий рівень вираженості інтрузії та 26 осіб мають виражений

рівень. По три респондента мають мінімальний та клінічно значущий рівень вираженості критерія С. Та 24 військовослужбовця продемонстрували виражений рівень уникнення. Всі 30 респондентів показують тяжкий рівень вираженості такого симптому ПТСР, як негативні думки (критерій D). Надмірну реактивність (критерій E) демонструє один військовослужбовець клінічно значущому рівні та 29 на тяжкому.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді гістограми (див. рис. 2.1).

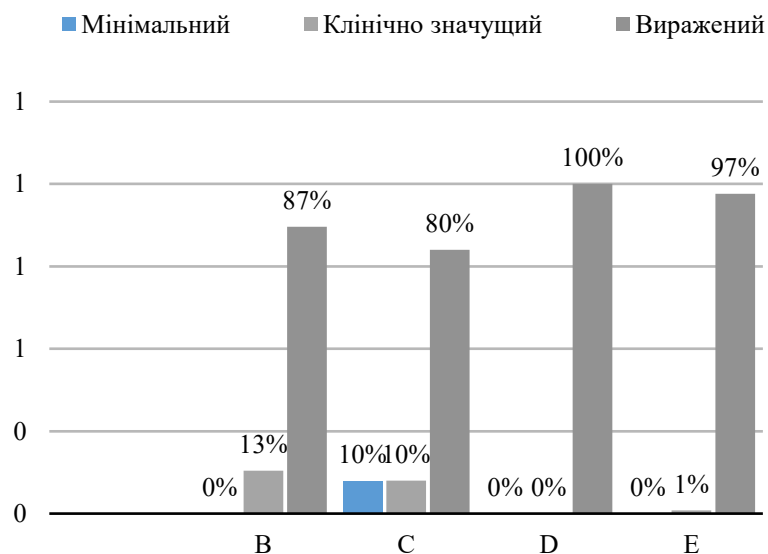


Рис. 2.1. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»

Як видно з рис. 2.1 клінічно значущі показники інтрузії продемонстрували 13% респондентів. Час від часу їх турбують нав'язливі спогади та флешбеки. У більшості з них є повторювальні нічні кошмари. У 87% військовослужбовців спостерігається тяжкий рівень вираженості інтрузії. Їхні спогади про травматичну подію є мимовільними та відкликаються фізіологічними реакціями, такими як прискорене серцебиття та пітливість. Флешбеки спостерігаються доволі часто, що заважає нормальній життєдіяльності.

У 10% респондентів вираженість симптомів кластеру С (уникнення) є мінімальними. У своїх думках можуть дозволити собі пригадувати події, пов'язані з травмою. Стільки ж військовослужбовців не хочуть пригадувати та розповідати про травмуючі події, намагаються не відвідувати людних місць та не дивляться новини. Рівень вираженості симптому уникнення може бути визначений як клінічно значущий. Та 80% респондентів не відвідують гучних місць, уникають розмов про війну, навмисно «придушують» думки та почуття, пов'язані із травмою, оскільки ці спогади «не поміщаються в голову та причинність фізичний біль», «можуть розірвати з середини» (за словами військовослужбовців). Рівень вираженості симптому в даному випадку визначається як тяжкий.

У всіх респондентів, 100%, спостерігаються негативні думки, переконання та емоційний стан на тяжкому рівні вираженості. У частини з них відмічається часткова амнезія, коли вони зазначають, що не пам'ятають самої травматичної події. Всі демонструють стійки негативні думки про те, що світ несправедливий та небезпечний, що нікому не можна довіряти, навіть собі. Відмічаються самозвинувачення та бачення у чорно-білих кольорах. Їм притаманне почуття вини, страху, сорому.

При аналізі негативних думок були виявлені такі когнітивні викривлення.

Мислення «все або нічого». Більшість респондентів казали собі, що смерть побратимів - це повністю їх провина.

Надузагальнення. Вони розповсюджували свою невдачу, навіть хворобу на всю свою особистість, вважаючи себе нікчемними, невдахами тощо.

Негативний фільтр. Респонденти вважають, нікому більше вже не можна довіряти, що нічого хорошого їм більше не чекає в майбутньому, що їх зрадили тощо.

Знецінення позитивного. Військовослужбовці зовсім перестають помічати свої успіхи, зосереджуються тільки на поганих моментах.

Перебільшення та применшення. Випробувані перебільшують той факт, що вони винні в тому, що не змогли врятованих деяких товаришів та близьких, а тепер ще хворіють та не можуть продовжувати захищати людей. Та применшують той факт, що вони не несуть відповідальності за те, що сталося в нашій країні.

Емоційне обґрунтування. Респонденти відчують себе винними за те, що сталося на полі боя.

Імперативи. Учасники дослідження кажуть собі, що вони «повинні» захищати, або «повинні» були зробити більше.

Ярлики. Вони вважають себе слабкими, тому що опинилися в реабілітаційному центрі.

Провина. Вони відчують себе винними навіть за те, що знаходяться за межами своєї країни.

У 3% респондентів спостерігається клінічно значущий рівень надмірної реактивності. У них спостерігаються спалахи агресії та само руйнівна поведінка, зокрема, зловживання алкоголем. У 97% військовослужбовців визначається виражений рівень надмірної реактивності. Вони демонструють спалахи гніву, надмірну пильність, сплять уривками, проявлять агресію у побутових ситуаціях.

Таким чином, результати дослідження за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)» показали, що абсолютна кількість респондентів мають тяжкий рівень вираженості симптомів ПТСР за загальними балами. Всі військовослужбовці не можуть позбутися негативний, нав'язливих думок та упереджень, почуття провини, страху та сорому. Деяких уникають будь-яких нагадувань про війну: не хочуть розмовляти про це, не дивляться фільми та новини. Майже всі демонструють спалахи агресії, багатьох турбують флешбеки та нічні кошмари. Схильні до саморуйнівної поведінки.

Методика «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» була розроблена у 1970 році та адаптована в 1987 (див. Додаток Г).

Дана методика допомагає оцінити поточний рівень тривоги та визначити, чи є вона вродженою характеристикою, що важливо для діагностики та вибору психотерапевтичних методів.

Методика являє собою опитувальник з 40 тверджень. 20 з них містять у собі питання для оцінки ситуативної тривожності та 20 - для оцінки особистісної.

Кожне твердження в опитувальнику оцінюється респондентом за 4-бальною шкалою. Кожна субшкала оцінюється окремо за такими нормативами: до 34 балів - низький рівень тривожності, 35-44 - середній, вище 46 балів - високий.

Середні показники ситуативної тривожності у вибірці становлять 55,7 балів, особистісної - 41,9, що відповідає високому та середньому рівню тривожності (див. Додаток Д).

Представимо систематизовані результати діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності респондентів у вигляді зведеної таблиці (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою
«Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності
Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»**

Рівні тривожності	Ситуативна тривожність		Особистісна тривожність	
	Кількість	%	Кількість	%
Низький	0	0 %	0	0 %
Середній	0	0 %	21	70 %
Високий	30	100 %	9	30 %

Як видно з табл. 2.3 всі 30 респондентів продемонстрували високий рівень ситуативної тривожності. При цьому 21 військовослужбовець показує Середній рівень особистісної тривожності та 9 - високий. Низький рівень тривожності не показав жоден респондент.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді гістограми (див. рис. 2.2).

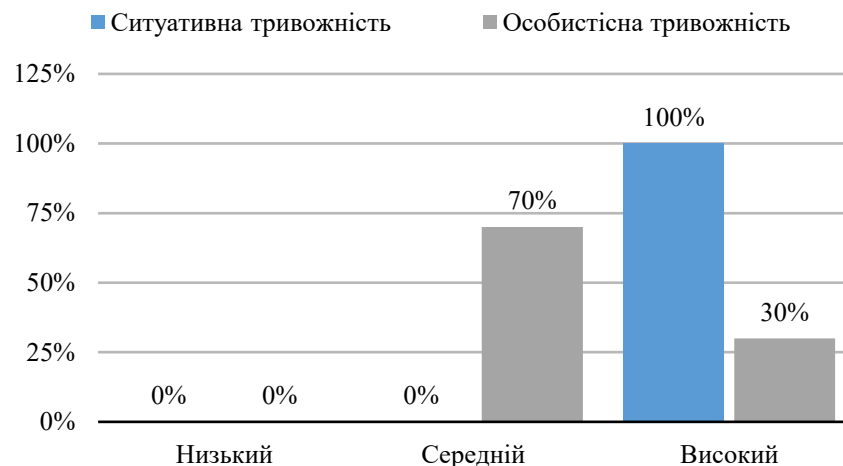


Рис. 2.2. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»

Як видно з рис. 2.2 100% випробуваних демонструють високий рівень ситуативної тривожності. Вона виражена через інтрузії, флешбеки, гіперпильність, надмірну реактивність та негативні думки та упередження.

При цьому 70% респондентів продемонстрували середній рівень особистісної тривожності. Ці військовослужбовці хвилюються через своє майбутнє. Негативні думки не дозволяють планувати наперед. Минуле також задає негативні емоції. У 30% респондентів спостерігається високий рівень особистісної тривожності. У них є викривлене сприйняття реальності, через негативні упередження проявляється зневіра у людей, себе та майбутнє.

Таким чином, результати дослідження за методикою «Шкала реактивної

(ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» показали, що всі військовослужбовці мають високий рівень ситуативної тривожності. Більшість з них демонструє середній рівень особистісної тривожності та частина - високий рівень. Можемо припустити, що такі результати пов'язані з тим, що травматичний досвід «перепишує» світосприйняття людини, що й призводить до підвищення не ситуативної, а й особистісної тривожності.

Методика «Шкала депресії А. Бека» була розроблена у 1961 році (див. Додаток Е).

Мета методики - виявлення рівня вираженості депресивної симптоматики.

Методика являє собою психологічний тест, що містить у собі 21 пункт, кожен з яких оцінюється респондентом за 4-бальною шкалою від 0 до 3. Загальний варіює від 0 до 63. Рівень вираженості депресії визначається за наступною шкалою: 0-13 балів - відсутність депресії або легкі симптоми, 14-19 балів - легка депресія (субдепресія), 20-28 балів - помірна депресія, 29-63 балів - тяжка депресія.

Отже, дана методика допоможе виявити та ідентифікувати наявність та глибину емоційних труднощів, дасть уявлення про ступінь депресивної симптоматики.

За шкалою депресії А. Бека середній показник по вибірці становить 25,4 бали, що відповідає помірній депресії (див. Додаток Є).

Більшість респондентів продемонстрували помірний рівень депресії (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Зведена таблиця результатів за методикою «Шкала депресії Бека»

Рівень депресії	Кількість респондентів	% від вибірки
Відсутня	0	0 %
Легка	8	27 %
Помірна	15	50 %
Тяжка	7	23 %

Як видно з табл. 2.4 всі респонденти мають той чи інший рівень депресії. Легка депресія спостерігається у 8 військовослужбовців, 15 - демонструють помірну депресію, а 7 - тяжку. Інтерпретація результатів дослідження представлена на наступному параграфі.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді сегментограми (див. рис. 2.3).

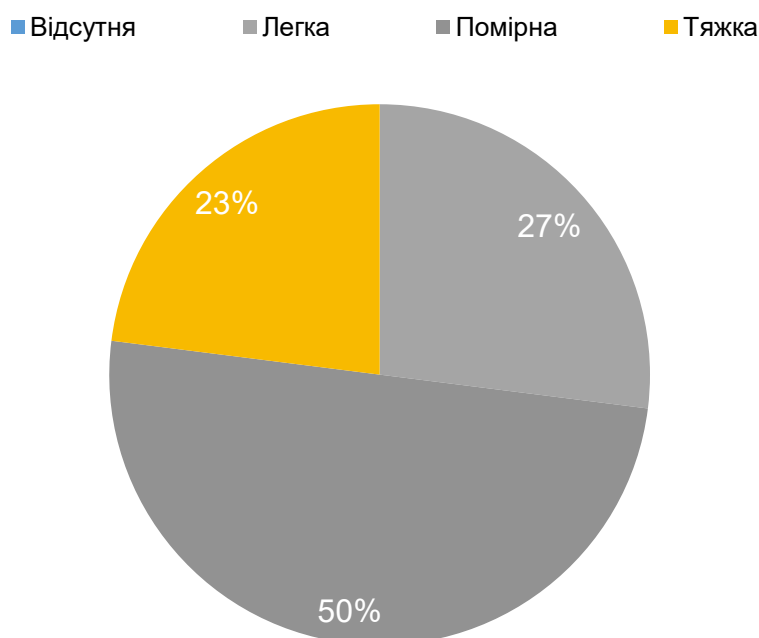


Рис. 2.3. Сегментограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала депресії Бека»

Як видно з рис. 2.3. 50% респондентів мають помірний рівень депресії. Ці люди мають проблеми зі сном, відчувають роздратованість. У них низький рівень енергії. Почувають себе пригнічено.

27% військовослужбовців демонструють легкий рівень депресії. Вони мають пригнічений настрій, швидко втомлюються, не мають інтересу до будь-якої діяльності.

У 23% випробуваних спостерігається тяжкий рівень депресії. Вони відчувають сильну апатію, безнадійність, не мають віри у майбутнє, не розуміють як та навіщо їм жити. Їхні когнітивні функції порушені. Суттєві порушення сну.

Таким чином, результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека» показали, що всі військовослужбовці мають той чи інший рівень депресії: від легкого, що відзначається апатією та зниженим настроєм, до тяжкої, при якій порушується нормальний перебіг життя, з'являється вірогідність самогубства.

Методика BASIC Ph (М. Лахад) була розроблена у 1993 році (див. Додаток Ж)

Вона призначена для дослідження копінг-стратегій у ситуаціях стресу, кризи та травматичних переживань.

В основі підходу лежить шість каналів, через які людина справляється з життєвими викликами: В (Belief - віра, цінності), А (Affect - емоції), S (Social - соціальна підтримка), І (Imagination - уява), С (Cognition - знання, логіка) та Ph (Physical - фізична активність).

Методика дозволяє визначити провідні стратегії подолання стресу, а також ступінь розвиненості кожного з каналів.

Дослідження показало, що серед респондентів найбільш розвиненими є уява та фізична активність, тоді як найменш розвиненою є стратегія віри та цінностей (див. Додаток З).

Розподіл ступенів розвиненості копинг-стратегій учасників дослідження представлено у табл. 2.5.

Як видно з табл. 2.5 жоден з респондентів не продемонстрував віру та цінності як домінуючу стратегію подолання кризи та зниження рівня стресу. У 4 військовослужбовців домінуючою стратегією є емоції, у 5 - соціальна підтримка. Дев'ять людей у кризових ситуаціях опираються на уяву, 4 - на логічне мислення та розсудливість. А 8 військовослужбовців знімають стрес завдяки фізичній активності.

Таблиця 2.5

**Зведена таблиця результатів дослідження
за тестовою методикою BASIC Ph (М. Лахад)**

Стратегія	Кількість респондентів	% від вибірки
В - віра, цінності	0	0 %
А - емоції	4	13 %
С - соціальна підтримка	5	17 %
І - уява	9	30 %
С - знання, логіка	4	13 %
Ph - фізична активність	8	27 %

Для наочності представимо отримані дані у вигляді сегментограми (див. рис. 2.4).

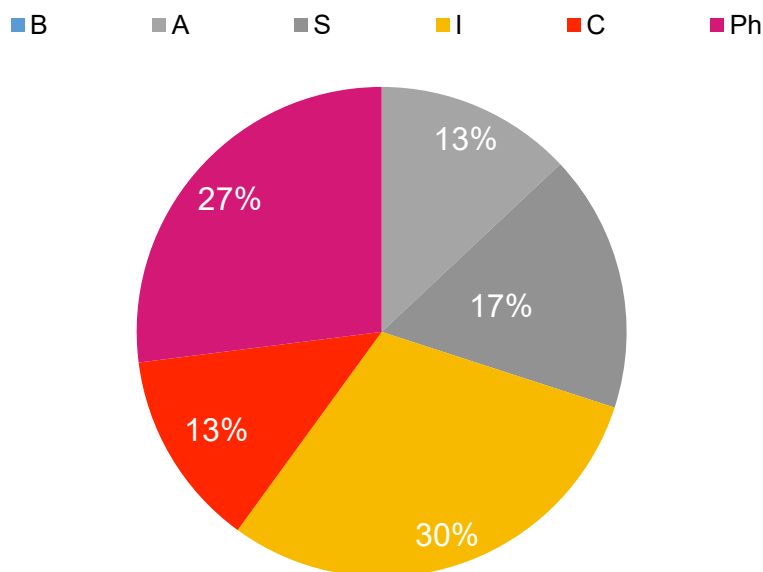


Рис. 2.4. Сегментограма розподілу результатів дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М. Лахад)

Як видно з рис. 2.4. 30% респондентів для зниження стресу користуються стратегією уяви. Ці люди занурюються у світ книжок та фільмів, що допомагає їм не думати про майбутнє та минуле. Деяких з них відмічають, що прослуховування музики також допомагає долати кризи.

Використовують рух та тілесну активність для зняття стресу 27% респондентів. Багатьом з них допомагає біг та прогулянки. Також вони відмічають ефективність релаксаційних технік.

У 17% військовослужбовців домінуючою стратегією подолання стресу є соціальна активність. Сюди відносяться терапевтичні групи та зустрічі з іншими військовослужбовцями. Варто зазначити, що в багатьох з них коло спілкування обмежене тільки ветеранами. Вони вважають, що всі інші не зможуть їх зрозуміти.

По 13% військовослужбовців вважають своєю домінуючою стратегією подолання кризи та стресу емоції та раціональне мислення. Перші почуваються краще, коли можуть висловити свої емоції у безпечному колі,

також допомагає написання листів. Ті, що звертаються до раціонального мислення при стресі, здатні до саморефлексії. Вони аналізують ситуацію, що склалася, роблять висновки, визначають, що пішло не так та як можна ситуацію виправити.

Таким чином, результати дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М. Лахад) показали, що більшість респондентів для зменшення стресу використовують стратегію уяви, що проявляється у перегляді фільмів та читанні книжок. Також багато військовослужбовців використовують фізичну активність для зняття напруги та повернення в «тут та зараз». Деяких респонденти як домінуючу стратегію використовують соціальну активність, висловлення емоцій та раціональне мислення. Жоден респондент не звертається до віри та своїх цінностей як основної стратегії.

Отже, результати дослідження показали, що військовослужбовцям з ПТСР притаманні 10 основних когнітивних викривлень: мислення «все або нічого», надузагальнення, негативний фільтр, знецінення позитивного, перебільшення та применшення, емоційне обґрунтування, імперативи, ярлики, провина. Через ці когнітивні викривлення у них спостерігається високий рівень ситуативної тривожності, легка, помірна та тяжка депресія. Копінг-стратегії до подолання кризи та зменшення стресу зводяться до перегляду фільмів та легкої фізичної активності.

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

На попередньому етапі емпіричного дослідження ми зафіксували та систематизували результати діагностики респондентів. Даний етап є важливим, але недостатнім для виявлення особливостей когнітивних

викривлень у військовослужбовців з ПТСР, оскільки суто отримані бали не мають достатньої наукової ваги без розкриття їх змісту. В даному параграфі представлений аналіз отриманих результатів в контексті специфіки травматичного досвіду та закономірностей розвитку ПТСР у військовослужбовців.

В рамках даного дослідження ми надали інтерпретацію результатів за кожною методикою, а далі зробили загальний аналіз результатів.

За шкалою PCL-5 всі учасники дослідження отримали сумарні бали вище 50 та мають експозицію до травматичної події. Такі результати відповіла б тяжкому рівню вираженню симптомів ПТСР. Високий загальний ступінь вираженості симптомів, в свою чергу, свідчить про стійку на клінічно значущу картину. Зазначені респондентами симптоми не є ситуативними чи тимчасовими.

Результати дослідження показали, що найбільш вираженими симптомами ПТСР в цілому по групі досліджуваних є симптоми, що відповідають критеріям D - негативні зміни у когніціях та настрою, та E - надмірна реактивність. Дані симптоми проявляються у збереженні стійких негативних переконань, таких як «світ навколо небезпечний», «нікому не можна вірити», «я не впораюся» тощо. При аналізі автоматичних думок респондентів були виявлені всі десять основних когнітивних викривлення (див. параграф 2.2). Негативні переконання та думки приводять до таких емоцій як провина та сором. Що в свою чергу спричиняє спалахи агресії, проблеми зі сном та надмірної дратівливості.

Симптоми за критерієм B - інтрузії - також доволі часто зустрічалися у респондентів у стійкій вираженій формі. Вони проявлялися у нав'язливих спогадах, флешбеках, повторювальних нічних кошмарах. За словами військовослужбовців події минулого «просто виринають ні звідки, заповоняють всю голову, весь простір навколо та з ними нічого не можна подіяти», «думки вриваються в голову та я не можу їх контролювати» тощо. Все це призводить

до підвищення тривожності та значно знижують якість життя учасників дослідження. Вони «не можуть вже бути нормальними, як всі».

Симптоми критерія С - уникнення - проявлялися у намаганні уникнути будь-яких нагадувань про бойові дії. Це можуть розмови, місця, люди, фільми, новини, в деяких випадках навіть власні думки, які можуть викликати певні асоціації з травматичним досвідом. Респонденти намагаються забути та викреслити зі свого життя певні події.

Отже, отримані дані за цією методикою повністю узгоджуються із сучасними дослідження ПТСР у військовослужбовців. Учасники дослідження мають симптоми, які поєднують у собі інтрузії, уникнення, негативні думки та надмірну реактивність. Всі ці кластери утворюють замкнене коло, яке підтримує хронічні розлади. Самостійно вийти з цих симптомів стає неможливим. А високий рівень проявленості симптомів ПТСР вказує на потребу комплексної психокорекційної роботи.

Результати діагностики за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» показали, що у більшості респондентів високий рівень ситуативної тривожності. При цьому особистісна тривожність є на середньому та високому рівні. Це означає, що учасники дослідження не просто мають гострі реакції на травму в теперішньому, як результат нагадування про неї, а й те, що у них є стійка загальна схильність сприймати навколишнє середовище, як вороже та небезпечне. Припускаємо, що така ситуація є наслідком травматичного досвіду, оскільки в когніціях респондентів простежується тенденція недовіри, яка, за їх словами, з'явилася після отримання психологічної травми. Вони розділяють своє життя на «до та після», і саме світосприйняття змінилося «після».

В цілому можна сказати, що ситуативна тривожність підвищується у респондентів в момент появи якось тригера. Це може бути гучний звук, запах, перегляд новин або інших ситуацій, що нагадують чи асоціюються з

травматичним досвідом.

Особистісна тривожність проявляється у зміні структури особистості. Навколишнє середовище тепер стало для військовослужбовців непередбачуваним, ворожим та небезпечним. Дана ситуація повністю відповідає когнітивним викривленням, що притаманні ПТСР. В результаті того, що людина перебуває постійно у стані настороженості та готовності захищатися, дуже виснажується нервова система, адаптивні можливості значно знижуються та симптоми ПТСР закріплюються.

За результатами діагностики за методикою «Шкала депресії А. Бека» більшість учасників дослідження продемонстрували помірний та тяжкий рівні депресії. Симптоми депресії проявляються у зниженні інтересу до будь-якої діяльності, втраті сенсу життя, почуття безнадійності, емоційній відчуженості від близьких та рідних. За словами військовослужбовців, вони відчувають себе на «руїнах власного життя», їм здається, що їх ніхто не розуміє та нічого хорошего в їх житті вже не буде.

Варто зазначити, що високі бали за шкалою депресії А. Бека свідчать не тільки про пригнічений настрій, але й про дуже серйозні зміни у мотиваційній сфері та когнітивних процесах.

При ПТСР симптоми депресії є типовими, особливо для військовослужбовців, які були учасниками бойових дій. В даному випадку депресія посилює відчуття безпорадності, безсилля, сприяє закріпленню негативних думок та когнітивних викривлень. Все це в комплексі підвищує ризик виникнення суїцидальних тенденцій. Така ситуація створює необхідність внесення в психотерапевтичну програму не тільки роботи з травматичними спогадами, а й відновлення позитивних життєвих цінностей та ресурсів.

За результатами дослідження копінг-стратегій за методикою BASIC Ph вийшло, що серед респондентів найбільш поширеними є фізична активність (Ph) та використання уяви (I). Військовослужбовці намагаються знизити

напругу за допомогою спорту та будь-якою іншою тілесною активністю. Також вони читають книжки та переглядають фільми. Важливо зазначити, військовослужбовці віддають перевагу старим фільмам та книгам та таким, що не пов'язані із війною.

Також для подолання стресу активно використовуються соціальні зв'язки (S). Вони звертаються за підтримкою до побратимів або в групи психологічної підтримки.

При цьому наймеш вираженими виявилися когнітивне осмислення (C) та цінності переконання і віра (B). Це означає, що у респондентів спостерігається дефіцит у сфері смислової переробки травматичного досвіду та слабкість когнітивного контролю. Припускаємо, що це пов'язано з такими негативними переконаннями, як «світ небезпечний», «нікому не можна вірити», «я нічого не вартий» тощо.

Емоційний канал (A) також використовується недостатньо. Це свідчить про уникнення емоційної переробки травматичного досвіду.

Такий профіль копінгу вказує на те, що військовослужбовці схильні до зовнішньої та поведінкової регуляції стресу, але не мають достатніх внутрішніх ресурсів для переосмислення травматичних подій. Це може підтримувати хронічність симптомів ПТСР та ускладнювати адаптацію.

Узагальнюючі результати дослідження за всіма методиками, можна сказати, що характер посттравматичних змін у досліджуваних є системним. Високі бали за методикою «Шкала PCL-5» говорять про те, що симптоми ПТСР доволі яскраво виражені у всіх чотирьох кластерах - інструзія, уникнення, негативні думки та надмірна реакція. Високі показники ситуативної та особистісної тривожності підтверджують стан постійного внутрішнього напруження. Цей стан підтримує симптоматику ПТСР та створює постійну внутрішню готовність до небезпеки. Підвищені рівні депресії демонструють зниження мотивації, втрати сенсу життя та підвищують ризик розвитку суїцидальних тенденцій та думок. Профіль

копінг-стратегій за BASIC Ph виявився звуженим, із перевагою фізичних, соціальних каналів та використанням уваги та недостатнім використанням когнітивних і ціннісних ресурсів.

Таким чином, результати дослідження свідчать про комплексне порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер у військовослужбовців із ПТСР. Це підкреслює актуальність подальшої розробки та впровадження спеціальних психологічних тренінгових програм, спрямованих на корекцію когнітивних викривлень, розвиток адаптивних копінг-стратегій, зниження рівня тривожності та профілактику депресивних проявів.

Висновки до розділу 2

1. В рамках нашого дослідження було проведене емпіричне дослідження, спрямованого на виявлення особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців при посттравматичному стресовому розладі. У ньому прийняли участь 30 військовослужбовців із Києва та Київської області. Дослідження особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців з ПТСР проводилося за допомогою наступних методик: шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.); шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; шкала депресії Бека; тестова методика BASIC Ph (М. Лахад). Застосований комплекс інструментів забезпечив можливість всебічно дослідити інтенсивність симптомів ПТСР, рівень тривожності, ступінь депресивних проявів та індивідуальні копінг-стратегії респондентів, що дозволило отримати репрезентативні дані щодо їхнього психоемоційного стану.

2. Дослідження особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців з ПТСР показало, що абсолютна більшість учасників мають тяжкий рівень вираженості посттравматичних симптомів, зокрема інтрузії, уникнення, надмірні емоційні реакції та стійкі негативні думки. У всіх респондентів виявлено високі рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності, а також наявність депресивної симптоматики різного ступеня тяжкості. Військовослужбовці використовують переважно тілесноорієнтовані копінг-стратегії (фізичну активність) та уяву (читання, перегляд фільмів), проте більшість інших способів регуляції стресу залучаються недостатньо.

3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту довів, що у всіх досліджуваних простежується висока вираженість симптомів ПТСР та значна загальна дезадаптація. Фіксується стійка тенденція до сприйняття навколишнього середовища як небезпечного,

формування почуття безсилля та безнадійності, емоційної відстороненості та втрати інтересу до діяльності, що посилюється депресивними проявами. Сукупність цих факторів сприяє фіксації негативних когнітивних схем та підвищує ризик виникнення суїцидальних тенденцій, що підкреслює необхідність подальшої психокорекційної роботи та впровадження цілеспрямованих програм відновлення.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ МІНІМІЗАЦІЇ КОГНІТИВНИХ ВИКРИВЛЕНЬ СВІДОМОСТІ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПТСР

3.1. Методологічне підґрунтя шляхів мінімізації когнітивних викривлень свідомості особистості

Когнітивні викривлення свідомості особистості при ПТСР посилюють симптоми даного розладу, сприяють підвищенню рівня не тільки ситуативної, а й особистісно тривожності, через що людина знаходиться у стані постійної напруги, що в свою чергу призводить до емоційного та фізичного виснаження. особистості з ПТСР зазнали великого травматичного удару, вони втратили своє життя. Тепер їм доводиться вчитися жити по-іншому, з іншими упередженнями, в іншій реальності. Але сьогодні завдяки світової підтримки є можливість допомогти їм налагодити життя, знову відчувати щастя та спокій.

Саме тому в рамках даного дослідження ми розробили програму соціально-психологічного тренінгу для військовослужбовців, у яких діагностовано ПТСР. Дана робота сприятиме мінімізації когнітивних викривлень свідомості особистості, що дозволить сприймати навколишнє середовище з іншої точки зору, знайти підтримку та побачити яскраві барви життя.

Назва програми соціально-психологічного тренінгу «Подолання когнітивних пасток».

Мета програми соціально-психологічного тренінгу - мінімізація когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР.

Розроблена програма включає в себе три блоки. Всього пройдено 10 занять по 90 хвилин кожне. Всі заняття передбачають домашні завдання. Заняття проводилися 2 рази на тиждень.

Перший блок включає в себе вправи на стабілізацію та зниження тривожності. Він необхідний для того, щоб в подальшому можна було б більш ефективно працювати над зміною когнітивних викривлень свідомості особистості. Блок містить у собі 3 заняття.

Перше заняття спрямоване на створення безпечного середовища, яке сприятиме зниженню тривожності завдяки створенню відчуття підтримки та довіри. Також така атмосфера необхідна для того, щоб всі учасники мали змогу розкритися та не боятися своїх думок та почуттів.

Друге заняття включає в себе вправи, які спрямовані на тренування навичок управління тривожністю через тілесні техніки. Дане заняття є продовження першого. У особистості з ПТСР зазвичай дуже високий рівень тривожності, зменшити її можна шляхом роботи із тілом, а саме знаходити де вона відчувається та зменшувати її. Це допоможе реально оцінювати ситуацію та знаходити оптимальне вирішення будь-якої проблеми.

Третє заняття присвячене роботі з емоціями, які учасники тренінгу вже навчилися розпізнавати на другому занятті. Оптимальним для цього є вміння виразити свої емоції через творчість. Вправи даного заняття включають в себе техніки арт-терапії. Ми зупинилися саме на цих техніках, тому що багатьом військовослужбовцям буває важко виражати свої емоції вербально, словами. Було визначено, що через творчість це зробити значно легше. Окрім цього, дане заняття передбачає елементи групової терапії, коли кожен може поділитися своїм досвідом та своїми засобами вираження негативних емоцій.

Другий блок програми соціально-психологічного тренінгу присвячений когнітивній реструктуризації, оскільки, згідно з нашим емпіричним дослідженням, саме когнітивні викривлення сприяють високому рівню тривожності та розвитку депресивних станів. Зміна думок та упереджень допоможе зменшити симптоми ПТСР, а також сприятиме закріпленню стану стабілізації, який був зроблений в першому блоку програми. По своїй суті цей блок представляє собою переробку травматичного досвіду.

Перше заняття присвячене пошуку автоматичних думок. На цьому занятті учасникам тренінга пояснюється що таке автоматичні думки, далі відбувається пошук та конкретизація автоматичних думок. Протягом цього заняття учасників тренінгів необхідно навчити розпізнавати автоматичні думки. В ході домашнього завдання дана навичка буде закріплюватися.

Друге заняття присвячене визначенню та зміні основних упереджень учасників тренінгу. В рамках цього заняття описуються основні когнітивні викривлення та надаються техніки для виявлення когнітивних викривлень у себе. Також відпрацьовуються навички зміни когнітивних викривлень.

Третє заняття присвячене відпрацюванню когнітивних та поведінкових технік. До цього заняття учасники тренінгу вже вміють відслідковувати свої автоматичні думки, знають свої основні упередження та когнітивні викривлення, пов'язані з ними, а також основні техніки роботи із ними. Але треба враховувати, що всі люди різні, вони мають різний досвід, різні особистісні характеристики, тому різні техніки можуть мати різний рівень ефективності. Те, що дуже добре допомогло одній людині, може зовсім не спрацювати з іншою. Мета даного заняття навчити учасників тренінгу додатковим когнітивним та поведінковим технікам, які вони можуть застосовувати в своєму житті.

Третій блок програми соціально-психологічного тренінгу направлений на розвиток копінг-стратегій особистості. Після переробки травматичного досвіду необхідна реінтеграція. Заняття даного блоку дозволять кожному учаснику тренінгу знайти свій індивідуальний канал подолання стресу. Для розвитку копінг-стратегій була застосована модель BASIC Ph.

Перше заняття третього блоку присвячене знайомству з моделлю BASIC Ph. Кожен учасник тренінгу отримав картки з різними варіантами копінг-стратегій. Всі учасники мали можливість виділити власні копінг-стратегії та порівняти їх з іншими. На занятті було обігрування ситуацій із застосуванням різних засобів.

На другому занятті у учасників тренінгу була можливість розширити власні копінг-можливості. Протягом заняття були представлені вправи на застосування кожного каналу моделі BASIC Ph.

На третьому занятті відбулася інтеграція нових копінг-стратегій у життя учасників тренінгу. Шляхом рольових ігор учасники застосовували нові для себе копінг-стратегії.

Останнє заняття тренінгу є підсумковим. На ньому відбувалася оцінка прогресу учасників, а також були поставлені цілі на майбутнє. Цілі на майбутнє також включали в себе плани на подальшу терапевтичну та корекційну роботу для зменшення симптомів ПТСР.

Для наочності представимо програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР у вигляді таблиці з прикладами вправ, ігор та домашніх завдань, які ми використовували під час дослідження (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на
мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР
«Подолання когнітивних пасток»**

Назва	Мета	Вправи
	1 блок - зниження рівня тривожності	
Перший крок на зустріч	Створення безпечного, довірливого простору для учасників; формування відчуття групової підтримки; зниження початкової напруги та тривожності, пов'язаної з новим досвідом; налаштування на співпрацю	Визначення правил групи, вправи «Позивний миру», «Безпечне місце», дихальні вправи, заземлення. Домашнє завдання: щоденник спокою, повернення до «Безпечного місця»
Коли тіло говорить	Розвиток навичок керування тривогою через роботу з тілом	«Сканування тіла», малюнок «Карта тривоги», дихальні вправи. Домашнє завдання: щоденне «Сканування тіла», щоденник спокою
Кольори емоцій	Вміння розпізнавати свої емоції та висловлення їх через творчість	Малюнки «Мої емоції», «Образ»: ліплення своєї образи з глини, «Буси емоцій»: нанізування різнокольорових бузин-емоцій на нитку. Домашнє завдання: колаж «Мій емоційний світ»

Продовж. табл. 3.1

2 блок - когнітивна реструктуризація		
Мій внутрішній коментатор	Навчитися розпізнавати автоматичні думки, які виникають у повсякденних ситуаціях, усвідомлювати їхній вплив на емоційний стан і поведінку, а також підготувати основу для подальшої когнітивної реструктуризації.	Вправи «Ловимо думки», «Думка-емоція-тіло», рольова гра «Внутрішній коментатор». Домашнє завдання: щоденник думок, рефлексія «Мій внутрішній коментатор»
Коли думки грають проти нас	Усвідомити власні глибинні упередження (когнітивні викривлення), навчитися розпізнавати їх, аналізувати докази «за» і «проти» та формувати більш збалансовані, реалістичні переконання.	Вправи «Падаюча стріла», «Суд над думкою» (робота з доказами), «Світла сторона упередження». Домашнє завдання: проаналізувати негативні упередження
Докази замість припущень: новий погляд на реальність	Навчити учасників застосовувати когнітивні та поведінкові техніки для зміни негативних переконань і формування більш реалістичного мислення; розвивати навички перевірки власних думок через логічний аналіз, збір доказів та досвід дії (експозицію).	Техніки «Пиріг», «Адвокат» (рольова когнітивна техніка), експозиції «Перевірка реальністю» Домашнє завдання: одна мала експозиція

Продовж. табл. 3.1

	3 блок - розвиток копінг-стратегій	
Знайомство з власними ресурсами	Ознайомити учасників з моделлю BASIC Ph як структурою для розвитку ефективних копінг-стратегій.	Вправи «Мої ресурси», «Карта стресу», дихальні вправи. Домашнє завдання: аналіз власних копінг-стратегій
	Допомогти учасникам усвідомити і розширити власні способи справлятися зі стресом, використовуючи всі шість стратегій моделі BASIC Ph, а також навчитися свідомо обирати ті стратегії, які найефективніше працюють для них у різних ситуаціях.	Вправи «Випробування стратегій», «Карта стресових ситуацій та стратегій». Домашнє завдання: щоденник стратегій BASIC Ph
Поєднуємо ресурси	Допомогти учасникам навчитися свідомо комбінувати різні стратегії моделі BASIC Ph для ефективного подолання стресу, закріпити вже освоєні методи і сформувані відчуття власного контролю над емоційним та фізичним станом.	Вправи: «Комбінатор стратегій», «Рольова інтеграція», «Моя інтегрована карта копіngu». Домашнє завдання: щоденник стратегій BASIC Ph
Наш бастіон	Оцінити та закріпити здобуті навички саморегуляції і когнітивної гнучкості; інтегрувати знання та інструменти в повсякденне життя; сформувані індивідуальний план підтримки психічної стійкості та профілактики рецидивів.	Вправи «Аптечка психологічної допомоги», «Карта цілей: міст у майбутнє». Домашнє завдання: написати лист собі майбутньому.

Як видно з даної таблиці програма соціально-психологічного тренінгу охоплює всі складові психологічної адаптації дітей-переселенців, а саме тривожність, агресивність, самооцінка та комунікативні навички.

Під час тренінгу ми дотримувалися постійної структури кожного заняття. Опишемо її більш детально.

1. Вступ (10 хвилин). Кожне заняття починалося з привітання, питань про настрій, самопочуття, та оголошення теми і мети заняття. Також у цій частині було присутнє мотиваційне слово тренера, в якому наголошувалося на важливості розвитку тих чи інших навичок, які планується тренувати. Така форма роботи допомогла учасникам тренінгу зрозуміти важливість нашої сумісної праці та необхідність виконання всіх завдань. Окрім того, на кожному занятті зупинялися на правилах роботи. На першому занятті ми їх визначили, на всіх інших повторювали. Такий підхід зробив роботу більш ефективною.

2. Введення в тему (5 хвилин). В процесі проведення тренінгу кожне заняття починали щ короткого огляду теоретичних аспектів за темою. Це допомагало учасникам налаштуватися на роботу.

3. Основна частина (40 хвилин). Повністю присвячена практичним вправам. Це найбільша частина тренінгового заняття. Вона включала в себе рольові ігри, техніки арт-терапії та когнітивно-поведінкової терапії.

4. Аналіз результатів роботи на занятті (10 хвилин). На цьому етапі учасники тренінгу обговорювали своє враження від заняття. Визначали що було більш важливе, а що менше, аналізували свої слабкі та сильні сторони.

5. Теоретичне доповнення (5 хвилин). Після проходження практичних вправ доповнювали їх теоретичним матеріалом для кращого розуміння, що допомагало розширити коло знань учасників тренінгу та краще розуміти що з ними відбувається. Після практичних вправ теоретичний матеріал краще засвоюється.

6. Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання (15 хвилин). На цьому етапі були повторені ключові моменти заняття, узагальнення

набутих знань та роз'яснення домашнього завдання. Також обов'язковим елементом на цьому етапі є заключне слово тренера, яку виражає підтримку та мотивацію на майбутнє.

7. Оцінювання (5 хвилин). Учасники тренінгу на цьому занятті надають зворотній зв'язок тренеру. Також їм пропонується оцінити як отриманні знання можна використовувати на практиці та що вони будуть робити вдома. Всім учасникам тренінгу виражається подяка за участь та нагадується, що вони завжди можуть звернутися за додатковою допомогою та підтримкою.

3.2. Реалізація програми соціально-психологічного тренінгу «Подолання когнітивних пасток»

В рамках формувального етапу експерименту ми реалізували програму соціально-психологічного тренінгу «Подолання когнітивних пасток». Опишемо кожне заняття тренінгу.

Заняття 1.

Тема: Перший крок на зустріч

Мета - Створення безпечного, довірливого простору для учасників; формування відчуття групової підтримки; зниження початкової напруги та тривожності, пов'язаної з новим досвідом; налаштування на співпрацю.

Хід заняття.

Вступ.

Привітання тренера. Доброго дня, шановні учасники тренінгу. Я дуже рада вас всіх тут бачити. Давайте ми з вами познайомимось, а після я вам розповім, що ми будемо з вами робити. Я трохи розповім про себе, а потім ви розкажете щось про себе, якщо у вас буде таке бажання. Ви згодні? (дочекатися зворотнього зв'язку від учасників).

Мене звати Вікторія Лопатко, я психолог із понад 10-річним досвідом. Працюю з людьми, які пережили важкі життєві обставини, зокрема військовими. Я розумію, через що ви проходите, і сьогодні ми почнемо наш шлях до внутрішньої стабільності.

Давайте познайомимось. Скажіть, будь ласка, як вас звати, звідки ви приїхали, скільки часу вже тут, і якщо захочете - кілька слів про себе. Також мені цікаво, як би ви оцінили свій емоційний стан зараз, одним словом або фразою (відповіді учасників).

Бачу, що кожен із вас пройшов непростий шлях. Ви сильні, і сьогодні ми будемо працювати над тим, щоб ця сила приносила спокій, а не напругу.

Перш ніж почати наш шлях, давайте з вами разом установемо правила роботи. Я буду пропонувати, а ви можете висловлювати свою думку, пропонувати свої правила.

(Шляхом брейн-шторму встановлюються правила роботи в групі).

Правила роботи:

1. В групі ми говоримо від свого імені, використовуючи «Я»-висловлювання.
2. Те, що розповідають на заняттях, ми не виносимо назовні, тримаємо в таємниці особисті свідчення учасників.
3. Ми залишаємо «тут і зараз», говоримо про те, що нас турбує прямо тепер.
4. Ми ділимося своїми почуттями. Не буває правильних чи неправильних почуттів. Ми пам'ятаємо про це і не боїмся бути відкритими!
5. Не робимо зауважень один одному.
6. Не даємо порад.
7. Не ставимо питань, які можуть поглиблювати особистісні свідчення учасників.
8. Не даємо оцінок.
9. Не «навіщуємо ярликів».

10. Не перебиваємо.
11. Не виправляємо.
12. Коли один говорить, всі інші уважно слухають.
13. Приймаємо себе та інших такими, як ми є. Намагаємося не критикувати один одного навіть подумки.
14. Всі запрошуються до обговорення, але не примушується. Кожен має право «пропустити».

З цими правилами погодилися всі учасники тренінгу.

Отже, тепер я вам розповім про сам тренінг та що ми будемо робити. Наш тренінг складається з 3 блоків. Перший блок присвячений зниженню рівня тривожності, другий - когнітивній реструктуризації, а третій - розвитку копінг-стратегій. Чи є у вас якісь зауваження? Можливо ми хотіли б щось додати до нашого тренінгу? (Відповіді учасників)

Введення в тему.

Сьогодні ми починаємо 1 блок нашого тренінгу. На нашому першому занятті ми зробимо перший крок на зустріч один одному, створимо атмосферу безпеки та підтримки. Це все буде сприяти зниженню нашої тривожності.

Що таке тривожність? (Відповіді учасників)

Тривожність - це посилений страх. Ми всі чогось боїмося. Сьогодні ситуація склалася таким чином, що тривожність - стала нормою. Ми всі боїмося, що щось станеться. При чому ми не знаємо напевно станеться щось погане чи ні. Ми живемо в очікуванні того, що може статися и наше життя в результаті проходить повз нас. Тривога відбувається не просто в нашій свідомості, це реакція всього тіла. Тож тривога - це також реакція нашого організму на визначеність.

Як ви відчуваєте тривогу у вашому тілі? Можливо у вас починає колотити серце? А може у вас стають вологими руки? Я, наприклад, відчуваю тривогу у грудях. Я відчуваю ніби стискання у цій частині тіла. А що відчуваєте ви? (Учасники діляться своїм відчуття тривоги).

Основна частина.

Чудово. Тепер ми всі знаємо, що тривога відчувається в тілі. Тож якщо ми розслабимо тіло, то зменшиться й рівень тривожності. Зараз ми з вами зробимо кілька дихальний вправ.

Вправа «Квадратне дихання» [76].

Робимо повільний вдих через ніс на рахунок 4 (1, 2, 3, 4). Затримуємо дихання на рахунок 4 (1, 2, 3, 4). Робимо повільний видих через рот (1, 2, 3, 4). Затримуємо дихання на рахунок 4 (1, 2, 3, 4). Повторюємо вправу протягом 1-2 хвилин.

Учасники діляться своїми враженнями. Ті, хто вже знайомий з різними дихальними вправами, діляться своїм досвідом.

Вправа «Заземлення» [76].

Учасникам пропонується порахувати та назвати 5 предметів, які вони бачать. Потім доторкнутися до 4 речей з різною текстурою. Після того звернути увагу на 3 звуки, які вони чують навколо. Назвати їх. Потім зосередитися на запах. Назвати 2 запахи, які вони відчують зараз. І подумати над смаком, який вони або зараз відчують у роті, або могли би відчувати (наприклад, смак лимону).

Після проведення вправи йде обговорення. Учасники діляться своїми враженнями, припускають коли вони можуть використовувати цю вправу.

Вправа «Позивний миру» [10].

Кожен учасник обирає собі «позивний миру» - ім'я або слово, яке символізує спокій, силу чи надію (наприклад: «Тиша», «Камінь», «Сонце», «Оберіг»).

По колу кожен представляється, промовляючи: «Мій позивний миру — ..., тому що...»

Інші коротко реагують - схвально або з гумором, але без оцінок.

Обговорення - тренер ставить питання учасникам:

Як ви почуваетесь після знайомства?

Чи було легко обрати свій позивний?

Вправа «Безпечне місце» [22]

Спочатку учасникам тренінга показується відео-фрагмент із передачі «Вулиця Сезам», де герої виконують цю вправу [59].

Після того тренер пропонує учасникам повторити цю вправу, сісти зручно, закрити очі.

«Згадайте або уявіть місце, де ви почуваетесь у повній безпеці. Це може бути реальне місце або вигадане. Зверніть увагу на деталі: що ви бачите, які звуки чуєте, як пахне повітря, яке воно на дотик...»

Через 3–5 хвилин учасники діляться, якщо хочуть, як виглядало їхнє безпечне місце.

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасникам пропонується проаналізувати свій стан зараз та порівняти його зі станом на початку заняття.

Тренер ставить наступні питання:

Яка вправа вам найбільше сподобалась?

Яка вправа вам не допомогла?

Чи могли би ці вправи допомогти вам знизити рівень тривожності та повернутися у стан «тут і зараз»?

Що сьогодні у вас вийшло найкраще?

Що не вдалося? Чи хотіли б ви над цим ще попрацювати?

Теоретичне доповнення

Сьогодні ми виконали деякі вправи, після яких ви відчували полегшення. Я хочу вам розповісти чому це відбулося. Як же це працює?

Тривога існує для того, щоб тримати нас живими. Це частина нашої системи реагування на загрози. І тривога, і страх тісно пов'язані. Уявіть, що тисячі років тому ви шукали коріння та ягоди, а у високій траві шелест. Вам потрібна система, яка допоможе вам розібратися, чи це просто вітерець, чи левиця на полюванні.

Зараз нам леви не погрожують. Але у нас все ще є загрози, і тривога допомагає нам передбачати їх і реагувати на них. Отже, що тут відбувається? У нас є дві основні частини нашого мозку, які беруть участь у тривозі: лімбічна система та кора. Лімбічна система допомагає нам підготуватися до боротьби. Вона пов'язана з нашими емоціями та поведінкою. Особливо, коли ці емоційні або поведінкові реакції повинні відбуватися швидко, без застосування міркувань або судження, щоб зберегти нас живими. Як і наша реакція на боротьбу, втечу або заморожування - яка є як психічною, так і фізичною реакцією на потенційну загрозу. В цій системі у нас є амігдала, невелика частина мозку, яка подає сигнал страху, включаючи гіпоталамус. Гіпоталамус вже передає цей сигнал до решти вашого тіла. ось тому ви відчували тривожність у вигляді прискореного серцебиття тощо.

Але у нас ще є кора головного мозку. Ми її використовуємо, коли думаємо, щось плануємо. Звідти беруться наші судження та мотивація. Саме кора головного мозку починає аналізувати ситуацію. А чи дійсно є загроза?

Сьогодні, виконуючи ці вправи, ми активували кору головного мозку та показали своєму тілу, що зараз ми в безпеці, нам ніщо не загрожує.

Мозок складний і взаємопов'язаний ... і те, що відбувається в одній частині мозку, абсолютно впливає на інші частини.

Чи є у вас якісь питання?

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Отже, сьогодні ми з вами розібралися звідки береться тривожність. При виникненні дискомфорту ви можете звернутися до будь-якої з вправ, які ми сьогодні виконували та швидко заспокоїтися.

Також ви можете проаналізувати чи дійсно вам загрожує небезпека прямо зараз та заспокоїти свою лімбічну систему, тим самим знімаючи зайву напругу.

Але я хотіла б щоб не зупинялися на цьому і закріпили отриманий сьогодні результат. Тому я пропоную вам виконати домашнє завдання.

Почніть вести щоденник спокою. Щодня протягом тижня фіксуйте момент, коли вам було спокійно. Коротко записуйте що саме сталося, що допомогло відчувати спокій, як це відчувалося в тілі.

Кожного дня повертайтеся до свого «безпечного місця», хоча ж на декілька хвилин. Можна роботи це перед сном у ліжку.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Ви чудово попрацювали. Кожен зробив важливий крок - навчився створювати власний простір безпеки. Дякую за довіру. Наступного разу ми продовжимо роботу над зниженням тривожності через тілесні техніки та саморегуляцію.

Заняття 2.

Тема: Коли говорить тіло

Мета - розвиток навичок керування тривогою через роботу з тілом.

Хід заняття.

Вступ.

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе відчуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадають на називають правила роботи).

Аналіз щоденників спокою.

Чудово! Минулого разу ми з вами говорили про те, що наша тривога відбивається на нашому тілі. Сьогодні ми з вами знайдемо її точне місцеположення на вашому тілі та будемо працювати з нею. Звучить просто,

але насправді це один із найглибших способів відновлення внутрішньої рівноваги після стресу чи травми.

Чому це важливо? Тривога змушує ваше тіло напружуватися, а саме напружуватися певні м'язи. Через що тривога ще більше посилюється. Виходить замкнене коло. І сьогодні ми його розірвемо. Коли ви точно знаєте які саме м'язи у вас напружені, ви зможете їх розслабити зусиллям волі, таким чином тривога піде.

Введення в тему.

Після переживання бойових подій тіло часто продовжує «говорити» навіть тоді, коли загроза вже минула. Психологи називають це соматизацією - коли тіло реагує на психологічні спогади або емоції. Це може проявлятися через напруження м'язів, біль у грудях, головний біль, проблеми зі сном або постійне відчуття втоми.

Ці сигнали - не вороги. Вони - мовлення нашого тіла, його спосіб сказати: «Я досі насторожі. Допоможи мені заспокоїтися».

Коли людина потрапляє в небезпечну ситуацію, активується симпатична нервова система - частина, яка відповідає за реакцію «бий, тікай або завми».

У цей момент:

- дихання стає частішим;
- серце працює швидше;
- м'язи напружуються, готуючись до дії;
- організм викидає гормони стресу - адреналін і кортизол.

Для військових така реакція є життєво необхідною - вона допомагає вижити. Але після повернення в мирне життя ті самі механізми можуть залишатися активними, навіть коли загрози вже немає. Тіло продовжує «чергувати», ніби все ще на бойовому посту. Звідси - постійна напруга, тривога, проблеми зі сном, вибухові реакції на звуки або запахи, що нагадують про травматичні події.

Мозок і тіло працюють як єдина система. Якщо тіло напружене, мозок отримує сигнал: «Небезпека!» Але якщо тіло розслаблене, дихання спокійне, серцебиття вирівняне - мозок отримує інший сигнал: «Ми в безпеці». Тому робота з тілом - це не просто фізичні вправи, це спосіб впливу на емоційний стан. Через дихання, розслаблення м'язів, усвідомлення тілесних відчуттів ми поступово «вимикаємо тривожну сигналізацію» в мозку.

Саме тому сьогодні ми будемо вчитися:

- спостерігати за тілом, а не ігнорувати його;
- дихати глибоко та ритмічно, щоб уповільнити серцебиття;
- малювати свою тривогу, щоб побачити її форму, колір і межі, а значить
- частково взяти її під контроль.

Основна частина.

Вправа «Сканування тіла» [22].

Зараз ми з вами про скануємо свою тіло та знайдемо де саме у нас «живе» тривога. Отож, зараз ми з вами ляжемо і ви пройдете за моїм голосом, прислухаючись до свого тіла.

(Учасники лягають на килимки для йоги. Включається легка музика).

Відчуйте свої пальці на ногах. Чи напружені вони? Розслабте їх.

Далі тренер називає по черзі кожну частину тіла: ноги, колена, стегна, живіт, груди, пальці на руках, лікті, руки, шия передня частина та задня, попереk, грудний відділ, голова, лоб, скули, щелепи тощо. Учасникам пропонується розслабити поступово кожну із цих частин.

Після проведення вправи можна запитати: як ви себе відчуваєте? Які м'язи не вдалося розслабити? Які було розслабити важко? Які м'язи розслабивсь легко? Чи відчуваєте ви зараз напругу? Де саме?

Кожен із учасників ділиться своїми враженнями.

Ті м'язи, які так і не вдалося розслабити або ті, які було розслабити важко, необхідно розслабляти додатково. Скоріш за все саме там «сидить» тривога.

Вправа «Малюнок «Карта тривоги» [34].

Тепер, коли ви провели ретельно сканування свого тіла, побачили свої напружені м'язи, я вам пропоную намалювати свою «карту тривоги». Ви можете малювати частини тіла, а можете підійти до цього завдання метафорично і малювати як ви уявляєте свою тривогу в тому чи іншому місці.

Після малювання подумайте, що можна зробити, щоб тривоги там не було.

Дихальна вправа «4-2-8-2» [76].

Сьогодні ми з вами зробимо іншу дихальну вправу, щоб ви могли порівняти, яка саме вправа краще працює для вас, яка вам більше подобається.

Ми робимо повільний вдих через ніс на рахунок 4. Потім затримуємо дихання на рахунок 2. Тепер робимо повільний видих через рот на рахунок 8. І знову затримаємо дихання на рахунок 2. Повторюється протягом 1-2 хвилин.

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасники діляться враженнями від заняття та відповідають на питання:

Як відчують себе після виконання вправ?

Які вправи сподобалися найбільше? Чим саме?

Що не сподобалося?

Теоретичне доповнення.

Дихання - це міст між тілом і свідомістю. Ми не можемо безпосередньо контролювати серцебиття чи виділення гормонів, але можемо контролювати дихання, і через нього — впливати на всі інші процеси. Коли ми робимо повільний вдих і видих, активується парасимпатична нервова система - та, що відповідає за спокій і відновлення. Вона дає сигнал мозку: «Можна розслабитись, небезпеки немає».

Таким чином, кожен глибокий видих - це крок до відновлення контролю над собою.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Сьогодні ми з вами знайшли де «сидить» тривога. Ви чудово впоралися із завданнями. Якщо сьогодні щось не вийшло або вийшло не так, як вам хотілося, це нормально. З часом ви навчитесь.

У якості домашнього завдання я пропоную вам виконувати сканування тіла кожного дня. Ви відкриєте для себе багато нового.

Продовжуйте вести щоденник спокою. Слідкуйте як змінюються ваші емоції.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Дуже дякую всім учасникам за участь у занятті. Мені було приємно працювати з вами.

Заняття 3.

Тема: Кольори емоцій

Мета - вміння розпізнавати свої емоції та висловлювання їх через творчість.

Хід заняття.

Вступ.

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе почуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадають та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Що змінилася після щоденного виконання сканування тіла? (Учасники ділять враженнями).

Аналіз щоденників спокою.

Сьогодні ми з вами продовжимо говорити про емоції та будемо працювати з ними.

Насправді нашу реакції визначають не самі події, а те як ми на них реагуємо. У нас спершу з'являється емоція, а потім вже реакція в тілі. Пам'ятаєте ми з вами говорили на першому занятті як працює наша лімбічна система? (Нагадування, якщо учасники не пам'ятають).

У мене є для вас хороша новина. Ми можемо керувати своїми емоціями. Але спочатку нам їх необхідно правильно визначити та знайти екологічний вихід для них.

Введення в тему.

Вам може здаватися, що ваші емоції запрограмовані і вони просто включаються та трапляються з вами, але вони цього не роблять. Ви можете вірити, що ваш мозок спочатку оснащений схемами емоцій, що ви народжуєтесь з емоційними ланцюгами, але насправді це не так. Насправді ні в кого з нас немає в мозку ланцюгів, які відповідають за емоції. Насправді, жоден мозок на цій планеті не містить емоційних ланцюгів.

То що таке емоції насправді? (відповіді учасників) Емоції - це припущення. Це припущення, які ваш мозок будує зараз, де мільярди мозкових клітин працюють разом, і у вас більше контролю над цими припущеннями, ніж ви могли б собі уявити.

Припущення - це, насправді, принцип роботи вашого мозку. Для вашого мозку це звичайна справа. Припущення є основою будь-якого вашого досвіду. Вони є основою кожної вашої дії. Насправді, припущення - це те, що дозволяє вам розуміти слова, які я говорю, коли вони виходять із мого... (тренер робить паузу, щоб учасники тренінгу змогли доповнити - рота).

Так, ви абсолютно праві.

Припущення первинні. Вони допомагають нам швидко та ефективно пізнавати світ. Тому ваш мозок не реагує на світ. Використовуючи минулий досвід, ваш мозок передбачає і конструює ваш досвід сприйняття світу.

Те, як ми бачимо емоції інших людей, глибоко вкорінене у припущеннях. Тому для нас це виглядає так, ніби ми просто дивимося на чиєсь обличчя, і ми просто читаємо емоції, як ми читаємо слова на сторінці. Але насправді під капотом ваш мозок прогнозує. Він використовує минулий досвід, що ґрунтується на схожих ситуаціях.

Те, як ви відчуваєте свої власні емоції, це такий самий процес. Ваш мозок в основному робить прогнози, здогади, припущення, які він будує в даний момент з мільярдами нейронів, що працюють разом. Припущення пов'язують відчуття у вашому тілі, які дають вам ці прості почуття з тим, що відбувається навколо вас у світі, щоб ви знали, що робити.

Ті емоції, які, здається, трапляються з вами насправді зроблені вами. Ви не перебуваєте у владі міфічних емоційних ланцюгів, які закопані глибоко в якійсь давній частині вашого мозку. У вас більше контролю над своїми емоціями, ніж ви думаєте. Я не маю на увазі, що можна просто натиснути пальцями і змінити те, як ви почуваєтеся, так само, як ви змінюєте свій одяг, але наш мозок запрограмований так, що якщо ви зміните інгредієнти, які ваш мозок використовує для створення емоцій, тоді ви зможете перетворити своє емоційне життя.

Ось давайте сьогодні разом змінимо ті інгредієнти, які наш мозок використовує для «виготовлення» емоцій.

Основна частина.

Вправа «Малюнок «Мої емоції»» [34].

Учасникам пропонується намалювати спільний малюнок своїх емоцій. Вони можуть бути у різному вигляді: сонечко, камінці, дерева тощо. Малюють всі емоції, як позитивні, так і негативні. Потім пропонується подумати, що можна зробити, щоб негативна емоція стала позитивною. Наприклад, якщо негативна емоція малюється у вигляді хмари, то може вийти сонце, або хмара може пролитися дощем та зникнути.

Вправа «Образ» (ліплення із глини) [34].

Учасникам пропонується одну із своїх образ (або іншу яскраву негативну емоцію, яка була виявлена в ході попередньої вправи) виліпити із глини.

Потім ця «образа» повинна бути трансформована у позитивну емоцію.

Вправа «Буси емоцій» [34].

Учасникам пропонується набір різнокольорових бус та товста нитка. Кожен думає про свої емоції та нанизує бусини на нитку відповідно до своїх емоцій. Учасники самі визначають для себе, який колір бусини символізує ту чи іншу емоцію. Потім на іншу нитку нанизуються бусини, що символізують позитивні емоції та проговорюються вголос дії, яка можна виконувати, щоб відчувати ці емоції.

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасники діляться враженнями від заняття та відповідають на питання:

Як відчують себе після виконання вправ?

Які вправи сподобалися найбільше? Чим саме?

Що не сподобалося?

Теоретичне доповнення.

Ми з вами говорили, що напруга в тілі викликана тривогою. Тепер ви знаєте точно, як відбувається цей процес. Отож, коли відчуваєте напруження, подумайте над цим, може не треба припускати, що станеться щось погане? Може це суто фізіологічна причина? Може ви просто втомилися або не виспалися? І вам треба піклуватися про себе і тривога зникне. Ви маєте контроль над своїми емоціями.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Ми з вами сьогодні дізналися як керувати своїми емоціями. Знаємо, що вони будуються виключно на ваших припущеннях. Це не означає, що ваша тривожність миттєво зникне, але ви знаєте, що поступово разом, підтримуючи один одного, ви впораєтесь. Якщо ви відчуваєте себе в «полоні» емоцій, будь ласка, нагадуйте собі, що це лише припущення.

У якості домашнього завдання створіть колаж «Мій емоційний стан». Ви можете використовувати будь-які матеріали. Буду рада подивитися на ваші колажі на наступному занятті.

Продовжуйте вести щоденник спокою.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Дуже дякую всім учасникам за участь у занятті. Мені було приємно працювати з вами.

Заняття 4

Тема: Мій внутрішній коментатор

Мета - навчитися розпізнавати автоматичні думки, усвідомлювати їхній вплив на емоції та поведінку, підготувати базу для подальшої когнітивної реструктуризації.

Хід заняття.

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе відчуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадують та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Хто готовий показати свій колаж? (Учасники ділять враженнями).

Аналіз щоденників спокою.

Ми переходим до другого блоку нашого тренінгу, який присвячений когнітивній реструктуризації. Ми з вами сьогодні наочно подивимося як наші думки впливають на наш стан.

Хтось із вас помічав як ваш настрій змінюється в залежності від того, про що ви думаєте? Поділіться своїми історіями (Обговорення з учасниками)

Введення в тему

Автоматичні думки - це короткі, швидкі, майже непомітні фрази або образи, які з'являються в нашій голові миттєво у відповідь на будь-яку подію чи ситуацію. Ми не обдумуємо їх свідомо - вони виникають самі собою, ніби внутрішній коментар до того, що відбувається. Вони можуть звучати як: «Я не впораюся», «Знову щось не так», «Це моя вина», або навіть у формі образу - наприклад, картинка провалу чи небезпеки. Ці думки виникають у кожної людини, але найчастіше ми не помічаємо їх - лише емоцію, яку вони викликають.

Коли ми починаємо помічати свої автоматичні думки, то раптом помічаємо, що вони тісно пов'язані з нашими емоціями та тілом. Думка «я нічого не вартую» викликає сум і спустошення, «зі мною станеться щось погане» - тривогу й напруження, а «вони знову мене не слухають» - роздратування або злість. Тіло реагує майже одночасно: стискаються м'язи, змінюється дихання, серце починає битися швидше. Ми часто думаємо, що це емоція «просто з'явилася», але насправді її запустила певна думка, просто настільки швидка, що ми її не встигли усвідомити.

Для людей, які пережили стрес або травму, автоматичні думки часто стають особливо сильними й нав'язливими. Вони можуть підтримувати відчуття небезпеки, навіть коли реальної загрози вже немає. Наприклад, після бойових подій у когось може автоматично виникати думка: «Якщо засну, щось трапиться» або «Світ небезпечний, потрібно бути наготові». Такі думки змушують тіло залишатися у стані постійної готовності, не дають розслабитися, викликають безсоння чи тривогу.

Автоматичні думки здаються правдою. Ми рідко ставимо їх під сумнів, бо сприймаємо як факт. Але насправді це лише інтерпретація - спосіб, у який мозок пояснює події. Іноді ці пояснення бувають точними, але часто вони

викривлені. Наприклад, думка «я не зробив того, що обіцяв, отже, я погана людина» здається логічною, але насправді це узагальнення, яке не відповідає реальності. Думка може бути частково правильною - «я справді не зробив це», але висновок - «я поганий» - неправдивий.

Такі автоматичні думки часто базуються на певних викривленнях мислення. Ми мислимо в категоріях «усе або нічого», перебільшуємо небезпеку, звинувачуємо себе за те, що не могли контролювати. І навіть якщо мозок підказує: «Так, це ж лише думка», емоційна реакція вже запущена. В когнітивно-поведінковій терапії ми навчаємося ловити ці думки - не для того, щоб їх одразу позбутися, а щоб побачити їх і перевірити.

Уявіть, що перед вами екран. Ви дивитеся новини, і раптом бачите титр - коротку фразу. Це і є ваша автоматична думка. Вона пролітає швидко, але саме вона задає тон усьому «випуску» - визначає, як ви будете почуватися далі. Якщо вчасно натиснути «пауза» і прочитати цю фразу уважно, ви вже не є її заручником. Ви можете сказати собі: «Це просто думка. Чи дійсно це факт? Чи можу я подивитися на ситуацію інакше?»

Коли ми починаємо помічати автоматичні думки, ми повертаємо собі контроль. Ми перестаємо реагувати лише емоційно, а починаємо вибирати, як саме ставитися до події. Це не означає «думати позитивно» або «ігнорувати реальність». Це означає перевіряти - чи є ця думка корисною, чи допомагає вона мені діяти, чи навпаки заважає.

Іноді достатньо просто вловити думку й записати її. Уже сам факт, що ви її помітили, зменшує її силу. Тоді можна зробити крок далі - перевірити: що в цій думці факт, а що припущення? Які докази за, а які - проти? І чи є більш реалістична або підтримувальна думка, яка допоможе діяти ефективніше?

Наприклад, замість «я не впораюся» можна сказати собі: «Це буде непросто, але я маю досвід і ресурси, щоб спробувати». Замість «зі мною завжди щось не так» - «іноді мені важко, але це не визначає мене повністю». Такі малі зміни створюють простір для спокою, впевненості й гнучкості.

Насамкінець важливо пам'ятати: автоматичні думки є в усіх. Це не ознака слабкості чи хвороби, це частина нашого мислення. Проте у тих, хто пережив сильний стрес або травму, ці думки можуть бути частіші, різкіші, більш тривожні. Але з практикою кожен може навчитися помічати, розпізнавати й перевіряти свої думки - і поступово зменшувати їхній вплив на емоції та тіло. І саме це - перший крок до відновлення внутрішнього контролю й рівноваги.

Основна частина

Вправа «Ловимо думки» [64]

Учасники отримують аркуші паперу із таблицею, яку необхідно заповнити. Перша колонка ситуація, яка викликала тривогу, далі думка, яка виникла, емоція, де в тілі відчувалося, поведінка, альтернативна думка.

В ході виконання вправи учасникам пропонується разом із тренером заповнити цю таблицю. Кожен записує власну ситуацію. Тренер допомагає та наводить приклади.

Вправа «Думка-емоція-тіло» [47]

Кожен із учасників обирає автоматичну думку та разом із тренером та групою обговорюється яку емоцію викликає ця думка та де вона «сидить» в тілі, як проявляється фізично (наприклад, прискорене серцебиття, дихання, напруженість м'язів тощо).

Рольова гра «Внутрішній коментатор» [33]

Учасники діляться на пари. Вони програють ситуацію, що викликала тривогу. Учасник, чия ситуація програється, надає в письмовому вигляді свої автоматичні думки партнеру. Той читає їх в голос, а перший учасник знаходить альтернативні думки. Потім пари міняються ролями.

Аналіз результатів роботи на занятті

Учасники діляться враженнями та відповідають на питання:

Яка вправа допомогла краще розпізнати автоматичні думки?

Чи помітили ви вплив думок на тіло та емоції?

Що було складно робити і чому?

Теоретичне доповнення

Хочу додати кілька важливих пояснень до того, про що ми сьогодні говоримо. Ми почали знайомитися з таким явищем, як автоматичні думки. І це справді основа, з якої починається будь-яка робота з власним мисленням у когнітивно-поведінковій терапії. Я хочу, щоб ви розуміли: автоматичні думки - це не щось «неправильне» або «погане». Вони є у кожного. Просто наш мозок працює так, що він постійно робить швидкі висновки про все, що відбувається навколо. Це допомагає нам виживати, орієнтуватися, приймати рішення, не витрачаючи багато часу.

Проблема починається тоді, коли ці думки стають негативними, самозвинувачувальними або тривожними. Вони виникають настільки швидко, що ми навіть не встигаємо усвідомити їх - лише відчуваємо емоцію або тілесну реакцію. Наприклад, ви йдете вулицею, хтось різко підвищує голос - тіло миттєво напружується, з'являється відчуття загрози. Мозок ще не встиг подумати, але автоматична думка вже з'явилася: «Небезпека». І навіть якщо ситуація абсолютно безпечна, тіло реагує так, ніби все відбувається знову.

У людей, які пережили бойові дії, такі реакції можуть бути особливо сильними, тому що нервова система тривалий час працювала у режимі виживання. Мозок звикає бачити потенційну небезпеку навіть там, де її немає. Іноді достатньо звуку, запаху чи певного слова, щоб автоматично з'явилася думка: «Треба бути насторожі», «Мені не можна розслаблятися», «Якщо я втрачусь пильність - буде біда». Це природно. Це наслідок досвіду, який залишив глибокий слід у системі безпеки мозку.

Але тут важливо: ми не можемо просто наказати собі не думати так. Це не працює. Наше завдання - помічати, що саме ми подумали, і перевіряти, наскільки ця думка відповідає теперішній реальності. Наприклад, якщо я подумав: «Все знову піде не так», я можу зупинитися і запитати себе - чи справді є ознаки, що так буде? Чи це просто мій страх, який спрацьовує за

старою схемою? Так ми поступово вчимо мозок розрізняти реальну небезпеку і минулі спогади, що все ще живуть у нашій системі реагування.

Мені важливо, щоб ви розуміли: усвідомлення автоматичних думок - це не контроль над ними, а можливість повернути собі вибір. Коли ми починаємо бачити, що саме ми подумали, ми вже не є заручниками цієї думки. Ми можемо вирішити, як на неї реагувати: погодитися з нею, перевірити, чи знайти більш реалістичну і підтримувальну альтернативу.

У когнітивно-поведінковій терапії це називається «когнітивною реструктуризацією» - тобто перебудовою мислення. Але вона починається саме з цього простого кроку - помітити, що я думаю, коли мені важко. Це як навчитися бачити, що саме запускає тривогу чи смуток.

Сьогодні ви робили перші спроби ловити свої думки. Це непросто, бо вони дуже швидкі. Але навіть якщо ви зловили хоча б одну-дві - це вже успіх. З часом це стане легше. Головне не оцінювати себе, не намагатися одразу «думати правильно». Просто спостерігайте. Якби ви дивилися кіно про свій розум - помічайте, що він показує, не засуджуючи.

І пам'ятайте: думка - це не факт. Вона лише відображення того, як ми бачимо ситуацію зараз, під впливом емоцій, досвіду, стану тіла. Коли ми вчимося помічати й перевіряти свої думки, ми поступово повертаємо собі внутрішній спокій, рівновагу і можливість реагувати не автоматично, а усвідомлено.

Тому я запрошую вас продовжувати практикувати це вдома. Кожного разу, коли помітите сильну емоцію - зупиніться й запитайте себе: «Що я зараз подумав?» Просто запишіть цю думку, не аналізуючи. Це буде перший крок до розуміння власних внутрішніх реакцій і до поступового відновлення відчуття контролю над собою.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання

Сьогодні ми з вами навчилися визначати автоматичні думки та розібрали засоби керування ними. Хотілося б відзначити, що шукати автоматичні думки

може бути не легко. Але це навичка, яку можна розвинути. Тож в даному випадку головне тренування. Тому у якості домашнього завдання я вам пропоную відслідковувати свої автоматичні думки та записувати їх. Не хвилюйтесь якщо щось не вийде, це нормально. Ми з вами вчимося.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Дуже дякую всім учасникам за участь у занятті. Мені було приємно працювати з вами.

Заняття 5

Тема: Коли думки грають проти нас

Мета - усвідомити власні глибинні упередження (когнітивні викривлення), навчитися розпізнавати їх, аналізувати докази «за» і «проти» та формувати більш збалансовані, реалістичні переконання.

Хід заняття

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе відчуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадають та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Які автоматичні думки ви у себе виявили? (Учасники ділять враженнями).

Аналіз записів учасників тренінгу.

Минулого разу ми з вами вчилися помічати автоматичні думки - ті, що виникають миттєво, ніби самі собою. Сьогодні ми підемо глибше. Ми спробуємо зрозуміти, звідки ці думки беруться - що стоїть у їхній основі. Адже

часто за однією короткою фразою на кшталт «Я не впораюся» стоїть ціла система переконань про себе, світ і людей.

Наша з вами робота сьогодні буде схожа на розкопками, ми будемо крок за кроком добиратися до глибинних переконань, які керують нашими реакціями.

Введення в тему

Сьогодні ми поговоримо про одну дуже важливу тему - глибинні переконання про себе, або, як у психології кажуть, ядрові переконання. Це ті глибокі внутрішні уявлення, які визначають, як ми бачимо себе, інших і світ. Вони не завжди звучать у нас у голові чітко сформульовано, але вони — наче внутрішні окуляри, крізь які ми дивимось на реальність. Саме ці переконання впливають на те, як ми інтерпретуємо події, реагуємо на ситуації, будуємо стосунки, приймаємо рішення.

Ядрові переконання формуються ще з дитинства. Вони виникають із нашого досвіду - того, як до нас ставилися важливі люди, як ми долали труднощі, що нам казали про нас самих. Часто вони стають частиною нашої особистості, навіть якщо колись були лише тимчасовим висновком. Наприклад, якщо дитина часто чула, що вона «незграбна», вона могла зробити висновок: «Я невдаха», і потім несвідомо підтверджувати це все життя, ігноруючи власні успіхи.

У дорослому житті, особливо після важких або травматичних подій, ці переконання можуть ставати надзвичайно активними. Людина може почати вірити, що «я безпорадний», «я нічого не вартий», «я небезпечний для інших», «світ - небезпечне місце», «ніхто мене не зрозуміє». У людей із ПТСР це особливо часто трапляється, тому що травматичний досвід підсилює відчуття безсилля, втрати контролю й небезпеки. Те, що було глибоко всередині, «прокидається» і починає керувати думками та поведінкою.

Психолог Аарон Бек, засновник когнітивної терапії, виокремив три основні групи негативних ядрових переконань.

Перша - переконання, пов'язані з безпорадністю. Це думки типу: «Я не впораюся», «Я слабкий», «Я нічого не можу змінити».

Друга група - переконання про неприйнятність, коли людина вважає, що її неможливо любити або прийняти: «Я непривабливий», «Мене не можуть поважати», «Я не заслуговую на турботу».

І третя - переконання про безцінність, коли здається, що «Я поганий», «Я не заслуговую жити», «Я нікчемний».

Ці переконання дуже глибоко вкорінені, і тому їх непросто змінити. Часто вони діють автоматично, навіть коли ми логічно розуміємо, що це не так. Наприклад, військовий, який зробив усе можливе на службі, може все одно вважати, що «я підвів інших». Хоча факти говорять про протилежне, внутрішнє переконання сильніше за логіку.

Проблема в тому, що ядрові переконання впливають на автоматичні думки - ті миттєві оцінки, які спливають у нас у голові, коли щось відбувається. Якщо глибинне переконання негативне, то й автоматичні думки також будуть у тому ж напрямку. Тому робота з ними починається поступово - спочатку ми вчимося помічати автоматичні думки, потім перевіряти їх, а згодом - діставатися до кореня, тобто до ядрового переконання.

Змінювати глибинні переконання - це процес. Спочатку ми повинні виявити їх, тобто побачити, які саме думки лежать у основі нашої реакції. Для цього ми можемо використовувати спеціальні техніки, наприклад, техніку «падаючої стріли». Ми запитуємо себе: «Що це означає для мене?», «Що буде, якщо це правда?», «Що найгірше може статися, якщо це дійсно так?» - і так, крок за кроком, «падаємо» все глибше, доки не знайдемо головне переконання.

Коли ми вже бачимо це переконання, далі ми вчимося перевіряти його на правдивість. Ми шукаємо факти, які підтверджують і які спростовують його. Часто виявляється, що доказів на користь переконання майже немає, а ми просто звикли його не ставити під сумнів. Це момент, коли можна почати

створювати нове, більш здорове переконання, яке буде підтримувати, а не руйнувати.

Зміна не відбувається одразу. Але кожен крок - це рух до того, щоб повернути собі контроль над власним мисленням і, як наслідок, над власним життям. Ми не можемо змінити минуле, але можемо змінити ставлення до себе сьогодні.

Пам'ятайте, що ядрові переконання - це не істина, а просто висновок, який ми колись зробили під впливом болю або страху. І цей висновок можна змінити, якщо ми готові його побачити й переосмислити. Завдання цього заняття - саме це: навчитися розпізнавати свої глибинні переконання, розуміти, як вони проявляються у житті, і зробити перший крок до їх зміни.

Основна частина

Вправа «Падаюча стріла» [57]

Іноді ми зупиняємось на поверхні думки: «Я зробив помилку» або «Я не зможу цього витримати». Але за цими фразами часто стоїть щось набагато глибше - наші уявлення про себе, про інших або про світ. Щоб їх знайти, ми будемо ставити собі серію запитань, ніби стріла, що падає все нижче й нижче, доки не дістанеться до ядра.

Кожному учаснику тренінгу пропонується обрати одну автоматичну думку зі свого списку та відповідати письмово на питання тренера:

- Якщо це правда, що це означає для тебе?
- Що буде найгірше, якщо це справді так?
- Чого ти боїшся найбільше, якщо це правда?

Кожну відповідь необхідно писати нижче попередньої, утворюючи «стрелу», що веде до глибинного переконання.

Тренер допомагає кожному учаснику, формулює питання та пояснює, що остання фраза - це і є глибинне переконання.

Вправа «Суд над думкою» [63]

Зараз ми спробуємо влаштувати маленький «суд» над вашими переконаннями. Уявіть, що ваша думка - це підсудний. Ми маємо знайти докази за і проти неї.

Учасники записують на новому аркуші своє глибинне переконання та ділять аркуш навпіл. В одній частині вони записують докази того, які підтверджують ці переконання, а іншій - які спростовують.

Тренер допомагає учасникам додатковими запитання:

- Які є факти, що це правда?
- А які факти свідчать, що це не так?
- Чи є приклади з життя, коли ти поводився інакше?
- Як би подивилася на це людина, яка тебе поважає?

Вкінці вправи тренер звертає увагу на те, що всі упередження не є цілковитою правдою та пропонує учасникам оцінити у відсотковому відношенні наскільки це упередження є правдивим (на основі написаних доказів).

Вправа «Світла сторона упередження» [76]

Будь-яке переконання колись виникло не просто так. Навіть негативне - «Я маю завжди бути сильним» або «Я не можу довіряти людям» - колись допомагало вижити чи уникнути болю. Зараз ми спробуємо побачити і його світлу, і темну сторону.

Учасники знову на новому аркуша розділеному навпіл зверху пишуть своє упередження. З одного боку аркушу вони записують чим це упередження їм допомагає, а чим заважає.

Після аналізу тренер допомагає кожному учаснику сформулювати нове більш реалістичне переконання.

Аналіз результатів роботи на занятті

Учасники діляться враженнями та відповідають на питання:

Яка вправа допомогла краще розпізнати автоматичні думки?

Чи помітили ви вплив думок на тіло та емоції?

Що було складно робити і чому?

Теоретичне доповнення

Після того як ми поговорили про глибинні переконання, варто згадати ще один дуже важливий елемент - когнітивні викривлення. Це ті «пастки мислення», у які ми всі час від часу потрапляємо. Вони діють автоматично й непомітно, спотворюють наше сприйняття подій і підживлюють тривогу, провину, сором або безнадію.

Когнітивні викривлення - це не ознака слабкості чи помилки, а просто спосіб, у який мозок намагається впорядкувати складну реальність. Проблема в тому, що після пережитих травматичних подій ці спотворення можуть ставати дуже стійкими. Вони починають визначати те, як ми бачимо себе, інших людей і навіть майбутнє.

Я хочу, щоб ви знали: ми не можемо просто наказати собі «думати інакше». Але ми можемо навчитися розпізнавати ці викривлення - і це вже половина шляху до зміни. Коли ми помічаємо, що певна думка може бути спотворенням, ми починаємо ставитись до неї не як до факту, а як до гіпотези, яку можна перевірити.

Отже, давайте розглянемо найпоширеніші когнітивні викривлення.

Перше - **«Все або нічого»** (чорно-біле мислення). Це коли ми бачимо ситуацію лише у крайніх полюсах: або успіх, або провал. Наприклад: «Якщо я не впорався на 100 %, значить, я повний невдаха». У житті майже ніколи не буває тільки чорного чи білого - але розум, особливо після стресу, часто не бачить відтінків.

Друге - **узагальнення**. Це коли одна неприємна подія перетворюється у «закон життя». Наприклад: «Один раз мені не вдалося - значить, мені ніколи не вдасться». Так формується віра у власну безпорадність, хоча фактів для цього дуже мало.

Третє викривлення - **ментальний фільтр**. Ми наче маємо в голові сито, яке пропускає лише негативні факти, а позитивні - ігнорує. Наприклад: «Так,

я добре виступив, але це нічого не означає». Це викривлення часто підтримує депресивні й тривожні стани, тому що мозок не бачить успіхів і не підкріплює почуття власної ефективності.

Четверте - **знецінення позитивного**. Ми не просто не помічаємо хорошого, ми його активно знецінюємо. Наприклад: «Так, мені подякували, але вони просто ввічливі». Це теж спосіб, у який старі переконання утримують контроль.

П'яте - **читання думок**. Ми вважаємо, що точно знаємо, що думають інші, і, звичайно, не на нашу користь: «Вони думають, що я слабкий», «Вони вважають мене дивним». Це викривлення часто створює напруження в стосунках, навіть коли об'єктивних підтверджень немає.

Шосте - **катастрофізація**, або перебільшення загрози. Це коли мозок миттєво малює найгірший сценарій: «Якщо я зроблю помилку - все пропало». Для військових це мислення може бути наслідком бойового досвіду, коли такий спосіб мислення колись рятував життя. Але в мирному житті він лише підтримує тривогу.

Сьоме - **емоційне мислення**. Це коли ми віримо, що якщо щось «відчувається» правдою - то це правда. Наприклад: «Я відчуваю провину - значить, я винен». Насправді емоції - це сигнали, але не факти.

Восьме - **повинні / мусиш**. Це внутрішні правила, які звучать як «Я повинен бути сильним», «Я не маю права слабшати», «Я мушу все контролювати». Такі думки часто створюють сильний тиск і відчуття провини, коли щось іде не так.

Дев'яте - **ярлики**. Це коли ми визначаємо себе або інших через одну дію: «Я лузер», «Він нікчема». Це спрощує реальність, але забирає у нас гнучкість. Ми починаємо жити відповідно до ярлика, навіть якщо він несправедливий.

І нарешті - **персоналізація**. Це коли ми беремо на себе відповідальність за все, навіть за те, що від нас не залежить. Наприклад: «Якби я був кращим,

цього б не сталося». У ветеранів це часто пов'язано з почуттям провини за події війни, які насправді не могли бути під їхнім контролем [58].

Коли ми починаємо розпізнавати ці викривлення, ми можемо ставити собі просте запитання: «Чи є це фактом, чи це просто спосіб, у який я зараз думаю?». І саме це допомагає поступово змінювати ставлення до себе та світу.

Пам'ятайте: ви не повинні «позбутися» когнітивних викривлень повністю. Вони - частина людського мислення. Але ви можете навчитися керувати ними, розуміти, коли вони активуються, і не дозволяти їм визначати ваші емоції та дії. Це і є сутність когнітивної реструктуризації - навчитися мислити більш реалістично, без самозвинувачень і без катастрофізації.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання

Сьогодні ми навчилися бачити не лише поверхневі думки, а й те, що стоїть за ними. Ми побачили, що навіть найболючіші переконання - це не вирок, а лише старі шаблони, які можна переписати.

Сьогодні кожен із вас виявив своє глибинне переконання та сформулював його альтернативу. Вашім домашнім завданням буде перевірити ваші негативні упередження, спробувати знайти інші, проаналізувати ті, які були знайдені сьогодні.

Домашнє завдання визначається для кожного індивідуально в залежності від його упередження.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Дуже дякую всім учасникам за участь у занятті. Мені було приємно працювати з вами.

Заняття 6

Тема: Докази замість припущень: новий погляд на реальність

Мета - навчити учасників застосовувати когнітивні та поведінкові техніки для зміни негативних переконань і формування більш реалістичного мислення; розвивати навички перевірки власних думок через логічний аналіз, збір доказів та досвід дії (експозицію).

Хід заняття

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе відчуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадують та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Які негативні переконання ви у себе виявили? (Учасники ділять враженнями).

Аналіз записів учасників тренінгу.

Введення в тему

На цьому етапі ми вже навчилися розпізнавати автоматичні думки й виявляти глибинні переконання, які впливають на те, як ми сприймаємо себе і світ. Тепер наше завдання - навчитися перевіряти свої переконання на практиці.

Наш мозок іноді схильний до перебільшення, узагальнення чи катастрофізації. Але реальність часто виявляється значно спокійнішою і безпечнішою, ніж ми очікуємо. Техніки, які ми сьогодні відпрацюємо, допомагають побачити це на власному досвіді. Вони вчать нас ставити під сумнів свої припущення, шукати докази і поступово змінювати спосіб мислення - не через примус, а через усвідомлення.

Основна частина

Техніка «Пиріг» [35]

Зараз я попрошу вас пригадати ситуацію, через яку ви відчуваєте провину та відповідальність за те, що сталося.

Дана техніка дозволяє оцінити відповідальність на певну подію. Кожному учаснику дається аркуш, на якому намальоване порожнє коло.

Тренер ставить питання:

- Наскільки ви вірите, що ця ситуація сталася через вас? (Скоріш за все відповідь буде 100%)
- А чи могли бути ще якісь причини чому це сталося?
- Брав участь ще хтось в цій події?
- Які зовнішні фактори могли вплинути?
- А що було поза вашим контролем?

По ходу цих питань учасники «ріжуть пиріг» на частину, розподіляючи відповідальність за ситуацію. Учасники графічно бачать, що не є винними на всі 100%.

Техніка «Адвокат» [57]

Учасникам тренінгу пропонується обрати негативне упередження та виступити адвокатом для себе як у суді. Один із учасників читає вголос чуже негативне переконання, а та людина, чиє переконання він прочитає, виступає у ролі адвоката. Його задача доказати, що це неправда. Він може ставити уточнюючі питання:

- Які факти це підтверджують?
- А які спростовують?
- Чи були ситуації, коли ти впорався?
- Що сказав би ти друзеві, якби він подумав те саме про себе?

Потім учасники міняються ролями.

Техніка експозиції «Перевірка реальності» [53]

Кожному учаснику пропонується обрати негативне упередження. Оцінити у відсоткову значенні наскільки учасник вірить в нього, а потім визначити разом із тренером маленький крок для його перевірки на практиці.

Тема цієї техніки - дозволити собі прожити ситуацію та доказати, що вона не така небезпечна як здається.

Після виконання вправи на наступному занятті оцінюється наскільки виправдалися очікування учасників.

Аналіз результатів роботи на занятті

Учасники діляться враженнями та відповідають на питання:

Яка вправа допомогла краще розпізнати автоматичні думки?

Чи помітили ви вплив думок на тіло та емоції?

Що було складно робити і чому?

Теоретичне доповнення

Зараз я хочу трохи підсумувати те, що ми з вами зробили сьогодні. Ми виконали кілька непростих, але дуже глибоких технік, які допомагають не просто «заспокоїтися» чи «думати позитивно», а реально змінити спосіб мислення. Це важлива частина роботи з посттравматичним стресовим розладом, бо ПТСР змінює не лише емоції, а й наші переконання про світ, про людей і про себе.

Коли людина переживає сильну травматичну подію, її мозок намагається створити логічне пояснення того, що сталося, щоб хоч якось повернути відчуття контролю. Але часто ці пояснення бувають викривленими. Ми починаємо думати: «Я мав зробити більше», «Я небезпечний для інших», «Світ - це лише біль і втрати». І навіть коли ситуація вже минула, ці думки продовжують керувати нашими діями. Саме тому ми й вчимося їх перевіряти.

Сьогодні ми бачили, що коли ми дивимося на ситуацію через техніку «Пиріг», то розуміємо - не все залежало тільки від нас. Є обставини, рішення інших людей, випадковість, навіть закони фізики, які впливають на результат. І це не зменшує вашої відповідальності як людини, воїна чи батька. Це просто дозволяє побачити правду ширше. І правда полягає в тому, що ви зробили все, що могли, у тих умовах, у яких були.

Коли ми працювали з технікою «Адвокат», ми тренували внутрішній голос підтримки. Це не про самозаспокоєння. Це про справедливість до себе. Якщо ми здатні з розумінням і співчуттям поставитися до товариша, який

помилився, то чому б не дати собі хоча б краплю того ж розуміння? Саме цей внутрішній голос і стає основою відновлення впевненості - коли ми перестаємо воювати проти себе.

А техніка експозиції покаже нам, що найкращий спосіб подолати страх - це не тікати від нього, а дозволити собі пройти через нього поступово, крок за кроком. І коли ви це робите, тіло вчиться: «Я можу бути поруч із цим відчуттям, і воно не знищує мене». Це дуже потужний досвід, бо саме через нього повертається контроль.

Те, що ми сьогодні зробили, це не просто набір вправ. Це практична перевірка вашої здатності впливати на власні думки, почуття й реакції. Ви побачили, що навіть якщо негативна думка виникає автоматично - ви не зобов'язані їй вірити. Ви можете подивитися на неї з боку, поставити запитання, знайти докази й навіть випробувати її на ділі.

Ми не можемо повністю контролювати свої емоції чи минуле, але ми можемо навчитися контролювати те, як ми думаємо про це. І саме це повертає відчуття сили, якої часто не вистачає після травми. Коли ви починаєте бачити, що можете впливати на свої думки, ви поступово повертаєте собі не лише спокій, а й гідність, віру в себе та у світ навколо.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання

Отже, я дякую вам за відкритість і готовність пробувати. Сьогодні ви зробили ще один крок до того, щоб ваші думки знову стали вашим союзником, а не ворогом. І кожного разу, коли ви помітите старі установки, пам'ятайте - тепер у вас є інструменти, щоб їх перевірити, змінити й рухатися далі.

До наступного заняття зробіть маленький крок, щоб перевірити чи все відбувається так як ви думаєте.

Домашнє завдання визначається для кожного індивідуально в залежності від його упередження.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Дуже дякую всім учасникам за участь у занятті. Мені було приємно працювати з вами.

Заняття 7

Тема: Знайомство з власними ресурсами

Мета - ознайомити учасників з моделлю BASIC Ph як структурою для розвитку ефективних копінг-стратегій.

Хід заняття

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе почуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадують та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Хто готовий поділитися результатами свого завдання? (Учасники діляться враженнями).

Сьогодні ми з вами починаємо третій, останній блок нашого тренінгу. На цьому та наступному заняттях ми будемо працювати над розвитком власних копінг-стратегій, які допоможуть нам впоратися із будь-якими труднощами в майбутньому.

Введення в тему

Сьогодні я хочу познайомити вас із моделлю BASIC Ph.

Вона допомагає зрозуміти, як ми можемо справлятися зі стресом, і показує шість основних способів, які ми можемо використовувати.

Перший – це поведінка, тобто те, що ми робимо, щоб зменшити напруження: це може бути фізична активність, рукоділля або будь-які дії, які допомагають відчувати себе краще.

Другий – почуття та емоції, тобто як ми виражаємо і регулюємо свої емоції: сміх, плач, малювання, музика – усе, що дозволяє емоціям вийти назовні.

Третій – сенсорика, або робота з відчуттями тіла: слухаємо музику, користуємося ароматами, дотиками, усе, що допомагає заспокоїтися.

Четвертий – образи та уявлення: ми використовуємо уяву для релаксації або щоб подумки перенести себе в безпечне, комфортне місце.

П'ятий – мислення: тут ми працюємо з думками, змінюємо або аналізуємо їх, щоб стрес ставав менш важким, плануємо дії або переосмислюємо ситуацію по-новому.

І шостий – фізіологія: це турбота про тіло – дихальні вправи, розслаблення м'язів, сон, харчування – усе, що допомагає тілу відновлюватися і заспокоюватися [45].

Ця модель показує, що ми можемо діяти одночасно різними способами, і важливо зрозуміти, які саме стратегії підходять саме нам.

Основна частина

Вправа «Мої ресурси» [25]

Сьогодні ми з вами визначимо якими копінг-стратегіями ви вже користуєтесь, а яких вам не вистачає, та їх треба розвивати.

Кожному учаснику роздається аркуш із шістьма блоками для кожної стратегії. Завдання учасників записати приклади того, які стратегії він використовував у своєму житті, а які міг би та як саме.

При обговоренні учасників діляться своїми прикладами.

Вправа «Карта стресу» [48]

Учасникам пропонується пригадати стресову ситуацію в своєму житті. Проаналізувати як вони вийшли з неї. Та виділити які копінг-стратегії були ними застосовані.

Завдання цієї вправи показати, що вони мають в наявності більше копінг-стратегій, ніж думають.

Вправа «Перемінне дихання через ніздрі» [76].

Великий палець ставиться біля лівої ніздрі, а середній - правої. Закрити праву ніздрю та вживати через ліву. Потім закрити ліву ніздрю та видихнути через праву. Повторити у зворотньому напрямку. Виконувати вправу протягом 1-2 хвилин.

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасники діляться враженнями від заняття та відповідають на питання:

Як відчують себе після виконання вправ?

Які вправи сподобалися найбільше? Чим саме?

Що не сподобалося?

Теоретичне доповнення.

Отже, сьогодні ми познайомилися з моделлю BASIC Ph і спробували на практиці кілька способів справлятися зі стресом. Вправи показали, що у кожного з нас уже є власні ресурси – дії, емоції, відчуття, уяву, думки та фізичний стан, які ми можемо використовувати, щоб заспокоїтися і відновитися. Важливо пам'ятати, що не існує єдиного правильного способу – кожен обирає ті стратегії, які працюють саме для нього. Тренування цих ресурсів допомагає почуватися більш впевнено у складних ситуаціях і поступово робить стрес менш нав'язливим.

Наше завдання – навчитися помічати, які стратегії допомагають у конкретний момент, і свідомо використовувати їх у повсякденному житті. А чим більше стратегій подолання стресу ви знаєте, тим більше вірогідності, що ви вийдете з будь-якої ситуації.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Отже, сьогодні ми з вами розібралися які групи копінг-стратегій існують. При виникненні дискомфорту ви можете звернутися до будь-якої з них.

До наступного заняття проаналізуйте якими копінг-стратегіями ви ще користувалися коли-небудь у своєму житті. Запишіть приклади.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Ви чудово попрацювали. Дякую за довіру. Наступного разу ми продовжимо роботу над розвитком власних копінг-стратегій.

Заняття 8

Тема: Розширюємо копінг-можливості

Мета - допомогти учасникам усвідомити і розширити власні способи справлятися зі стресом, використовуючи всі шість стратегій моделі BASIC Ph, а також навчитися свідомо обирати ті стратегії, які найефективніше працюють для них у різних ситуаціях.

Хід заняття

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе почуваєте сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадають та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Хто готовий поділитися результатами свого завдання? (Учасники діляться враженнями).

Сьогодні ми з вами продовжимо працювати над розвитком копінг-стратегій, розширим власні способи боротьби зі стресом та емоційним

навантаженням, а також навчимося свідомо обирати ті стратегії, які якнайкраще працюють для тієї чи іншої ситуації.

Введення в тему

Сьогодні ми будемо працювати над тим, як розширити свої можливості справлятися зі стресом. Ми вже знайомі з моделлю BASIC Ph і знаємо, що у нас є шість різних способів впливати на свій стан: через дії, емоції, відчуття, уяву, думки та фізичний стан. Сьогодні ми подивимося, як можна розширювати ці ресурси і використовувати їх більш усвідомлено. Ідея проста: у кожного з нас є свої природні способи заспокоюватися і відновлювати сили, але іноді ми використовуємо їх не повністю або лише випадково. Якщо навчитися помічати, які стратегії працюють для нас, і додавати нові способи, то ми можемо швидше і ефективніше справлятися з напруженням та складними ситуаціями. Під час сьогоднішніх вправ ми спробуємо визначити, які стратегії ви вже використовуєте, а які можна розвинути, і побачимо, як їх поєднувати для кращого результату. Це допоможе вам відчувати себе більш впевнено і керувати своїм станом у повсякденному житті.

Основна частина

Вправа «Випробування стратегій» [62]

Учасники обирають одну нову стратегію, яку раніше не використовували активно, і пробують застосувати її в безпечному контексті під час заняття. Наприклад, коротка медитація (Imagery), дихальна вправа (Physiology), або написання своїх емоцій (Affect). Після цього обговорюють відчуття і ефективність стратегії.

Вправа «Карта стресових ситуацій та стратегій» [24]

Учасники обирають реальну або потенційну стресову ситуацію зі свого життя і намагаються скласти «комбінацію» стратегій BASIC Ph, які могли б їм допомогти. Потім у групі аналізують, які комбінації працюють найкраще, і як їх можна адаптувати для різних випадків.

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасники діляться враженнями від заняття та відповідають на питання:

Як відчують себе після виконання вправ?

Які вправи сподобалися найбільше? Чим саме?

Що не сподобалося?

Теоретичне доповнення

Добре, тепер ми побачили на практиці, як працюють різні стратегії BASIC Ph і що у кожного з нас вже є власні ресурси для справляння зі стресом. Вправи показали, що деякі стратегії ми використовуємо часто і майже автоматично, а інші – рідше або зовсім не помічаємо. Це нормально, бо кожен з нас унікальний, і важливо знати, які способи працюють саме для вас. Завдання полягає в тому, щоб навчитися свідомо обирати стратегії, комбінувати їх і розширювати свій «інструментарій» копіngu. Коли ми тренуємо ці навички, ми стаємо більш гнучкими у складних ситуаціях і можемо швидше відновлювати спокій і контроль над собою. Головне – помічати свої ресурси і пробувати нові способи, щоб поступово створювати власну систему підтримки.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Отже, сьогодні ми з вами дізналися, що копінг-стратегії можуть бути різними. Іноді допомагає те, що здавалося зовсім нездатним. Ви знаєте, що можете не обмежувати себе ні в чому.

В якості домашнього завдання я вам пропоную вести щоденник стратегій BASIC Ph. Протягом тижня ведіть короткі записи: яка стресова ситуація сталася, яку стратегію (або комбінацію стратегій) ви використали і як це вплинуло на ваш стан. Спробуйте хоча ж одну нову для себе стратегію, те, яку раніше не застосовували та оцініть її ефективність саме для вас.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Ви чудово попрацювали. Дякую за довіру. Наступного разу ми продовжимо роботу над інтеграцією нових копінг-стратегій у ваше життя.

Заняття 9

Тема: Поєднуємо ресурси

Мета - допомогти учасникам навчитися свідомо комбінувати різні стратегії моделі BASIC Ph для ефективного подолання стресу, закріпити вже освоєні методи і сформувані відчуття власного контролю над емоційним та фізичним станом.

Хід заняття

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе почуваете сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадують та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Хто готовий поділитися результатами свого завдання? (Учасники діляться враженнями).

Введення в тему

Сьогодні ми будемо працювати над тим, як поєднувати різні стратегії BASIC Ph, щоб ефективніше справлятися зі стресом. Ми вже знайомі з кожною стратегією окремо – через дії, емоції, відчуття, уяву, думки та фізичний стан – і вчилися їх застосовувати на практиці. Тепер наша задача – навчитися використовувати їх разом, створюючи власну систему підтримки. Коли ми комбінуємо стратегії, вони підсилюють одна одну і допомагають нам швидше заспокоїтися, відновитися і відчувати контроль над собою навіть у складних ситуаціях. Під час сьогоднішніх вправ ми спробуємо відчути, як різні стратегії можуть взаємодіяти, і створимо власну карту інтегрованого копіngu, яку можна буде застосовувати в повсякденному житті.

Основна частина

Вправа «Комбінатор стратегій» [75]

Учасники обирають реальну стресову ситуацію зі свого життя і складають план, які стратегії з BASIC Ph вони можуть використати разом, щоб максимально ефективно впоратися зі стресом. Потім обговорюють у групі, які комбінації виявилися найпрактичнішими і чому.

Вправа «Рольова інтеграція» [63]

Учасники діляться на пари. Кожна пара відтворює стресову ситуацію у вигляді короткої вправи-імітації. Кожен учасник на практиці застосовує одну або кілька стратегій з моделі BASIC Ph, а решта спостерігає та дає короткий зворотний зв'язок. Мета – відчувати, як різні стратегії можуть підтримувати одна одну.

Вправа «Моя інтегрована карту копінгу» [64]

Кожен учасник створює особисту «карту» – схему або список своїх улюблених стратегій BASIC Ph і способів їх комбінування для різних ситуацій (робота, побут, напружені моменти). Потім учасники обмінюються ідеями у групі, щоб надихнутися новими підходами.

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасники діляться враженнями від заняття та відповідають на питання:

Як відчують себе після виконання вправ?

Які вправи сподобалися найбільше? Чим саме?

Що не сподобалося?

Теоретичне доповнення

Ми щойно побачили на практиці, як різні стратегії BASIC Ph можуть працювати разом. Вправи показали, що комбінування дій, емоцій, відчуттів, уяви, мислення та фізіології допомагає нам більш гнучко і швидко реагувати на стресові ситуації. Кожен з вас уже має власні ресурси, і тепер ви навчилися помічати, які стратегії добре поєднуються між собою. Важливо пам'ятати: немає універсальної комбінації для всіх випадків, і головне –

експериментувати та вибирати ті поєднання, які працюють саме для вас. Коли ми інтегруємо копінг-стратегії, ми отримуємо більш потужний інструмент для контролю свого стану, підвищення впевненості та швидшого відновлення після стресу. Це допомагає відчувати себе більш стійкими та готовими до будь-яких складних ситуацій у повсякденному житті.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Продовжуйте вести свій щоденник стратегій. Але протягом наступного тижня спробуйте застосувати інтегровану комбінацію стратегій у реальних стресових ситуаціях. Ведіть короткі записи: яка ситуація, які стратегії були використані, як це вплинуло на стан. Наприкінці тижня оцініть, що спрацювало найкраще і що можна додатково розвинути або змінити для кращого ефекту.

Оцінювання

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного? Що хотіли би дізнатися ще? Над чим хотілося би попрацювати?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Ви чудово попрацювали. Дякую за довіру. Мені було приємно з вами працювати.

Заняття 10

Тема: Наш бастіон

Мета - оцінити та закріпити здобуті навички саморегуляції і когнітивної гнучкості; інтегрувати знання та інструменти в повсякденне життя; сформувати індивідуальний план підтримки психічної стійкості та профілактики рецидивів.

Хід заняття

Вступ

Вітаю вас, шановні учаснику тренінгу! Як ви себе почуваете сьогодні? Який у вас настрій?

Давайте з вами пригадаємо правила роботи в групі (учасники пригадують та називають правила роботи).

Чи виконували ви домашнє завдання? Хто готовий поділитися результатами свого завдання? (Учасники діляться враженнями).

Введення в тему

Сьогодні у нас останнє заняття нашого тренінгу. Ми пройшли довгий і важливий шлях від «Квадратного дихання» до глибокої роботи з внутрішнім «коментатором». Сьогодні наша мета – подивитися назад, оцінити, наскільки ми стали сильнішими, і подивитися вперед – як використати цей бастіон сили у майбутньому.

Основна частина

Вправа «Аптечка психологічної допомоги» [54]

Учасникам роздаються невеликі блокноти, в яких вони занотовують свій індивідуальний «Надзвичайний план дій». Для створення цього плану учасники застосовують всі свої щоденники та нотатки, які писали протягом тренінгу.

«Надзвичайний план дій» складається з трьох основних блоків.

Перший блок - «червоні прапорці». В цю частину учасники тренінгу фіксують ранні ознаки наближення рецидиву або погіршення психологічного стану. Завдання полягає в тому, щоб записати щонайменше три конкретні ознаки. Вони можуть бути як поведінкові, так і фізичні, але всі вказують на те, що рівень стресу підвищується. Наприклад, напруження щелеп, уникання розмов, спалахи агресії тощо.

Другий блок - «мій інструментарій». Аналізуючи всі вправи, які були проведені протягом тренінгу, учасники обирають ті, які їм допомогли найбільше. Це може бути дихання, заповнення таблиць автоматичних думок, сканування тіла тощо.

Третій блок присвячений ресурсам підтримки. Необхідно написати щонайменше три зовнішніх ресурси, до яких можна звернутися в ситуації погіршення психологічного стану. Наприклад, дзвінок другу, пробіжка, читання книги тощо.

За бажанням учасники можуть презентувати свій «Надзвичайний план дій».

Вправа «Карта цілей: міст у майбутнє» [53]

Кожен учасник визначає дві конкретні цілі на найближчі 3-6 місяці у важливих для них сферах (стосунки, кар'єра, здоров'я, нове навчання тощо).

Важливо дослідити, яка саме автоматична думка заважає досягненню цілі. Учасники аналізують своє думки, за потреби застосовують техніки реструктуризації автоматичних думок та когнітивних викривлень.

Далі слідує символічне закріплення головної мети. Учасники пишуть її на окремому листочку, який можуть носити із собою. Він символізує міст від травмованого минулого до нового, свідомого і планованого майбутнього.

При записі цілей тренер ставить наступні питання:

- Як виглядає ваше життя, коли ви досягли цієї цілі?

- Які емоції ви відчуваєте?

Аналіз результатів роботи на занятті.

Учасники діляться враженнями від заняття та відповідають на питання:

Як відчувають себе після виконання вправ?

Які вправи сподобалися найбільше? Чим саме?

Що не сподобалося?

Теоретичне доповнення

Сьогодні ми говорили про інтеграцію. Ви навчилися ловити тривогу на рівні тіла, а викривлення – на рівні думки. Але найважливіше — це не самі вправи, а те, що ви навчилися бути власним психологом і бойовим побратимом для себе. Ви створили внутрішній Бастіон, який не дозволить старим патернам заволодіти вами. Пам'ятайте: рецидив – це не провал, це сигнал, що ваш план

потребує корекції. Ви знаєте, як це робити. Ваш головний ресурс – це ваша стійкість, ваш досвід і ваша здатність до змін. Ви вже не ті, якими прийшли сюди.

Закріплення результатів, висновки та домашнє завдання.

Сьогодні ми завершуємо групову роботу, але ваш шлях триває. Ви маєте карту, інструменти та силу. Продовжуйте діяти, виходячи з ваших цінностей, а не з ваших страхів.

Напишіть вдома собі лист майбутньому. Визначить свої сильні сторони, які вам вдалося відкрити під час тренінгу, опишіть свої цілі та способи їх досягнення.

Оцінювання.

Тепер я прошу вас про зворотній зв'язок. Поділіться своїми враженнями після заняття. Що було корисного?

Які вправи ви будете виконувати вдома? Як можете використовувати отримані сьогодні знання на практиці?

Кожен учасник промовляє своєму сусідові або групі побажання на майбутнє, використовуючи «Я»-висловлювання (наприклад, «Я бажаю собі і вам бути уважним до своїх потреб»).

Дякую вам за вашу довіру, відвертість та сміливість! Ви – сильні, і тепер ви знаєте, як ця сила може служити вашому спокою.

3.3. Перевірка ефективності реалізованих програмних заходів

Після впровадження програми соціально-психологічного тренінгу ми провели повторну діагностику респондентів за тими ж самими методиками, для того, щоб оцінити ефективність розробленої нами програми

Результати дослідження за методикою «Шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)» для

кожного респондента представлено у Додатку (див. Додаток І). Зведені результати представлені у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Зведена таблиця результатів дослідження
за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»**

Діапазон балів	Рівень вираженості симптомів	Кількість респондентів	% від вибірки
0-32	Мінімальні/ помірні	4	13 %
33-44	Клінічно значущі	20	66 %
45-80	Виражені/ тяжкі	6	20 %

Середній показник по вибірці становить 41,4 балів, що відповідає клінічно значущому рівню вираженості симптомів ПТСР. Мінімальний загальний бал склав 26, максимальний - 54. 26 учасники дослідження перевищили значущий поріг у 33 бали, що говорить про наявність ПТСР.

Найбільш вираженими виявилися симптоми за критеріями Е (надмірна реактивність) та В (інтрузії). Результати дослідження за кожним критерієм представлені у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Зведена таблиця результатів дослідження за кожним критерієм за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»

Критерій	Мінімальний/ помірний		Клінічно значущий		Виражений	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
B	7	23 %	13	43 %	10	33 %
C	23	76 %	6	20 %	1	3 %
D	3	10 %	19	63 %	9	26 %
E	6	20 %	11	36 %	13	43 %

Як видно з табл. 3.3 за критерієм B - інтрузія - виявлено 7 респондентів з мінімальним рівнем вираженості. 13 респондентів продемонстрували клінічно значущий рівень вираженості інтрузії та 10 осіб мають виражений рівень. 23 респондента мають мінімальний та 6 - клінічно значущий рівень вираженості критерія C. Та 1 військовослужбовець продемонстрував виражений рівень уникнення. Три респондента показують мінімальний рівень вираженості такого симптому ПТСР як негативні думки, 19 - клінічно значущий рівень. При цьому 9 респондентів показують тяжкий рівень вираженості такого симптому ПТСР, як негативні думки (критерій D). Надмірну реактивність (критерій E) демонструють 6 респондентів на мінімальному рівні, 11 військовослужбовців - на клінічно значущому рівні та 13 - на тяжкому.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді гістограми (див. рис. 3.1).

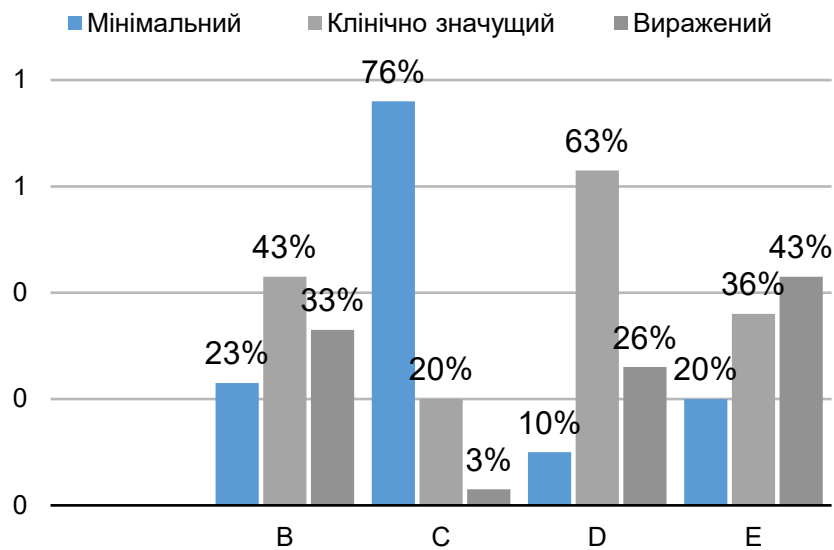


Рис. 3.1. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»

У 76% респондентів вираженість симптомів кластеру С (уникнення) є мінімальними. У своїх думках можуть дозволити собі пригадувати події, пов'язані з травмою. 20% військовослужбовців не хочуть пригадувати та розповідати про травмуючі події, намагаються не відвідувати людних місць та не дивляться новини. Рівень вираженості симптому уникнення може бути визначений як клінічно значущий. Та 3% респондентів не відвідують гучних місць, уникають розмов про війну, навмисно «придушують» думки та почуття, пов'язані із травмою, оскільки ці спогади «не поміщаються в голову та причинність фізичний біль», «можуть розірвати з середини» (за словами військовослужбовців). Рівень вираженості симптому в даному випадку визначається як тяжкий.

У 10% респондентів спостерігається мінімальний рівень вираженості негативних думок, у 63% - клінічно значущий, та у 26% - негативні думки, переконання та емоційний стан на важкому рівні вираженості. У частини з них відмічається часткова амнезія, коли вони зазначають, що не пам'ятають самої

травматичної події. Всі демонструють стійкі негативні думки про те, що світ несправедливий та небезпечний, що нікому не можна довіряти, навіть собі. Відмічаються самозвинувачення та бачення у чорно-білих кольорах. Їм притаманне почуття вини, страху, сорому.

У 36% респондентів спостерігається клінічно значущий рівень надмірної реактивності. У них спостерігаються спалахи агресії та само руйнівна поведінка, зокрема, зловживання алкоголем. У 43% військовослужбовців визначається виражений рівень надмірної реактивності. Вони демонструють спалахи гніву, надмірну пильність, сплять уривками, проявлять агресію у побутових ситуаціях.

Ми порівняли результати первинної та повторної діагностики. Результати порівняльного аналізу представлені у вигляді гістограми (див. рис. 3.2).

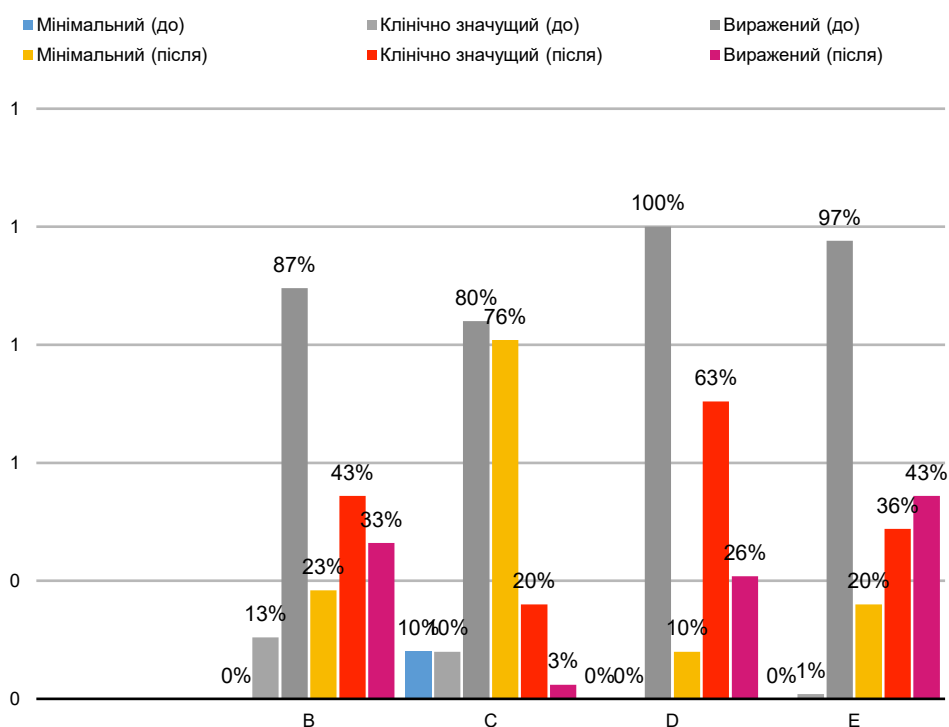


Рис. 3.2. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)» до та після формувального експерименту

Як видно з рис. 3.2 після проведення соціально-психологічного тренінгу кількість військовослужбовців з мінімальним та помірним рівнем прояву інтрузії на 23%, з клінічно значущим рівнем - на 30%. Кількість респондентів з високим рівнем вираженості симптомів кластеру В зменшилася на 54%.

Кількість респондентів з мінімальним рівнем прояву симптомів кластеру С після проведення соціально-психологічного тренінгу збільшилася на 66%, з клінічно значущим - на 10%. Кількість військовослужбовців з вираженим рівнем прояву симптомів даного кластеру знизилася на 77% після проходження тренінгу.

До проходження тренінгу абсолютна кількість досліджуваних демонстрували виражений рівень прояву симптомів кластеру D. Після проходження тренінгу таким респондентів залишилося 26%. Переважна більшість мають клінічно значущий рівень вираженості.

До проходження соціально-психологічного тренінгу жоден респондент не продемонстрував мінімальний рівень вираженості симптомів кластеру Е. Після проходження тренінгу таких респондентів стало 20%. Кількість респондентів, що демонструють виражений рівень симптомів зменшилася після проходження тренінгу на 54%.

Таким чином, після проходження соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, респонденти продемонстрували клінічно значущі показники вираженості симптомів ПТСР за загальними балами. До проходження тренінгу респонденти мали тяжкий рівень вираженості симптомів. Після проходження тренінгу випробуваням вдалось позбавитися більшості негативних та нав'язливих думок, значно зменшилися почуття провини, страху та сорому. Також більшість респондентів перестали уникати розмов про війну, можуть дивитися фільми та новини. Спалахи агресії демонструє велика кількість респондентів навіть після проходження тренінгу.

Після проведення соціально-психологічного тренінгу середні показники ситуативної тривожності за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» у виборці становлять 33,4 балів, особистісної - 39, що відповідає середньому рівню тривожності (див. Додаток І).

Представимо систематизовані результати діагностики рівня ситуативної та особистісної тривожності респондентів у вигляді зведеної таблиці (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою
«Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності
Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна». Повторна діагностика**

Рівні тривожності	Ситуативна тривожність		Особистісна тривожність	
	Кількість	%	Кількість	%
Низький	10	33 %	19	63 %
Середній	18	60 %	10	33 %
Високий	2	7 %	1	4 %

Як видно з табл. 3.4 всі 10 респондентів продемонстрували низький рівень ситуативної тривожності, 18 - середній та 2 - високий. При цьому 19 військовослужбовців показує низький рівень особистісної тривожності, 10 - середній та 9 - високий.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді гістограми (див. рис. 3.3).

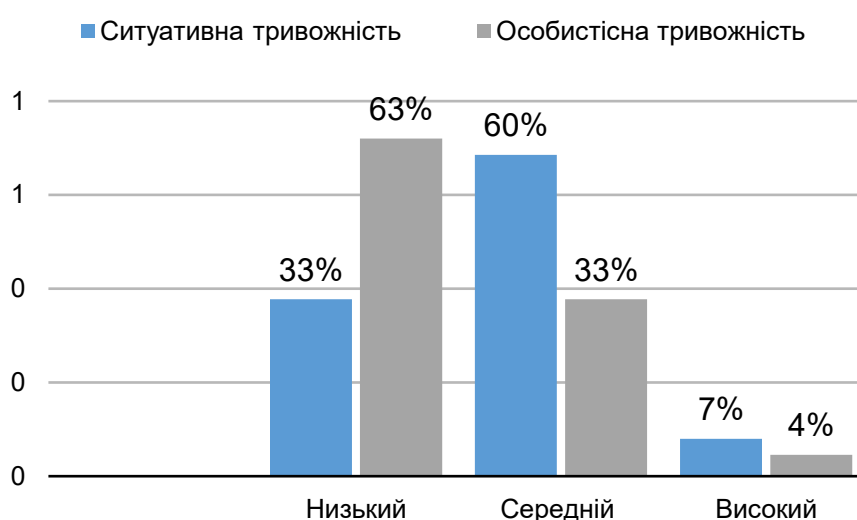


Рис. 3.3. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна». Повторна діагностика

Як видно з рис. 3.3 33% випробуваних демонструють низький рівень ситуативної тривожності, 60% - середній та 7% - високий. Високий рівень ситуативної тривожності проявляється через інтрузії, флешбеки, гіперпильність, надмірну реактивність та негативні думки та упередження.

При цьому 63% військовослужбовців продемонстрували низький рівень особистісної тривожності, 33% - середній рівень особистісної тривожності та 4% - високий. У них є викривлене сприйняття реальності, через негативні упередження проявляється зневіра у людей, себе та майбутнє.

Після того ми провели порівняльний аналіз результатів діагностики за цією методикою до проходження респондентами програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, та після цього.

Для наочності результати порівняльного аналізу представимо у вигляді гістограми (див. рис. 3.4).

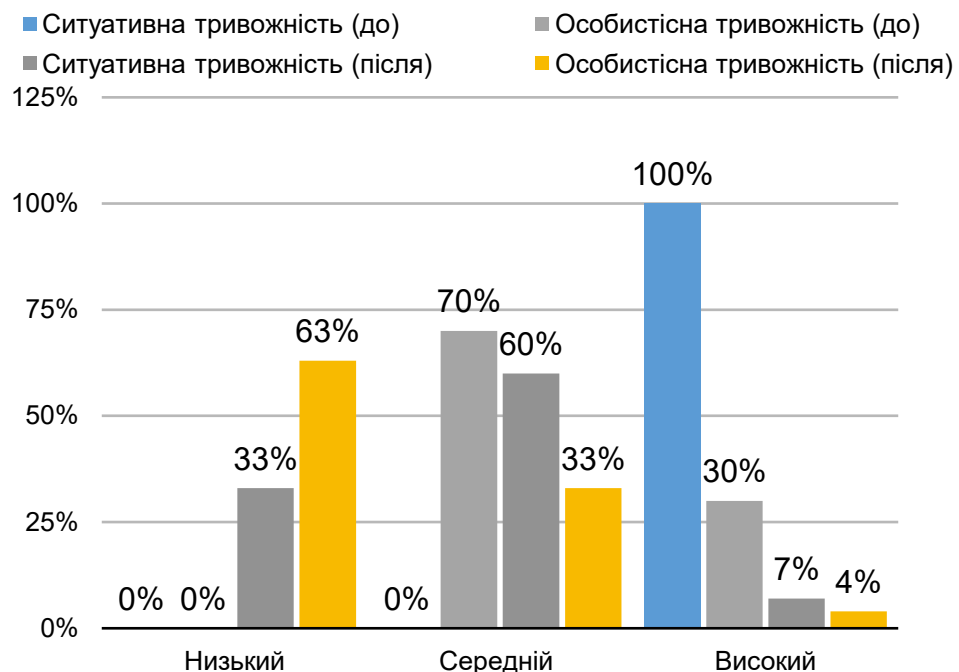


Рис. 3.4. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» до та після формувального експерименту

Як видно з рис. 3.4 до проходження соціально-психологічного тренінгу всі респонденти мали високий рівень ситуативної тривожності. Після проходження тренінгу кількість респондентів з високим рівнем ситуативної тривожності зменшилася на 93%. Це означає, що військовослужбовці навчилися керувати своїми емоціями, а також вміють зберігати внутрішній баланс навіть в умовах стресу.

Кількість респондентів з високим рівнем особистісної тривожності після проходження соціально-психологічного тренінгу зменшилася на 26%, із середнім - на 37%. Також 63% респондентів продемонстрували низький рівень особистісної тривожності. До проходження тренінгу таких респондентів не було. Це говорить про те, що травматичний досвід має значно менший вплив на світосприйняття випробуваних.

Таким чином, після проходження соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, значно зменшилася кількість респондентів із високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності. Військовослужбовці навчилися керувати власним емоційним станом, набули дієві стратегії подолання стресу та змінили своє світосприйняття.

Після того ми провели повторну діагностику досліджуваних за методикою «Шкала депресії А. Бека».

За шкалою депресії А. Бека середній показник по вибірці становить 19 бали, що відповідає легкій депресії (див. Додаток К).

Більшість респондентів після проходження соціально-психологічного тренінгу продемонстрували легкий рівень депресії (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5**Зведена таблиця результатів за методикою «Шкала депресії Бека».****Повторна діагностика**

Рівень депресії	Кількість респондентів	% від вибірки
Відсутня	2	7 %
Легка	22	73 %
Помірна	6	20 %
Тяжка	0	0 %

Як видно з табл. 3.5 у двох респондентів відсутні симптоми депресії. Легка депресія спостерігається у 22 військовослужбовців, 6 - демонструють помірну депресію. Жоден респондент не продемонстрував симптоми тяжкої депресії. Це означає, що минулий травматичний досвід вже не так сильно впливає на бачення майбутнього респондентами. Більша частина респондентів здатна самотійно впоратися із симптомами депресії та вони не заважають повноцінному життю.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді сегментограми (див. рис. 3.5).

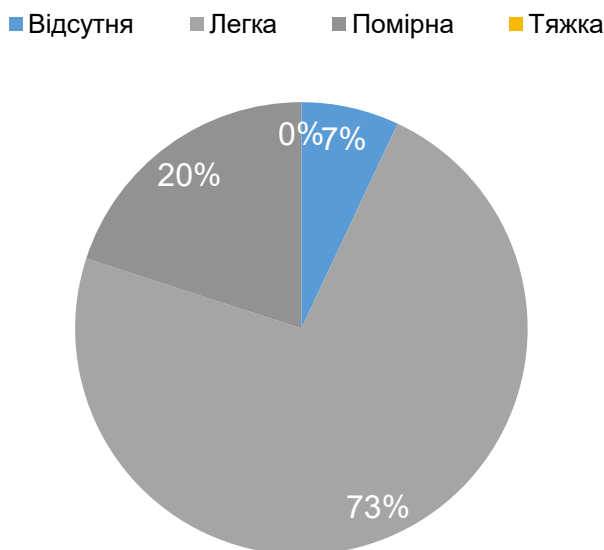


Рис. 3.5. Сегментограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала депресії Бека». Повторна діагностика

Як видно з рис. 3.5. 20% респондентів мають помірний рівень депресії. Ці люди мають проблеми зі сном, відчувають роздратованість. У них низький рівень енергії. Почувують себе пригнічено.

73% військовослужбовців демонструють легкий рівень депресії. Вони мають пригнічений настрій, швидко втомлюються, не мають інтересу до будь-якої діяльності.

7% випробуваних не продемонстрували жодний симптомів депресії. Ці люди можуть жити повноцінним життям. Вона достатньо працездатні та можуть впоратися із життєвим труднощами.

Після цього ми провели порівняльний аналіз рівня депресії респондентів до та після проходження ними соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР.

Для наочності результати порівняльного аналізу представлені у вигляді гістограми (див. рис. 3.6).

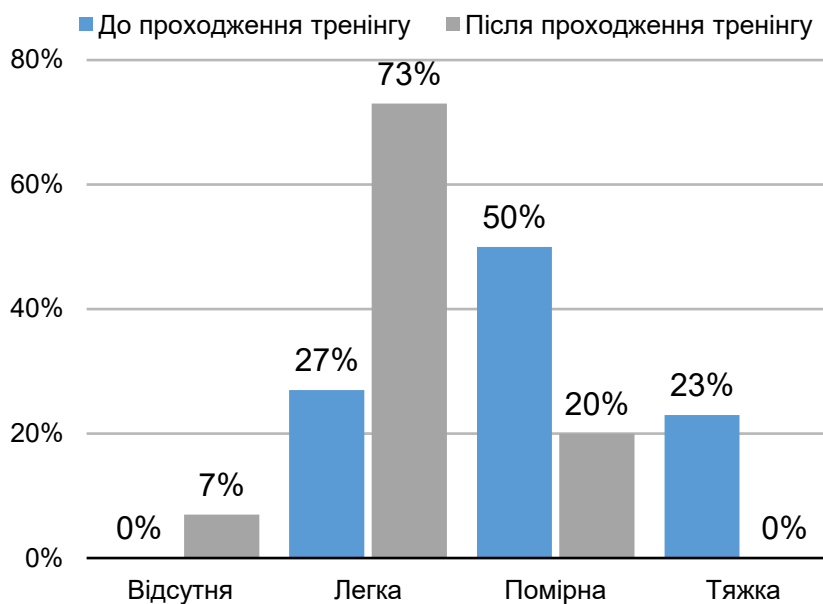


Рис. 3.6. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою «Шкала депресії Бека» до та після формувального експерименту

Як видно з рис. 3.6 після проходження тренінгу кількість респондентів з відсутністю депресивних симптомів збільшилося на 7% (до проходження тренінгу таких респондентів не було).

Кількість респондентів, які демонструють легкий рівень депресії після проходження тренінгу збільшилося на 46%. Це говорить про значне покращення стану військовослужбовців. Вони можуть справлятися із повсякденними задачами, не дивлячись на втомлюваність. Також люди з легкими рівнем депресії взмозі планувати своє майбутнє та бачення свого життя.

Кількість людей із помірною депресією після проходження тренінгу зменшилося на 30%. Це говорить про поліпшення психологічного стану військовослужбовців та зменшенню негативних та нав'язливих думок.

Після проходження тренінгу жоден респондент не продемонстрував тяжкий рівень депресії. До проходження тренінгу таких військовослужбовців

було 23%. Це означає для нас, що симптоми ПТСР значно зменшилися після проведеної роботи.

Таким чином, після проходження соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, зменшилася кількість респондентів із помірним рівнем депресії, кількість військовослужбовців із легким рівнем депресії збільшилася. Жодна людина не продемонструвала тяжкий рівень депресії. Деякі випробувані після проходження тренінгу не показали жодних ознак депресії.

Наступною в рамках нашого дослідження була проведена методика BASIC Ph. Дослідження показало, що серед респондентів найбільш розвиненими є фізична активність, віра та соціальні зв'язки. Варто зазначити, що в цілому у всіх респондентів копінг-стратегії розподілені рівномірно. Вони всі вживають всі типи самопідтримки (див. Додаток Л).

Розподіл ступенів розвиненості копінг-стратегій учасників дослідження представлено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Зведена таблиця результатів дослідження за тестовою методикою
BASIC Ph (М. Лахад). Повторна діагностика**

Стратегія	Кількість респондентів	% від вибірки
В - віра, цінності	6	20 %
А - емоції	4	13 %
С - соціальна підтримка	5	17 %
І - уява	4	13 %
С - знання, логіка	4	13 %
Ph - фізична активність	7	24 %

Як видно з табл. 3.6 шість респондентів продемонстрували віру та цінності як домінуючу стратегію подолання кризи та зниження рівня стресу. У 4 військовослужбовців домінуючою стратегією є емоції, у 5 - соціальна підтримка. 4 людини у кризових ситуаціях опираються на уяву, 4 - на логічне мислення та розсудливість. А 7 військовослужбовців знімають стрес завдяки фізичній активності.

Для наочності представимо отримані дані у вигляді сегментограми (див. рис. 3.7).

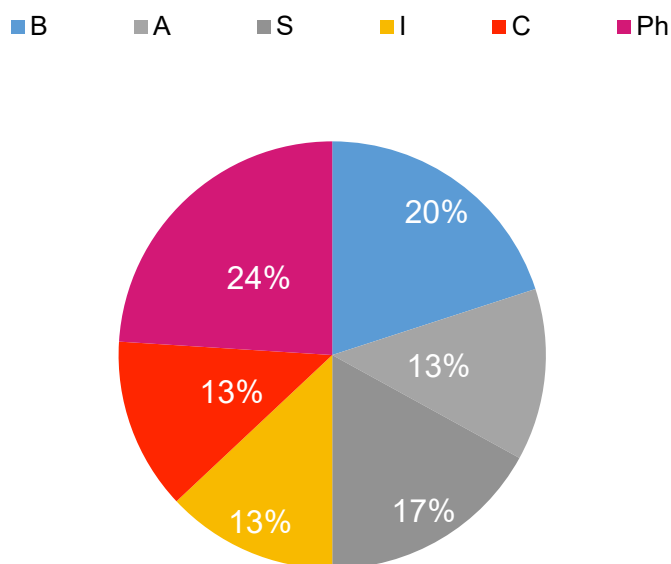


Рис. 3.7. Сегментограма розподілу результатів дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М. Лахад). Повторна діагностика

Як видно з рис. 3.7. 13% респондентів для зниження стресу користуються стратегією уяви. Ці люди занурюються у світ книжок та фільмів, що допомагає їм не думати про майбутнє та минуле. Деяких з них відмічають, що прослуховування музики також допомагає долати кризи.

Використовують рух та тілесну активність для зняття стресу 24% респондентів. Багатьом з них допомагає біг та прогулянки. Також вони відмічають ефективність релаксаційних технік.

У 17% військовослужбовців домінуючою стратегією подолання стресу є соціальна активність. Сюди відносяться терапевтичні групи та зустрічі з іншими військовослужбовцями. Варто зазначити, що в багатьох з них коло спілкування обмежене тільки ветеранами. Вони вважають, що всі інші не зможуть їх зрозуміти.

По 13% військовослужбовців вважають своєю домінуючою стратегією подолання кризи та стресу емоції та раціональне мислення. Перші почуваються краще, коли можуть висловити свої емоції у безпечному колі, також допомагає написання листів. Ті, що звертаються до раціонального мислення при стресі, здатні до саморефлексії. Вони аналізують ситуацію, що склалася, роблять висновки, визначають, що пішло не так та як можна ситуацію виправити.

20% респондентів спираються на свої вірування та цінності при подоланні стресу. Це говорить про гарну рефлексію, віру у власні сили та цілування минулого досвіду.

Для того, щоб оцінити ефективність проведеної програми тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, ми провели порівняльний аналіз первинної та повторної діагностики за цією методикою. Результати аналізу для наочності представлені у вигляді гістограми (див. рис. 3.8).

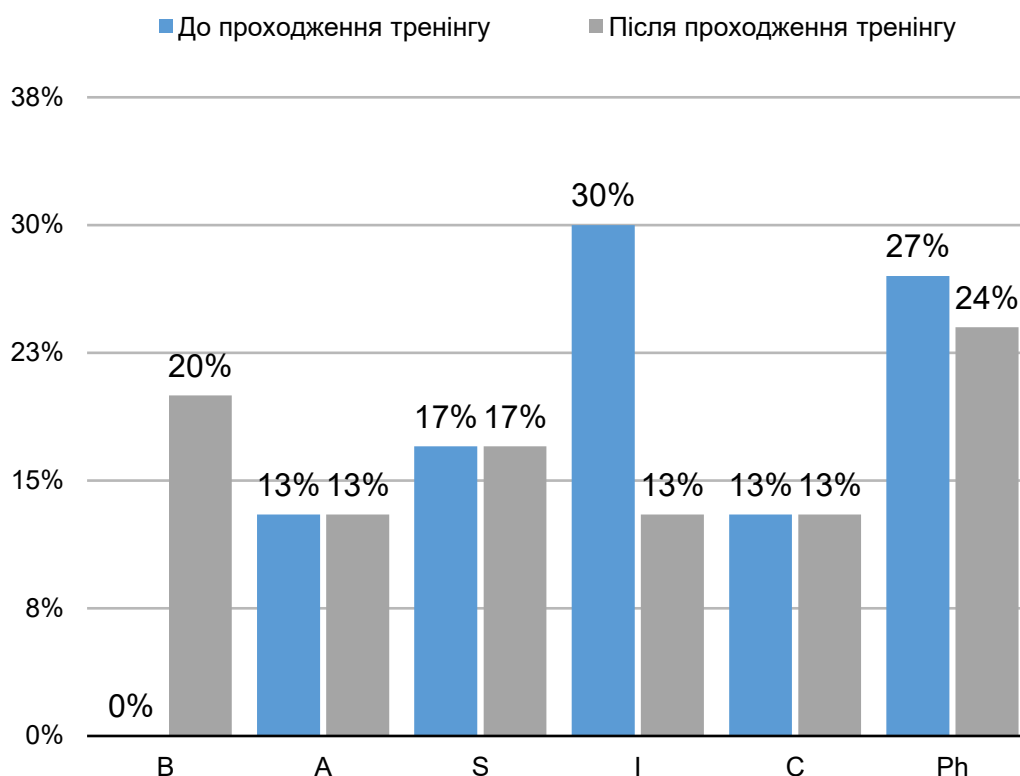


Рис. 3.8. Гістограма розподілу результатів дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М. Лахад) до та після формувального експерименту

Як видно з рис. 3.8 після проведення соціально-психологічного тренінгу розподіл копінг-стратегій у респондентів став рівномірний. Найбільша кількість респондентів демонструє фізичну активність, віру та соціальні зв'язки як домінуючи копінг-стратегії.

Варто зазначити, що до проходження тренінгу жоден респондент не зазначав віру як домінуючу копінг-стратегію. У військовослужбовців переважали негативні думки та упередження, які заважали спиратися в ситуації стресу та власні цінності та вірування.

В цілому всі респонденти після проходження тренінгу стали застосовувати різні копінг-стратгії у своєму житті.

Таким чином, після проходження соціально-психологічного тренінгу за шкалою PCL-5 всі учасники дослідження отримали в середньому сумарні бали близько 40 (до проходження тренінгу всі учасники мали бали віще 50). Такі

результати відповідають середньому рівню вираженню симптомів ПТСР. Зменшення ступеня вираженості симптомів, говорять про позитивну динаміку після проходження тренінгу.

Результати дослідження показали про зменшення рівня вираженості симптомів ПТСР які відповідають критерію D - негативні зміни у когніціях та настрою. Симптоми за критерієм B - інтрузії - також значно зменшилися. Вони проявляються у нав'язливих спогадах та флешбеках. Симптоми критерія C - уникнення - майже зникли у більшості респондентів. Симптоми критерію E - надмірна реактивність - залишаються вираженими.

Результати діагностики за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» показали, що у більшості респондентів середній рівень ситуативної та особистісної тривожності. До проходження тренінгу тривожність була на високому рівні у більшості респондентів. Це означає, що травматичний досвід вже немає такого великого впливу на сприйняття реальності респондентами, навколишнє середовище тепер не сприймається тільки як вороже та небезпечне.

За результатами діагностики за методикою «Шкала депресії А. Бека» більшість учасників дослідження продемонстрували легкий депресії (до проходження тренінгу у більшості був помірний та тяжкий рівні). Це говорить про те, що після проходження тренінгу та зміни когнітивних викривлень симптоми депресії стали проявлятися значно менше. Більшість військовослужбовців продовжують швидко втомлюватися, відчують апатію, але щиколотки відчуття безнадійності та емоційної відчуженості від близьких та рідних.

За результатами дослідження копінг-стратегій за методикою BASIC Ph вийшло, що серед респондентів найбільш поширеними є фізична активність (Ph), віра (B) та соціальні зв'язки (S). Але в цілому кожен респондент після проходження тренінгу застосовує більшу кількість копінг-стратегій, які є досить різноманітні.

Узагальнюючі результати дослідження за всіма методиками, можна сказати, що характер посттравматичних змін у досліджуваних є системним. Поліпшення спостерігається по всій симптоматиці.

Для того, щоб оцінити ефективність проведеного соціально-психологічного тренінгу, спрямованого мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, ми використовували t-критерій Стюдента для залежних вибірок у SPSS.

Першою методикою, за якою проводився порівняльний аналіз, була методика «Шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)». Ми розраховували різницю значень для кожного респондента (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Різниця значень для кожної пари за методикою
«Шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів
PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»**

№	Кластери			
	В	С	D	Е
1	0,14	0,36	0	0
2	0,1	0,5	1,6	1
3	0,1	0,4	0,5	1,6
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0,6	0,56	0,7	1,2

Продовж. табл. 3.7

7	1,5	0	0,8	1,4
8	0,14	1,2	1	0
9	0	0	0	0
10	1,2	0,6	0	1
11	0	0,5	0,6	0
12	0	1	0	0
13	0	0	0	0
14	0,4	0,75	0	0,4
15	0	0	0	0
16	1,2	0,9	1	0
17	0,75	0,5	0,3	0,4
18	0	0	0	0
19	0	1,4	0,45	0,45
20	1,3	1	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	0,3	0,2	0	0
24	1,4	1,11	0	0

Продовж. табл. 3.7

25	0,3	0,3	0	0
26	0,76	0	0	0
27	0,3	1,14	0	0
28	0,4	0	0	0
29	0	0	0	0
30	0,5	0,6	0,4	0,7

Для того, щоб зробити повний порівняльний аналіз, а також надати інтерпретацію результатів дослідження, представимо результати t-тесту для залежних вибірок (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Результати t-тесту для залежних вибірок за методикою
«Шкала оцінки посттравматичних стресових симптомів
PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»**

Кластери симптомів	t	df	Sig. (2-tailed)
B	-10.21	29	0.0001
C	-11.56	29	0.0005
D	-9.83	29	0.0007
E	-10.75	29	0.0009

Отже, проаналізуємо результати порівняльного аналізу за кожною шкалою тесту.

Як видно, з наведених вище таблиць середній бал кластеру В до тренінгу становив 13,8, а після тренінгу зменшився до 10,3, що свідчить про значне підвищення рівня адаптації. Значення $t = -10.21$ при рівні значущості $p < 0.001$ свідчить про статистично значущі відмінності між вимірюваннями до і після тренінгу. Отже, можна зробити висновок, що тренінг позитивно вплинув на зменшення прояву симптомів ПТСР кластеру В.

Кластер С також продемонстрував значне покращення: середнє значення зменшилося з 5,4 до 2,8 після тренінгу. Значення $t = -11.56$ і рівень значущості $p < 0.005$ підтверджують, що зменшення симптомів ПТСР кластеру С статистично значуще. Це свідчить про те, що тренінг сприяв розвитку соціалізації респондентів.

Середній симптомів кластеру D зменшився з 23,1 до 14,5. Значення $t = -9.83$ при рівні значущості $p < 0.007$ вказує на те, що тренінг також сприяв зменшенню нав'язливих думок та негативних упереджень. Це свідчить про мінімізацію когнітивних викривлень свідомості.

Показник кластеру Е зменшився з 17,8 до 12,7 після тренінгу. Значення $t = -10.75$ ($p < 0.009$) свідчить про статистично значуще покращення. Це означає, що тренінг ефективно допоміг військовослужбовцям краще контролювати свої емоції, підвищуючи рівень їхнього емоційного благополуччя та зменшуючи надмірні реакції.

Отримані результати демонструють ефективність проведеного соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР. За всіма показниками відзначено статистично значущі покращення. Ці дані свідчать про позитивний вплив тренінгової програми на зменшення симптомів ПТСР кластерів інтрузії, уникнення, негативні думки та надмірно реакції.

Після цього ми провели порівняльний аналіз результатів методики «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності

Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» до та після тренінгу. Різниця значень за кожним респондентом представлена в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Різниця значень для кожної пари за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»

№	Тривожність	
	Ситуативна	Особистісна
1	0	0
2	5	4
3	3	5
4	2	4
5	3	8
6	3	6
7	1	0
8	1	4
9	0	0
10	0	0
11	2	0
12	2	0
13	0	0

Продовж. табл. 3.9

14	0	0
15	0	0
16	0	0
17	0	0
18	3	3
19	0	-2
20	0	2
21	2	0
22	0	4
23	1	0
24	3	6
25	1	0
26	2	3
27	2	5
28	0	-3
29	1	3
30	0	0

Для того, щоб оцінити їх та представити повний порівняльний аналіз, зробимо t-тест для залежних вибірок (див. табл. 3.10)

Таблиця 3.10

**Результати t-тесту для залежних вибірок за методикою
«Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності
Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»**

Шкали тесту	t	df	Sig. (2-tailed)
Ситуативна	-10.21	29	0.0001
Особистісна	-11.56	29	0.0005

Як видно з даних таблиць середнє значення по шкалі «Ситуативна тривожність» після проведення тренінгу зменшилася (55,7 – до та 33,4 після), що говорить про суттєві зміни. Значення $t = -10,21$ при р-значенні меншим за 0.0001. Це говорить про статистично значущі зміни.

По шкалі «Особистісна тривожність» середнє значення після проведення тренінгу збільшилося до 39 (первинні показники – 41,9). Це говорить про те, що навколишнє середовище перестало сприйматися респондентами як непередбачуване, вороже та небезпечне. Значення $t = -11,56$ при р-значенні меншим за 0.0005. Це говорить про статистично значущі зміни.

Далі ми провели порівняльний аналіз результатів діагностики до та після проходження соціально-психологічного тренінгу за методикою діагностики «Шкала депресії А. Бека». Для здійснення повного порівняльного аналізу був зроблений t-тест, який представлений у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

**Результати t-тесту для залежних вибірок за методикою діагностики
«Шкала депресії А. Бека»**

Рівень депресії	t-значення	df	Sig. (2-tailed)
Відсутня	-8.90	4	0.0003
Легка	-1.414	4	0.188
Помірна	-3.162	4	0.028
Тяжка	0.707	4	0.507

Як видно з даної таблиці результати дослідження вказують на значне покращення психологічного здоров'я в групі. Так, в шкалі методики відсутність депресії значення $t = -8.90$ при $p < 0.003$ свідчить про суттєве зменшення депресії у військовослужбовців.

Також спостерігається зростання кількості військовослужбовців з легким рівнем депресії, результат є статистично значущим ($p < 0.188$).

Результати показують значне зменшення кількості респондентів з помірною депресією після тренінгу ($p < 0.028$). Це свідчить про позитивний вплив програми соціально-психологічного тренінгу на психологічне здоров'я військовослужбовців.

Аналогічна ситуація спостерігається з кількістю респондентів з тяжкою депресією. Кількість військовослужбовців з таким рівнем депресії значно зменшилася після проведення тренінгу ($p < 0.507$).

Таким чином, дослідження показало, що тренінг позитивно вплинув на психологічне здоров'я військовослужбовців, зокрема виявлене значне збільшення кількості респондентів, у яких відсутні симптоми депресії.

Останнім проводився порівняльний аналіз за методикою діагностики BASIC Ph. Різниця значень для кожної пари представлені в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Різниця значень для кожної пари значень за методикою BASIC Ph

№	Стратегії					
	B	A	S	I	C	Ph
1	4	0	0	-1	0	0
2	-5	-4	0	-1	0	0,7
3	-7	-9	0	0	0,2	0,1
4	-5	-5	0	0	0	0
5	-4	-10	0	-15	0	0,14
6	-7	-1	-9	0	0	0,6
7	-2	-1	0	0	0	0,4
8	-5	-3	-10	-7	0	0,6
9	-4	-4	-12	-13	0	0
10	-9	-7	0	0	0	0,36
11	-9	-1	-7	0	0	0,6
12	0	-3	-12	0	0	0
13	-2	-4	0	-10	0	0
14	-6	-11	0	0	0,4	0,1

Продовж. табл. 3.12

15	0	0	0	-6	0	0
16	-1	-4	-7	0	0	0
17	-8	-7	-1	0	0	0,5
18	0	-4	0	-16	0	0
19	-2	-2	0	0	0,4	0,6
20	-5	-3	0	-10	0	0
21	-3	-4	0	0	0	0
22	0	-9	0	-15	0	0
23	-4	-8	0	0	0	0,6
24	-5	-5	-11	0	0	0
25	-3	-3	0	0	0	1,5
26	0	0	0	-5	0	0
27	-5	0	-13	0	0	0
28	-1	0	-8	0	0	0
29	0	0	0	-13	0	0
30	-8	0	-11	0	0,5	0,45

Для того, щоб визначити статичну значущість цих результатів був зроблений t-тест. Його результати представлені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

**Результати t-тесту для залежних вибірок за методикою
за методикою діагностики BASIC Ph**

Шкали тесту	t	df	Sig. (2-tailed)
B	5.447	38	0.0001
A	2.547	38	0.017
S	7.280	38	0.0003
I	4.683	38	0.0005
C	-8.90	38	0.0003
Ph	-7.50	38	0.0001

Результати аналізу показують значне підвищення використання копінг-стратегії, що будується на віруваннях та цінностях (B) після проходження соціально-психологічного тренінгу, спрямованого мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР. Значення $p < 0.0001$ свідчить про статистично значущі зміни, що підтверджує ефективність програми тренінгу в мінімізації когнітивних викривлень.

Рівень використання такої копінг-стратегії як емоції також збільшився, що свідчить про позитивний вплив соціально-психологічного тренінгу. Значення $p < 0.017$ підтверджує статистичну значущість змін.

Значне підвищення соціальної активності респондентів є особливо важливим результатом, що свідчить про ефективність проведеного соціально-психологічного тренінгу в зменшенні проявів симптомів ПТСР. Результат є статистично значущим ($p < 0.0003$).

Рівень використання уяви для зниження стресу також збільшився, що свідчить про поліпшення гнучкості психічних процесів у респондентів. Значення $p < 0.0005$ вказує на статистичну значущість змін.

Використання раціонального мислення, звернення до нових когнітивних моделей також стали засобом долаття стресу та надмірної напруги. Значення $p < 0.0003$ підтверджує статистичну значущість змін.

Фізична активність й до проведення тренінгу була провідною стратегією долаття стресу у військовослужбовців, але після проходження тренінгу різновиди фізичної активності значно збільшилися та стало показувати більш позитивний результат. Про що свідчить статистично значущих результат ($p < 0.0001$).

Таким чином, дослідження показало, що проходження тренінгу для військовослужбовцями з ПТСР значно розширило їх копінг-стратегії. У них з'явилося більше опор, на які вони можуть покладатися у складних життєвих ситуаціях.. Це свідчить про ефективність програми в мінімізації симптомів ПТСР. Результати вказують на важливість проведення таких тренінгів для покращення психоемоційного стану військовослужбовців, у яких діагностовано ПТСР.

Отже, результати повторної діагностики військовослужбовців з ПТСР показали значні поліпшення психологічного стану та зменшення когнітивних викривлень по всіх методиках дослідження. Ефективність розробленого та проведеного нами соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР, було підтверджено за допомогою t-критерію Стюдента.

Висновки до розділу 3

1. Методологічне підґрунтя шляхів мінімізації когнітивних викривлень свідомості особистості поєднання стабілізаційних технік, когнітивно-поведінкових методів та розвитку адаптивних копінг-стратегій. Теоретичне обґрунтування програми ґрунтується на положеннях когнітивної та когнітивно-поведінкової терапії, які довели свою ефективність у роботі з травматичним досвідом. Визначено, що ключовими напрямками впливу є зниження тривожності, реструктуризація дисфункційних переконань, а також формування здатності до конструктивного подолання стресу.

2. Програма соціально-психологічного тренінгу «Подолання когнітивних пасток» являє собою структуровану триблокову систему, яка включає стабілізаційні практики, когнітивну реструктуризацію та розвиток копінг-стратегій. В ході реалізації програми учасники тренінгу опанували навички тілесної регуляції тривоги, ідентифікації автоматичних думок, трансформації негативних упереджень, а також розширили арсенал власних стратегій подолання стресу. Організація занять у безпечному та підтримувальному середовищі сприяла активному залученню учасників та формуванню позитивної динаміки.

3. Перевірка ефективності програмних заходів на основі повторної психодіагностики та статистичного аналізу підтвердила, що участь у тренінгу призвела до значущого зменшення інтенсивності симптомів ПТСР, зниження рівнів ситуативної та особистісної тривожності, а також редукції депресивних проявів. Військовослужбовці продемонстрували зменшення кількості нав'язливих думок, послаблення почуття провини та страху, а також підвищення емоційної стійкості. Частота використання адаптивних копінг-стратегій зросла, їх спектр став ширшим і більш ефективним. Статистична перевірка за t-критерієм Стюдента підтвердила клінічно та математично значущий позитивний вплив запропонованої програми.

ВИСНОВКИ

На підставі проведеного теоретико-емпіричного дослідження ми можемо зробити такі узагальнені висновки.

1. Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми посттравматичного стресового розладу особистості засвідчив, що уявлення про наслідки психічної травми формувалися протягом багатьох століть, однак науково обґрунтоване розуміння ПТСР як окремого психічного розладу сформувалося лише у другій половині ХХ ст. Дослідження історичних описів психотравматичних реакцій, від античних текстів до клінічних спостережень періоду світових воєн, показало, що незважаючи на різноманітність термінів («контузія», «травматичний невроз», «воєнний синдром» тощо), фахівці довгий час не мали цілісного уявлення про структуру та механізми цього стану. Лише узагальнення наукових даних у 1970-х роках та введення у 1980 році діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» дозволило систематизувати симптоматику, виокремити специфічні критерії діагностики та підходи до лікування.

2. Аналіз клінічних проявів ПТСР, зокрема когнітивних викривлень свідомості особистості показав, що натеper серед симптомів ПТСР дослідники виокремлюють чотири кластери: інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, повторювальні нічні кошмари), уникнення (небажання пригадувати певні події, розповідати про них, страх людних місць), негативні думки та переконання, надмірні емоційні реакції. Кластер симптомів негативні думки та переконання напpямy пов'язаних із когнітивними викривленнями свідомості, призводять до посилення даного симптому.

3. Проведене емпіричне дослідження, метою якого було виявлення особливостей когнітивних викривлень у військовослужбовців при ПТСР показало, що за результатами методики «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)» показали, що абсолютна кількість респондентів мають тяжкий рівень

вираженості симптомів ПТСР за загальними балами. Всі військовослужбовці не можуть позбутися негативних, нав'язливих думок та упереджень, почуття провини, страху та сорому. Деяких уникають будь-яких нагадувань про війну: не хочуть розмовляти про це, не дивляться фільми та новини. Майже всі демонструють спалахи агресії, багатьох турбують флешбеки та нічні кошмари. Схильні до саморуйнівної поведінки. Результати дослідження за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» показали, що всі військовослужбовці мають високий рівень ситуативної тривожності. Більшість з них демонструє середній рівень особистісної тривожності та частина - високий рівень. Можемо припустити, що такі результати пов'язані з тим, що травматичний досвід «перепишує» світосприйняття людини, що й призводить до підвищення не ситуативної, а й особистісної тривожності. Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека» показали, що всі військовослужбовці мають той чи інший рівень депресії: від легкого, що відзначається апатією та зниженим настроєм, до тяжкої, при якій порушується нормальний перебіг життя, з'являється вірогідність самогубства. Результати дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М. Лахад) показали, що більшість респондентів для зменшення стресу використовують стратегію уяви, що проявляється у перегляді фільмів та читанні книжок.

4. Було розроблено програму соціально-психологічного тренінгу, яка була спрямована на мінімізацію когнітивних викривлень у військовослужбовців при ПТСР. Програма «Подолання когнітивних пасток», яка базувалася на принципах стабілізації, когнітивної реструктуризації, активної залученості учасників, групової підтримки, розвитку копінг-стратегій та орієнтації на відновлення, структурно складалася із трьох блоків і включала в себе 10 занять по 90 хвилин кожне. Перший блок був спрямований на стабілізацію емоційного стану військовослужбовців та зниження рівня тривожності. Другий блок мав на меті зміну неадаптивних автоматичних

думок та базових переконань шляхом формування навичок когнітивної реструктуризації. Третій блок був орієнтований на розвиток ефективних копінг-стратегій та інтеграцію здобутих навичок у повсякденне життя, зокрема із застосуванням моделі BASIC Ph.

5. Оцінка ефективності реалізованих програмних заходів була здійснена за допомогою t-критерій Стюдента для залежних вибірок у SPSS. Отримані результати за всіма методиками демонструють ефективність проведеного соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на мінімізацію когнітивних викривлень свідомості особистості при ПТСР. За всіма показниками відзначено статистично значущі покращення.

Таким чином, всі завдання дослідження було виконано, а мета теоретико-емпіричного дослідження була досягнута.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамян Н., Блінов О. Роль психотерапії в реабілітації після травматичних обставин. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 7–12.
2. Агаєв Н. А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 130 с.
3. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків : ФОП Мезіна В. В., 2017. 493 с.
4. Алещенко В. І. Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України: монографія. Харків : ХУПС. 2018. 238 с.
5. Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат : методичний посібник Київ : ВГІ НАОУ, 2003. 36 с.
6. Болтівець С.І. Психогігієнічна та психопрофілактична робота як форми профілактики девіантної поведінки. *Практ. психологія та соц. робота*. 2005. № 12. С. 11-21
7. Бочелюк В., Панов М., Турубарова А. Посттравматичний стресовий розлад: стан проблеми, психодіагностика та психологічна допомога. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 2(58). С. 51–63.
8. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»* / голова редкол. Чайковський М.Є. Хмельницький : ХІСТ, 2018. № (1)15. С. 106–110.

9. Бриндіков Ю.Л. Теорія і практика реабілітації військово-службовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб: автореф. дис. д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль. 2019. 39 с.
10. Бриндіков Ю. Л., Бриндіков Л. М. Характеристика істерії як різновиду посттравматичного стресового розладу в комбатантів: соціальнопсихологічний аспект. *Педагогічні науки : зб. наук. праць. Херсонський державний університет*. Херсон, 2017. Вип. LXXX (80). Том 3. С. 233–238.
11. Варивода К. Нейробіологічні та психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: аналітичний огляд. *Scientia et societas* 2. 2022. № 2. С. 101–107.
12. Власенко Л. В., Тригуб І. П. Формування професійно комунікативних навичок. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2019. № 42. С. 137-140 URL: <https://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/8906/1/5..pdf> (дата звернення 14.11.2024).
13. Гарькавець С. О., Волченко Л. П. Особливості прояву конкурентної віктимності в українському кризовому суспільстві. *Науковий журнал «Габітус»*. 2020. Т. 1, Вип. 13. С. 141-145.
14. Гарькавець С. О., Волченко Л. П. Віктимологічні виміри існування внутрішньо переміщених осіб в Україні. *Кримінологічні дослідження : збірник наук. праць*. Вип. 14 : Жертви злочинів у час війни: соціально-гуманітарний, кримінологічний та правовий виміри / [гол. ред. В. Поклад, канд. філос. наук] ; Донецький держ. універ. внутр. справ. Київ : ВД Дакор, 2024. С. 119-128. <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGxSblBdndjfbLJttBxqlkmVNfl?projector=1&messagePartId=0.1>
15. Гарькавець С. О. Соціальні конфлікти : словник-довідник. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. 120 с.
16. Гарькавець С. О. Соціальні конфлікти – пропозиція нової

класифікації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. №2 (46). С. 87-98.

17. Гарькавець С. О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі: монографія. Луганськ: Вид-во «Ноулідж», 2010. 343 с.

18. Герман Дж. Травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015

19. Гордієнко Є. П. Соціальна адаптації та психологічна реабілітація як засіб збереження соціального капіталу учасників бойових дій. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр.* Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2019. № 2 (56). С. 208–215

20. Гуменюк Ю., Олексіюк О., Гаркавенко Н. Психокорекція посттравматичних стресових розладів: тривожність та її подолання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2023. № 20. С. 30–38.

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

22. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад - у розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. № 1. Том 19. С. 216-219

23. Дарвін Ч. Р. Походження видів шляхом природного добору. Київ : ВООКСНЕФ, 2020. 480 с.

24. Денефіль О. В., О. Б. Мігенько, С. Я. Гомонець та Ю. А. Свередюк. Зміні стану здоров'я людини при посттравматичних стресових розладах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 4. С. 92–97.

25. Дорошенко М. Травматичний стрес та посттравматичний

стресовий розлад. Варшава, 2022

26. Єна А. І. Проблема психогенних розладів військовослужбовців-миротворців після виконання місії в республіці Ірак. *Проблеми військової охорони здоров'я : збірник наукових праць УВМА*. Київ : УВМА, 2005. Вип. 13. С. 76–78.

27. Зінорук А. Сутність поняття «комунікативні уміння». *Молодь і ринок*. 2022. № 3-4 (201-202). С. 196-201

28. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104-111.

29. Красносельський М. В., Кирилова О. О. Дубенко О. Є. Ризики психологічної травматизації та стрес-адаптація медичного персоналу за умов роботи під час війни (аналітичний огляд літератури). *Медичні перспективи*. 2023. № 4. С. 23-30.

30. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation & recreation)*. 2023. № 15. С. 50–56.

31. Куліш О. В., Сірик І. В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*. 2022. № 5. С. 46–52.

32. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сиропятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін. Київ : О. Т. Ростунов, 2012. 76с.

33. Лузік Е., Швидченко В., Грибун Н. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців під час воєнних дій. *Proceedings of the National Aviation University. Series: Pedagogy, Psychology* 2. 2024. № 25. С. 61–72.

34. Михайлов Б. В. Психотерапія в загальносоматичній медицині (клінічний посібник). Харків : «Прапор», 2002. 108 с.

35. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с
36. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 12. С. 687-696.
37. Напрєєнко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2002. Т. 28, № 1. С. 117–119.
38. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації) / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін. Харків, 2002. 47с.
39. Починкова М. М., Бадер С. О. Критичне мислення як засіб подолання когнітивних викривлень особистості. *Інноваційна педагогіка*. 2023. Вип. 63. Том 2. С. 14-21.
40. Практика медіації: Словник-довідник / уклад.: С. О. Гарькавець, Л. П. Волченко. Лисичанськ: ТОВ «ФОКСПРИНТ», 2019. 128 с.
41. Прокоф'єва Л. Психологічна модель посттравматичного стресового розладу повоєнного часу. II Дунайські наукові читання: Голод 1946-1947 рр.: історичні, філософсько-психологічні та педагогічні аспекти: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (18-19 травня, 2017 року.) Ізмаїл: РВВ ІДГУ;«СМИЛ», 2017. С. 208-212
42. Прокоф'єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного університету*. Серія: Історичні науки. Вип. 57. С.110-120
43. Психіатрія і наркологія : підручник. / О. К. Напрєєнко, М. І. Винник, І. Й. Влох ; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. Київ : ВСВ «Медицина»,

2011. 528с.

44. Титаренко Т. Випробування кризою. Одісея подолання. Київ : Каравела, 2021

45. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

46. Фройд З. По той бік принципу задоволення. Харків : Фоліо, 2019. 148 с.

47. Цільмак О. М., Шмаленко Ю. І., Мілорадова Н. Е., Гарькавець С. О. та ін. Психологія емоцій та почуттів: підручник. / за загальною ред. О. М. Цільмак. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2024. 420 с.

48. Чабан О. Травматична пам'ять при ПТСР. Цикл лекцій. URL : <http://christian-psychology.org.ua/psy-travma/4938-travmatichna-pamyat-pri-ptsr-oleg-chaban.html> (дата звернення: 30.04.2025)

49. Якобсен Л. Люди, які пережили катування – нова група пацієнтів Асоціація психіатрів України, 1994. 80 с.

50. Adler A. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Cocounut Grove disaster *Journal of the American Medical Association*ю 1943. № 11 (123) P. 1098.

51. Andreasen N. J. C. Post-traumatic stress disorder Vol. 3. Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.

52. Baker D. G. A double blind, randomized, placebo-controlled multycenter study of brofaromine in the treatment of posttraumatic stress disorder *Psychopharmacology*. 1995. № 122 . P. 386 – 389

53. Beck A. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York : Penguin, 1991

54. Beck A., Clark D. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York : Penguin, 2011

55. Beck A., Liese B. Cognitive-Behavioral Therapy of Addictive Disorders. New York : Penguin, 2022
56. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy NY, 1961
57. Ben-Ezra M. Trauma 4000 Years Ago. *Am. J. Psychiatry*. 2002. № 159. P. 1437 - 1437.
58. Benson B. Cognitive bias cheat sheet, simplified. URL : <https://medium.com/thinking-is-hard/4-conundrums-of-intelligence-2ab78d90740f> (дата звернення: 30.04.2025)
59. Big bird's comfy-cozy nest. URL : https://www.youtube.com/results?search_query=big+bird%E2%80%99s+comfy-cozy+nest (дата звернення 30.10.2025)
60. Bourne P.G. Men, stress and Vietnam. Boston: Little, Brown, 1970.
61. Burns D. Feeling Good: The New Mood Therapy. New York : William Morrow, 1999. 736 p.
62. Davidson J. R. T. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo *Arch. Gen. Psychiatry*. 1990. № 47. P. 259 – 266.
63. Egan D. What is Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)? URL : <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd> (дата звернення: 30.04.2025)
64. Madeson M. Cognitive Distortions: 15 Examples & Worksheets (PDF) URL : <https://positivepsychology.com/cognitive-distortions/> (дата звернення: 30.04.2025)
65. Erichsen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. London, 1867. 103 p.
66. Ressler J. K. Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*. URL : <https://www.nature.com/articles/s41582-022-00635-8> (дата звернення: 30.04.2025)
67. Figley Ch. R. (Ed.). Stress disorder among Vietnam Veterans. N.Y.:

Brunner / Mosel, 1978. 358 p.

68. Friedman M. J. Handbook of PTSD: Science and Practice. New York : Guilford Pubn, 2010. P. 6 - 12.

69. Foa E., Rothbaum B. Behavioural psychotherapy for PTSD. Intern. Rev. Psychiatry. 1989. Vol. 1. P. 219-226

70. Foa E., Hemdree E. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Treatments That Work). New York : Oxford University Press, 2007.

71. ICD-API (version 2). URL : <https://icd.who.int/docs/icd-api/APIDoc-Version2/> (дата звернення 30.10.2025)

72. Hovens J. E. Research into the psychodiagnostics of posttraumatic stress disorder. *Trauma Stress*. 1996. № 9 (2). P. 399 - 400.

73. PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). *Cleveland Clinic*. URL : <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9545-post-traumatic-stress-disorder-ptsd> (дата звернення: 30.04.2025)

74. Post-Traumatic Stress Disorder. *Perelman school of Medecine. University of Pennsylvania*. URL : https://www.med.upenn.edu/ctsa/ptsd_symptoms.html (дата звернення: 30.04.2025)

75. Sandler J. An approach to conceptual research in psychoanalysis, illustrated by a consideration of psychic trauma. *International Review of PsychoAnalysis*. 1991. Vol. 18. P. 133-141.

76. Shay J. Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming. New York : Scribner, 2002. P. 171 - 184.

77. Traumatic Events and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *National Institute of Mental Health*. URL : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd> (дата звернення: 30.04.2025)

78. Van der Kolk B. A. Janet on post - traumatic stress. *Trauma Stress*.

1989. № 2-4. P. 365 - 378.

79. Zasiiekina L., Zasiiekin S. Verbal Emotional Disclosure of Moral Injury in Holodomor Survivors. *PSYCHOLINGUISTICS*. 2020. 28(1). P. 41-58.

80. Wilson J. P. The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV. *Trauma Stress*. 1994. № 7 (4). P. 47 - 51.

Додаток А
Таблиця А.1

Характеристика досліджуваних

Код	Вік	Стать	Освіта	Сімейний стан	Стаж служби (роки)	Участ ь у БД	ПТСР	Супутні діагнози	Місце походження	Тривалість реабілітації
1	30	Ч	Проф.	Одруж.	1,5	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем, психогенний біль	Київ. обл.	1 міс.
2	32	Ч	Вища	Розл.	1	Так	Так	Депресія, зловживання алкоголем, когнітивні порушення	Київ	3 міс.
3	30	Ч	Проф.	Одруж.	1	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ. обл.	1 міс.
4	35	Ч	Проф.	Одруж.	1,5	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем, психогенний біль	Київ	2 міс.
5	39	Ч	Вища	Неодруж.	2	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, когнітивні порушення	Київ	3 міс.
6	42	Ч	Проф.	Розл.	2	Так	Так	Депресія, зловживання алкоголем, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ. обл.	3 міс.

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

7	37	Ч	Вища	Одруж.	1,5	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, когнітивні порушення	Київ	2 міс.
8	45	Ч	Проф.	Розл.	1	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем	Київ	2 міс.
9	34	Ч	Вища	Одруж.	1,5	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, зловживання алкоголем, когнітивні порушення	Київ	1 міс.
10	43	Ч	Проф.	Розл.	2	Так	Так	Депресія, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ. обл.	2 міс.
11	38	Ч	Проф.	Розл.	1	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем, когнітивні порушення	Київ	3 міс.
12	37	Ч	Вища	Неодруж.	1,5	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, зловживання алкоголем	Київ	3 міс.
13	30	Ч	Проф.	Одруж.	2	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ	1 міс.

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

14	36	Ч	Проф.	Одруж.	1,5	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, когнітивні порушення	Київ	2 міс.
15	45	Ч	Вища	Розл.	1	Так	Так	Тривожні розлади, зловживання алкоголем	Київ	2 міс.
16	41	Ч	Проф.	Розл.	2	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ. обл.	1 міс.
17	39	Ч	Проф.	Розл.	1	Так	Так	Депресія, зловживання алкоголем, психогенний біль	Київ	3 міс.
18	37	Ч	Вища	Розл.	2	Так	Так	Депресія, розлади сну, когнітивні порушення	Київ	1 міс.
19	36	Ч	Проф.	Розл.	1,5	Так	Так	Тривожні розлади, зловживання алкоголем, когнітивні порушення	Київ	2 міс.
20	32	Ч	Проф.	Одруж.	1	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем	Київ. обл.	2 міс.

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

21	37	Ч	Вища	Розл.	2	Так	Так	Депресія, зловживання алкоголем, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ	3 міс.
22	36	Ч	Проф.	Неодру ж.	1,5	Так	Так	Депресія, розлади сну, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ. обл.	1 міс.
23	38	Ч	Проф.	Розл.	2	Так	Так	Тривожні розлади, зловживання алкоголем, когнітивні порушення	Київ. обл.	2 міс.
24	41	Ч	Проф.	Розл.	1	Так	Так	Депресія, розлади сну, зловживання алкоголем	Київ	1 міс.
25	44	Ч	Вища	Одруж.	2	Так	Так	Депресія, когнітивні порушення, психогенний біль	Київ	3 міс.
26	42	Ч	Вища	Розл.	1,5	Так	Так	Депресія, зловживання алкоголем	Київ	3 міс.
27	45	Ч	Проф.	Одруж.	2	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, когнітивні порушення	Київ. обл.	3 міс.
28	38	Ч	Вища	Неодру ж.	1	Так	Так	Депресія, зловживання алкоголем, психогенний біль	Київ	1 міс.

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

29	32	Ч	Проф.	Одруж.	2	Так	Так	Депресія, розлади сну, когнітивні порушення	Київ. обл.	2 міс.
30	36	Ч	Проф.	Одруж.	1,5	Так	Так	Тривожні розлади, розлади сну, зловживання алкоголем	Київ. обл.	2 міс.

Додаток Б

Шкала PCL-5

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустить цей пункт)

Таблиця Б.1

Бланк методики Шкала PCL-5

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток В
Таблиця В.1

Результати дослідження
за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»

№	Критерії				
	В	С	D	Е	Загальні бали
1	9	6	18	17	50
2	14	5	20	19	58
3	12	4	19	16	51
4	16	6	21	18	61
5	11	3	24	15	54
6	13	3	24	18	58
7	13	7	21	17	58
8	12	3	20	15	50
9	11	5	23	19	58
10	14	6	24	16	60
11	17	8	27	21	73
12	14	5	24	21	64
13	16	6	26	21	69
14	16	6	26	18	66
15	13	6	24	18	61
16	16	4	26	20	66
17	14	7	22	16	59

Продовження Додатку В**Продовж. табл. В.1**

18	13	6	22	19	60
19	17	5	25	13	59
20	14	5	25	20	64
21	18	7	27	20	72
22	14	6	20	19	59
23	16	5	26	21	68
24	16	4	25	15	60
25	11	6	24	16	57
26	13	5	24	19	61
27	12	5	20	15	52
28	16	8	26	20	70
29	13	7	22	20	62
30	18	7	27	21	73

Додаток Г

Методика «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»

Інструкція до першої групи суджень про самопочуття.

Залежно від самопочуття в момент закресліть найвдалішу вам цифру: «1» – немає, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

1. Ви спокійні 1 2 3 4
2. Вам ніщо не загрожує 1 2 3 4
3. Ви перебуваєте у напрузі 1 2 3 4
4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви відчуваєтеся вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4
7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Ви відчуваєтеся відпочилим людиною 1 2 3 4
9. Ви стурбовані 1 2 3 4
10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4
11. Ви абсолютно впевнені у собі 1 2 3 4
12. Ви нервуєте 1 2 3 4
13. Ви вважаєте собі місця 1 2 3 4
14. Ви роздуті 1 2 3 4
15. Ви відчуваєте скутості і напруження 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Ви стурбовані 1 2 3 4
18. Ви занадто порушено і вас на собі 1 2 3 4
19. Вам радісно 1 2 3 4
20. Вам приємно 1 2 3 4

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття.

Прочитайте (прослухайте) уважно кожна з наведених нижче пропозицій

Продовження Додатку Г

закресліть (запишіть) підходящу вам цифру справа залежно від цього, як ви себе відчуваєте зазвичай. Цифри справа означають: «1» – що ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» – майже завжди.

1. Ви відчуваєте задоволення 1 2 3 4
2. Ви швидко втомлюєтеся 1 2 3 4
3. Ви легко можете заплакати 1 2 3 4
4. Ви хотіли бути настільки ж щасливою людиною, як та інші 1 2 3 4
5. Буває, що програєте тому, що недостатньо швидко приймаєте рішення
1 2 3 4
6. Ви відчуваєтеся бадьорим людиною 1 2 3 4
7. Ви спокійні, хладнокровні й зібрані 1 2 3 4
8. Чекання труднощів дуже турбує вас 1 2 3 4
9. Ви занадто переживаєте через дрібниці 1 2 3 4
10. Ви буваєте цілком щасливі 1 2 3 4
11. Ви приймаєте обходитися без близько до серця 1 2 3 4
12. Вам бракує впевненості у собі 1 2 3 4
13. Ви відчуваєтеся безпечно 1 2 3 4
14. Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів 1 2 3 4
15. Вам буває хандра, туга 1 2 3 4
16. Ви буваєте задоволені 1 2 3 4
17. Всякі дрібниці відволікають вас 1 2 3 4
18. Ви так переживаєте розчарування, що потім він довго не можете про неї забути 1 2 3 4
19. Ви урівноважений людина 1 2 3 4
20. Вас охоплює сильне занепокоєння, як ви думки про свої добрі справи і турботах 1 2 3 4

Результати оцінюються зазвичай, у градаціях:

До 30 балів – низька;

Продовження Додатку Г

31 – 45 балів – середня;

46 балів і більше – висока тривожність

Додаток Д
Таблиця Д.1

**Результати дослідження за методикою «Шкала реактивної
(ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера –
Ю.Л. Ханіна»**

№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	50	43
2	58	39
3	63	48
4	47	38
5	57	49
6	48	38
7	74	49
8	47	37
9	47	39
10	58	47
11	59	48
12	60	38
13	69	49
14	59	37
15	59	38
16	68	48
17	49	49
18	49	38
19	49	44

Продовження Додатку Д**Продовж. табл. Д.1**

20	57	39
21	46	38
22	46	39
23	68	42
24	58	37
25	47	36
26	58	39
27	47	41
28	59	35
29	57	38
30	59	58

Додаток Е

Опитувальник депресії Бека

Ім'я, прізвище:

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні.

Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

1

0. Мені не сумно.

1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.

2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.

3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

2

0. Я спокійно думаю про майбутнє.

1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.

2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.

3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.

3

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.

2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і тощо)

4

0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.

Продовження Додатку Е

1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.

2. Я ні від чого не отримую задоволення.

3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.

5

0. Я не відчуваю відчуття провини.

1. Я доволі часто відчуваю провину.

2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.

3. Мене мучить постійне відчуття провини.

6

1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.

2. Я допускаю, що заслуговую покарання.

3. Я вважаю, що маю бути покараний.

4. Я відчуваю, що доля карає мене.

7

0. Я в основному задоволений тим, ким я є.

1. Я незадоволений собою.

2. Я гидкий собі.

3. Я ненавиджу себе.

8

0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.

1. Я критикую себе за слабкості та помилки.

2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.

3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.

9

0. У мене не виникає думок про самогубство.

Продовження Додатку Е

1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.

2. Я хочу вмерти і планую самогубство.

3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.

10

0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.

1. Я плачу частіше, ніж звичайно.

2. Я увесь час плачу.

3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.

11

0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.

1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.

2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.

3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.

12

0. Я не втратив цікавості до людей.

1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.

2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.

3. Люди мені глибоко байдужі.

13

0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.

1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.

2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.

3. Я не в стані приймати жодних рішень.

Продовження Додатку Е

14

0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.

1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.

2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.

3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.

15

0. Мені працюється так, як і раніше.

1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.

2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці.

3. Я не в стані працювати.

16

0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.

1. Я сплю гірше, ніж раніше.

2. Я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.

3. Я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.

17

0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.

1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.

18

0. У мене нормальний апетит.

1. У мене погіршився апетит.

Продовження Додатку Е

2. У мене майже відсутній апетит.

3. У мене зовсім нема апетиту.

19

1. Моя вага залишається незмінною.

2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.

3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.

4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.

Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні

20

0. Моє тілесне здоров'я є добре.

1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).

2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.

3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.

21

0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.

1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.

2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.

3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

Додаток Є
Таблиця Є.1

Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека»

№	Бали	Рівень
1	27	Помірна
2	38	Тяжка
3	26	Помірна
4	21	Помірна
5	17	Легка
6	15	Легка
7	27	Помірна
8	14	Легка
9	27	Помірна
10	17	Легка
11	14	Легка
12	18	Легка
13	18	Легка
14	26	Помірна
15	28	Помірна
16	38	Тяжка
17	23	Помірна
18	37	Тяжка
19	28	Помірна

Продовження Додатку Є

Продовж. табл. Є.1

20	37	Тяжка
21	31	Тяжка
22	27	Помірна
	19	Легка
24	32	Тяжка
25	27	Помірна
26	26	Помірна
27	23	Помірна
28	22	Помірна
29	27	Помірна
30	32	Тяжка

Додаток Ж

Тестова методика BASIC Ph (М. Лахад)

Подумайте про себе, коли ви знаходитесь в кризі чи сильному стресі, що ви зазвичай робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом? Що, на вашу думку, допомагає вам найкраще, а що – незначною мірою? Зважте кожен вислів і поставте хрестик («х») у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – ніколи не користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

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

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

Таблиця Ж.1

Бланк методики BASIC Ph

№	ТВЕРДЖЕННЯ	0	1	2	3	4	5	6
1	Я здаюся і покладаюся на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, – до прикладу, плачу, коли думаю про себе							

Продовження Додатку Ж

Продовж. табл. Ж.1

3	Я шукаю підтримки інших людей							
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, – наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці							
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми							
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, – або ж, навпаки, я їм та сплю більше, аніж зазвичай							
7	Я вірю у мої власні сили і мою здатність долати перешкоди							
8	Я висловлюю мої почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт							
9	Я веду бесіди з друзями по телефону							
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки – як спосіб пошуку вирішення проблеми							
11	Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення							
12	Я постійно займаю себе фізично працею – наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака							
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»							
14	Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині							
15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї							
16	Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві							
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком							
18	Я використовую вправи для розслаблення							
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві							

Продовження Додатку Ж

Продовж. табл. Ж.1

20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію							
21	Я глибоко занурююся у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу							
22	Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще							
23	Насамперед я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається							
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю підтюпцем							
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію							
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії							
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись							
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб							
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю найкращий з них							
30	Я намагаюся постійно займати себе якоюсь фізичною діяльністю							
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»							
32	Я даю вихід моїм емоціям							
33	Я пишу листи та е-мейли до друзів – з надією на їх відповідь							
34	Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх							
35	Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них							
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним/ною для того, щоб позбутися надлишку енергії							

Продовження Додатку Ж

Опрацювання результатів

Перенесіть отримані бали у таблицю, що наведена нижче, та підрахуйте по вертикалі у кожній з шести колонок.

Таблиця Ж.2

Ключ до методики BASIC Ph

В	А	С	І	С	Ph
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія:

В – Belief and values – віра та цінності;

А – Affects – емоції та почуття;

С – Socialization – соціальне оточення, комунікація, підтримка, приналежність, референтні групи;

І – Imagination – уява, творчість та мрії;

С – Cognition, thought – розум, думки, стратегії планування;

Ph – Physical – фізична активність та опора на тілесність.

Додаток 3

Таблиця 3.1

**Результати дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М.
Лахад)**

№	Стратегії					
	B	A	S	I	C	Ph
1	17	17	8	3	7	26
2	15	36	10	3	18	2
3	19	3	14	35	15	14
4	10	16	15	19	2	34
5	12	33	15	34	15	17
6	9	13	25	15	8	26
7	10	24	16	15	32	23
8	6	35	31	27	3	26
9	19	3	25	39	25	26
10	14	26	19	28	32	26
11	16	21	15	26	14	23
12	12	21	21	31	18	21
13	13	11	16	12	26	12
14	12	21	21	28	32	29
15	9	19	26	15	12	16
16	7	16	18	16	17	21
17	13	16	21	23	17	12
18	12	21	23	26	21	16
19	15	16	31	3	15	16
20	6	21	16	17	28	31
21	8	11	36	6	17	15

Продовження Додатку 3**Продовж. табл. 3.1**

22	13	31	16	16	12	28
23	14	23	36	15	32	15
24	13	14	16	11	21	35
25	15	31	11	26	11	16
26	9	23	17	17	21	36
27	16	8	16	31	17	21
28	10	16	15	21	28	29
29	7	17	25	17	18	24
30	8	17	21	13	26	19

Додаток И
Таблиця И.1

Результати повторного дослідження
за методикою «Шкала PCL – 5 (Ф. Везерс та ін.)»

№					
	В	С	Д	Е	Загальні бали
1	3	4	10	9	26
2	9	2	14	15	40
3	9	3	10	9	31
4	9	3	13	9	34
5	9	2	22	11	44
6	9	2	12	10	33
7	5	2	13	8	28
8	9	2	11	6	28
9	10	4	12	15	41
10	7	3	18	12	40
11	12	4	16	12	44
12	11	2	12	14	39
13	15	2	14	12	43
14	11	4	14	9	38
15	10	5	21	18	54
16	13	2	12	15	42
17	12	4	12	12	40
18	8	2	13	15	38
19	14	2	15	13	44

Продовження Додатку И**Продовж. табл. И.1**

20	13	3	17	15	48
21	15	3	16	16	50
22	12	4	15	14	45
23	14	2	15	15	46
24	12	2	14	13	41
25	9	3	15	13	40
26	8	3	16	14	41
27	11	3	15	13	42
28	8	3	14	13	38
29	8	3	19	14	44
30	15	3	15	18	51

Додаток І
Таблиця І.1

**Результати повторного дослідження за методикою «Шкала
реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера –
Ю.Л. Ханіна»**

№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	27	39
2	38	26
3	28	28
4	38	28
5	28	28
6	38	15
7	72	63
8	27	27
9	28	24
10	37	28
11	37	28
12	42	38
13	37	31
14	41	32
15	32	27
16	42	42
17	31	23
18	32	32
19	35	38

Продовження Додатку І**Продовж. табл. І.1**

20	52	38
21	42	26
22	43	37
23	42	31
24	49	31
25	27	38
26	42	36
27	39	32
28	32	36
29	49	26
30	42	37

Додаток К
Таблиця К.1

Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека».

Повторна діагностика

№	Бали	Рівень
1	19	Легка
2	26	Помірна
3	16	Легка
4	19	Легка
5	15	Легка
6	14	Легка
7	19	Легка
8	15	Легка
9	19	Легка
10	16	Легка
11	12	Відсутня
12	14	Легка
13	14	Легка
14	18	Легка
15	17	Легка
16	21	Помірна
17	18	Легка
18	21	Помірна
19	19	Легка
20	27	Помірна
21	18	Легка

Продовження Додатку К**Продовж. табл. К.1**

22	18	Легка
23	15	Легка
24	24	Помірна
25	13	Відсутня
26	15	Легка
27	14	Легка
28	17	Легка
29	17	Легка
30	21	Помірна

Додаток Л

Таблиця Л.1

**Результати дослідження за тестовою методикою BASIC Ph (М.
Лахад). Повторна діагностика**

№	Стратегії					
	В	А	С	I	С	Ph
1	17	17	14	28	27	26
2	16	36	48	38	28	27
3	29	18	21	29	29	30
4	29	24	27	27	28	34
5	29	23	28	26	24	28
6	29	24	21	26	30	26
7	15	39	29	29	29	28
8	39	29	29	27	34	26
9	38	35	25	39	25	26
10	38	26	39	28	32	26
11	38	21	28	26	29	23
12	28	21	21	31	39	21
13	28	39	16	29	26	29
14	29	21	21	28	32	29
15	28	19	26	28	39	38
16	28	16	18	19	17	21
17	18	31	21	23	21	29
18	29	21	23	26	21	30
19	18	29	31	29	29	21
20	28	21	29	28	28	31

Продовження Додатку Л**Продовж. табл. Л.1**

21	28	20	36	29	12	18
22	29	31	16	37	27	28
23	28	23	36	29	32	29
24	26	27	29	28	29	35
25	28	31	22	26	32	23
26	29	23	21	24	21	36
27	19	28	25	31	29	21
28	30	19	19	21	28	29
29	29	28	25	28	28	24
30	28	29	21	13	26	19