

ПСИХОЛОГІЯ



Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА**



**ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПОСТРАЖДАЛИМ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ**

Монографія

За редакцією З. Г. Кісарчук



Київ 2020

*Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології
імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 8 від 25 червня 2020 р.)*

Рецензенти:

Піроженко Т. О. – член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор, завідувачка лабораторії психології дошкільника Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України;

Дорожкін В. Р. – доктор психологічних наук, професор кафедри психології Інституту підготовки кадрів державної служби зайнятості України.

Т38 **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.

ISBN 978-966-194-316-1

Ця колективна монографія підготовлена науковцями лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Вона присвячена розробленню теоретико-методологічних та методичних концепцій і моделей, спрямованих на поетапне створення технологій психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. У монографії представлено результати досліджень з визначення базових понять та моделей розвитку симптоматики ПТСР у різних категорій травмованих осіб – військовослужбовців і ветеранів, членів їхніх сімей (дружини, діти), внутрішньо переміщених осіб, психологів/психотерапевтів, що працюють із постраждалими, читачів медіатекстів в умовах інформаційного тиску і маніпуляцій; з розроблення діагностичних процедур для виявлення проявів ПТСР у зазначених категорій осіб та їх апробації; зі створення моделей допомоги постраждалим, їх апробації та конкретизації психологічних/психотерапевтичних технологій для роботи з вказаними категоріями травмованих осіб.

Монографія адресована як психологам/психотерапевтам – науковцям і практикам, викладачам вищих навчальних закладів, так і фахівцям інших «допоміжних» професій та волонтерам – усім, хто зайнятий у сфері психологічної та соціально-психологічної допомоги постраждалим внаслідок важких травмівних подій.

УДК159.98 : 615.8-052

Номер державної реєстрації НДР № 0118U003096

ЗМІСТ

ВСТУП (Кісарчук З. Г.)	6
------------------------------	---

РОЗДІЛ I.

ПСИХОДИНАМІЧНА МОДЕЛЬ ПСИХОТРАВМИ З УРАХУВАННЯМ ФЕНОМЕНУ СТРУКТУРНОЇ РЕГРЕСІЇ ЯК ОСНОВА ДЛЯ РОЗРОБЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ ВЕТЕРАНІМ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР (Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О.) ..	11
1.1. Теоретичні моделі психотравми та її наслідків: основні поняття та концепції	11
1.2. Психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії як факторі для розуміння механізмів симптоматичних змін у ветеранів, діагностики ознак ПТСР та допомоги у їх подоланні	17
1.2.1. Психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії (ПМП ФСР), та розуміння на її основі механізмів симптоматичних змін у ветеранів	17
1.2.2. Діагностика ознак посттравматичного стресового розладу у ветеранів, побудована на основі ПМП ФСР	28
1.2.3. Допомога ветеранам у подоланні ознак ПТСР на основі психодинамічної моделі психотравми з урахуванням ФСР (стратегії, принципи, методи та форми)	40
Список використаних джерел	51

РОЗДІЛ II.

ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВЛЕННЯ ВНУТРІШНІХ І ЗОВНІШНІХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ (Литвиненко Л. І.)	56
2.1. Особливості перебігу проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації у стаціонарі	56
2.2. Карта психологічного супроводу як ефективний спосіб обстеження ветеранів з проявами ПТСР	64
2.3. Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР: стратегії, принципи, методи та форми психотерапевтичної допомоги	66
Список використаних джерел	70

РОЗДІЛ III.

ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ (Журавльова Н. Ю.)	73
3.1. Вторинна травматизація та стресостійкість як базові поняття для побудови моделі психотравми дружин ветеранів війни	73
3.2. Діагностика ознак вторинного травматичного стресу (ВТС), рівня стресостійкості жінок та результати апробації діагностичного інструментарію	77
3.3. Психотехнологія розвитку стресостійкості дружин ветеранів війни у контексті психотерапевтичної допомоги щодо подолання проявів ВТС	82
Список використаних джерел	85

РОЗДІЛ IV.

ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ДІТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО МАЮТЬ ПРОЯВИ ПТСР, ЗАСОБОМ ВІДНОВЛЕННЯ СПРИЯТЛИВОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО КОНТАКТУ У РОДИНІ (Омельченко Я. М.)	87
4.1. Специфіка чинників та перебігу симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців	87
4.2. Основні діагностичні процедури виявлення симптомів ПТСР у дітей та результати їхнього обстеження; модель виникнення загострення та циркулювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців	93
4.3. Модель технології розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобом відновлення сприятливого психоемоційного контакту у родині, її апробація	101
Список використаних джерел	112

РОЗДІЛ V.

ТЕХНОЛОГІЯ ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ ТА ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ В ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ПТСР (Плескач Б. В., Уркаєв В. С.) ...	116
5.1. Дисоціативний механізм психологічного захисту в травматичній ситуації як пояснювальний принцип проявів ПТСР у внутрішньо переміщених осіб	116
5.2. Методики діагностики проявів ПТСР та їх значення для організації психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам	124
5.3. Форма організації проблемно-орієнтованої психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам та її наповнення: консультування, психологічні вправи, домашні завдання. Результати апробації	129
Список використаних джерел	132

РОЗДІЛ VI.

ПСИХОТЕХНОЛОГІЯ З РОЗВИТКУ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ У ПСИХОЛОГІВ/ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ПОСТТРАЖДАЛИМИ (Лазос Г. П.) .. 135

- 6.1. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології з її розвитку. Концептуалізація понять та огляд сучасних досліджень 135
- 6.2. Діагностичні процедури дослідження резильєнтності та основних її факторів. Результати апробації 141
- 6.3. Стратегії, принципи та засоби психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності у фахівців – психологів/психотерапевтів 148
- Список використаних джерел 156

РОЗДІЛ VII.

ТЕХНОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ГРОМАДЯНАМ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР ЧЕРЕЗ ТЕКСТ У ДРУКОВАНИХ ЗМІ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСАХ (Гурлева Т. С.) 159

- 7.1. Психологічна характеристика сучасного читача медіатекстів в умовах інформаційного тиску і медійної маніпуляції 160
- 7.2. Діагностика ознак і причин ПТСР у читача: процедура проведення і аналіз результатів емпіричного дослідження 162
- 7.3. Психологічна допомога громадянам у ставленні до текстової медіаінформації в контексті подолання проявів ПТСР 172
- Список використаних джерел 174

Відомості про авторів 177

ВСТУП

Актуальність проблематики, що представлена у монографії, зумовлена запитами сучасного українського суспільства стосовно надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги значній кількості постраждалих внаслідок тривалої воєнної агресії на сході України – зокрема військовослужбовцям і ветеранам ЗСУ, членам їхніх сімей, вимушено переселеним особам, волонтерам, у яких переживання надзвичайних травматичних подій викликало розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Останній проявляється порушеннями у психологічних, поведінкових і соматичних процесах, становить для травмованої особи значні труднощі у соціально-психологічній адаптації й при цьому важко піддається реабілітаційним впливам. Треба зазначити, що наразі вітчизняні фахівці працюють з постраждалими, спираючись на власний попередній практичний досвід роботи з кризою, однак ситуація надання психологічної допомоги особам, які зазнали психотравми і мають ознаки ПТСР, настільки специфічна, що потребує суттєво іншого підходу до практики та форматування діяльності психолога/психотерапевта. Західні ж моделі травмотерапії, якими нині активно оснащують практикуючих психологів та психотерапевтів, не можуть бути повністю застосованими у вітчизняних реаліях. Насамперед, це зумовлено тим, що ці моделі здебільшого будуються на «суб'єкт-об'єктній» основі взаємодії психолога з постражданим, який має виконати окреслені у рамках реабілітаційної програми обов'язкові дії, про які повідомляє фахівець. Спираючись на власні попередні дослідження, вважаємо, що така схема потребує значної трансформації, оскільки без активної позиції самого постраждалого суттєвого просування у подоланні негативної симптоматики не відбувається. Уважного вивчення потребує також феномен посттравматичного стресового розладу у вітчизняному контексті з урахуванням вікових, психологічних, соціальних та соціокультурних особливостей постраждалих та характеристик фахівців і специфіки здійснення ними практичної діяльності.

Одним із шляхів розв'язання означених проблем на науковому рівні є розроблення теоретико-методологічних і методичних концепцій та моделей, спрямованих на поетапне створення технологій психотерапевтичної допомоги різним категоріям постраждалих у подоланні проявів ПТСР, на що і було спрямоване дослідження, викладене у монографії. Основна його ідея полягає у наступному: осмислення психотерапевтичної допомоги постражданим у подоланні проявів ПТСР як спільної діяльності психотерапевта і потерпілого є основою для розроблення відповідних технологій психотерапевтичної допомоги, що передбачають у своєму застосуванні стосунки співучасті, партнерства. При цьому такі технології орієнтовані на певну симптоматику ПТСР, враховують вікові і психологічні характеристики постраждалих, їх соціокультурну специфіку, а також особливості фахівців та здійснення ними практичної діяльності.

Коло завдань, окреслених науковцями для розв'язання у дослідженні, охоплювало проведення теоретико-методологічного аналізу проблеми розроблення психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постражданим з проявами ПТСР; визначення

базових понять, пояснювальних принципів і моделей розвитку симптоматики ПТСР у різних категорій травмованих осіб – військовослужбовців і ветеранів, членів їхніх сімей (дружини, діти), внутрішньо переміщених осіб, психологів/психотерапевтів, що працюють з постраждалими, читачів медіатекстів в умовах інформаційного тиску і маніпуляцій; розроблення діагностичних процедур з виявлення проявів ПТСР у зазначених категорій осіб та їх апробація; створення моделей допомоги постраждалим, їх апробація та конкретизація психологічних/психотерапевтичних технологій для роботи з вказаними категоріями травмованих осіб.

У *першому розділі* монографії «Психодинамічна модель психотравми з урахуванням феномену структурної регресії як основа для розроблення технології психотерапевтичної допомоги військовим ветеранам у подоланні проявів ПТСР» розглядаються основні поняття за темою, зокрема «посттравматичний стресовий розлад» – його загальна характеристика та діагностичні критерії визначення; подається короткий огляд існуючих теоретичних моделей психотравми та її наслідків у вигляді ПТСР. Викладається інноваційна, розроблена авторами, психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії як важливому факторі розуміння механізмів патогенезу у ветеранів бойових дій (ПМП ФСР). Проаналізовано ознаки ПТСР, які включені до діагностичної системи DSM-5, в порівнянні з тими ознаками, які застосовані в ПМП ФСР, виділено їх спільні та відмінні риси. Визначено перспективи створення на основі розробленої моделі більш ранньої і точної діагностики ознак ПТСР та системи адекватних засобів їх подолання. Розроблено комплекс процедур для діагностики ознак ПТСР у ветеранів з урахуванням характеристик їх структурної регресії, що включає, зокрема, набір авторських методик, спрямованих на виявлення саме цих характеристик, та алгоритм їх співставлення за вищезазначеною моделлю психотравми (ПМП ФСР) з реальною сукупністю і особливостями ознак ПТСР у конкретної особи. Викладено результати апробації діагностичних процедур. На основі отриманих у дослідженні даних окреслено стратегію стабілізації процесу регресії в перспективі досягнення структурного відновлення особистості; відповідно до цієї стратегії визначено можливості гнучкого формування тактичних напрямів роботи з ветеранами, виділенням першочергових мішеней психотерапевтичного впливу та послідовності інтервенцій для конкретних осіб.

У *другому розділі* «Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів з подолання проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації після травмивних подій» проаналізовано діапазон посттравматичних стресових порушень, що розвиваються у бійців, які брали участь у війні на сході України і зазнали бойової травми; показано особливості перебігу проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації в стаціонарі. Окреслено основні діагностичні процедури виявлення симптомів ПТСР, розроблено та запропоновано до використання «Карту психологічного супроводу ветерана» як внутрішній протокол для роботи із ветеранами, що перебувають у реабілітаційних відділеннях стаціонарів. Репрезентовано модель технології відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР: окреслено стратегії, тактичні заходи, методи та техніки психотерапевтичної допомоги; охарактеризовано особливості групової та індивідуаль-

ної реабілітаційної роботи; запропоновано поетапний спосіб роботи з відновлення ресурсів травмованої особи. Викладено результати первинної апробації даної технології.

У матеріалах *третього розділу* «Технологія розвитку стресостійкості дружин ветеранів з подолання у жінок проявів вторинної травматизації» викладаються результати теоретико-методологічного аналізу проблеми розроблення та практичного застосування технології психологічної допомоги дружинам ветеранів війни, що мають прояви вторинного травматичного стресу (ВТС). Представлено модель психотравми дружин ветеранів, у якій цей феномен розглядається як прояв вторинного травматичного стресового розладу, зумовленого зовнішніми та внутрішніми стрес-факторами, та модель психодіагностики даної категорії постраждалих. На основі результатів діагностики та інтерпретації отриманих емпіричних даних з'ясовано, що підвищені вимоги до дружин ветеранів, які виникають на етапі ресоціалізації колишніх військових, значною кількістю жінок сприймаються як травматичний стрес. Досліджено ознаки ВТС жінок (виражене емоційне і фізичне напруження, підвищені тривога та депресія, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість тощо). Встановлено, що низький рівень стійкості до такого типу стресу корелює з вираженими проявами негативних емоційних станів у дружин ветеранів, що дозволило розглядати стресостійкість важливою складовою структури особистості жінок у контексті подолання наслідків ВТС. Представлено технологію психотерапевтичної допомоги дружинам ветеранів війни, що базується на розвитку стресостійкості жінок із урахуванням досвіду їх емоційної травми. Цей процес передбачає психоедукацію з питань ПТСР та ВТС, підтримку у налагодженні сприятливого психологічного клімату у сім'ї з урахуванням специфіки психоемоційних та поведінкових проявів ветеранів, розвиток навичок власної психоемоційної регуляції та комунікативної компетенції, турботи про себе. Окреме особливе значення у структурі означеної психотехнології має якість психотерапевтичного контакту психолога з жінками.

У *четвертому розділі* «Технологія розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобом відновлення сприятливого психоемоційного контакту у родині» описано специфіку чинників та особливості перебігу симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців. Окреслено основні діагностичні процедури виявлення ознак ПТСР у дітей та викладено результати дослідження у них типової симптоматики. Здійснено класифікацію проявів ПТСР та розкрито змістовні, специфічні характеристики симптомів уникнення, інтрузії та гіперреактивності у дітей. Показаний зв'язок між психоемоційним станом дітей і психоемоційним станом їхніх батьків та якістю їхнього контакту, стосунку зі значущими дорослими. Представлено модель виникнення та хронічного циркулювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців, яке зумовлене специфікою родинної ситуації, якісними характеристиками значущих для дитини дорослих. Репрезентовано модель технології розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобами психоедукації їхніх батьків, впровадження антистрес-технік для дорослих та дітей, відновлення сприятливого для подолання негативних наслідків дії чинників надмірного стресу психоемоційного контакту у родині. Викладено результати первинної апробації технології.

У *п'ятому розділі* «Технологія переосмислення та переживання травмивного досвіду переміщеними особами в процесі психологічної допомоги з подолання проявів

ПТСР» виникнення симптомів ПТСР у внутрішньо переселених осіб пояснюється як результат дисоціативного механізму психологічного захисту у відповідь на травматичну ситуацію. Розглядаються основні причини психологічної травматизації: первинна (пов'язана з обставинами переселення) та вторинна (викликана труднощами адаптації на новому місці проживання). Викладено діагностичні процедури, які дозволяють оцінити ступінь проявів ПТСР, особливості адаптації на новому місці проживання та характеристики психотерапевтичної ситуації, важливі для психологічної допомоги травмованій особі (особливості психолога та переселенця, якість їхнього контакту тощо). На основі отриманих у дослідженні даних подано рекомендації стосовно найбільш бажаного для ефективності психологічної допомоги поєднання деяких індивідуально-психологічних рис психолога та його клієнта. Розроблено програму психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, яка спрямована на інтеграцію травматичного досвіду. Програма складається з низки очних зустрічей та відповідних їх змісту домашніх завдань. Очна зустріч передбачає психологічну консультацію та виконання певних психологічних вправ, які детально описані. Наводяться результати апробації запропонованої технології.

Шостий розділ «Психотехнологія з розвитку резильєнтності у психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими» присвячено розгляду проблеми резильєнтності у фахівців допомагаючих професій – психологів, психотерапевтів, консультантів. У представленій теоретико-методологічній моделі резильєнтності розкрито різні підходи до концептуалізації цього явища та його структуру, яку описано через основні конструкти резильєнтності: фактори ризику, захисні фактори/резильєнтні фактори, фактори вразливості. Окремо розглянуто такий вагомий резильєнтний фактор, як стиль прив'язаності. Окреслено діагностичну модель дослідження резильєнтності та основних її факторів і проведено її апробацію. Представлено результати експериментального дослідження фахівців допоміжних професій з аналізом отриманих даних щодо загального рівня резильєнтності, його зв'язку з такими ненадійними стилями прив'язаності, як уникання та занепокоєння, а також власним досвідом проходження психотерапії фахівцями. Показано зв'язок між рівнем резильєнтності та застосуванням неефективних копінг-стратегій. На основі інтерпретації отриманих даних визначено мішені психотерапевтичного втручання: підсилення захисних факторів резильєнтності через психотерапевтичну роботу з ненадійними типами прив'язаності (уникання, занепокоєння у стосунку), які проявились у фахівців як фактори вразливості; навички застосування ефективних копінг-стратегій додання стресу. Запропоновано модель психотехнології розвитку резильєнтності, створену на основі інтегративного підходу.

У *сьомому розділі* «Технологія психологічної допомоги громадянам у подоланні проявів ПТСР через текст у друкованих ЗМІ та Інтернет-ресурсах» охарактеризовано сучасного читача медіатекстів в умовах інформаційного тиску і медійної маніпуляції як такого, що перебуває у стані напруженості, невпевненості, недовіри до себе, людей і світу, виявляє некритичність щодо спожитої медіаінформації. Певним проявом ПТСР у читача, хоча і непрямим, розглядається недовіра до себе. Сформований у дослідженні набір діагностичних процедур дозволив виявити ознаки і причини дефіциту довіри до себе, що впливає на ставлення людини до друкованих текстів. Визначено

складові сприймання медіатексту: інформативна (когнітивна), емоційно-почуттєва, дієва (поведінкова). З'ясовано чинники критичного ставлення до інформації: розпізнавання діалогічного і маніпулятивного тексту зміцнює довіру читача до себе, підвищує вибірковість у ставленні до інформації. Маніпулятивний текст або виявляє довіру до себе, або, навпаки, стає умовою розвитку нездатності протистояти агресивному тиску. Діалогічна взаємодія між автором тексту і читачем є показником і умовою розвитку довіри громадянина до себе як до особистості. На основі інтерпретації емпіричних даних розроблено проєкт технології психологічної допомоги читачеві у подоланні недовіри до себе, формуванні критичності у ставленні до текстової інформації. Цей проєкт включає пропрацювання таких питань: ознак недовіри до себе як непрямого прояву ПТСР; формування умінь відрізнити маніпулятивний текст від діалогічного; аналіз власного досвіду читача щодо ставлення до текстів у ЗМІ і випадків довіри – недовіри до себе; вправління у розпізнаванні текстів різних видів.

РОЗДІЛ І.
ПСИХОДИНАМІЧНА МОДЕЛЬ ПСИХОТРАВМИ З
УРАХУВАННЯМ ФЕНОМЕНУ СТРУКТУРНОЇ РЕГРЕСІЇ
ЯК ОСНОВА ДЛЯ РОЗРОБЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ ВЕТЕРАНАМ
У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР

1.1. Теоретичні моделі психотравми та її наслідків:
основні поняття та концепції

Дослідження, присвячені особливостям переживання людиною власної участі у бойових діях, показують, що одним із частих наслідків такого досвіду є розвиток згодом посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється специфічними психологічними, поведінковими і соматичними змінами, труднощами у соціально-психологічній адаптації особи і який важко піддається реабілітаційним впливам. У зв'язку з цим пошук і розроблення адекватних засобів психотерапевтичної допомоги ветеранам, які набули важкий досвід, пов'язаний з війною, є наразі актуальним завданням вітчизняної практичної психології. У контексті вирішення цього завдання важливим видається проведення спеціальних досліджень, пов'язаних з уважним вивченням феномену ПТСР у ветеранів бойових дій, а також розробленням теоретико-методологічних і методичних моделей, спрямованих на поетапне створення технологій психотерапевтичної допомоги особистості у подоланні проявів ПТСР.

Поняття «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад». У найбільш загальному значенні термін «стрес» (від англ. stress – напруга) використовується для позначення станів людини, які характеризуються сильним напруженням і виникають у відповідь на несприятливі, значні по силі і тривалості зовнішні та внутрішні впливи (стресори) [42]. Фізіолог Г. Сел'є, видатний дослідник стресу [38; 39], виходив із гомеостатичної моделі функціонування організму і розглядав стресори як стимули, що мобілізують його ресурси, викликаючи реакцію загального адаптаційного синдрому. Першою стадією даного синдрому є реакція тривоги, тобто індивід входить у стан тривоги (фаза шоку) і разом з тим мобілізуються його захисні сили (фаза протишоку). Якщо стрес продовжується, організм переходить у стадію опору (резистентності), під час якої стійкість до різних впливів є підвищеною. Ця стадія або призводить до стабілізації стану і відновлення, або змінюється стадією виснаження, яка супроводжується порушенням соматичних та психічних процесів, занепадом сил і може закінчитися загибеллю організму. В останньому випадку говорять вже про **ди-стрес** – стрес, якому людині важко протистояти, він є для неї надмірним, виснажливим, деструктивним. Часто такий стрес має хронічний характер. Отже, переживання стресу може мати як позитивне, мобілізуюче значення для організму людини, так і негативні, патологічні наслідки.

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому, тобто різні афективні переживання, які завжди супроводжують стрес і призводять до небажаних змін в організмі людини, отримали назву «емоційний стрес» [41; 45; 55]. Це поняття інколи вживається синонімічно до поняття «психологічний стрес», хоча за своїм змістом останнє є значно ширшим. Дослідники психологічного стресу описують його як психологічний стан, що характеризується змінами у всіх процесах, які мають місце в психіці людини в певній критичній ситуації. Емоційна реакція під час стресу – лише одна із характеристик психічної діяльності, що має завжди цілісний характер і включає, крім емоційних, ще своєрідні «відповіді» в мотиваційній, пізнавальній, вольовій, психомоторній та інших сферах. Виходячи з цього, ототожнення емоційного та психологічного стресів визнається не зовсім коректним [41; 55].

Що стосується поняття «**психотравма**», то згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стають порушення у психічній діяльності людини, співставні зі змінами у соматичних процесах внаслідок фізичного ураження. Тобто порушення у психічній сфері набувають системного характеру і проявляються серйозними патологічними змінами в афективній, когнітивній та поведінковій її складових, системі пам'яті, наочіння, емоційно-вольових процесах. У якості стресора у таких випадках виступає травматична стресова подія, яка характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Ця подія часто пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, вона несе людині абсолютно нову інформацію, яку необхідно інтегрувати в попередній життєвий досвід. Психотравму (синонімічно вживаються ще терміни «емоційний травматичний стрес», «емоційна травма») часто описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє нерідко тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади.

Уявлення про психотравму і травматичну подію як етіологічний фактор її виникнення лежить в основі сучасних підходів до розуміння феномену **посттравматичного стресового розладу (ПТСР)** як такого, що формується внаслідок дії зовнішнього впливу (травматична подія), а не притаманних особі внутрішніх особливостей (індивідуальна слабкість, «крихкість»). Отже, діагноз ПТСР означає інтенсивну і, зазвичай, пролонговану реакцію на екстремальний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, урагани, повені, пожежі), антропогенні катастрофи (вибухи на підприємствах, авіакатастрофи, автомобільні аварії), а також лиха, спричинені людьми, – переслідування, терористичні акти, воєнні дії, насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури) [4; 5; 51]. При цьому мається на увазі, що незважаючи на факт здатності значної частини людей переборювати звичайний стрес, викликаний «нормальними» труднощами життя (розлучення, хвороба, фінансові втрати тощо), їхні адаптивні можливості не спрацьовують у випадку зустрічі з травматичною стресовою подією. Водночас клінічна практика показує, що і у випадку дії екстремального стресору існують все ж індивідуальні розбіжності щодо переживання його наслід-

ків: «у різних людей виявляється різний «пори́г травми» – одні більш захищені, а інші більш чутливі і більш схильні до розвитку клінічних симптомів...» [51, с. 2–3]. Такі спостереження говорять про те, що в особливостях переживання травми певну роль відіграють суб'єктивні аспекти, здатні пом'якшувати цей процес, хоча вплив таких зовнішніх екстремальних факторів, як згвалтування, тортури, важкий фронтний стрес будь-якою людиною відчувається як травматична подія [51].

Сучасні погляди на феномен ПТСР та діагностичні критерії його визначення склались наприкінці минулого сторіччя. У 1980 році після широких досліджень психічних порушень у ветеранів війни у В'єтнамі Американська психіатрична асоціація включила посттравматичний стресовий розлад (post-traumatic stress disorder) як діагноз у Посібник з діагностики та статистики розумових розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), відомий як DSM-III. Критерії ПТСР у міру накопичення даних щодо поширення цього діагнозу, гендерних та географічних його показників, тонкощів симптоматики, її етіології тощо потім були переглянуті у DSM-IV (1994 р.). Певний час діагноз ПТСР як самостійна нозологічна одиниця у групі тривожних розладів виокремлювався тільки в американських посібниках – класифікаторах, однак у 1995 році цей розлад увійшов також до десятої редакції Міжнародного класифікатора хвороб (МХБ-10), основного діагностичного стандарту в європейських країнах [45; 51]. Тим часом у США був здійснений ще один перегляд діагностичних критеріїв ПТСР (DSM-5, 2013 р.), який на сьогодні є найбільш повним і деталізованим. Розглянемо критерії ПТСР за DSM-5, взявши за основу їх опис, здійснений М. Фрідманом, – відомим американським професором психіатрії, що має значні досягнення у дослідженні та лікуванні ПТСР [51].

Суттєвою зміною п'ятого перегляду DSM, порівняно із DSM-III і DSM-IV, є те, що в ньому ПТСР вже не розглядається як тривожний розлад, його віднесено до нової категорії, що має назву «Розлади, зумовлені травмою і стресором».

Діагностичні критерії ПТСР за DSM-5

А. Наявність факту стресора – надзвичайної травматичної події, яка трапилася з людиною і означала смертельну небезпеку чи загрозу смерті, отримання чи загрозу каліцтва, наругу чи загрозу фізичній гідності особи (сексуальне насильство, тортури тощо) і могла проявитися як:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
2. Особисте спостереження такої події, в яку залучені інші особи.
3. Повідомлення про насильницьку або раптову смерть рідної/близької людини, або про скоєння сексуального чи іншого насильства стосовно такої людини.
4. Багаторазове споглядання (здебільшого при виконанні професійних обов'язків) відразливих або жахливих наслідків травматичної події.

В. Наявність одного чи більше симптомів вторгнення, пов'язаних із травматичною подією, що з'явилися після неї і можуть проявлятися як:

1. Повторюване, мимовільне вторгнення (інтрузія) спогадів або наочних картин, пов'язаних із травматичною подією, що викликає паніку, жах, відразу тощо.

2. Повторювані сновидіння, зміст та/чи емоційне забарвлення яких має стосунок до травматичної події.

3. Дисоціативні епізоди, зокрема флешбек-ефекти, в яких особа поводить себе так, ніби травматична подія з минулого відбувається у теперішньому часі.

4. Сильний і/чи тривалий психологічний дистрес внаслідок дії подразників, що нагадують чи символізують будь-який із аспектів травматичної події.

5. Фізіологічні реакції, що виникають під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які певним чином асоціюються із травмою.

С. *Стійке уникання стимулів, пов'язаних із травматичною подією, що спостерігається після її завершення. Стратегії, які використовують при цьому травмовані особи, можуть полягати у наступному (має значення прояв хоча би однієї з наведених нижче стратегій):*

1. Уникнення чи спроба уникнення будь-яких болючих спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із травматичною подією.

2. Уникнення чи спроба уникнення зовнішнього нагадування про травму (певних місць, людей, ситуацій, видів діяльності, розмов), яке може спричинити болючі, тяжкі спогади, думки, почуття.

Д. *Погіршення когнітивного та емоційного функціонування, що пов'язане із травматичною подією і почалося чи посилюється після її завершення (має значення наявність проявів хоча би двох з наведених нижче симптомів):*

1. Неможливість пригадати важливі аспекти травматичної події (за рахунок, головним чином, дисоціативної психогенної амнезії, а не таких факторів, як травма голови, вживання алкоголю, наркотиків).

2. Стійкі та хибні зміни негативного характеру у переконаннях стосовно себе самого, близьких людей, оточуючого світу («Я нікчемний», «Моя сім'я хоче мене позбавитися», «Нікому не можна довіряти», «Навколишній світ є дуже небезпечний»).

3. Стійкі та хибні уявлення стосовно причин та наслідків травматичної події, на яких будується звинувачення себе самого або інших.

4. Стійкі негативні емоційні стани та переживання (страх, гнів, жах, сором, вина).

5. Зменшення інтересу до участі у подіях чи видах діяльності, які раніше були значимі.

6. Відчуття «відокремленості» або «відчуженості» від інших людей.

7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції – такі, як насолода, радість, любов, що вельми утруднює підтримання близьких подружніх стосунків або інших міжособистісних відносин.

Е. *Помітні і значимі зміни фізіологічної збудливості та реактивності, що почалися чи посилілися після завершення травматичної події (має значення наявність проявів хоча би двох із наведених нижче симптомів):*

1. Дратівливість чи спалахи гніву, що виникають без усякої причини або за незначними приводами і часто проявляються вербальною або фізичною агресією стосовно людей чи об'єктів.

2. Самодеструктивна, нерозважлива, ризикована поведінка.

3. Підвищена настороженість, гіпертрофована пильність.
4. Перебільшена стартова реакція.
5. Труднощі із засинанням та підтримкою сну.
6. Труднощі із концентрацією уваги.

Г. Тривалість розладу (симптомів та їх проявів, описаних в критеріях В, С, D та E) має бути більше одного місяця.

Г. Розлад викликає суттєві обмеження постраждалого у соціальній, професійній чи іншій сферах функціонування, а також значний дистрес.

Н. Розлад не є спричинений лікарськими препаратами, зловживанням алкоголем чи наркотиками або іншою хворобою [10].

Теоретичні моделі і концепції ПТСР. Аналіз досліджень, що стосуються переживання людиною досвіду участі у воєнних конфліктах, особливостей бойової психотравми та її наслідків, профілактики і психотерапії посттравматичного стресового розладу у ветеранів, показує, що на сьогодні не існує єдиної теорії, яка би вичерпно пояснювала етіологію та механізми виникнення і розвитку ПТСР і, відповідно, визначала би стратегії і перспективи його лікування [12; 14; 24; 26; 32; 33; 34; 42; 43; 50; 56]. В результаті багаторічних досліджень феномену ПТСР розроблено низку його теоретичних моделей – психологічних (психодинамічні, когнітивні, психосоціальні) та біологічно зорієнтованих, в яких під різними кутами зору розглядається природа і механізми бойової травми, її наслідки, аналізуються стратегії, фактори та умови, що сприяють успішному подоланню ПТСР-синдрому [22; 26; 27; 35; 43; 47]. Розглянемо коротко основні з цих моделей та представлені в них концептуальні підходи.

В психодинамічних теоріях психопатологічні симптоми, пов'язані з витісненими спогадами про травму, часто пояснюють за допомогою поняття диссоціації, що виникає внаслідок перевантаження свідомості під час переживання травматичних подій і відділення (диссоціації) недостатньо опрацьованих травматичних елементів від інших, усвідомлюваних. Така стратегія є захисною, але доцільною у гострий період переживання травми, допомагає подолати її наслідки. Пізніше дисоційовані спогади дають про себе знати у вигляді емоційних, поведінкових, тілесних, образних чи інших патологічних станів. Отже, нагадування про травматичні переживання у такий спосіб є спробою відреагувати травму, опрацювати утворені захисти. Оптимальне співвідношення між витісненням травми із свідомості і поверненням до неї, її опрацюванням, інтеграцією є запорукою успішності адаптації людини. Усвідомлення всіх аспектів травми, на думку аналітиків, є необхідною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмивної ситуації у частину власного буття [8; 14; 15; 27; 28; 32; 33; 34; 48; 50; 65].

У когнітивних теоріях травми та її наслідків у вигляді ПТСР важлива роль надається процесам когнітивної оцінки людиною стресової ситуації (оцінюванню ступеня небезпечності обставин та власних ресурсів у протистоянні їм), на основі яких формується відповідний тип копінг-стратегії – дії, що спрямована на подолання стресової ситуації чи, навпаки, на завмирання, втечу тощо. В деяких сучасних когнітивних концепціях психічну травму розглядають з точки зору її впливу на особистість

людини, зміни в її базисних переконаннях стосовно довіри до світу, його доброзичливості і стабільності, а також цінності і значимості власного «Я». В результаті травмування ці переконання можуть зазнати руйнації, і особистість починає сприймати світ як ворожий, а себе як вразливу і безпорадну. Оскільки вважається, що саме ці переконання і пов'язані з ними оцінки травмивної ситуації та власного «Я» найбільше піддаються викривленням у результаті травмування, відновити у постраждалого здатність оцінювати реально навколишній світ, відчувати цінність власної особистості, свою спроможність і стійкість є головним завданням психотерапії [37; 45; 59; 62].

В психосоціальних моделях приділяється увага соціальним факторам, зокрема характеристикам оточення, які можуть впливати як на поглиблення проявів ПТСР у ветеранів, так і на їх успішну адаптацію. Як у зарубіжних, так і у вітчизняних публікаціях, присвячених проблемам адаптації ветеранів війн, підкреслюється негативна роль у цьому процесі атмосфери байдужості, нерозуміння і неприйняття оточуючими бойового досвіду ветеранів. І навпаки, збереження попереднього або покращення соціального статусу, фінансова забезпеченість, наявність соціальної підтримки з боку суспільства і особливо сім'ї, близьких людей є факторами, що сприяють подоланню наслідків травмування. Психосоціальні моделі включають розгляд і таких проявів ПТСР, про які вже йшлося в викладених вище концепціях, однак не під кутом зору їх особливого значення для життя суспільства. Мова йде про поведінковий патерн, який часто зустрічається у ветеранів, що перенесли психічну травму, – компульсивне повторне переживання травматичних подій, коли людина несвідомо прагне до участі у ситуаціях, які схожі з первісною травмивною подією (наприклад, ветерани потрапляють до кримінальних угруповань, ідуть працювати в поліцію чи в охоронні структури). Таку особливість поведінки травмованих осіб, що сприяє виконанню ними як ролі жертви, так і ролі агресора, дехто називає однією з причин розповсюдження насилля в суспільстві. Інший прояв ПТСР – уникання емоцій, пов'язаних із тяжкими спогадами про травму, часто призводить до дистанціювання від участі у соціальному житті, зловживань алкоголем чи наркотиками, що ослаблює взаємозв'язки, руйнує сім'ї та, як наслідок, знижує можливості адаптації людини [37; 43; 45; 57; 66].

В останні десятиріччя на основі досягнень у галузі нейрофізіологічних і біохімічних досліджень створюються біологічні моделі ПТСР, згідно з якими патологічні симптоми і механізм їх утворення пояснюється порушеннями у функціонуванні нейрогуморальної системи під дією важких стресових впливів. Розробляються також концепції, які намагаються враховувати і біологічні, і психічні аспекти патогенезу ПТСР [3, 29]. Медичні концепції, які покладено в основу розроблення міжнародних класифікацій хвороб, зокрема МКХ-10, DSM-5, враховують як біологічні, так і соціальні та психологічні фактори виникнення порушень здоров'я. Наразі з'являється все більше досліджень, присвячених такому ракурсу переживання травми, як феномен посттравматичного зростання та його ролі в процесі психотерапевтичної допомоги [10; 17; 25; 30; 31; 40; 46]. Таким чином, розвиток сучасної науки показує, що зрозуміти виникнення, функціонування і напрями терапії такого складного розладу, як ПТСР продуктивніше не з точки зору якогось одного підходу, а інтегруючи досягнен-

ня різних. Зокрема, відомі успішні результати лікування ПТСР внаслідок сполучення когнітивних і біологічних поглядів на його природу, поєднання біологічного підходу і психодинамічної терапії [11; 54], застосування мультифакторної концепції [43; 64], багатовимірної моделі подолання травми Мулі Лаади Basic Ph [18; 63], полівагальної теорії Порджеса [29].

1.2. Психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії як факторі для розуміння механізмів симптоматичних змін у ветеранів, діагностики ознак ПТСР та допомоги у їх подоланні

1.2.1. Психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії (ПМП ФСР), та розуміння на її основі механізмів симптоматичних змін у ветеранів

Дана модель створювалась нами на основі розробленої раніше структурно-психодинамічної моделі психотерапії (СПМП), основними складовими якої є: психотерапевтична антропологія; структурно-психодинамічна періодизація розвитку; теорія психопатології, симптомоутворення та діагностики; інструменти психотерапевтичного впливу [7; 16]. Оскільки зміст цих складових має принципове значення для розуміння компонентів ПМП ФСР, коротко опишемо вищезазначену модель психотерапії.

Згідно зі структурно-психодинамічною психотерапевтичною антропологією, розуміння якої базується в основному на філософських ідеях М. Кузанського, А. Бергсона, З. Фрейда, М. Хайдеггера, Ж. Лакана, розглядаємо людину у чотирьох онтологічних вимірах: (А) тілесності, відчуттів та переживань, здатності до імманентності; (Б) відчуження, розмірковування, здорового глузду, здатності до уявлень; (В) символізації та мислення, здатності до поваги; (Г) невизначеності та розімкнення свідомості, здатності до трансценденції [1; 6; 7; 9; 19; 20; 48; 49; 52]. Відповідно до цих вимірів виділено такі онтологічні потреби людини: потреба у відчуттях і переживаннях (відповідає виміру А), їх відчуженні (відповідає виміру Б), символізації (відповідає виміру В) та розімкненні свідомості (відповідає виміру Г). В структурно-психодинамічній моделі психотерапії ці чотири виміри складають сутнісну, онтологічну структуру людини і, якщо якийсь із вимірів не утримується та онтологічна потреба не задовольняється особисто або за допомогою ззовні, за допомогою симптомів, людина ніби втрачає свою людську сутність.

На основі теорії об'єктних стосунків, робіт У. Біона [2] та структурного психоаналізу Ж. Лакана [20] нами створено структурно-психодинамічну періодизацію розвитку та виділено такі її базові етапи у дитячому віці [7; 32]. **1-й етап розвитку – від народження приблизно до 6 місяців:** дитина народжена фізично, однак ще лишається частиною емоційного, психогуморального середовища, яким виступає мати, разом вони складають так звану *монаду*. Дитина вже здатна відчувати власну тілесність та розрізняє стани комфорту та дискомфорту, тобто антропологічний вимір А (тілесності та відчуттів) вже може утримуватися самостійно. Вимір Г (розімкнення) також є

доступним немовлятам і проявляється в особливій відкритості до контактів з материнською фігурою як своїм оточенням. *Дитина здатна до взаємин із оточенням як середовищем без розрізнення на окремі об'єкти.* **2-й етап розвитку** – приблизно від 6 до 18 місяців, так звана стадія дзеркала, за Ж. Лаканом, або стадія *діади*. Дитина починає виділяти материнську фігуру як окрему від себе; віддзеркалення мамою (близькими дорослими) станів дитини та дозрівання відповідних анатомічно-функціональних утворень нервової системи формують цілісність сприйняття, здатність до уяви (сферу уявного) і, відповідно, здатність розрізняти фізичні та психічні кордони, уявляти себе та оточення тощо. Дитина стає здатною до відчуження власних переживань, знаходить для них форми вираження, набуває також *здатність до об'єктних стосунків в діадах* [4]. **3-й етап розвитку** (у випадку нормального протікання цього процесу) може починатись приблизно з 18 місяців і тривати до 5–6 років (та довше). На цьому етапі має місце стадія *триангуляції* (3–6 років), на якій формується здатність долати інфантильні форми відчуження завдяки розвитку функції символізації. Дитина набуває здатність розрізняти об'єкти та їхні контексти, *тобто формувати не тільки стосунки з об'єктами, але й створювати своє ставлення до стосунків між ними* [6; 16].

В структурно-психодинамічній періодизації розвитку виділено також наступні три етапи розвитку, які, перебуваючи ніби на другому колі оберту спіралі, повторюють основні завдання структурного розвитку перших трьох етапів, але в широкому соціальному контексті. Далі ці три етапи повторюються протягом життя кілька разів у різних контекстах.

Виходячи з охарактеризованих вище онтологічних вимірів, в яких розглядається людина в СПМП, та відповідних їм її онтологічних потреб, сформульовано два *принципи симптомоутворення*. Вони ґрунтуються на наявності у постраждалих двох типів симптомів: 1) таких, що підтримують і забезпечують функціонування онтологічної структури людини, і 2) таких, що свідчать про загрозу її руйнування. Констеляція обох типів симптомів свідчить про міру ураженості особи. Відповідно перший принцип симптомоутворення полягає в тому, що онтологічні потреби задовольняються завжди, поки особа існує як людина; в разі, коли онтологічні потреби не задовольняються безпосередньо або опосередковано, утворюються симптоми першого типу (1), які задовольняють їх симптоматично. При цьому зазначимо, що *процеси структурної регресії та прогресії* є природніми коливаннями життєдіяльності (здорової та хворобливої). Симптомоутворення другого типу (2) може свідчити про загрозу функціонуванню онтологічної структури: злякисна незворотна регресія, виснаження, критичні органічні порушення, клінічні форми депресії, деменції, незворотні коми, втрата життєвих функцій. Що стосується конкретних теоретичних питань психопатології та її діагностики, то в створеній нами моделі психотерапії в основу їх розгляду були покладені психодинамічні концепції, які розрізняють рівні розвитку організації особистості [13; 23].

Стосовно методичного інструментарію, то в СПМП у якості основного засобу терапевтичного впливу використовується метод *кататимно-імагінативної психотерапії (КІП)*, особливості якого, як показала практика, сприяють виявленню зон безпосереднього, опосередкованого і симптоматичного здійснення онтологічних потреб клієнта та набуттю досвіду їх несимптоматичного задоволення; дозволяють використовувати терапевтичну регресію та прогресію як інструмент.

В цілому в основу моделі структурно-психодинамічної психотерапії покладено такі положення:

– чотири сутнісні виміри теоретично доступні кожній людині у повному обсязі, починаючи з її народження; кожен наступний рівень знімає собою попередні. Так, вимір мислення та символізації (В) знімає собою виміри тілесності, відчуттів і переживань (А) та відчуження, розмірковування, здорового глузду, здатності до уявлень (Б);

– символізація як процес в нашій моделі складається з трьох тактів: (1) проживання події (відчуття, емоції, глибинні стани), (2) відчуження (розмірковування, здоровий глузд, диференціація глибинних станів як пошук форм здійснення переживання – слів, образів, знаків, звуків, інших проявів переживання) та (3) створення зворотного зв'язку відчуженої форми з першоджерелом переживання події, – що є власне символізацією або третім тактом процесу створення символу [6; 16];

– символ трактується як зв'язок чогось явного (символічне означення) з чимось неявним, прихованим, втаємниченим (символічна подія), коли образ, зображення, тілесне відчуття або рух, поведінковий патерн, констеляція фігур на малюнку тощо (зміст символічних проявів) вказують на внутрішній об'єкт, конфлікт, бажання, переживання, захисні механізми тощо (зміст прихованого в символі). При цьому структури символічних проявів та внутрішнього світу переживань співпадають [16];

– кожен вимір реалізується у формі специфічної онтологічної людської потреби та її задоволення (потреби відчувати та переживати; уявляти, відчужувати назовні свої переживання в певних формах; символізувати, розрізняти відчуття та уявлення про відчуття в їхніх зв'язках; «розмикати» власну свідомість). Кожен вимір реалізується у здатності здійснювати певний тип стосунків: ставлення до середовища, стосунків з об'єктом, відношення до стосунків між об'єктами, ставлення до невизначеності;

– структурний розвиток людини відбувається в напрямку від інфантильної до зрілої онтологічної структури; процес структурного розвитку на кожному етапі запускається за умови помірного незадоволення певних потреб звичними, підручними, інфантильними способами (фрустрації інфантильних форм задоволення з одночасною підтримкою онтологічних потреб) та активації механізму пошуку нових можливостей їх зрілого задоволення;

– структурно зрілими особами є такі, що здатні і мають досвід самостійно утримувати всі чотири виміри; діти, структурно інфантильні особи самостійно утримують один чи два виміри, решту для них утримують родина, спільнота, соціальні установи, окремі люди, симптоми тощо;

– у випадку, коли з якихось причин певний вимір не утримується ні самостійно, ні за допомогою оточення, відбувається структурна регресія (СР) та виникають симптоми 1-го типу, що спрямовані на утримання онтологічної структури (виникають симптоми різної глибини патологізації – психоемоційна напруга, поведінкові розлади, психосоматичні порушення, психіатричні розлади); в крайньому випадку особа може втратити певні ознаки «людяності» (симптоми 2-го типу);

– структурна зрілість не є сталою величиною; у конкретних життєвих фрустраційних, в тому числі і травматичних, ситуаціях може відбуватись структурна регресія – тимчасова або тривала втрата можливості самостійно утримувати певний вимір та

користуватись допомогою на цьому рівні, здійснювати відповідний тип стосунків. У результаті структурної регресії людина починає сприймати світ, відчувати, мислити та діяти, як маленька дитина відповідного рівня регресії віку – (як 3–4-річна, як 2-річна, як немовля). При цьому у сферах фізичного та інтелектуального функціонування це може бути неочевидним. Мається на увазі той факт, що особа в структурній регресії втрачає можливість самостійно задовольняти деякі онтологічні потреби (частіше потреби в символізації та розімкненні свідомості); стає нездатною витримувати невідзначеність, враховувати контексти та стосунки між іншими людьми, розуміти тимчасовість певних станів та метафоричність у мовленні, може втратити почуття гумору;

- актуальний рівень структурного функціонування може бути неоднорідним у різних сферах стосунків особи.

Модель психотравми, побудована з урахуванням феномену структурної регресії (ПМП ФСР). Переходимо до опису розробленої нами моделі психотравми. Як уже зазначалось, вона побудована з урахуванням *феномену структурної регресії (ФСР)* – *тимчасової втрати можливості самостійно утримувати певний онтологічний вимір, задовольняти відповідну онтологічну потребу; вносити відповідні зміни в уявлення про себе і світ відповідно до загрозливих несподіваних змін у реальності.* У результаті психічної травматизації відбуваються певні процеси в онтологічному просторі загалом та у кожному з вимірів онтологічної структури людини зокрема. Втрачається можливість самостійно утримувати один чи більше онтологічних вимірів, приймати допомогу, не задовольняються відповідні онтологічні потреби зрілим способом, відбувається структурна регресія, виникають симптоми. У більшості проаналізованих випадків під час структурної регресії насамперед чергу втрачається можливість самостійно утримувати виміри символізації та розімкнення свідомості.

Розглянемо детальніше означені вище процеси і порівняємо їх з уявленнями *про динамічну картину реагування людини на стресові події та алгоритм цього реагування*, описані в літературі [38; 39].

- За Г. Сельє, стресові обставини порушують гомеостаз – відносно динамічну сталість внутрішнього середовища та деяких фізіологічних функцій організму людини. Гомеостаз забезпечується складною системою координованих адаптаційних механізмів, спрямованих на усунення чи обмеження дії на організм зовнішніх та внутрішніх чинників. У гіпотетичній ситуації гомеостазу людина знаходиться в стані динамічної рівноваги.

- В період дії стресових факторів гомеостаз порушується, виникають відчуття тривоги або шоківий стан, реакції пошуку допомоги, завмирання, боротьби або втечі. Включаються механізми мобілізації захисних сил, нормальні психофізіологічні механізми відновлення гомеостазу – психогуморальна регуляція (виділяються певні гормони, змінюються режими дихання, серцебиття тощо).

- Якщо в результаті мобілізації захисних сил відновлення відбулося, можуть включатись механізми посттравматичного зростання. Якщо ні – виникає опір до дії стресового фактора першого рівня, вмикаються механізми резистентності, активується стійкість до різних впливів, змінюється режим функціонування системи на режим «витримання дії стресора». При цьому особа може втратити можливість витримувати

вати впливи і подразники, які до того не сприймалися як стресові. Виникає феномен «вибірковості витримування».

– Якщо відбувається умовне відновлення внутрішньої рівноваги в зміненому режимі функціонування – то починається період зовнішнього спокою на тлі латентної напруги, протягом якого людина може знайти додаткові ресурси для повного відновлення. Якщо гомеостаз не відновлюється, виникає опір другого рівня за рахунок виникнення емоційно-соматичних чи поведінкових симптомів. Виникає сильне збудження, неможливість заспокоїтись, необхідність щось активно робити в іншій сфері, бажано фізично (відволіктись від стресора, продовжувати активність, поки не стане доступним засинання, «вимкнення»). В результаті фізичної напруги, а потім відпочинку, сну може відбутись відновлення гомеостазу.

– Якщо відновлення рівноваги не відбувається – настає фаза виснаження, суттєвого порушення психосоматичних та/або психічних процесів. Особа інтуїтивно продовжує шукати можливість відновлення поза зоною дії стресора: фізичної ізоляції від стресора, щоб відновитись завдяки фізіологічним симптомам (через тіло), та психічної ізоляції (через психіку) – завдяки виникненню психологічних та психіатричних симптомів. Одночасно існують внутрішні спонукання (виникають відповідні симптоми) до повернення в переживання, щоби сутнісно їх прожити, символізувати та вийти на новий рівень внутрішньої рівноваги, відновити структурне функціонування.

– В результаті дії симптомів та їх опрацювання може відбутись відновлення гомеостазу. Якщо ж опрацювання симптомів не відбувається, людина виснажується і може загинути.

Отже, описана вище динамічна картина реагування людини на стресові події подана з точки зору порушення гомеостазу людини внаслідок стресових обставин. У нашій моделі психотравми процес реагування людини на стресові події розглядається в іншому ракурсі – як феномен структурної регресії. При такому розгляді характеристики структурної регресії (СР) виступають як показники рівня функціонування людини, її структурної зрілості (рівні цієї зрілості характеристики означаються в моделі через терміни, запропоновані в психоаналітичній діагностиці [20], як «нормальний», невротичний, межовий та психотичний рівні функціонування особистості). *В результаті дії стресових факторів відбувається процес структурної регресії – тимчасової або тривалої втрати можливості самотійно утримувати певний онтологічний вимір та користуватись допомогою; втрачається можливість самотійного задоволення онтологічних потреб людини (потреби відчувати та переживати (А); уявляти, відчувати назовні свої переживання в певних формах (Б); символізувати, розрізняти уявлення та відчуття (В); розмикати власну свідомість (Г)).* Як ми вже зазначали вище, найчастіше втрачається можливість самотійно утримувати виміри символізації та розімкнення свідомості, це проявляється в особливих формах мислення та поведінки. У випадках, коли відновлення зрілого рівня функціонування не відбувається на першому етапі протидії стресовому фактору, відбувається психологічне травмування – гострий стресовий розлад, втрачається можливість самотійно утримувати рівні відчуження або тілесності. У випадках, коли регресія є тривалою, симптоми стресового розладу тривають більше ніж місяць, виникає стан посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який далі може набути хронічної форми [10; 24; 25; 30; 31; 40; 50; 51; 60].

Подальшу конкретизацію розробленої нами теоретичної моделі психотравми здійснимо за допомогою наступної таблиці, яка характеризує феномен структурної регресії залежно від можливості утримання людиною описаних вище онтологічних вимірів в умовах або внаслідок дії стресових факторів.

Таблиця 1.1.

Характеристики структурної регресії залежно від повноти утримання онтологічних вимірів (представлено варіант регресивного руху, який відбувається послідовно)

Онтологічні виміри – тілесність, відчуження, символізація, розімкнення	Характеристики структурної регресії			
Зміна повноти утримання вимірів, починаючи з більш зрілих	Мірність	Рівень зрілості функціонування	Способи утримання вимірів	Змістовна характеристика, структурні ознаки
↑↓ +4 Розімкнення , символізація, відчуження, тілесність	Відсутність структурної регресії. Структурна зрілість	Структурно зріла особа «Умовно» структурно зріла особа	Утримує всі онтологічні виміри самостійно Утримуються всі виміри, деякі за допомогою оточення	Трансценденція. Свідоме «стояння» на межі відомого. Цікавість. Форми, представлені в культурі: глибока віра, наукове пізнання, феноменологічний спосіб дослідження. Здійснюється ставлення до невизначеності. Об'єкт зв'язків – невизначеність.
↑↓ Перехідний стан	Нестійка структурна зрілість	«Умовно» структурно зріла особа з особливими проявами, поведінкою	Вимір розімкнення утримується симптоматично	Несвідомий потяг до взаємодії з невідомим, незбагненим: містичним, фантастичним, чарівним тощо (прибульці, фанатичні форми віри; магічне мислення; розімкнення в уявне: фантазування без розрізнення фантазій та реальності)
	-1	Особа втратила здатність до розімкнення	Вимір розімкнення не утримується	Звуження свідомості, сприйняття; аутизація; неможливість витримувати ситуації невизначеності

↑↓ +3 Символізація, відчуження, тілесність	-1	Особа функціонує на невротичному рівні	Утримує три виміри самостійно	Символізація, творчість: створяться відносини, продукти мистецтва, науки, культури.
		Особа «умовно» функціонує на невротичному рівні	Утримуються три виміри, деякі за допомогою оточення	Здатність розуміти стосунки між іншими особами, формувати до них своє ставлення. Об'єкти зв'язків – стосунки, взаємини.
↑↓Перехідний стан	-1	Особа «умовно» функціонує на невротичному рівні, має особливі прояви, поведінку, невротичні симптоми	Вимір символізації утримується симптоматично	Сублімація як подолання, проживання фрустрації. Несвідоме, некритичне приписування смислів випадковим подіям, псевдосимволізація, «псевдоінтерпретації», хибні причинно- наслідкові зв'язки тощо
	-2	Особа втратила здатність до символізації	Вимір символізації не утримується	Втрата здатності розрізняти контексти, формувати ставлення до стосунків між іншими особами
↑↓ +2 Відчуження, тілесність	-2	Особа функціонує на межовому рівні	Утримує два виміри самостійно	Нормальне відчуження: зв'язок із переживанням зберігається, «відстань» від переживання може змінюватись; виникають інтерпретації стосовно актуальних подій. Задовольняється потреба знаходити місце для свого переживання зовні (в уяві, в словах, продуктах культури). Здійснюються стосунки з об'єктами. Об'єкти зв'язків – власне «об'єкти»: люди, предмети, інтроєкти тощо.

↑↓ Перехідний стан	-2	Особа «умовно» функціонує на межовому рівні і має симптоми цього рівня	Вимір відчуження утримується симптоматично	Позитивне завдання симптомів – відсторонення від переживання, тимчасове відчуження, щоб особа мала час для відновлення ресурсів для подальшого опрацювання досвіду. Кластери (за DSM-5): С) уникання пацієнтом думок, спогадів, ситуацій, що нагадують про травму (тригерів); D) наявність відсторонених форм – уявлень про подію травми, які викривляють або розривають зв'язок із реальною подією; негативні думки; E) порушення сну, пов'язані зі страхом зануритись у переживання травми уві сні
	-3	Особа втратила здатність до відчуження	Вимір відчуження не утримується	Втрата здатності «керувати дистанцією до травм», неможливість відчуження. Не утримуються стосунки з об'єктами
↑↓+1 Тілесність	-3	Особа функціонує на психотичному рівні	Утримує один вимір самостійно	Нормальна тілесність та переживання забезпечують можливість відчувати, переживати та розрізняти стани комфорту і дискомфорту; занурюватись та проживати весь спектр людських емоцій. Здійснюється зв'язок з середовищем. Об'єкти зв'язків – середовище, оточення.
		Особа «умовно» функціонує на психотичному рівні	Утримується один вимір за допомогою оточення	

↑↓ Перехідний стан	-3	Особа «умовно» функціонує на психотичному рівні і має симптоми цього рівня	Вимір переживання утримується симптоматично	Позитивне завдання симптомів – повернення до переживання, відчуття тілесності; вони спрямовані на отримання тілесних та емоційних переживань. Кластери (за DSM-5): В) вторгнення спогадів (так звані флеш-беки); D) негативний настрій як підступ до переживання травми; E) гіперзбуджуваність, гіперреактивність, порушення сну, пов'язані зі станом нервової системи, напруженням, збудженням, виснаженням. Порушено динамічний баланс процесів збудження та гальмування нервових сигналів
	-4	Особа втратила здатність до переживання	Вимір переживання утримується частково в аспекті тілесності	Аутизація. Неможливість підтримувати стосунки з середовищем. Симптоми критичних органічних порушень, деменції, коми тощо. Функціонування на рівні підтримки фізіологічних функцій
↑↓ 0 Майже повна відсутність онтологічних вимірів	-4	Мінімальний рівень зрілості функціонування	Виміри майже не утримуються	Симптоми критичних органічних порушень
Відсутність життя	-	-	-	Відсутність ознак життя

Позначення в таблиці:

Колір

Темним сірим кольором ми виділяємо: в перших двох горизонтальних смугах – «шапку» таблиці, де зазначені назви стовпчиків, характеристики структурної регресії; у лівому стовпчику – онтологічні виміри та перехідні стани

Світлим блакитним кольором: чотири горизонтальних смуги з характеристиками окремих онтологічних вимірів

Стрілки

↓

Стрілка, що вказує донизу: напрямок структурних змін – регресія

↑

Стрілка, що вказує вгору: напрямок структурних змін – прогресія

Цифри

-4

Цифри (від 0 до 4) вказують на мірність у певний період – кількість вимірів,

+4

що може утримувати особа самостійно або за допомогою оточення (з позначкою «+»); та кількість вимірів, які не здатна утримувати особа самостійно або за допомогою оточення (з позначкою «-»)

Скорочення назв онтологічних вимірів:

Розімкнення (Г) невизначеність та розімкнення свідомості, здатність до трансценденції

Символізація (В) символізація та мислення, здатність до поваги

Відчуження (Б) відчуження, розмірковування, здоровий глузд, здатність до уявлень

Тілесність (А) тілесність, відчуття та переживання, здатність до іманентності

Розведення подвійного значення слова «об'єкт» (правий стовпчик)

об'єкт – використовуємо у більш широкому значенні як категорію філософії або

зв'язків – без лапок логіки, те, на що спрямована наша увага, предмет, особа або явище, між якими загалом можливо існування зв'язків; застосовуємо до будь-якого виміру та онтологічної структури загалом: середовище; люди, предмети та інтроєкти; стосунки, ставлення та відношення; невизначеність; онтологічні виміри

«об'єкт» – використовуємо у вузькому значенні (з теорії об'єктних стосунків) як

зв'язків в лапках власне «об'єкти», до яких особа здатна створювати відношення;

актуалізується у вимірі відчуження: люди, предмети, інтроєкти, «часткові об'єкти»

Як зазначено в назві таблиці, в ній представлений варіант розвитку структурної регресії, який відбувається послідовно (завжди мається на увазі, що можливим і бажаним є зворотній рух відновлення – структурної прогресії). Такий варіант був обраний нами для більш наочного ознайомлення з ФСР і можливим поступовим поглибленням СР внаслідок дії травмивних стресових факторів, неотриманням вчасної адекватної допомоги і зменшенням у зв'язку з цим мірності – кількості онтологічних вимірів, які здатна утримувати травмована людина. Насправді ж, як показує психотерапевтична робота з постраждалими, такий варіант розвитку СР можливий хіба що теоретично – в досвіді здебільшого ми маємо справу із різним поєднанням як збереження, так і тимчасової втрати окремих онтологічних вимірів, їх відновлення. Окрім цього, як видно з таблиці, в деяких випадках особа може утримувати всі, декілька чи окремі онтологічні виміри самостійно або за допомогою оточення. Коли має місце остання ситуація, ми вважаємо, що людина все ж таки утримує вказані у відповідному місці лівого стовпчика таблиці онтологічні виміри, однак дещо змінюється рівень зрілості її функціонування, він отримує позначку «умовно». В таблицю включено також так звані перехідні стани між різними за повнотою утримання онтологічних вимірів особливостями травмованих осіб. Як бачимо, такі стани відзначаються більш значними, ніж попередні, змінами характеристик структурної регресії. СР у перехідних станах є нестійкою за мірністю, інколи з переходом до прогресії, їй також притаманна «умовність» функціонування на певному рівні зрілості, а головне – людина в таких станах відзначається особливою поведінкою, проявами певної симптоматики, отже, можна сказати, що той чи інший вимір утримується симптоматично. Зразки відповідної симптоматики по-

даються у стовпчику таблиці, що описує змістовну характеристику CP. Особливою поведінкою та особливими проявами ми називаємо такі стани людини, які ще не можна назвати симптомами в медичному сенсі, але вони вже є ознаками регресії в структурно-динамічному розумінні. Наприклад, ветеран уникає нагадувань про травмівну подію (йому боляче) свідомо в соціально прийнятний спосіб: не тримає на видноті фото загиблого друга, не підтримує бесіди на цю тему, але кілька разів на рік здійснює ритуали пам'яті. Або ж вдовиця має бажання нескінченно говорити про втраченого чоловіка, «оселитись» на цвинтарі, але стримується, довго дивиться на фото, слухає сумну музику, може відволіктися для роботи та поточних справ. Ці приклади свідчать про те, що особами утримуються щонайменше виміри переживання та відчуження; виміри символізації та розімкнення утримуються непевно, симптоматично, умовно.


Необхідно вказати також на ще один важливий аспект таблиці, пов'язаний із наведенням серед змістовних характеристик CP кластерів, що описують ПТСР в DSM-5. Коментуючи цей факт, зазначимо, що наша модель має як спільні, так і відмінні риси з DSM-5 у своїх підходах до опису ознак ПТСР. Як уже зазначалось, ПМП ФСР побудована з урахуванням феномену структурної регресії та відображує онтологічну модель людини. В таблиці показано, що ознаки структурної регресії є специфічними для кожного з онтологічних вимірів. Симптоматика за DSM-5 в нашій моделі припадає на перехідні етапи неможливості утримувати самостійно або за допомогою оточення вимірів відчуження та тілесності. Але ознаки ПТСР, які включені до кластерів B, C, D, E DSM-5, в нашій моделі систематизуються за іншими ознаками: інтенційності, вітальності та ступеня ураженості (міри структурної регресії). За ознакою інтенційності – такі, що допомагають відсторонитись у часі та просторі (фізичному та психологічному), збільшити відстань від травмівної події та травмівних переживань (вимір відчуження B); а також зворотно спрямовані симптоми, які спонукають до здійснення онтологічної потреби у відчуттях та переживаннях, таким чином повертаючи особу до переживання психотравмівної події (вимір тілесності A). За ознакою вітальності – симптоми зменшеної вітальності (аж до виснаження) та симптоми перенапруги (функціонування у компенсаторному режимі надмірної напруги) належать до виміру тілесності (A). За ознакою ураженості (міри структурної регресії) – це сукупність симптомів окремої особи та доступних їй ресурсів (можливості структурної прогресії), що становлять актуальний рівень її структурного функціонування [7].


Таким чином, наша модель вміщає в себе як підмножину розділ діагностичної системи DSM-5, присвячений реакціям на травмівну подію, а саме ПТСР, але дозволяє «захопити» більш широкий простір бачення цілісного онтологічного феномену людини, відповідних механізмів структурного руху регресії/прогресії. Також ПМП ФСР дозволяє помічати та враховувати такі ознаки реакції на травму, які не враховуються системно іншими, відомими нам моделями (зокрема регресію у вимірах символізації та розімкнення), проявляються в особливих станах та особливій поведінці, яку не прийнято вважати хворобливою. Ця можливість дозволяє бачити та відповідно здійснювати психологічну допомогу людині, яка вже потерпає від травмівної події, але може цього не усвідомлювати. Така допомога може вчасно попереджати більш глибокі рівні регресії, входити як складова до різноманітних систем супроводу учасників травмівних подій, здійснювати профілактичний ефект, зменшувати відсоток осіб з клінічним ПТСР.

Окремо прокоментуємо відзначений у таблиці спосіб функціонування особи, яка не може утримувати певний вимір самостійно, а тільки за допомогою оточення. Ми співставили цю структурну особливість із дослідженнями Стівена Порджеса та виявили анатоμο-фізіологічне підтвердження правомірності виділяти цей стан як особливий і важливий у подоланні травми [26]. Полівагальна модель Поджерса пов'язує наявність мієлінової оболонки на частині вагуса з можливістю людини, яка потерпає від травмивної події, швидко звернутись за допомогою до інших людей, отримати її і запобігти більшого травмування. Ця реакція виникає раніше, ніж відомі описані реакції: «Бити-тікати-завмерти». Таке біологічне зумовлення отримання соціальної допомоги, важливості стосунків підтверджує виявлений нами структурний феномен можливості утримувати певний рівень зрілості за допомогою оточення. Цей факт також підтверджує незаперечну значимість психодинамічної психотерапії, яка використовує терапевтичний стосунок як особливий інструмент зцілення. Наша модель дозволяє побачити всі ці аспекти у новому ракурсі.

1.2.2. Діагностика ознак посттравматичного стресового розладу у ветеранів, побудована на основі ПМП ФСР

Опишемо діагностичні критерії та інструменти, які використовувались у дослідженні, що будувалось на основі викладеної вище психодинамічної моделі психотравми з урахуванням структурної регресії. Ми розглядаємо чотиривимірний онтологічний простір людини, з одного боку, структурно, синхронічно (можемо одночасно відслідковувати зв'язки та об'єкти, що є в особи у контексті її життя у певний момент), з іншого – динамічно, діахронічно (можемо бачити діючі сили, їхній напрямок, зміни зв'язків та об'єктів, що трапляються у особи протягом певного періоду – на осі часу).

З точки зору синхронічного структурного погляду, онтологічний простір людини складається вимірами (можемо уявити це завдяки геометричній метафорі звичного нам 3-вимірного координатного простору, який візуалізується координатними осями  та + 4-ї координатної осі виміру «розімкнення», яку важче уявити на площині

паперу та яку ми умовно позначаємо пунктирною дугою ), які створюють онтологічну структуру вищого порядку. Термін «структура вищого порядку» в цьому контексті означає геометричне представлення 4-вимірного простору – взаєморозташування онтологічних вимірів (об'єктами зв'язку виступають онтологічні виміри, які складають 4-вимірний простір). У межах кожного з вимірів наявні власні структури «нижчого порядку» – певним чином організовані зв'язки між об'єктами, які притаманні кожному з вимірів (об'єктами зв'язків, як показано в Табл. 1.1., виступають, відповідно в кожному з вимірів: середовище, власне «об'єкти», стосунки, невизначеність). Для діагностики структур нижчого порядку показовою є характеристика об'єктів, між якими можливі зв'язки, та особливості самих зв'язків. Наявність структур нижчого порядку, притаманних кожному з вимірів, є одним із діагностичних критеріїв актуального рівня функціонування особи. Зазвичай, у психології структури нижчого порядку описують за допомогою окремо взятих феноменів, наприклад, «уявлення про

себе та світ», «захисні механізми» тощо. Наша комплексна модель дозволяє бачити разом тенденції та закономірності, які проявляються в різних окремих феноменах. У діагностичній процедурі, відповідній синхронічному погляду, ми насамперед мусимо побачити, яким є актуальний рівень функціонування особи, а далі з'ясувати спосіб утримання кожного з вимірів: чи утримуються виміри самостійно, чи за допомогою оточення, або за допомогою симптомів (Табл. 1.1.).

З точки зору діахронічного динамічного погляду, ми можемо з'ясувати, чи співпадає актуальний рівень функціонування особи зі структурою особистості, чи має місце структурна *регресія*, якою мірою вона проявляється? Чи має місце структурна *прогресія*, якою мірою вона проявляється? Прослідкувати за лінією часу як минуле, так і майбутнє: історію виникнення симптомів, історію досвіду ресурсів, імовірний прогрес як ступінь доступності майбутнього. Отже, наступними діагностичними критеріями, за нашою моделлю, є ознаки змін структурного функціонування особи та форм прояву цих змін. При цьому очевидно, що напрямок змін визначає патологізацію або тимчасовий період «набратись сил» у випадку регресії та набування структурних ресурсів у випадку прогресії. Зміни можна помічати, коли є можливість порівнювати три періоди: до ймовірної травматичної події, після травматичної події та після надання допомоги.

Для структурної діагностики актуального рівня функціонування травмованої особи нами було розроблено напівструктуроване інтерв'ю на основі діагностичного інтерв'ю Ненсі Мак-Вільямс та структурного інтерв'ю Отто Кернберга. Представимо загальний принцип та кілька окремих елементів нашого інтерв'ю.

За Мак-Вільямс, інтерв'ю складається з певних етапів, які ми доповнили деякими аспектами, що виділив Кернберг, та необхідною нам інформацією: демографічні відомості (+ військова історія та соматичний статус); поточні проблеми та їхній стан (+ диференціація онтологічних вимірів; травмівний та ресурсний досвід); особиста історія включно з історією дитинства (+ операціоналізація лінії часу, минулого, актуального, майбутнього за параметрами травмівного та ресурсного досвіду); ментальний статус (+ стосунки з інтерв'юером під час проведення інтерв'ю); завершення; висновки (+ гіпотези щодо рівня структурного функціонування та мірності структурної регресії).

Цей варіант розгорнутого напівструктурованого психодинамічного інтерв'ю з акцентом на виявлення травмівної події та її наслідків, зокрема структурної регресії, а також ресурсного досвіду витримування фрустрацій дозволяє ретельно і повно виявляти симптоматику постраждалих від травмівних подій та можливості подолання травми, посттравматичного зростання. Дослідження займає кілька годин і має не тільки діагностичний, але й терапевтичний ефекти. Інтерв'ю використовується нами в індивідуальному форматі в конкретній психотерапевтичній роботі з постраждалими. На жаль, ветерани не завжди мають достатню мотивацію та час для спілкування з психотерапевтом. Тому для дослідження ми розробили інші, більш лаконічні діагностичні інструменти (опитувальники та проективні методики) для виявлення ознак ПТСР, структурної регресії та ресурсів.

Представимо дослідницький варіант опитувальника, спрямований на діагностику актуального рівня структурного функціонування особи, мірності травматичної регресії, інвентаризації ресурсів, виявлення ознак ПТСР.

Бланк опитувальника для діагностики структурного функціонування особи та виявлення ознак ПТСР

Відомості про опитування				
Код	Бали	Хто проводить опитування		Дата проведення опитування
		Статус опитування (дата):	Розпочато	Завершено
			Обраховано	Результати повідомлені особі
Частина I. Відомості про особу та контексти (опитує психолог)				
		Прізвище	Ім'я	Позивний
		Контактні телефони	Е-адреса	Контакти довіреної особи (до кого можна звернутись в разі екстремальної ситуації)
		Дата народження		Вік
Військова історія та соматичний статус:				
		Актуальний статус:	Служба в армії	Ветеран УБД
		Інше		
		В якому статусі потрапив на війну:		
		Професійний військовий	Мобілізований	Доброволець
		Тривалість перебування в зоні бойових дій:		
		З _____ До _____ З _____ До _____	Тривалість перебування в армії, Нацгвардії, інш. військових підрозділах _____ місяців _____ років	
		Стресові події та соматичні обтяження:		
		Перебування під обстрілами	Перебування в полоні	Інше
		Поранення	Баротравми (контузії)	Хронічні захворювання (коли виникли?)
		Ампутації		
		Інвалідність ___ група; ___ на стадії оформлення		
Інші ймовірні обтяження та ресурси				
		Схильність до залежності		
		Чи вживаєте алкоголь?	Чи вживаєте Ви наркотики, психоактивні речовини?	
		Чи вживали Ви алкоголь до війни?	Чи був досвід вживання наркотиків, психоактивних речовин до війни?	
		Деструкції		
		Чи бувають думки про самопошкодження або такі дії?	Чи бувають думки про позбавлення себе життя або спрямовані на це дії?	В періоди, коли Ви не берете участь у військових діях, чи трапляються у Вас думки про нанесення шкоди іншим (не беремо до уваги ворогів) або такі дії?
		Ресурси (що саме)		

Частина II. Наявність стресової події та її наслідки (опитує психолог)				
№	Запитання		Відповідь	
1	Яка подія стала для Вас найбільш стресовою? Яка викликає зараз найбільше негативних емоцій?			
2	Коли трапилась ця подія?			
3	Скільки вже триває неприємний стан?			
4	Як ця подія вплинула на Вас? Як Ви змінились? (Поведінка, стан здоров'я, почуття та емоції, пам'ять, концентрація уваги, якість сну, тривалість сну, стосунки з оточенням, працездатність, апетит, інші симптоми)			
Частина III. Запитання, що потребують обрахування (особа відповідає самостійно або за допомогою психолога)				
Прочитайте кожне твердження і дайте відповідь, чи є вірним кожне з них щодо Вас?				
№	Кодування	Твердження	Обведіть вірну для Вас відповідь	
1	А;1	Інколи я не маю сил встати	так	ні
2	В;3	Колись я любив вигадувати щось нове для покращення роботи, побуту, дозвілля	так	ні
3	А;1	Я дуже дратуюсь, коли доводиться очікувати	так	ні
4	Б;1	Моя мама часто вгадувала мої думки	так	ні
5	А;1	Останнім часом я почав втрачати контроль	так	ні
6	В;1	Зараз мені легше виконувати звичну автоматичну роботу	так	ні
7	Г;2	Коли щось трапляється незаплановано, я намагаюсь ставитись до цього спокійно	так	ні
8	А;3	Раніше я добре спав	так	ні
9	Г;1	Коли щось трапляється незаплановано, це мене лякає!	так	ні
10	А;1(5)	Інколи мені хочеться собі нашкодити	так	ні
11	Г;3	Колись несподіванки приємно збуджували мене	так	ні
12	А;3	Раніше в мене були хороші стосунки в родині	так	ні
13	В;1	Зараз мені важко вигадати щось нове	так	ні
14	А;3	Раніше я любив дивитись на салют	так	ні

15	В;2	Я поважаю чужі таємниці	так	ні
16	А;3(4)	Раніше я ніколи не думав про самогубство	так	ні
17	В;1	Останнім часом мені не хочеться співати, грати на музичних інструментах	так	ні
18	А;1	Я не можу себе примусити зайняти спортом	так	ні
19	Б;1	Коли мій друг їде з побратимом на відпочинок, мене охоплює почуття образи	так	ні
20	А;1	Останнім часом я не в гуморі	так	ні
21	Б;1	Я злюсь, коли люди не бачать очевидні речі	так	ні
22	А;1(4)	Я вживаю алкоголь, але в будь-який момент можу кинути пити	так	ні
23	Б;1	Я не можу забути ті події	так	ні
24	А;2	Тепер я розумію, що життя вартує зусиль	так	ні
25	Б;1	Я часто вгадую думки людей	так	ні
26	А;3	Раніше в мене був врівноважений характер	так	ні
27	Б;2	Інколи я забуваю ті події	так	ні
28	А;1	Мені сниться ця подія	так	ні
29	Б;2	Я вмію чекати	так	ні
30	А;1	Інколи мені здається, що я знову в тому місці, де відбулась подія	так	ні
31	Г;1	Коли щось трапляється незаплановано, це мене обурює!	так	ні
32	А;1	Буває, що я тривалий час не можу зосередитись	так	ні
33	Г;1	Коли руйнуються мої плани, я злюсь	так	ні
34	А;1(5)	Інколи я не розумію, заради чого варто жити	так	ні
35	В;1	Я злюсь, коли друг щось приховує від мене	так	ні
36	А;1	Я різко реагую на несподівані звуки	так	ні
37	Г;3	Раніше, коли траплялись несподіванки, я сприймав це спокійно	так	ні
38	А;1(4)	Інколи я вживаю наркотики	так	ні
39	В;1	Колись я писав вірші, а зараз немає настрою	так	ні
40	А;1	Нескінченні думки не дають мені заснути	так	ні
41	А;1	Я погано сплю	так	ні
42	А;1	Інколи мені сняться страшні сни про події, що сталися	так	ні
43	А;1	Я часто маю пригнічений настрій	так	ні
44	А;1	Я став полохливим, легко лякаюсь при різких звуках і рухах	так	ні
45	А;1	Інші люди мене переважно дратують або лякають	так	ні
46	А;1	Я швидко дратуюсь або нервуюсь	так	ні

47	A;1	Мій настрій несподівано змінюється	так	ні
48	A;1	Я в думках докоряю собі за дещо, маю почуття провини	так	ні
49	A;1	Коли я наближаюсь до місця події, то відчуваю інстинктивний страх	так	ні
50	A;1	Деякі м'язи мого тіла весь час напружені	так	ні
Підсумок				
Вимір А (тілесність, відчуття та переживання, здатність до іманентності)				
Вимір Б (відчуження, розмірковування, здоровий глузд, здатність до уявлень)				
Вимір В (символізація та мислення, здатність до поваги)				
Вимір Г (невизначеність та розімкнення свідомості, здатність до трансценденції)				
Регресія				
Ознаки ПТСР за DSM-5				
Хімічна залежність 4				
Небезпека суїциду 5				
<p>Умовні позначки. Код. Перший знак – літера, ще означає вимір: А, Б, В, Г; другий знак – цифра: 1 – втрата виміру; 2 – утримання виміру; 3 – досвід утримання виміру до травми; 4 – можлива залежність; 5 – небезпека суїциду</p>				
Обробка результатів відповідно до структурно-психодинамічної моделі травми з акцентом на структурній регресії. Виявлення структурної регресії, її мірності та симптомів ПТСР за DSM-5				
Назва шкали	Номери тверджень			
Вимір тілесності А	1, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50			
Вимір відчуження Б	4, 19, 21, 23, 25, 27, 29,			
Вимір символізація В	2, 6, 13, 15, 17, 35, 39			
Вимір розімкнення Г	7, 9, 11, 31, 33, 37			
Регресія	2, 8, 11, 12, 14, 16, 26, 37			
Ознаки ПТСР за DSM-5	1, 5, 10, 23, 27, 28, 30, 32, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50			
Хімічна залежність 4	16, 22, 38			
Небезпека суїциду 5	10, 34			
Висновок				

Опитувальник складається з трьох частин: 1) відомостей про особу та контексти, включно з формальними даними, військовою історією та соматичним статусом особи, ймовірними обтяженнями та ресурсами; 2) відомостей про подію, яку особа відчуває найбільш травматичною для себе, та про суб'єктивну оцінку впливу події на свій теперішній стан; довільний опис симптомів; 3) кількох груп тверджень, з якими потрібно погодитись або не погодитись. Як уже зазначалось, в основу опитувальника ми поклали ПМП ФСР. Чотири основні групи тверджень відповідають чотирьом вимірам цієї моделі. В кожній групі запитання висвітлюють наявність ознак здорового утримання певного виміру або втрату цієї здатності в теперішній ситуації. Також низка запитань мають показати, чи була здатність утримувати певний вимір у наявності до травми, чи особа і раніше не могла цього. Також є групи тверджень, які спрямовані на виявлення ознак, які відповідають окремим розділам DSM-5: можливої травми голови, соціальної дезадаптації, хімічної залежності, схильності до деструкції. У випадку наявності таких ознак особа потребує додаткового специфічного обстеження у відповідних спеціалістів. Для нас важливо мати інформацію про такі обтяження для реалістичного планування допомоги, інформування особи про необхідність отримання лікування та реабілітації за профілем. Окремою важливою темою, яку прояснюють твердження опитувальника, є тема ресурсів. Їх виявлення дозволяє більш точно будувати подальші терапевтичні інтервенції. Таким чином, при обробці результатів ми отримуємо такі дані:

1. Формальні дані про особу включно з часом перебування в зоні військових дій, наявністю фізичних пошкоджень;

2. Відомості про подію, яка сприймається особою як травмівна; скільки часу минуло після неї; як особа відчуває вплив цієї події на себе в різних аспектах життя;

3. Гіпотетичні відомості, на якому рівні функціонує особа, чи мала досвід більш зрілого функціонування; чи має місце структурна регресія, яка може бути наслідком травмівної події;

4. Дані про ресурси та компетенції особи, проявлені або латентні, на які можна буде спиратись у процесі допомоги, актуалізувати та посилювати.

5. Додаткові запитання покликані виявляти суїцидальні думки, небезпеку самопошкодження, необхідність допомоги в імпульс-контролі, обтяжливі обставини: вживання алкоголю, психоактивних речовин, ознаки недиагностованих баротравм, інших травм голови. Ці запитання потребують подальшої диференційної діагностики у відповідних спеціалістів.

На нашу думку, такий опитувальник може допомогти швидко визначити найактуальніші мішені впливу. Його можна використовувати як в індивідуальному, так і в груповому форматах.

Багаторічний досвід власної психотерапевтичної роботи в методі кататимно-імагінативної психотерапії (КІП) показав вагому роль також і непрямих, проективних форм діагностики актуального стану особи, рівня структурного функціонування, наявності травматичної структурної регресії та здатності до терапевтичної регресії, наявності внутрішньої напруги, актуальних конфліктів, ресурсів та компетенцій. Ці форми діагностики мають певну особливість: процеси діагностування та терапії від-

буваються одночасно на символічному рівні. Особа малює або/та уявляє собі певні ландшафти та символи, переживає при цьому реальні психоемоційно-соматичні стани та набуває досвіду їхнього змінення. Психотерапевт супроводжує особу в уявній подорожі за певними правилами, спостерігає, здійснює діагностику, психотерапевтичні інтервенції. Діагностичні спостереження заносяться у бланк проєктивної діагностики. Представимо зразок такого бланки для впорядкування діагностичного матеріалу, який отримується в проєктивних методиках, що будуть описані далі.

Бланк для впорядкування діагностичного матеріалу проєктивних методик КІП відповідно до моделі ПМП ФСР

Ім'я	Назва мотиву			Дата
Шкали	Ознаки	Що вказує на ознаку в імагінації?	Що вказує на ознаку в розмові після КІ?	Що вказує на ознаку в малюнку?
Вимір А (тілесність) Зв'язок з середовищем, тілесність та емоційність, здатність прожити глибокі негативні почуття	Погода, загальна атмосфера, стан об'єктів, способи взаємодії. Ступінь кататимності-ментальності			
Вимір Б (відчуження) Ставлення до об'єктів, бачення кордонів, дистанція або «злиття», здатність відсторонитись	Відстані, дистанції, позиції розглядання, ідентифікації, патерни мислення та поведінки, що повторюються, загальна констеляція об'єктів			
Вимір В (символізація) Ставлення до стосунків, творчість, символізація	Зв'язки між об'єктами, метафоричність, творчі прояви			
Вимір Г (розізнання) Ставлення до невизначеності	Таємниці, секрети. Ставлення до несподіванок, невідомого			

У підсумку: вимір структурної регресії (які виміри не утримуються)	Скільки вимірів утримував на різних етапах імагінації			
Терапевтична регресія та прогресія на сеансі	В якому віці себе відчував/уявляв, зміна віку			
Конфлікти, деструкція: небезпека само-пошкодження або пошкодження інших	Внутрішня напруга, конфлікти, травматичні ситуації, драми; урвища, пошкоджені об'єкти, бажання пошкоджувати себе та об'єкти			
Ресурси та ймовірність посттравматичного зростання.	Здатність отримувати задоволення, позитивні емоції; Здатність позитивно вирішувати конфліктні ситуації, витримувати напругу, бажання дбати про себе та об'єкти			
Компетенції	Що вдавалосьь?			
1.				
2.				
...				

У бланку представлені: діагностичні шкали, ознаки яких можна відстежувати протягом сеансу, коли використовується метод кататимних імагінацій; вільне місце для занотування психотерапевтом конкретних проявів відповідних ознак, які можуть бути виявлені під час імагінативної подорожі, малювання та розмови після імагінації.

Представимо (у вигляді таблиці) проєктивну методику «**Фортифікаційні споруди**» (модифікація мотивів «Дім» та «Безпечне місце»), яка створена авторами на основі досвіду використання методу кататимно-імагінативної психотерапії (КІП).

Способи та форми використання методики «Фортифікаційні споруди»

Варіанти методики «Фортифікаційні споруди»: «Фортеця», «Бліндаж», «Військове укріплення», «Захищене місце»	Форма використання	
Спосіб використання	Індивідуально	В групі
Техніка послідовного малювання в діалозі з терапевтом: «кататимні імагінації» в процесі малювання	Індивідуальне послідовне малювання особисто	Групове послідовне малювання на окремих аркушах
	Індивідуальне послідовне малювання разом із терапевтом	Групове послідовне малювання на спільному аркуші
Метод кататимних імагінацій	Індивідуально КІП	КІП у групі

Як видно з таблиці, цю методику можна використовувати в декількох варіантах, залежно від обставин та актуальних потреб ветерана. Вона може використовуватись як в індивідуальному, так і груповому форматах.

Методика спрямована на діагностику глибокого емоційного стану особи та на терапевтичний вплив, передусім ресурсне підживлення. Також за допомогою методики можливим є терапевтичне опрацювання негативних емоцій та актуальних конфліктів.

Техніка послідовного малювання первинно була створена одним з авторів (Л. Гребінь) для роботи з маленькими дітьми та особами, які пережили насилля і перший час не могли заплющувати очі в кабінеті. Вона пасує для роботи з ветеранами, які пильнують і не можуть розслабитись на перших етапах, поки ще тільки встановлюються довірливі стосунки та відчуття мінімальної безпеки у взаємодії. В подальшому, коли довіра вже є достатньою, методика «Фортифікаційні споруди» використовується в класичній формі кататимних імагінацій.

На етапі дослідження до батареї авторських методик ми долучили відомі розробки інших науковців, які спрямовані на виявлення ознак ПТСР у військових та ветеранів. Метою була необхідність перевірки авторських методик щодо точності виявлення ними ознак ПТСР.

Міссісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу

(для військових та ветеранів бойових дій)

(*Mississippi Scale For Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder*)

Нижче наведено твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала оцінок від «1» до «5». Користуючись цією шкалою, вкажіть, наскільки ви згодні або не згодні з цими твердженнями. На кожне твердження дайте лише одну відповідь: «абсолютно правильно», «іноді правильно», «правильно частково», «правильно», «абсолютно правильно».

№	Запитання	1	2	3	4	5
1	До служби в армії у мене було більше друзів, ніж тепер					
2	У мене немає почуття провини за те, що я робив (ла) під час служби в армії					
3	Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосує фізичну силу)					
4	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю					
5	Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться					
6	Я здатний(на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми					
7	Мені сняться ночами жахіття про те, що дійсно було на війні					
8	Коли я думаю про деякі речі, які я робив(ла) в армії, мені просто не хочеться жити					
9	Зовні я виглядаю бездушним(ою)					
10	Останнім часом я відчуваю, що хочу позбавити себе життя					
11	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати					
12	Я весь час запитую себе, чому я ще живий(а), в той час як інші загинули на війні					
13	У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії					
14	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати					
15	Я відчуваю себе надмірно втомленим(ою)					
16	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не хвилюють					
17	Мене, як і раніше, радують ті ж речі, що й раніше					
18	Мої фантазії реалістичні й викликають страх					
19	Я виявив(ла), що мені після демобілізації працювати неважко					
20	Мені важко зосередитися					
21	Я безпричинно плачу					
22	Мені подобається бути в товаристві інших людей					
23	Мене лякають мої прагнення і бажання					
24	Я легко засинаю					
25	Від несподіваного шуму я здригаюся					
26	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю					
27	Я легка, спокійна, врівноважена людина					
28	Я відчуваю, що про деякі речі, які я робив(ла) в армії, я не зможу розповісти нікому, тому що цього ніхто не зрозуміє					
29	Інколи я вживаю алкоголь або снодійне, щоб заснути або за бути про те, що трапилися зі мною, коли я служив(ла) в армії					
30	Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі					
31	Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці					
32	Я боюся засинати					
33	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії					
34	Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше					
35	Я відчуваю труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть з близькими людьми					

	Сума прямих тверджень	
	Сума зворотних тверджень	
	Підсумковий бал	
ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ		
Прямі твердження	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35	
Зворотні твердження	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34	
Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони точні для респондента (від «Абсолютно неправильно» – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал).		
Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку суми балів усіх 35 тверджень, відображає ступінь впливу травмивного досвіду на людину. Підсумкова оцінка вища ніж 97 балів свідчить про виражений вплив перенесеної травми на людину і потребує медичного обстеження.		
РІВНІ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ Суми балів		
Добре адаптовані ≤ 76		
Розлади адаптації 77–97		
Підозра на ПТСР ≥ 98		

З різними розладами адаптації можуть працювати психологи, якщо уточнювальні тести показують помірні рівні травмованості. Якщо ж розлади адаптації проходять на тлі більш вираженої психологічної травмованості з помірною втратою смислу життя та депресією – то долучатися має психотерапевт та психіатр.

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

Цей опитувальник входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [67].

Інструкція. Будь ласка, дайте відповідь на такі запитання. Свій варіант відповіді підкресліть у правій частині бланка.

№	Запитання	Варіанти відповіді	
		Так	Ні
1	Чи уникаєте ви нагадувань про травмивну подію, уникаючи певних місць, людей або діяльності?	Так	Ні
2	Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Так	Ні
3	Чи стали ви відчувати себе відділеним або ізольованим від інших людей?	Так	Ні
4	Чи втратили ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	Так	Ні

5	Чи почали ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	Так	Ні
6	Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?	Так	Ні
7	Чи стали ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	Так	Ні
	Сума		
ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ: 4 і більше позитивні відповіді вказують на ймовірність ПТСР			

Апробація комплексу методик здійснювалась дистанційно. Вибірку склали дві групи дорослих осіб: умовно здорові та такі, що пережили травмівну подію і мають ознаки психологічного травмування. Кількість досліджених на цьому етапі не є достатньою для опису певних закономірностей, але дозволяє виявити тенденції, які можна використовувати як на етапі допомоги, так і в подальших дослідженнях. Результати свідчать про те, що чим вищим є рівень структурного функціонування особи до травматичної події, тим менше часу потрібно для структурного відновлення від регресії. Найбільш уразливими виявились особи з межовим рівнем функціонування.

1.2.3. Допомога ветеранам у подоланні ознак ПТСР на основі психодинамічної моделі психотравми з урахуванням ФСР (стратегії, принципи, методи та форми)

Діагностичний підхід, побудований на основі психодинамічної моделі травми з урахуванням феномену структурної регресії, уможлиблює виявлення рівня структурного функціонування особи, наявності регресивного процесу, його мірності. Це дозволяє сформулювати тришарову **базову стратегію допомоги**: тимчасово утримувати для постраждалого потрібні онтологічні виміри на час періоду *посттравматичної структурної регресії*, «тримати простір» для нього; взаємодіяти на нижчому з рівнів, які не утримуються самотійно; спиратись на ресурси доступних вимірів, які утримуються самотійно.

Виділення посттравматичної структурної регресії як окремого поняття є одним із результатів цього дослідження. При цьому зазначимо, що в літературі описано в різних контекстах близькі до означеного феномену різноманітні форми регресивних станів: регресивна поведінка, емоційні реакції, інтелектуальна, фізична регресія тощо [21]. Поняття ж посттравматичної структурної регресії є таким, що системно охоплює всі прояви особистості, яка пережила травмівну подію.

Опишемо коротко основні принципи та окремі техніки і методики психотерапевтичної допомоги ветеранам у подоланні проявів ПТСР залежно від результатів діагностики.

Нами виділено ряд принципів психотерапевтичної допомоги при посттравматичній структурній регресії:

1. Загальний психотерапевтичний принцип: відчувати цікавість і повагу до життя та внутрішнього світу особи.

2. Принцип відповідності обраної стратегії актуальному рівню функціонування особи.

3. Принцип базової гіпотези: в результаті травмивної події відбувається структурна регресія хоча б в одній сфері/зоні життя.

4. Принцип зонування: особа може опинитись у регресивному стані в певних зонах своєї життєдіяльності, при цьому можуть існувати зони, в яких структурна регресія не відбулась, і які є джерелом ресурсу.

5. Принцип стабілізації рівня функціонування та поетапного прогресивного руху.

6. Принцип використання особистого ресурсу клієнта в його зонах компетенцій для поновлення дотравматичного рівня функціонування.

7. Принцип посттравматичного зростання.

8. Принцип поваги до захисних механізмів.

9. Принцип довільності у відчуженні: постраждалий може виявляти свої почуття у будь-якій соціально прийнятній формі.

10. Принцип ініціативи постраждалого – психотерапевт не поглиблює тему травматичної події, поки постраждалий сам це не ініціює: робота проходить в тому темпі, який задає особа, опрацювання відбувається помірно, послідовно, обережно. Перевага надається набуванню ресурсу, поки постраждалий не прийме інше рішення.

Представимо деякі техніки, методики та методи, які, як показав наш досвід, доцільно використовувати в роботі з особами, що мають ознаки ПТСР та перебувають у стані посттравматичної структурної регресії.

Однією з базових технік є так зване «**подвійне терапевтичне послання**». Один вектор інтервенції спрямовується на *підтримку задоволення базової онтологічної потреби* клієнта, інший – на *фрустрацію хворобливої інфантильної форми її задоволення*. В результаті тривога знижується і виникає можливість пошуку ресурсів та глибинного опрацювання конфліктів і дефіцитарних функцій.

Що стосується методик, які добре зарекомендували себе в роботі з постраждалими особами з ознаками ПТСР та травматичної структурної регресії, то першою допомогою для них є спілкування з людьми, які можуть надати підтримку самим фактом своєї доброзичливої присутності. Таке спілкування може відбуватись не тільки в довільній формі, а методично – в формі дебрифінгу. Якщо постраждалому вдається отримати таку допомогу в першу добу після травмивної події, це стає профілактикою формування ПТСР та інших негативних наслідків. Методика дебрифінгу заснована на принципі відчуження негативних переживань завдяки спілкуванню. В термінах нашої моделі на цьому етапі робота відбувається переважно у вимірах тілесності та відчуження. Використовується як індивідуально, так і з групою постраждалих. Представимо алгоритм одного з варіантів короткої допомоги такого типу, яка може використовуватись у ситуаціях найменшої травматичної регресії як з пацієнтами, так і з колегами та іншими особами. Її також можна використовувати для самопомоги через відчуження почуттів в формі писання, малювання тощо. Методика проводиться протягом 15 хвилин і складається з трьох етапів. На першому етапі просимо *описати в довільній формі, яке*

переживання зараз бентежить особу. (Відбувається проживання власного актуального стану з поетапним відчуженням в описі для співрозмовника цих переживань). На другому етапі просимо *описати факти: з якою подією пов'язано переживання, що сталося.* Важливо допомогти особі описувати тільки факти, без припущень та фантазій з приводу події. Третій етап – тілесна символізація: *прислухайтесь до своїх тілесних відчуттів, що би Вам хотілось зробити приємне для себе прямо зараз з того, що можливо зробити прямо зараз? Що було б приємно для Вашого тіла прямо зараз з того, що можливо?*

Ця методика дозволяє швидко опрацювати деяку частину переживання травматичної події, таким чином здійснюється профілактика виникнення симптомів, особа проживає три базові етапи опрацювання травми – переживання, відчуження та символізацію. Розімкнення свідомості відбувається завдяки співрозмовнику, тому, хто слухає та «тримає» структуру етапів.

Стосовно психотерапевтичної роботи з постраждалими, які вже мають ознаки ПТСР і посттравматичної структурної регресії, що тривають більше одного місяця, то в ній ми виділяємо три основних етапи і пропонуємо відповідні їм методи й методичні засоби.

Перший етап – інформування травмованої особи щодо її проблеми та покращення і стабілізація її стану.

Першочерговим засобом у наданні такої допомоги є так звана **психоедукація**. Її основне завдання – допомогти постраждалому зрозуміти, що з ним наразі відбувається. Отже, психоедукація полягає у наданні людині у доступній для неї формі необхідної інформації стосовно психологічної травми, якої вона зазнала, її можливих причин, наслідків та шляхів подолання. Краще розуміння травмованою особою власного стану та можливостей його динаміки не тільки знімає частину первинного напруження, легалізує пережитий страх та пов'язані з ним інші емоції, але й зменшує вторинне напруження – самозвинувачення за негативні емоції, страх за майбутнє тощо. Окрім цього, психоедукація розкриває людині перспективу у можливості подолання психологічної кризи, підсилює мотивацію до отримання кваліфікованої допомоги, пошуку власних ресурсів, сприяє надії і тим самим покращенню психологічного стану. В термінах нашої моделі на цьому етапі робота відбувається переважно у вимірі відчуження: розширюється простір уявлення про події та себе, легалізуються первинні емоційні стани та реакції, здійснюється терапевтичне відчуження.

Для покращення і стабілізації психологічного стану клієнта на першому етапі допомоги нами застосовувався також **метод кататимно-імагінативної психотерапії (КІП)**, зокрема такі її мотиви, як «Місце, де мені добре», «Місце спокою», «Безпечне місце», «Подарунок». Опишемо деякі з них як приклади для застосування.

Мотив КІП: Місце, де мені добре

Показання для застосування. Наявність деяких ознак ПТСР: безсоння, постійна напруга, пригнічений настрій тощо. Наприклад, клієнт брав участь у бойових діях, отримав поранення. Після шпиталю вже місяць знаходиться вдома, однак відчувається зле: доймає безсоння, постійна напруженість, поганий настрій. Говорить про те, що ніде не може знайти собі спокою, дратується на близьких людей, не може себе

стримувати, контролювати. Існує потреба у відновленні власних ресурсів, стабілізації психологічного стану.

Відносні протипоказання. З обережністю потрібно ставитись до випадків втрати близьких людей, коли з моменту втрати минуло замало часу. Місце, де було добре, може асоціюватись з втраченою особою і викликати великий сум. У попередній бесіді стане ясно, чи можна розкрити доступ до позитивного досвіду, чи виникають в пам'яті місця, насичені приємними спогадами. Якщо цього не відбувається, мотив певний час не застосовується.

Попередня бесіда. *Чи пам'ятаєте Ви з дитинства або юності, або з недалекого минулого місце, де вам було добре? Можливо, Ви відчували там спокій, гармонію, безпеку або ще якісь приємні почуття?* Необхідно уважно вислухати клієнта, відмітити характеристики місця і обставини, за яких він відчувається добре (природний ландшафт, берег річки чи моря, рідна домівка, присутність певних людей тощо). Звернути увагу, про що саме людина говорить особливо проникливо, розпитати про це.

Уведення в імагінацію. (Перед цим кроком терапевт проводить релаксаційну вправу, допомагаючи клієнту якомога повніше розслабитися, зосередитися на своїх тілесних відчуттях. Якщо розслаблення не вдається, можливо починати роботу з напруги, тоді розслаблення може відбутись поступово або імагінація буде короткою). *Уявіть собі, будь ласка, що зараз Ви знаходитесь у тому місці, де Вам добре. Що це за місце, де воно знаходиться, як виглядає?*

Супровід клієнта в імагінації – протекційний, що передбачає обережне структурування образу клієнта, його підтримку, захист, підбадьорення. Клієнт описує своє добре місце, терапевт ставить запитання, які деякою мірою структурують імагінацію, для того, щоби опис був достатньо повним, і клієнт глибше і точніше відчув свій образ, ніби занурився у нього. Чи відчуваєте Ви якісь запахи, звуки? Яка зараз в образі пора року, час? Скільки Вам років в образі? Як ви виглядаєте? Що би Вам хотілось? Що би Вам хотілось зробити? Зробіть це... Як би Ви хотіли завершити образ? Терапевт не поспішає, заохочує і підбадьорює клієнта в його позитивних бажаннях і діях.

Завершення відбувається, коли клієнт достатньо насолодиться своїм добрим місцем, здійснить свої бажання і буде готовий попрощатися з образом.

Вихід з імагінації відбувається опосередковано через тілесні відчуття. *Напружте свої м'язи, глибоко вдихніть повітря, видихайте та повільно розплющуйте очі. Потягніться, як після сну.*

Після імагінації відбувається коротка бесіда, терапевт прояснює: *Чи було щось неприємне, несподіване? Що було найприємніше? Чи було щось, про що Ви не сказали вголос? Чи можете сказати зараз?*

Терапевт пропонує клієнтові намалювати свій образ. Далі (частіше – на наступній зустрічі) відбувається обговорення образу та малюнку: аналіз власних ресурсів клієнта, які проявились в імагінації; пошук зв'язків – як події, обставини та символи в імагінації можуть бути пов'язаними з реальним життям клієнта.

Культуральне та статистичне значення символів. Спогад про місце, де мені було добре, зазвичай, викликає відповідну реальну зміну стану організму тут і зараз та служить структурою символічного переходу – розкриття, відновлення порушеного

травматичною ситуацією доступу особи до власних ресурсів. Таким чином, місця, де особі було добре, – є індивідуальними символами ресурсного досвіду кожної особи.

Мотив КІІІ: Подарунок

Показання для застосування. Психологічна підтримка соматичного лікування: клієнт відчуває соматичні симптоми, планує пройти курс лікування, говорить про можливе оперативне втручання, тривожиться щодо його результатів. Актуальним є ресурсне підживлення, стабілізація внутрішнього стану. Задіяні всі чотири онтологічні виміри.

Попередня бесіда. *Яким було Ваше здоров'я в дитинстві, юності? Як Ви перенесли хвороби? Хто за Вами доглядав? Що Вам найкраще допомагало? Що заспокоювало?* Терапевт уважно слухає клієнта, відзначає ресурси, на які він спирався раніше, розпитує про них.

Уведення в імагінацію. Спершу терапевт проводить релаксаційну вправу, допомагаючи клієнту якомога повніше розслабитися. Далі терапевт надає клієнту покрокову інструкцію, і сеанс проходить як мовчазний образ. *1) Уявіть собі, що Ви знаходитесь у довгій, важкій дорозі. 2) Зараз Ви йдете через гори, скоро наступить ніч, стає прохолодно, Ви втомились, іти стає все важче. 3) Але ось на верхівці гори Ви бачите світло. Ви наближаєтесь. Це велике вогнище. Сядьте до нього і обігрійтесь. Відчуйте, як тепло наповнює Ваше тіло. 4) Ви помічаєте, що якась дружня істота (людина чи тварина) виходить у коло світла від вогнища. 5) Вона приязно усміхається, наближається і дає Вам якийсь подарунок, що наповнить Вас силою та енергією, допоможе у Вашій довгій подорожі.*

Супровід клієнта в імагінації. Як бачимо у даному випадку імагінація здійснювалась у мовчазному режимі, який для даного мотиву є класичним. Однак інколи, з огляду на особливості та інтереси клієнта, мотив можна проводити і за звичайною технікою КІІІ – в діалозі з клієнтом. Стиль супроводу при цьому є протекційним, підтримуючим.

Вихід з імагінації відбувається опосередковано через тілесні відчуття. *Напружте свої м'язи, глибоко вдихніть повітря, видихайте та повільно розплющуйте очі. Потягніться, як після сну.*

Після імагінації відбувається коротка бесіда, терапевт прояснює: *Чи було щось неприємне, несподіване? Що було найприємніше? Чи було щось, про що Ви не сказали вголос? Чи можете сказати зараз?*

Терапевт пропонує клієнтові намалювати свій образ, зокрема подарунок. Далі (частіше – на наступній зустрічі) відбувається обговорення образу та малюнку, пошук зв'язків: як події, обставини та символи в імагінації можуть бути пов'язаними з реальними подіями і обставинами в житті клієнта; аналіз символіки подарунку, як досвід імагінації може стати в пригоді в реальному житті.

Культуральне та статистичне значення символів. Довга, важка дорога зазвичай асоціюється з життєвим шляхом людини та важкими випробуваннями, які на ній трапляються. Символічний шлях через гори робить очевидним об'єктивність цієї тяжкості, право на втому і необхідність відпочинку. Верхівка гори зазвичай асоціюється з певним важливим досягненням. Вогнище на шляху також може символізувати можливість відпочинку та зігрівання. Дружня істота є символом досвіду, коли особа отримувала

допомогу ззовні, а також від внутрішніх об'єктів, які мають потенціал та позитивну енергію. Подарунок може сприйматись як перехідний об'єкт зв'язку з надійною люблячою особою, «талісман», який оберігає.

Другий етап – виявлення та пропрацювання психотравми у постраждалих.

У якості основного методу допомоги на цьому етапі нами використовувалась *кататимно-імагінативна психотерапія*, особливості якої, як показала апробація, сприяють виявленню зон безпосередньої, опосередкованої і симптоматичної реалізації онтологічних потреб клієнта та набуттю досвіду їх несимптоматичного задоволення; дозволяють використовувати терапевтичну регресію та прогресію як інструмент опрацювання травми, зцілення.

Наведемо приклади застосування мотивів кататимно-імагінативної психотерапії, відповідних даному етапу. Зауважимо ще раз, що з травмованими особами на всіх етапах роботи працюємо обережно, поступово, слідкуємо за вивільненням такої частини емоційної насиченості подій, з якою клієнт може впоратися.

Мотив КІІІ: Земля після катастрофи. (Кісарчук З.Г., Гребінь Л.О.)

Показання до застосування. Клієнт переживає наслідки катастрофічних подій, які відбулись більше трьох місяців тому, *сам постійно повертається до цих подій у розмові*. Існує актуальна потреба «розімкнути» теперішнє, вийти з минулого. Клієнт самостійно утримує вимір тілесності, за допомогою терапевта – вимір відчуження.

Попередня бесіда. *Чи переживали Ви дуже неприємні, або, навіть, катастрофічні події колись давно, раніше? В дитинстві або юності? Що Вам допомогло впоратись тоді?* Необхідно уважно вислухати клієнта, відмітити ресурси, на які він спирався у важких життєвих ситуаціях (обставини, стосунки, компетенції, вдача, здатність звернутись за допомогою тощо). Звернути увагу особи на ці ресурси, розпитати про них.

Уведення в імагінацію. (Терапевт допомагає клієнту розслабитися, пропонує, якщо це можливо, заплющити очі). *Уявіть собі, будь ласка, що на Землі певний час тому відбулась якась катастрофа. Зараз вже все спокійно. Відомо, що Ви та більшість людей вижили. Про когось ще немає відомостей. Зараз світанок, вже не так темно. Чи можна почути якісь звуки? Чи можна відчутти відтінки запахів? Чи можна вже озирнутись у своїй уяві та роздивитись, що навколо? ... Як би Ви могли облаштувати своє життя зараз?*

Супровід в імагінації за методом вільних асоціацій. Клієнт подорожує уявним ландшафтом. Роздивляється символи, досліджує. Прислуховується до свого стану, реакцій, бажань. Можливі інтервенції терапевта за ходом імагінації: *Подивіться, що Вам може знадобитись? Чого б Вам хотілось? Що або хто може Вам допомогти?* Терапевт підтримує позитивні бажання клієнта, негативні – не підтримує, але й не забороняє. Може прояснити їх, запропонувати відкласти на деякий час, щоб краще зорієнтуватись. Бажано перед завершенням імагінації відшукати символічні ресурси, приємне, безпечне місце.

Завершення відбувається після знаходження клієнтом затишного комфортного місця, де можна було б відпочити. Терапевт сприяє тому, щоб клієнт мав достатньо часу для відпочинку. (Імагінація може тривати кілька зустрічей з перервами на малювання та обговорення).

Вихід з імагінації відбувається опосередковано через тілесні відчуття. *Напружте свої м'язи, глибоко вдихніть повітря, видихайте та повільно розплющуйте очі. Потягніться, як після сну.*

Після імагінації відбувається коротка бесіда, терапевт прояснює: *Чи було щось неприємне, несподіване? Що було найприємніше? Чи було щось, про що Ви не сказали вголос? Чи можете сказати зараз?*

Терапевт пропонує клієнтові намалювати свій образ. Далі (частіше – на наступній зустрічі) відбувається обговорення образу та малюнку, пошук зв'язків: як події, обставини та символи в імагінації можуть бути пов'язаними з реальними подіями і обставинами в житті клієнта, що з досвіду переживання образу можна використати в реальному житті.

Культуральне та статистичне значення символів. Природна катастрофа, зазвичай, асоціюється з катастрофічною травмівною життєвою подією особи. Відомо, що постраждалі особи у своєму суб'єктивному сприйнятті внутрішнього часу можуть довго залишатись у тому моменті, начебто травмівна подія відбувається прямо зараз. Констатація того, що катастрофа вже відбулась у минулому дозволяє особі пережити та усвідомити це, зупинити катастрофічну повсякденну внутрішню дію травмівної події та дозволити собі мати справу тільки з її наслідками. Таким чином імагінація сприяє внутрішньому зсуву до зцілення. Констатація, що зараз вже все спокійно та що особа і більшість людей вижили – також допомагає це усвідомити. Необхідність облаштувати своє життя після природної катастрофи є очевидним та таким, що тисячі разів вже здійснювали наші пращури. Прийняття цієї очевидності накладається на подію психологічної травми та дозволяє особі й собі перейти до етапу облаштування свого життя в новій післятравматичній реальності.

Мотив КІІІ: Подорож за живою та мертвою водою. (Гребінь Л.О.)

Показання до застосування. Психологічна підтримка соматичного лікування, психосоматика: клієнт відчуває соматичні симптоми або хворіє його близька людина. Говорить про це. Може очікувати операцію або знаходитись в післяопераційному періоді. Утримує вимір тілесності опосередковано через симптоми, за допомогою терапевта – вимір відчуження.

Попередня бесіда. *Як Ви почувались у дитинстві? В які періоди життя Ви почувались здоровим? Хто Вас найкраще доглядав у дитинстві, з ким Ви любили проводити час, що любили робити? Що Вам вдавалось робити найкраще самому? Терапевт уважно вислуховує клієнта, відзначає ресурси, на які він спирався раніше (обставини, стосунки, компетенції, вдача, здатність звернутись за допомогою тощо). Звертає увагу клієнта на ці ресурси, розпитує про них. Запитує, чи пам'ятає клієнт казки про живу та мертву воду? Яке значення має в казках кожна з них? Для чого їх розшукують? Як в казках вода допомагала героям?*

Уведення в імагінацію. Після процедури розслаблення терапевт пропонує: *Уявіть собі, будь ласка, що Ви – герой давнього сказання, вирушаєте у подорож за живою та мертвою водою. Уявіть себе цим героєм, відчуйте себе цим героєм... Як Ви виглядаєте? Озирніться навколо, що це за місце? Чи можна почути якісь звуки? Чи можна відчутти відтінки запахів?.. В якому напрямку потрібно рухатись, щоб знайти живу та мертву воду?*

Супровід в імагінації за методом вільних асоціацій. Клієнт подорожує уявним ландшафтом. Роздивляється символи, досліджує. Прислуховується до свого стану, реакцій, бажань. Можливі інтервенції терапевта за ходом імагінації: *Подивіться, що Вам може знадобитись? Чого би Вам хотілось?* Терапевт підтримує позитивні бажання клієнта, негативні – не підтримує, але й не забороняє. Може прояснити їх, запропонувати відкласти на деякий час, щоб краще зорієнтуватись. Коли воду знайдено, можна з нею взаємодіяти, як забажається: лікувати хворі частини тіла, взяти з собою – для себе та рідних.

Завершення імагінації відбувається після знаходження затишного комфортного місця, де можна було б відпочити. Терапевт сприяє тому, щоб клієнт мав достатньо часу для відпочинку.

Вихід з імагінації відбувається опосередковано через тілесні відчуття. *Напружте свої м'язи, глибоко вдихніть повітря, видихайте та повільно розплющуйте очі. Потягніться, як після сну.*

Після імагінації відбувається коротка бесіда, терапевт прояснює, *чи було щось неприємне, несподіване? Що було найприємніше? Чи було щось, про що Ви не сказали вголос? Чи можете сказати зараз?*

Терапевт пропонує клієнтові намалювати свій образ. Далі (частіше – на наступній зустрічі) відбувається обговорення образу та малюнку, пошук зв'язків: як події, обставини, символи в імагінації можуть бути пов'язаними з реальним життям клієнта.

Культуральне та статистичне значення символів живої та мертвої води. В українських казках мертвої воду зазвичай використовують для зцілення пошматованого ворогами тіла героя, воно стає цілим, відновлюється в своїх межах. Для того, щоб герой ожив, – використовують живу воду. Статистично в імагінаціях може зустрічатись і інше розуміння значення мертвої води: вона може використовуватись для умертвіння патогенних організмів в тілі хворого, знищення зл�якісних новоутворень. Жива вода завжди використовується для лікування та оживлення, додавання сили.

Третій етап – інтеграція, відновлення власної компетентності, «розімкнення» майбутнього в особи, що пережила психотравми.

Мотив КІІІ: Толока. (Кісарчук З.Г.)

Показання для імагінації. Клієнт не наважується зробити наступний крок, розпочати новий період життя після травматичної події, інколи повертається до неї у розмові. Існує актуальна потреба «розімкнути» майбутнє. Утримує самостійно вимір тілесності, за допомогою терапевта – вимір відчуження.

Попередня бесіда. *Ви могли б пригадати свій найперший приємний спогад з дитинства або пізніше? Що Вам найкраще вдавалось робити? Що Вам подобалось?* Терапевт уважно вислуховує клієнта, відзначає ресурси, на які він спирався у важких життєвих ситуаціях (обставини, стосунки, компетенції, вдача, здатність звернутись за допомогою тощо). Звертає увагу клієнта на ці ресурси, розпитує про них. Далі запитує: *Чи будували Ви щось у дитинстві, майстрували? Чи знаєте Ви, що таке толока?*

Уведення в імагінацію. Після процедури розслаблення терапевт пропонує: *Уявіть собі, будь ласка, що Ви отримали у власність велику ділянку землі в хорошому місці. Уявіть собі це місце. Чи можна почути якісь звуки? Чи можна відчувати відтінки за-*

пахів? Чи можна вже озирнутись навколо в своїй уяві та роздивитись, що там є? Як воно зараз виглядає? Якої форми, розміру? Що Ви відчуваєте?..

Яка зараз погода, пора року? Який час доби?..

Ваші друзі, волонтери, багато знайомих та незнайомих людей прийшли на толоку допомогти Вам будуватись, привезли будівельні матеріали та інструменти. Який будинок Ви б хотіли збудувати на своїй ділянці? ...Робота зроблена і всі збираються на спільну вечерю.

Супровід за методом вільних асоціацій. Клієнт уявляє ландшафт та керує будівництвом. Роздивляється символи, досліджує. Прислуховується до свого стану, реакцій, бажань. Можливі інтервенції терапевта: *Подивіться, що Вам може знадобитись? Чого би Вам хотілось?* Терапевт підтримує позитивні бажання клієнта, негативні – не підтримує, але й не забороняє. Може прояснити їх або запропонувати відкласти на деякий час, щоб краще зорієнтуватись. Бажано за ходом імагінації відшукати символічні ресурси.

В кінці імагінації можлива інтервенція терапевта стосовно спільної вечері, як це за звичаєм відбувається на толоці. Будівництво та впорядкування будинку і ділянки можуть тривати кілька зустрічей.

Завершення імагінації кожний раз відбувається після знаходження клієнтом затишного комфортного місця, де можна було б відпочити. Потрібно сприяти тому, щоб клієнт мав достатньо часу для відпочинку.

Вихід із імагінації відбувається опосередковано тілесними відчуттями. *Напружте свої м'язи, глибоко вдихніть повітря, видихайте та повільно розплющуйте очі. Потягніться, як після сну.*

Після імагінації відбувається коротка бесіда, терапевт прояснює, *чи було щось неприємне, несподіване? Що було найприємніше? Чи було щось, про що Ви не сказали вголос? Чи можете сказати зараз?*

Терапевт пропонує клієнтові намалювати свій образ. Далі (частіше – на наступній зустрічі) відбувається обговорення образу та малюнку, пошук зв'язків: як події, обставини, символи в імагінації можуть бути пов'язаними з реальним життям клієнта.

Культуральне та статистичне значення символів. Ділянка землі, зазвичай, асоціюється з зовнішнім та внутрішнім життєвим простором особи, онтологічним правом мати власне місце у цьому світі. Можливість облаштувати ділянку може означати облаштування свого реального життя. Будівництво будинку може символізувати впорядкування внутрішніх частин особистості, структурування досвіду у нових умовах буття після травмивної події. Допомога громади, толока може символізувати наявність внутрішніх та зовнішніх ресурсів, які досі були прихованими.

Мотив КПТ: Зернятко, Насіннячко. Дві модифікації: спостерігати за зростанням та дбати про рослину або самому уявити себе рослиною.

Показання. Клієнт ніяк не наважується зробити наступний крок, розпочати новий період життя після травматичної події, згадує її час від часу у розмові. Говорить також про соматичні проблеми. Існує актуальна потреба «розімкнути» майбутнє. Утримує самостійно вимір тілесності, за допомогою терапевта – вимір відчуження.

Попередня бесіда. Ви могли б пригадати свій найперший приємний спогад з дитинства або пізніше? Що Вам найкраще вдавалось робити? Що Вам подобалось? Вислухати уважно, зазначити ресурси, на які спиралась особа у важких життєвих ситуаціях (обставини, стосунки, компетенції, вдача, здатність звернутись за допомогою, здатність помітити хороше тощо). Звернути увагу клієнта на ці ресурси, розпитати про них. Які рослини Вам подобаються найбільше? Які дерева росли біля Вашого дому в дитинстві? Які квіти, інші рослини?

Уведення в імагінацію. Після процедури розслаблення терапевт пропонує: Уявіть собі, будь ласка, що зараз весна. Земля вже волога і тепла. Це хороше місце. Зернятко поступово прокидається у землі і починає рости. Уявіть собі це місце. Чи можна почути якісь звуки? Чи можна відчутти відтінки запахів? Чи можна озирнутись в своїй уяві та роздивитись, що навколо? Як воно зараз виглядає? Що Ви відчуваєте?...

Яка зараз погода, пора року? Який час доби?..

Подивіться, чи видно вже рослину над поверхнею землі?..

Чи можна зрозуміти, яка це рослина?

Супровід за методом вільних асоціацій. Клієнт уявляє ландшафт та спостерігає за зростанням рослини. Якщо треба – доглядає за рослиною. Що Вам хотілось би? Терапевт підтримує позитивні бажання. Негативні бажання не підтримує, але й не забороняє. Може прояснити, або запропонувати відкласти на деякий час, щоб краще зорієнтуватись. Завершення імагінації відбувається після знаходження клієнтом затишного комфортного місця, де можна було б відпочити. Потрібно сприяти тому, щоб клієнт мав достатньо часу для відпочинку.

Вихід із імагінації відбувається опосередковано тілесними відчуттями. *Напружте свої м'язи, глибоко вдихніть повітря та повільно розплющуйте очі. Потягніться, як після сну.*

Після імагінації відбувається коротка бесіда, терапевт прояснює, чи було щось неприємне, несподіване? Що було найприємніше? Чи було щось, про що Ви не сказали вголос? Чи можете сказати зараз?

Терапевт пропонує клієнтові намалювати свій образ. Далі (частіше – на наступній зустрічі) відбувається обговорення образу та малюнку, пошук зв'язків: як події, обставини, символи в імагінації можуть бути пов'язаними з реальним життям клієнта.

Культуральне та статистичне значення символів. Символ зернятка, насіннячка, зазвичай, асоціюється з потенційною, прихованою життєвою енергією, яка розкривається у сприятливих умовах. Весняний період сприймається як час пробудження природи після сну, зимового періоду холоду. Це статистично корелює з можливістю вийти з дисоційованого стану відчуження, який, зазвичай, виникає як захисна реакція психіки після травми – подолати стан травмованості.

Крім наведених вище мотивів кататимно-імагінативної психотерапії, в роботі з травмованими особами можуть використовуватись також базові мотиви основного ступеня КІП («Квітка», «Дерево», «Луг», «Струмок», «Гора», «Будинок», «Узлісся» тощо).

Висновки. У розділі розглянуто феномен структурної регресії як важливий фактор для розуміння механізмів симптоматичних змін у ветеранів бойових дій, їх онтологічних потреб. Побудовано психодинамічну модель психотравми з акцентом на феномені структурної регресії (ПМП ФСР), що стала основою для подальшого розроблення інструментів діагностики ознак ПТСР та допомоги у їх подоланні.

На базі створеної раніше психотерапевтичної антропології, онтологічних вимірів, які притаманні людині, та відповідних їм її онтологічних потреб нами концептуалізовано ідею структурної регресії, виділено такі її характеристики: рівень зрілості функціонування, способи утримання вимірів, змістовні характеристики та структурні ознаки (повнота здійснення виміру, особливі стани та прояви, симптоми, умови для втрати виміру, об'єкти зв'язків).

Проаналізовано ознаки ПТСР, які включені до діагностичної системи DSM-5; в ПМП ФСР їх систематизовано за іншими ознаками: інтенційності, вітальності та ступеня ураженості (міри структурної регресії). За ознакою інтенційності: такі, що допомагають відсторонитись у часі та просторі (фізичному та психологічному), збільшити відстань від травмівної події та травмівних переживань (вимір відчуження Б); та зворотно спрямовані симптоми, які спонукають до здійснення онтологічної потреби у відчуттях та переживаннях, водночас повертають до переживання психотравмівної події (вимір тілесності А). За ознакою вітальності: симптоми зменшеної вітальності (аж до виснаження) та симптоми перенапруги (функціонування у компенсаторному режимі надмірної напруги) – відносяться до виміру тілесності (А). За ознакою ураженості (міри структурної регресії): сукупність симптомів окремої особи та сукупність доступних ресурсів (можливості структурної прогресії) складають актуальний рівень її структурного функціонування.

Створено систему діагностичних засобів, спрямовану на діагностику актуального рівня структурного функціонування особи, мірності травматичної регресії, інвентаризації ресурсів, виявлення ознак ПТСР. Представлено напівструктуроване інтерв'ю, дослідницький варіант відповідного опитувальника, проєктивну методику КІП «Фортифікаційні споруди», бланк для впорядкування діагностичного матеріалу. До дослідницького варіанту діагностичної системи також увійшли Місісіпська шкала оцінювання ПТСР та опитувальник для скринінгу ПТСР.

Для здійснення допомоги постраждалим від травмівних подій, профілактики та лікування травматичної структурної регресії, ознак ПТСР розроблено стратегії, принципи, методи, методики та техніки роботи психотерапевта.

Концептуалізація ідеї структурної регресії, яка здійснена в нашому дослідженні, перетворює цю ідею на важливий інструмент професійного мислення, що своєю чергою сприяє більш ранній і точній діагностиці реакцій постраждалих (враховуючи неочевидні досі їх особливі прояви) на травмівні події, створенню системи профілактичних заходів для запобігання більш глибоким формам структурної регресії, вчасного її опрацювання і структурного відновлення та побудови адекватних систем психотерапевтичних інтервенцій, відповідних рівню регресії, ступеню ураженості особи.

Список використаних джерел

1. Бергсон А. Опыт о непосредственных данных сознания / Анри Бергсон. М. : Московский клуб, 1992. 224 с.
2. Бюн В. Элементы психоанализа / Вильфред Бюн. М. : Когито-Центр, 2009. 128 с.
3. Вебер Т. Травмафокус. Специализованный психотерапевтический метод для работы зі стресом, травмою та хронічним болем / Томас Вебер. Х. : вид-во «Літера нова», 2020. 164 с.
4. Гельдер М., Гет Д., Майо Р. Оксфордское руководство по психиатрии (в 2-х томах) / М. Гельдер, Д. Гет, Р. Майо. М. : Сфера, 1999. 300 с.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання / Джудіт Герман. Львів, Видавництво Старого Лева, 2015. 424 с.
6. Гребінь Л. О. Відчуження як категорія структурно-психодинамічної психотерапії / Л. О. Гребінь // Актуальні проблеми психології. Т. III. : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; Видавець ПП Лисенко М. М., 2013. Т. III. Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 9. 256 с. С. 137–152.
7. Гребінь Л. О. Деякі аспекти психодинамічної діагностики актуального рівня функціонування структури особистості / Л. О. Гребінь // Форум психіатрії та психотерапії. Том 7. Львів-2012, С. 41–60.
8. Гребінь Л. О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям / Л. О. Гребінь // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій / методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. О. Гребінь... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.
9. Гребінь Л. О. Феномен поваги/неповаги як соціокультурний чинник надання психотерапевтичної допомоги в структурно-психодинамічному підході. Глава 9 / Л. О. Гребінь // Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості / [за редакцією З. Г. Кісарчук]. Кіровоград: «ІМЕКС-ЛТД», 2013. С. 137–152.
10. Діагностичні критерії ДСМ-5 посттравматичного стресового розладу // Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т. 1. Київ, 2018. С. 126–128.
11. Кадлер Х. С., Блэнк А. С., Крапник Дж. Л. Психодинамическая терапия посттравматического стрессового расстройства / Х. С. Кадлер, А. С. Блэнк, Дж. Л. Крапник // Журнал практической психологии и психоанализа, № 2, 2005.
12. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. СПб. : Речь, 2012. 448 с.
13. Кернберг Отто Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / Отто Ф. Кернберг // Пер. с англ. М. И. Завалова. М. : Независимая фирма «Класс», 2005. 464 с.

14. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок стресових, травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки / Зоя Кісарчук // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : Логос, 2015. Вип. 11. Консультативна психологія і психотерапія. С. 8–34.

15. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад» / Зоя Кісарчук // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 8–11.

16. Кісарчук З. Г., Гребінь Л.О. Метод кататимно-імагінативної психотерапії в контексті особливостей його викладання / З. Г. Кісарчук, Л.О. Гребінь // Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : 2017. Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. С. 203–255.

17. Климчук В. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії / Віталій Климчук // Наука і освіта. Психологія. Випуск № 5, 2016.

18. Коширець В. В. Особливості надання першої психологічної допомоги особам з ПТСР / Віктор Коширець // Збірник наукових праць РДГУ. Випуск 8, 2017, С. 128–133.

19. Кузанский Н. Диалоги простеца // Избранные произведения / Николай Кузанский. М. : Наука, 1979. Т. 1. С. 359–444.

20. Лакан Ж. Стадия зеркала как образующая функцию Я / Жак Лакан // «Я» в теории Фрейда и в технике психоанализа. Семинар. Книга 2. 1954–1955. Изд-во: Гнозис, Логос. 2009.

21. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Жан Лапланш, Ж.-Б. Понталис / Пер. с франц. Н. С. Автономовой. М. : Высш. шк., 1996. 623 с.

22. Литвиненко Л. І. Інтегративна модель у роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців / Л. І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : 2018. Вип. 14. Консультативна психологія і психотерапія. С. 77–98.

23. Мак-Вильямс Н. М. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Ненси Мак-Вильямс / Пер. с англ. М. : Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.

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

25. МКХ-10 Класифікація психічних і поведінкових розладів. Клінічний опис і вказівки по діагностиці. К., «Сфера», 2005. 306 с.

26. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер. Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.

27. Омельченко Я. М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації / Яніна Омельченко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 15–26;

28. Печій П. Символдрама в кризовій інтервенції / Петро Печій // Форум психіатрії та психотерапії. Том 7. Львів, 2012.

29. Порджес С. Поливагальная теория. Нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции: / Стивен Порджес / Пер. с англ. К. : Мультиметод, 2020. 464 с.

30. Посттравматичний стресовий розлад. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, Державний експертний центр МОЗ України 2016 [Електронний ресурс] / – Режим доступу: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_AKN_PTZR.pdf

31. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Львів, 2015. Онлан-видання [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf

32. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла, Г. П. Лазос, Л.О. Гребінь та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Логос. 232 с.

33. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. К. : Міленіум, 2015. С. 150.

34. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. О. Гребінь, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос». – 207 с.

35. Пюселик Ф. Програма самоуправління ПТСР для військового / Методичний посібник [Електронний ресурс] / Френк Пюселик. Режим доступу: https://armed.org.ua/wp-content/uploads/2017/04/Robochiy_zoshit.pdf

36. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление личности / Карл Роджерс // М., «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.

37. Романчук Олег Ігорович. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії / Олег Романчук // NeuroNews, 2012, С. 30–37. [Електронний ресурс] / Режим доступу: // https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf?fbclid=IwAR2Ban3MObpUBdMKWwJrVtAwSAV6Es_Rue6PiQ2pDeZ3rkMiWvGuH2l32YM

38. Сельє Г. Очерки об адаптационном синдроме / Ганс Сельє. М. : Государственное издательство медицинской литературы, 1960. 254 с.

39. Сельє Г. Стресс без дистресса / Ганс Сельє. М. : Прогресс, 1982. 124 с.

40. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с. [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/10/ptsr2.pdf>
41. Столяренко А. М. Экстремальная психопедагогика / А. М. Столяренко. М. : Юнити Дана, 2002. 607 с.
42. Стотленд Э. Стресс (Stress) / Э. Стотленд // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под. ред. Р. Карсини, А. Ауленбаха. СПб. : Питер, 2006. С. 869–870.
43. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. 208 с.
44. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. СПб. : Питер, 2001. 272 с: ил. (Серия «Практикум по психологии»).
45. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика / Н. В. Тарабрина М. : Изд во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.
46. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення особистості: методи діагностики і відновлення / Тетяна Титаренко // Психологія особистості. Науковий журнал., 2019 [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.academia.edu>
47. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. – Вінниця: Віндрук, 2014. 100 с.
48. Фрейд З., Абрахам К., Ференци Ш. К психоанализу военных неврозов: Сборник статей, серия: Клинический архив / Зигмунд Фрейд, Карл Абрахам, Шандор Ференци. Эрго, 2012.
49. Фрейд. Введение в психоанализ. Лекции / Зигмунд Фрейд. М., Наука, 1991. 456 с.
50. Фридман М. Дж. Посттравматическое стрессовое расстройство / М. Дж. Фридман // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под. ред. Р. Карсини, А. Ауленбаха. – СПб. : Питер, 2006. С. 869–870.
51. Фридман, М. Дж. «ПТСР – історія та загальний огляд» / М. Дж. Фридман // Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. 2016. 13 с. [Електронний ресурс] / Режим доступу: https://www.akimov.kharkiv.ua/download_pdf/friedman_2016.pdf
52. Хайдеггер М. Бытие и время / М. Хайдеггер; Пер. с нем. В. В. Библихина. Харьков: «Фолио», 2003. 503 с.
53. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства (Под ред. Э. Б. Фoa, Т. М. Кина, М. Дж. Фридмана) «Когито-Центр» 2005. 467 с.
54. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. Под редакцией Э. Б. Фoa, Т. М. Кина, М. Дж. Фридмана. М. : «Когито-Центр», 2005. 467 с.
55. Юнусова С. Г., Розенталь А. Н., Балтина Т. В. Стресс. Биологические и психологические аспекты / С. Г. Юнусова, А. Н. Розенталь, Т. В. Балтина // Ученые записки Казанского государственного университета. Том 150, кн. 3. Гуманитарные науки. 2008.
56. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс. КоЛибри, 2019. 1056 с.

57. Card J. Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans / J. Card // *J. of Clinic Psychol.* 1987/#3 p. 6-17 [Электронний ресурс] / Режим доступу: <https://scholar.google.com.ua/scholar?q>
58. Etinger L., Strom. A. Mortality and Morbidity after Excessive Stress: A Follow-up Investigation of Norwegian Concentration camp Survivors / L. Etinger, A. Strom. Humanities Press, N.Y., 1973.
59. Folkman, S.; Lazarus, R. S. Coping as a mediator of emotion / S. Folkman, R. S. Lazarus // *Journal of Personality and Social Psychology* : journal. 1988. Vol. 54, no. 3. P. 466.
60. Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (Eds.). Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster / C. S. Fullerton, R. J. Ursano // *Progress in psychiatry series*, No. 51. (1997).
61. Gorman I., Belser A., Jerome L., Hennigan C., Shechet B., Posttraumatic Growth After MDMA-Assisted Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder / I. Gorman, A. Belser, L. Jerome, C. Hennigan, B. Shechet // *Journal of traumatic stress* #33 April 2020 Online library <https://onlinelibrary.wiley.com/doi>
62. Janoff-Bulman, R. Rebuildings shattered assumptions after traumatic events: Coping processes and outcomes / R. Janoff-Bulman // In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works*. NY: Oxford University Press. 1999.
63. Lahad M. The «BASIC PH» Model of Coping and Resiliency-Theory, Research and Cross-Cultural Application / M. Lahad, M. Shacham, O. Ayalon. – London : Jessica Kingsley, 2013, – 288 с.
64. Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen Herausgeber: Maercker, Andreas, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013. – 440 с.
65. Sandler, J., Dreher, A. U., & Drews, S. An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration of psychotrauma / J. Sandler, A. U. Dreher, S. Drews, // *International Review of Psycho-Analysis*, 1991. 18, P. 133–141.
66. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Edited by Richard A. Kulka Ph. D., William E. Schlenger, Ph. D., John A. Fairbank, Ph. D., Richard L. Hough, Ph. D., B. Kathleen Jordan, Ph. D., Charles R. Marmar, M. D., Daniel S. Weiss, Ph. D., David A. Grady, Psy. D., New York: Brunner / Mazel, Publishers, 1990, 322 p.
67. Osnovy` reabilitacijnoyi psy`xologiyi: podolannya naslidkiv kry`zy`. Navchal`ny`j posibny`k. Tom 1. – Ky`yiv, 2018. – 208 s.

РОЗДІЛ II.

ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВЛЕННЯ ВНУТРІШНІХ І ЗОВНІШНІХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

2.1. Особливості перебігу проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації у стаціонарі

Істотне значення для вивчення природи психотравми, її наслідків та механізмів подолання мають положення ряду психологічних теорій і концепцій як вітчизняних, так і зарубіжних авторів. Науковий доробок цих авторів є методологічною основою для розуміння сутності розвитку психотравмивної симптоматики у людини і особливостей її поведінки в надзвичайних травмивних ситуаціях [7; 13; 14; 17; 18; 20; 24].

За даними низки дослідників, війна та участь у військових діях належать до найбільш травматичних для особистості, оскільки містять у собі загрозу для життя та здоров'я людини. Наукові праці, присвячені особливостям переживання людиною власної участі у бойових діях, показують, що життя вже більше не таке, яким було раніше. Час, проведений у зоні бойових дій, отриманий та пережитий там досвід впливають на бійців. Їх ідентичність, їх емоції та фізіологічні реакції, їх погляд на життя і взаємодія з іншими якимось чином змінюються. Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають всі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистісних змін [4; 7; 17].

Одним із частих наслідків такого пережитого травмивного досвіду є розвиток згодом посттравматичного стресового розладу (ПТСР), або його проявів, які проявляються специфічними симптомами, труднощами у соціально-психологічній адаптації. З проблемами адаптації ветерана насамперед зіштовхується родина, яка часто неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює її на додатковий психотравмивний чинник, який ускладнює важкий психологічний стан ветерана.

Для того, аби відновитись після пережитих травмивних подій та повернутись до мирного життя, ветерани мають впоратися з емоційними переживаннями і, водночас з тим, подолати тривожне сприйняття світу, почати йому довіряти та не очікувати на небезпеку в майбутньому. Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людської психіки. Симптоми посттравматичного стресового розладу часто виснажують і заважають нормальному функціонуванню. На жаль, не у всіх вистачає внутрішніх та зовнішніх ресурсів, аби стабілізуватися та відновитися самостійно.

Особливістю перебігу проявів ПТСР є те, що досить часто ветерани, які потерпають від його наслідків, намагаються не розповідати про свої переживання, хочуть «забути» те, що сталося, сподіваючись, що «час вилікує». Ветерани приходять додому, але не повертаються з війни, вони намагаються позбутися спогадів, але не можуть. Їх мозок, розум і тіло автоматично використовують те, чому вони навчилися раніше. Збе-

рігається гіперчутливість до загрози, яка ніби прив'язує їх до минулого. Чіткі образи, які були «сфотографовані» в момент травми, залишаються в травматичній пам'яті, щоб нагадувати про те, що відбулося. Ветерани продовжують жити в стані підвищеної тривожності, постійного відчуття безпосередньої загрози, що може призвести до появи збудливості, агресивності та інших симптомів; вони можуть відмовлятися від активних стосунків з людьми. Пізніше виникають складніші емоції, такі, як сором, провина та почуття моральної травми. Багато хто залишається в цій «пастці» тривалий час. Травматична подія постійно втручається в життя ветерана нав'язливими спогадами, негативними думками та нічними жахіттями, що заважають нормальному функціонуванню. Проблеми посттравматичного стресу і соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів, які брали участь у військовому конфлікті на сході країни, займають сьогодні одне з провідних місць у вітчизняній психології. Основу сучасних підходів до діагностики і корекції психологічних наслідків війни становить концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес (посттравматичних стресових реакцій), яка динамічно розвивається в даний час.

Посттравматичний стресовий розлад – це комплексне порушення психічної діяльності, сукупність реакцій на травму, яка може змінити те, як людина думає, відчуває себе та поводить, і спричиняє значні негаразди чи впливає на її здатність до нормального функціонування. Щоб його діагностувати, потрібно звернути увагу на важливі симптоми. Ці симптоми часто поділяють на чотири категорії: симптоми повторного переживання (інтрузії, флешбеки, нічні жахи, сильні емоційні реакції, сильні фізичні реакції); уникання нагадувань про травму; негативні когнітивні/емоційні порушення; підвищена тривожність (посилене відчуття загрози).

Аналіз досліджень різних підходів щодо розуміння бойової психотравми та її наслідків показує, що на сьогодні не існує єдиної теорії, яка би вичерпно пояснювала механізми розвитку ПТСР. Науковий доробок з цього питання дозволяє зробити узагальнення про те, що під терміном психотравма доцільно розуміти результат впливу на особистість значущих для неї стрес-факторів, який достатньо суттєво змінює систему саморегуляції та зменшує ефективність життєдіяльності людини [7; 12; 13; 17; 18; 19; 20].

Травма впливає на всіх людей по-різному. Ризик розвитку ПТСР залежить від наступних факторів:

1. *Характеристики травми* (вид і «доза» травми): наявність безпосередніх загроз для здоров'я та життя; раптовість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника; довготривалість травматичного впливу, фактор жорстокості (доведено, що нашій психіці простіше впоритися з тим, що сталася природна катастрофа, ніж із жахіттями, які спричинила людина (вбивство, тероризм, тортури, зрада, скривдження, насильство та ін.).

2. *Індивідуальних характеристик потерпілої особи та способів подолання травми (внутрішні ресурси)*: особливості суб'єктивного сприйняття травми, особливості психологічних стратегій подолання стресу.

3. *Наявності соціального оточення потерпілої особи (зовнішні ресурси)*: відсутність соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (неприйняття, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація, невизнання державою тощо).

З огляду на вищезазначене, нами було здійснено дослідження, мета якого полягала

у вивченні феноменології та механізмів розвитку порушень здоров'я у ветеранів бойових дій та розробленні на основі цього програми їх реабілітації.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики на базі Кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН, відділення реабілітації ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України» та ДЗ «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна»» МОЗ України протягом 2018–2019 рр. було комплексно обстежено 110 ветеранів (з них 108 чоловіків і 2 жінки), які брали участь у бойових діях на сході країни і мають прояви ПТСР. Вік досліджуваних – від 21 до 58 років.

Дані психодіагностичного обстеження, їх аналіз та інтерпретація показали, що рівень тривожності, депресії і загальної психопатологічної симптоматики в групі військовослужбовців та ветеранів з проявами ПТСР виявився достатньо високим.

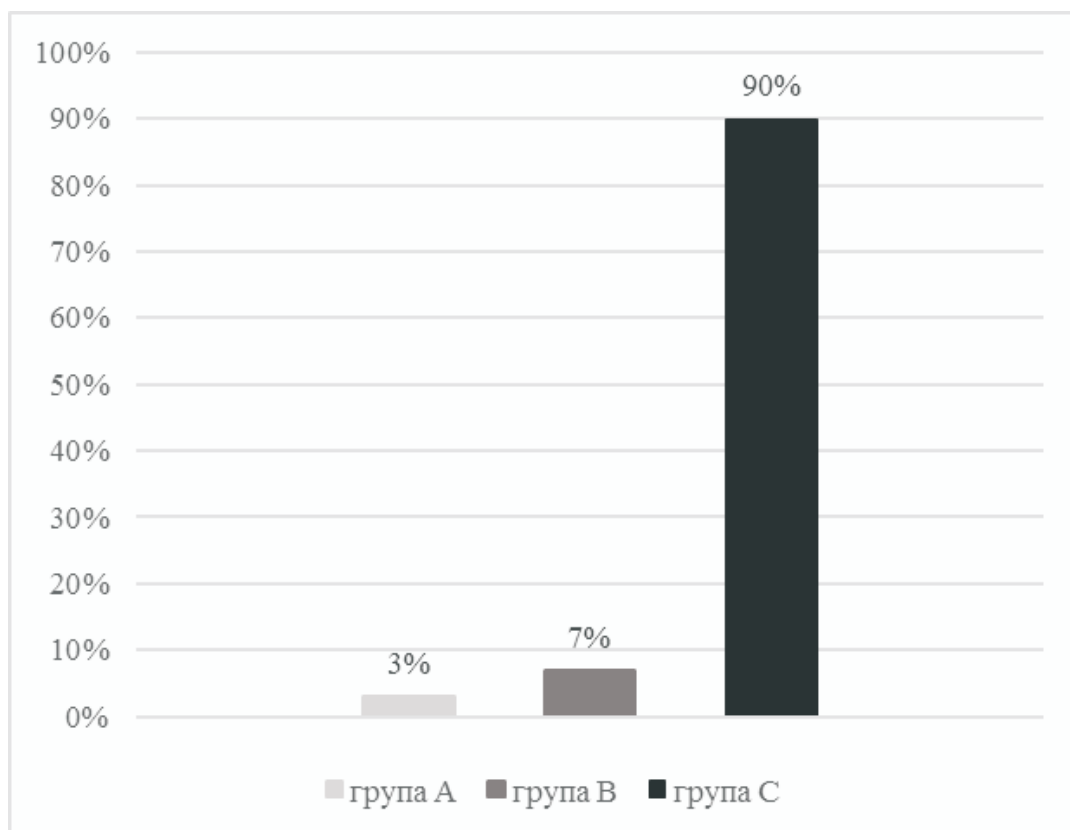


Рис. 2.1. Порівняння груп ветеранів за наявністю ознак психічної дезадаптації (%).

Обстеження ветеранів підтвердило існування залежності між самою подією травми (занадто важким бойовим досвідом: тривалість часу, проведеного в бойовій обстановці; самим бойовим стресом; постійною загрозою для життя та здоров'я) і її впливом на розвиток надалі проявів ПТСР.

Аналіз структури посттравматичних стресових порушень в учасників бойових дій дозволив виявити три групи за рівнями психічного здоров'я відповідно до характеру і ступеня вираженості психічних порушень (Рис.1):

1. **Група А:** ветерани без ознак психічної дезадаптації (3 %): при первинному обстеженні не висловлювали скарги на стан здоров'я.

2. **Група В:** ветерани, які мають окремі ознаки психічної дезадаптації (7 %): при клініко-анамнестичних обстеженнях виявляли окремі прояви психічного неблагополуччя у вигляді неуважності, занепокоєння за стан власного здоров'я, невпевненості в майбутньому та виділяли окремі тілесні скарги: головний біль (90 %), посилене серцебиття (34 %), тремтіння, поколювання в пальцях (44 %); відчуття напруги м'язів (48 %); стомлюваність (63 %), слабкість (56 %); порушення сну (70 %); в когнітивних проявах – це погіршення пам'яті (36 %), а також зниження концентрації та уваги (18 %).

3. **Група С:** ветерани, які мають невластиві раніше емоційні, когнітивні, поведінкові і тілесні порушення (90 %). Це дратівливість, або спалахи гніву, агресія (56 %); підвищена тривожність, страхи (50 %); відчуття туги, смутку, депресії (49%); невмотивована пильність (40 %); надмірні полохливі реакції (36 %); відчуття самотності, відчуженість (34 %); почуття провини, почуття образи (27 %); незадоволення собою, оточуючими (34 %). Надзвичайно вираженими є імпульсивність поряд з швидкою стомлюваністю (63 %), слабкістю (56 %); порушення сну (70 %), переживання жахів (70 %); уникнення думок і почуттів (40 %), уникнення всього, що нагадує про травму (21 %). В когнітивних проявах – це погіршення пам'яті (56 %), а також зниження концентрації та уваги (38 %).

98 % ветеранів третьої групи мають наслідки постконтузійного синдрому (віддалені наслідки перенесеного легкого травматичного ушкодження мозку, черепно-мозкові травми – акубаротравми в поєднанні зі струсом головного мозку) середньої і легкої тяжкості, що виявляються трьома основними групами симптомів. Найчастіше у них проявляється високий ступінь соматичних симптомів (тілесні прояви) – скарги на головний біль (95 %), посилене серцебиття (54 %), періодичні судомні напади (45 %), зниження слуху, зору (44 %); запаморочення (45 %); тремтіння, поколювання в пальцях (47 %); відчуття напруги м'язів (45 %); неспроможність розслабитися (45 %).



Рис. 2.2. Спектр посттравмівної симптоматики у ветеранів групи В і С.

В діагностичних критеріях ПТСР значна увага приділяється психологічним симптомам, але майже у всіх ветеранів, які перенесли травматичний стрес, спочатку проявляються фізичні симптоми (тілесні прояви). Саме ця симптоматика штовхає ветерана звертатися за допомогою, завдяки цій симптоматиці ветерани стають несприйнятливими до вивчення емоційного змісту і залишаються зосередженими на тілесних скаргах. Достатня кількість часу в роботі із травмою іде на те, щоб показати, як прослідковується прямий зв'язок між емоціями і фізичними симптомами, які їх «накривають».

Щоб протистояти потужному джерелу травматичного досвіду, який ветерани отримували в ході гібридної війни, вони інтенсивно використовували особистісні ресурси. В довготривалій експозиції до травми їх ресурси виснажилися і не поповнювалися. Повернувшись із війни, вони не змогли відновити свої ресурси, щоб ефективно долати постравамівну симптоматику та інтегруватися в мирне життя.

В останні роки широкого поширення набуває ресурсний підхід, який зародився в гуманістичній психології. Найбільш важливим у цьому підході є вивчення того, як люди долають важкі життєві обставини, за рахунок яких якостей і властивостей вони переборюють стрес і несприятливі події в житті.

Під особистісними ресурсами прийнято розуміти широке коло досліджуваних феноменів, пов'язаних зі сталим розвитком і психологічним благополуччям. Ресурси особистості – це всі ті життєві опори, засоби, запаси, джерела, які знаходяться в розпорядженні людини і дозволяють забезпечувати основні потреби: здоров'я, психологічне благополуччя, безпеку, залученість у соціум, повагу з боку соціуму, самореалізацію в соціумі.

У сучасній психології поняття «ресурси» розроблялося в дослідженнях Абульханової К. А., Бодрова В. А., Водоп'янової Н. Є., Дементій Л. І., Муздибаєва К. А., Сергієнко Є. А., Фомінової А. Н. та ін. [16; 22]. Зокрема, В. А. Бодров розглядає ресурс у рамках розвитку теорії психологічного стресу. При цьому дослідник визначає ресурси наступним чином: «вони є тими фізичними та духовними можливостями людини, мобілізація яких забезпечує виконання його програми і способів (стратегій) поведінки для запобігання або подолання стресу» [1, с. 115–116]. К. Муздибаєв стверджує, що психологічні ресурси утворюють реальний потенціал для подолання несприятливих життєвих подій. Н. Є. Водоп'янова розглядає «психологічний ресурс» як внутрішні і зовнішні складові, що сприяють психологічній стійкості в стресогенних ситуаціях; це емоційні, мотиваційно-вольові, когнітивні і поведінкові конструкти, які людина актуалізує для адаптації в ситуації стресу [16].

Спираючись на феноменологію екзистенційного підходу, Е. Фромм виділив три основних психологічних ресурси, що допомагають людині зберігати душевну рівновагу в скрутних життєвих обставинах. Надія – психологічна категорія, яка сприяє життю і зростанню. Раціональна Віра – переконаність у тому, що існує величезна кількість реальних можливостей, які допомагають справлятися із життєвими негараздами. Душевна сила, мужність – здатність чинити опір ударам долі, надскладним викликам життя, спробам поставити під загрозу надію і віру чи зруйнувати їх [16].

З літератури ми бачимо, що більшість авторів виділяють внутрішні (особистісні) та зовнішні ресурси. Значний внесок у теорію ресурсного підходу вніс Стівен Хобфолл, дослідивши роль ресурсів у подоланні стресових ситуацій (теорія збереження ресур-

сів – ТЗР). Однією з найбільш розповсюджених класифікацій ресурсів є класифікація С. Хобфолла. З його точки зору, психологічні ресурси являють те, що є значущим для людини і допомагає їй адаптуватися в складних життєвих ситуаціях. У рамках ресурсного підходу розглядаються різні види ресурсів, як середовищні, так і особистісні. Він відзначав, що у разі довготривалого хронічного стресу досить часто ресурси людини втрачаються, процес відновлення потребує часу. І саме втрата ресурсів є основною причиною для розвитку посттравматичного стресового розладу [23].

Класифікація ресурсів по С. Хобфоллу:

1) матеріальні об'єкти (дохід, житло, одяг, матеріальні фетиші) та нематеріальні (бажання, цілі);

2) зовнішні (соціальна підтримка, родина, друзі, робота, соціальний статус) та внутрішні, інтраперсональні змінні (самоповага, професійні вміння, навички, здібності, інтереси, самоконтроль, оптимізм, життєві цінності, система вірувань);

3) психічні та фізичні стани;

4) вольові, емоційні та енергетичні характеристики, які необхідні для подолання важких життєвих ситуацій та досягнення особистісно значущих цілей.

На думку С. Хобфолла, особистісні ресурси є фундаментальними компонентами індивідуальної здатності доадаптації, що відіграють першорядну роль у контексті подолання стресу.

Психологічні ресурси актуалізуються і проявляються у взаємодії людини з життєвим середовищем, це відбувається як безперервний процес просторово-часового «розгортання» людини.

Зовнішні ресурси – це матеріальні цінності, соціальні ролі (статуси), соціальні зв'язки, які допомагають людині ззовні. У літературі автори стверджують: чим ширшим є Соціальний атом (соціальна підтримка), тим більше у людини можливостей запобігти порушенню функціонування і більше стратегій подолання стресових ситуацій. І. Калінаускас для позначення зовнішніх ресурсів протистояння стресу оперує поняттям «соціально-психологічні світи людини». В них особистість черпає сили для самоцінності, самоствердження і стійкості для протидії стресам. Він зазначає, що соціально-психологічний світ – це світ сім'ї, друзі батьківської сім'ї. З часом людина формує свій індивідуально значущий соціальний світ: власна сім'я, власні друзі, колеги, однодумці та ін. [6; 16].

У разі настання стресових обставин ресурси допомагають людині залишатися стійкою, протистояти негативним впливам, зберігати силу і рішучість, підтримуючи фізичне здоров'я і благополуччя. Нами була проведена діагностика ресурсного запасу у ветеранів на момент проходження медико-психологічної реабілітації в стаціонарі. Для цього був розроблений опитувальник «Оцінка втрати ресурсів ветеранів» (ОВРВ) на основі американської методики ППР (ресурсної концепції психологічного стресу і професійного вигорання С. Хобфолл) та російського опитувальника (ОППР) [3; 23]. Аналіз отриманих даних показує, що ресурсний запас ветеранів є сильно вичерпаним. Втрата ресурсів виглядає наступним чином:

внутрішні ресурси: власне здоров'я (98 %), психологічне благополуччя (88 %), можливість нормально виспатися (70 %), відчуття свободи (70 %), задоволення жит-

тям (70 %), впевненість у собі, в тому, що я контролюю своє життя (66%), почуття оптимізму (51 %), відчуття, що моє життя має сенс (25 %);

зовнішні ресурси: відчуття, що я потрібен країні (93 %), відчуття моєї ролі у військовому конфлікті на сході країни (93 %), відчуття стабільності (76 %), можливість отримувати необхідну медичну допомогу (72 %), стабільні доходи (68 %), хороші стосунки із близькими людьми, родичами (47 %), можливість здорового і повноцінного харчування та відпочинку (36 %), відчуття, що я потрібен іншим людям (33 %), друзі (61 %), дружина (33 %), люди, яким я довіряю, і на яких я можу покластися (29 %), професійна мотивація (22 %).



Рис. 2.3. Спектр втрачених внутрішніх ресурсів.

Як видно з Рис. 2.3, найбільшим показником втрати внутрішніх ресурсів є стан власного здоров'я та відчуття психологічного благополуччя. Крос-культурні дослідження показують, що у всіх культурах найбільш стресовим серед життєвих подій є втрата здоров'я, роботи, близької людини. Діаграма показує, що ресурсний стан – наявність фізичних, духовних і душевних сил та енергії для того, щоб нормально функціонувати, виснажився найбільше. Саме витривалість, волюві, емоційні та енергетичні характеристики необхідні (безпосередньо або опосередковано) для подолання посттравмівної симптоматики.

Внутрішні ресурси – це, насамперед, запас автономії. Це те, наскільки добре, упевнено та цілісно людина може почуватись без усілякої підтримки соціуму, чітко усвідомлюючи реальний стан справ, але витримуючи стрес і зберігаючи себе. У слабкому психологічному стані особистість не може знайти в собі внутрішньої опори, не здатна спиратися на себе, у неї немає ніякої автономії, вона не здатна обходитися без підтримки близьких.



Рис. 2.4. Спектр втрачених зовнішніх ресурсів.

Стрес-толерантність особистості і витривалість стосовно психотравмивної симптоматики залежить від наявності підтримки, моральної допомоги, співучасті, співчуття інших людей, солідарності групи. Рис. 4 показує, що найбільшим показником втрати зовнішніх ресурсів є соціальна підтримка, яка виходить від державних структур (повага з боку держави, наявність моральної підтримки і співчуття з боку інших людей; отримання нормального медичного забезпечення, стабільність, робота, доходи) і міжособистісної взаємодії, що виходить від окремих людей (сім'ї, близького оточення, друзів, знайомих). Розпад соціальних зв'язків, які були набуті до війни, зумовлює виникнення гострих внутрішніх криз, що дезорганізують поведінку і соціальну адаптацію виснажують психологічну стійкість.

Отже, соціальна підтримка є важливим ресурсом збереження психологічної стійкості особистості в стресових ситуаціях. Багато авторів зазначають, що позитивне соціальне оточення є одним із найважливіших чинників, які допомагають ветеранам відновлюватися й інтегруватися до мирного життя. У зв'язку з цим соціальне оточення може розглядатися також як соціально-психологічний ресурс у подоланні стресу.

Втрата внутрішніх і зовнішніх ресурсів несе із собою втрату суб'єктивного благополуччя, негативно позначається на здоров'ї особистості. Наявних ресурсів, здатних допомогти ветеранам відновлюватися, на сьогодні у них недостатньо, тому психологам, психотерапевтам необхідно створювати ефективні реабілітаційні технології психотерапевтичної допомоги для покращення стану військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації в стаціонарі після травмивних подій.

2.2. Карта психологічного супроводу як ефективний спосіб обстеження ветеранів з проявами ПТСР

Оцінка впливу травматичних подій на ветеранів, що брали участь у війні на сході країни, – це надзвичайно важлива і часто складна частина обстеження. Перед фаховою спільнотою суттєвим залишається питання виявлення ПТСР та його проявів, самої процедури обстеження постраждалих; організація цієї допомоги в такий спосіб, щоб мотивувати людей звертатися за допомогою, а не уникати її.

Фахівці, які працюють із ветеранами, повинні пам'ятати про те, що обстеження не полягає в тому, щоб поставити, де потрібно, «галочку-відмітку» на стандартному бланку, який рекомендований для використання. На сьогодні напрацьований великий арсенал діагностичного інструментарію (опитувальники і шкали, які використовують в багатьох країнах світу) [9]. Деякі з цих методик є в «Уніфікованому клінічному протоколі», що впроваджується в Україні [8]. Важливо зазначити, що кожен окремий випадок, кожна окрема зустріч – це активний і гнучкий процес неодноразової побудови стосунку, який починається не з формальної процедури обстеження, а із знайомства і встановлення контакту. Від встановлення цього контакту великою мірою залежить подальший процес реабілітації.

Терапевтичний стосунок – це унікальний міжособистісний досвід, наповнений теплом, довірою, прийняттям і розумінням, це зустріч між тими, хто шукає допомоги, і дає допомогу, це зустріч, здатна пробудити серця і наповнити їх співпереживанням та взаємним розумінням один одного. Ці стосунки «психотерапевт-клієнт» ми називаємо *«повторне достатньо хороше батьківство»*, яке допомагає терапевту в роботі з травмованими військовослужбовцями та ветеранами наблизитись до *зони прихованих переживань* (простір особистісно-значимих, болісних переживань людини, якими їй важко поділитися з іншими). Такі стосунки дозволяють їм почуватися безпечно, допомагають обмежити потребу у використанні захисних механізмів, дозволяють отримати доступ до негативних емоційних станів і їх опрацювання й ведуть до покращення навичок самодопомоги [10].

Після знайомства і встановлення стосунку можна переходити до самого процесу обстеження. Головне правило – обстеження ветерана має проводитися без дестабілізації і не спричиняти повторне травмування. Воно активує травматичні спогади і може дестабілізувати клієнта. Отже, в часі обстеження ми повинні дивитися на його психічну стабільність, спроможність говорити про травматичні події, на активацію травматичної пам'яті; спостерігати за емоційним станом, здатністю регулювати емоційний стан; за уникненням травматичних спогадів. Через непереборні тривогу та дистрес ветерани часто неспроможні чітко описати медикам, психологам свій душевний і фізичний стан. Тому сама процедура обстеження не повинна бути громіздкою та переобтяжувати клієнта.

Досвід роботи у відділенні медико-психологічної реабілітації (з 2014 року дотепер) дозволив нам створити «Карту психологічного супроводу» (у 2017 році), як внутрішній протокол для роботи із ветеранами і військовослужбовцями, які знаходяться на реабілітації в стаціонарі. Карта визначає зміст, обсяг, умови та порядок проведення

психологічної діагностики та надання психотерапевтичної допомоги (*рекомендована до використання Наказом № 810 Міністерства соціальної політики України у всіх реабілітаційних та медичних закладах країни*) [11].

У першій частині Карти фіксуються скарги клієнта (діагностичні «ярлики»), які розділено на чотири осі, що враховують когнітивні, емоційні, психофізіологічні і поведінкові аспекти проявів ПТСР. Особлива увага звертається на дослідження суїцидальних думок та суїцидальних ризиків. У другій частині Карти представлений протокол діагностичного обстеження з проведенням тестування, спрямованого на оцінку травмівних симптомів і вивчення травмівного досвіду клієнтів.

Очевидно, що оцінка ПТСР та його проявів у клінічних умовах фокусується не тільки на наявності, відсутності або тяжкості ПТСР. Всебічна стратегія оцінювання спрямована на збір інформації про сімейну історію ветерана, симптоми, переконання, сильні сторони, систему підтримки і власні стратегії подолання стресу.

Одним із важливих місць у процедурі обстеження займає формулювання (мова терапевта, запитання, які він задає), яке допоможе зібрати інформацію і створити індивідуальну картину для того, щоб зрозуміти проблематику клієнта. Під час розмови терапевт використовує напівструктуроване діагностичне інтерв'ю, направлене на виявлення травмівної симптоматики (тілесні прояви, емоційний стан, поведінкові прояви, когнітивні прояви) по МКХ-10. Найчастіше клієнт сам починає розповідати про свій фізичний стан: *скарги на головні болі, біль у різних частинах тіла, слабкість та ін.* Це допомагає приєднатися терапевту до клієнта, щоб вибудовувати інтерв'ю належним чином. Карта не є обов'язковим опитувальником, карта – орієнтир, який допомагає психологу вибудовувати контакт і збирати інформацію. Це може відбуватися протягом перших 2-3 зустрічей, а може потребувати і більше часу, щоб зібрати інформацію про емоційний стан, поведінкові, когнітивні та тілесні прояви.

Окремої уваги заслуговує діагностика суїцидальних думок та суїцидальних ризиків. За різними даними, серед учасників бойових дій і ветеранів великий відсоток (до 20 %) – суїциди. Це – проблема всіх країн, що воювали, але в Україні через відсутність системної роботи з ветеранами це питання стоїть особливо гостро; це – лякаюча статистика, яка вимагає негайного втручання держави та суспільства. Пережитий стрес «може вистрілити у скроню» через кілька місяців, а то і років, після повернення з війни. В Kartі суїциду приділяється окреме місце. Психологи і медики мусять бути пильними у цьому питанні і не уникати його в процесі обстеження. Якщо в процесі обстеження ветеран говорить про апатію, байдужість, переживає смуток чи депресію, говорить про самотність – тут потрібно бути особливо уважними. Психолог прямо може задавати запитання стосовно цієї теми. У багатьох випадках самогубству можна запобігти. Найкращий спосіб це зробити – знати фактори ризику, бути уважним до ознак депресії та інших психічних розладів; розпізнавати ознаки скоєння самогубства та втрутитися до того, як це може трапитися; вчасно надати якісну медичну допомогу. Досить часто людям, які мають суїцидальні думки, важливо просто знати, що хтось дбає про них і хоче допомогти.

Якщо в процесі обстеження ветеран пред'являє різноманітні поточні скарги, називає думки про самогубство, про спроби самогубства в анамнезі; якщо психолог ідентифікує чіткі ознаки кризового стану (поведінкові, когнітивні, афективні чи фізичні прояви) –

тоді проводиться допоміжне обстеження з використанням об'єктивних психометричних інструментів (профільних методик та шкал) для оцінки стану клієнта; визначення соціальної підтримки, включаючи друзів і членів сім'ї, які допомагали в минулому і з якими пацієнт почував би себе комфортно; визначення ресурсів, якими можна користуватися у кризових ситуаціях. Для цього в арсеналі психолога є уніфіковані протоколи, які рекомендують ті чи інші методики для використання: Шкала клінічної діагностики ПТСР, Міссісіпський опитувальник для бойового стресу (М-PTSD) (військовий варіант), Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП), Анкета здоров'я (РНО – 9), Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Бека та ін.; «Шкала інтенсивності стресу» – «шкала самодіагностики», суб'єктивна оцінка, яку (на вході і на виході) ветерани роблять самі.

З огляду на зазначене вище, одним із важливих місць у програмі медико-психологічної реабілітації ветеранів займає процедура обстеження, яка має бути логічно впорядкованою, технологічно забезпеченою, зрозумілою і з чітким дотриманням основних принципів. Уміння правильно формулювати (вміння ставити запитання) дає можливість побачити індивідуальну картину клієнта, допомагає зрозуміти та краще прояснити його проблеми, описати поточні проблеми, проаналізувати його ресурси. Процедура обстеження допомагає терапевту і клієнту зрозуміти важливі процеси, а також сформулювати ключові мішені для плану терапії; також допомагає встановити невідкладні втручання (наприклад, при спробі самогубства чи сильно вираженій депресії) чи застосувати для конкретного випадку специфічне лікування.

2.3. Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР: стратегії, принципи, методи та форми психотерапевтичної допомоги

Реабілітаційна робота з ветеранами, що зазнали тривалої травматизації на сході країни, спрямована на відновлення втрачених внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Виходячи з того, що ресурси особистості є потенціалом психологічного здоров'я та благополуччя людини, саме відновлення цього ресурсу пришвидшує процес повернення ветеранів до нормального життя.

Технологія психотерапевтичної допомоги у подоланні проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації після травматичних подій, реалізується в рамках інтегративного підходу і являє собою поєднання різних методів психотерапії, об'єднаних системоутворюючим елементом – методологічною платформою і відповідними узагальненими принципами та методами основних напрямків зарубіжної і вітчизняної психотерапії.

Мета технології: відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР і знаходяться на реабілітації у стаціонарі.

Завдання технології:

1) проведення заходів, спрямованих на усунення або зменшення психопатологічних синдромів, стабілізацію стану;

2) підвищення обізнаності ветеранів щодо впливу екстремального стресу та методів опрацювання травматичного досвіду (психоедукація), відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання психотравматичної симптоматики;

3) оволодіння уміннями та навичками когнітивного, емоційного та поведінкового подолання наслідків травматичного досвіду;

4) підвищення обізнаності близького оточення ветерана щодо необхідності підтримуючого ставлення до них, що створює реадaptaційне середовище відновлення.

Основними **принципами** технології виступають: *принцип безпеки* (створення атмосфери психологічної та емоційної безпеки для ветеранів і військовослужбовців; після перенесеної травми люди можуть почуватися незахищеними); *принцип мінімізації травми* (потрібно вибудувати процедуру обстеження і психотерапевтичних інтервенцій, щоб уникати повторного травмування); *принцип конфіденційності* (фахівці відповідають за ту інформацію, яку отримують від клієнта, отже, потрібно отримати усвідомлену згоду); *принцип послідовності й етапності проведення заходів*; *принцип відповідальності* (бути відкритими, послідовними, передбачуваними в тому, що пропонуємо); *принцип співвіднесеності діагностичних проявів ПТСР і психотерапевтичних мішеней*; *принцип відповідності психотерапевтичних мішеней і методів, методик і процедур психотерапевтичного впливу*; *принцип індивідуального підходу*.

Процес медико-психологічної реабілітації в умовах стаціонару складається із таких етапів: початковий (підготовчий), психологічний (основний, базисний) та завершальний. На кожному етапі доцільно використовувати технології відновлення ресурсів, що компонується з відповідних технік. Лише органічне поєднання процедурних, технічних та інших аспектів реабілітації забезпечує послідовне успішне проходження кожного з етапів.

Підготовчий етап – адаптаційний етап (адаптація до місця перебування, оточення, налагодження контакту). Метою першого етапу є створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування.

Психологічний етап, основний – на цьому етапі цілеспрямовано використовуються конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою. На основному етапі проводиться психоедукація, метою якої є декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію). Велике значення надається формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчанню пацієнтів базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривоги; набуттю певних навичок та навчанню технік самоуправління і саморегуляції.

Також на основному етапі може відбуватися конфронтація з травмівним матеріалом (якщо клієнт сам просить працювати з симптоматикою, яка його переслідує) з використанням відповідних технік кожного з підходів, які описує інтегративна модель в роботі з травмою. Заключний етап – інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації.

Розглянемо технологію відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів (Таблиця 2.1), які мають прояви ПТСР, зосереджуючись на психологічних техніках та формах психотерапевтичної допомоги, які забезпечують її ефективність.

Таблиця 2.1.

Загальний дизайн «Технології відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів у ветеранів, що мають прояви ПТСР і знаходяться на реабілітації в стаціонарі»

Етап	Мета	Мішень	Техніки та форми допомоги
<i>Мотиваційний (1 зустріч)</i>	Створення безпечного простору для адаптації та стабілізації. Формування терапевтичного стосунку і мотивації на роботу	Негативні установки щодо співпраці з психологом	Емпатичне інтерв'ю
<i>Діагностичний (1 зустріч)</i>	Ідентифікація мішеней психологічного впливу	Психоемоційний статус, когнітивні, емоційні, психофізіологічні і поведінкові аспекти проявів ПТСР	Психодіагностика
<i>Інформаційної підтримки (1 зустріч)</i>	Підвищення обізнаності ветеранів щодо впливу екстремального стресу на розвиток постстресової психологічної дезадаптації та її впливу на функціонування ветерана і його близьких	Відсутність інформації стосовно впливу психотравматичного досвіду на стан психічного здоров'я, соціального і сімейного функціонування	Елементи психоосвіти (психоедукація) – нормалізація психотравматичної симптоматики
<i>Психотерапевтичний (2-8 зустрічей)</i>	Редукція психопатологічної симптоматики, нівеляція напруженості	Психічна і поведінкова постстресова дезадаптація	Інтегративна модель (травмофокусована КПТ, групова ПТ, АТ, психодраматичні техніки, м'язова релаксація Біосугестія)
	Редукція психопатологічної симптоматики, робота із внутрішніми ресурсами	Психічна і поведінкова постстресова дезадаптація	Психоедукація групова ПТ, АТ, стрес-менеджмент, м'язова релаксація, психодраматичні техніки
<i>(1-2 зустрічі)</i>	Робота із зовнішніми ресурсами (дружини та близьке оточення)	Вторинна травматизація	(психоедукація)
<i>Завершальний (1 зустріч)</i>	Інтеграція досвіду. Підтримка і збереження позитивних змін	Нові навички адекватного функціонування	Групова ПТ, ПД

У центрі технології знаходиться особистісно-зорієнтований підхід, який базується на взаємодії кризового консультування та когнітивно-поведінкового, психодраматичного, нарративного, травмосфокусованого та інших напрямків психотерапії. Різноманітність існуючих напрямків психотерапії суттєво збільшує коло можливих мішеней психотерапевтичного впливу.

Основними конструктивними моделями подолання психотравмівної симптоматики є:
когнітивне подолання ➡️ емоційне подолання ➡️ поведінкове подолання
➡️ соціально-психологічне подолання

Вказані моделі подолання закладені у стратегії психотерапевтичної роботи і визначають наступні напрямки:

1) **когнітивне подолання** – розуміння травми, усвідомлення стратегій подолання і своїх можливостей; пошук і оцінка своїх ресурсів, які можуть бути мобілізовані для подолання психотравмівної симптоматики;

2) **емоційне подолання** – усвідомлення і прийняття своїх почуттів та емоцій, дозвіл на їх прояв, оволодіння навичками контролю за динамікою відреагування; переживання страху, тривоги, смутку, вини, безпомічності, гніву та ін.;

3) **поведінкове подолання** – корекція стратегій діяльності, активізація поведінки, робота з агресією, униканням, дезорганізацією;

4) **соціально-психологічне подолання** – відновлення міжособистісних стосунків.

Технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів ветеранів може бути представлена такими психотехніками:

1. Техніки реконструкції базових ресурсів людини:

– способи підвищення базового рівня довіри.

2. Техніки управління фізичним «Я»:

– опанування вправ на стабілізацію та самовідновлення;

– опанування релаксаційних фізичних вправ;

– аутогенні тренування, медитації.

3. Техніки опрацювання травматичних переживань, що включають різні техніки емоційного відреагування.

4. Техніки репродукції ресурсних станів і позитивних образів:

– приємні спогади (описувати всі відчуття – слухові, зорові, фізичні); активація спогадів про особистісні перемоги (реальний успішний досвід протистояння труднощам, викликам, випробуванням підвищує позитивні очікування особистості та активує її віру у свої можливості);

– згадування ситуацій, де було відчуття впевненості, емоційного підйому.

5. Техніки саморегуляції:

– зниження збудження – відволікання (переключення уваги);

– дихальні техніки (на зниження збудження).

6. Техніки мобілізації ресурсів (активізація):

– підвищення мотивації;

– аутогенне тренування (мобілізаційний варіант);

– вправи на уяву;

– дихання (підвищення активності);

– різні вправи на мисленеву та сенсорну стимуляцію.

7. Техніки роботи із соціальним атомом (мобілізація зовнішніх ресурсів).

8. Техніки сугестії:

– позитивне навіювання, самонавіювання.

Розроблена технологія відновлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів створена на основі інтегративного підходу із застосуванням мультимодальних інтервенцій і передбачає як індивідуальну, так і групову форми роботи та роботу у творчих майстернях. В якості основних критеріїв оцінки ефективності використання інтегративної моделі психотерапії в роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців є: зниження рівня психотравмивної симптоматики; прослідковується позитивна динаміка в плануванні майбутнього; підвищується загальний рівень саморегуляції; відновлюється особистісна цілісність.

Висновок. Між психічним та фізичним самопочуттям людини існує найтісніший взаємозв'язок. Тому існує реальна необхідність приділяти увагу проблемам психічного здоров'я та фізичного здоров'я ветеранів у рамках комплексного медико-психологічного обслуговування. Швидкість подолання наслідків травматичного досвіду, зцілення та повернення до продуктивного життя залежить від багатьох факторів. Зокрема, важливу роль відіграють ресурси особистості, які є величезною цінністю, що допомагають зберігати психологічну стійкість у стресових ситуаціях. Завдяки використанню власних внутрішніх і зовнішніх ресурсів у особистості відновлюється здатність до саморегуляції. Велике значення має наявність підтримки оточення (зовнішні ресурси), соціальна ситуація, в якій перебуває людина (зокрема стабільність роботи, житлові умови тощо), та внутрішні ресурси, а також попередній досвід подолання складних ситуацій і особливості нервової системи людини. Всі ці та інші фактори мають бути враховані психотерапевтами при побудові індивідуального плану відновлення ветеранів, які знаходяться на реабілітації в стаціонарі.

Список використаних джерел

1. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса // Психологический журнал. 2006. Т. 3. С. 115–116.
2. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, випуск 2 (83). С. 105.
3. Водопьянова Н. Е., Штейн М. В. Опросник потерь и приобретенный (ОПП) / Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : «Питер», 2005. С. 119–126.
4. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, випуск 2 (91). С. 40–44.
5. Іванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. Чернівці, 2007. 424 с.

6. Иванова Т.Ю. Теория сохранения ресурсов как объяснительная модель возникновения стресса // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2013. Т. 10. № 3, С. 119–135.

7. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. СПб. : Речь, 2012. 448 с.

8. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: перелік контрольних показників для використання на місцях. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017 (б). 36 с.

9. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

10. Литвиненко Л. І. Особливості психотерапевтичної взаємодії психолога з військовослужбовцями та ветеранами, що знаходяться на реабілітації після травмівних подій / Л. І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології [Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія]: Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка. Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. Вип. 12. 168 с., С. 76–86.

11. Литвиненко Л. І. Підтримка та медико-психологічна реабілітація учасників АТО: досвід реалізації програми «Дорога зцілення» / Л. І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К., 2017. Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 13. 264 с., С. 93, 105.

12. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. № 1 (37), С. 8–13.

13. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є. та ін. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Х. : ХМАПО, 2013. 224 с.

14. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ Видавництво «Логос». 207. С. 108.

15. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій // Psychosomatics: Science and Practice. 2019. Vol 4. № 2.

16. Сергиенко Елена Алексеевна. Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции / Сергиенко Елена Алексеевна // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. № 5 (7). URL:<http://psystudy.ru>

17. Стеблюк В. Травма та травмотерапія: історія та сьогодення / В. Стеблюк, К. Проноза-Стеблюк // Укр. вісн. психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 4.

18. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. 208 с.

19. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. К. : Главник, 2004. 96 с.
20. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
21. Тимофієва М. П. Психологія здоров'я: Навчальний посібник / М. П. Тимофієва, О. В. Двіжона. Чернівці : Книги – XXI, 2009. 296 с.
22. Фоминова А. Н. Проблема активизации ресурсов личности человека в трудных возрастно-психологических жизненных ситуациях / Фоминова Анна Николаевна // Вестник ННГУ им. Н. И. Лобачевского: Серия Социальные науки. Вып. 1 (5). Н. Новгород : Изд-во ННГУ, 2006, С. 87–97. URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=10539960>
23. Hobfoll S. Conservation of resource theory: its implication for stress, health, and resilience // S. Folkman (ed.). The Oxford handbook of stress, health, and coping. N.Y.: Oxford University Press, 2011b.

РОЗДІЛ III.

ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

3.1. Вторинна травматизація та стресостійкість як базові поняття для побудови моделі психотравми дружин ветеранів війни

Сучасний стан суспільно-політичних та економічних процесів в Україні спричиняє значне психоемоційне напруження в суспільстві. Сім'ї ветеранів війни – одна з уразливих до викликів сьогодення категорія громадян. Виражене емоційне та фізичне напруження відчувають дружини колишніх бійців – ті, хто у повсякденній буденності спостерігає і поділяє наслідки бойових травм своїх рідних, турбується про відновлення демобілізованих та часто бере на себе відповідальність за забезпечення життєдіяльності родини загалом. Ці обставини складають фон життя дружин ветеранів і можуть ставати низкою стресогенних факторів, впливати на психоемоційний стан жінок, їхнє самопочуття та на спроможність справлятися зі складнощами післявоєнного етапу життя сім'ї. Зазначений стан жінок, за дослідженням зарубіжних та вітчизняних фахівців, трактується як прояви вторинного травматичного стресу (ВТС) і потребує професійної психологічної допомоги [3; 5; 13; 16; 17]. Спрямування психотерапевтичних зусиль фахівців на підвищення стресостійкості дружин ветеранів, з нашого погляду, є адекватною відповіддю на потребу жінок впоратися із можливими деструктивними проявами в їхньому житті.

Розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості жінок ми розглядаємо як важливу умову їхнього фізичного та психічного здоров'я, збереження власної ідентичності, особистісної цілісності. Вважаємо також, що, спираючись на власну стресостійкість, жінки захисників спроможні протистояти буттєвим складнощам життя, які можуть виникати при об'єднанні сім'ї після розлуки, чутливо сприймати потреби своїх чоловіків, створювати та підтримувати у повсякденному сімейному житті атмосферу прийняття, розуміння, зцілюючої любові, що вкрай необхідно колишнім військовим на етапі відновлювання та ресоціалізації. З огляду на вищесказане, дослідження характеристик стресостійкості у структурі особистості дружин ветеранів, пошук адекватних підходів до розвитку цієї якості у жінок для розв'язання питань профілактики та подолання проявів ВТС вважаємо *актуальним* науковим завданням, що і стало предметом нашого дослідження.

Метою дослідження було визначення особливостей прояву ознак вторинного травматичного стресу (ВТС) у дружин ветеранів війни та розроблення технології психологічної допомоги жінкам щодо подолання наслідків ВТС. Ця мета здійснювалась через розв'язання таких поетапних завдань: побудови моделі психотравми дружин ветеранів; з'ясування характеристик стресостійкості у структурі особистості жінок, що мають прояви вторинної травматизації; визначення діагностичного інструментарію

для виявлення ознак ВТС та особливостей стресостійкості; окреслення основних напрямів, принципів та засобів психологічної допомоги дружинам ветеранів із метою профілактики та подолання проявів ВТС.

Першим кроком для побудови моделі психотравми даного контингенту постраждалих для нас стало з'ясування *проблематики* дружин, яку ми виявляли за результатами узагальнення нашого власного досвіду психологічної роботи з жінками, а також досліджень інших фахівців [5; 6; 13; 14; 20; 24]. Складнощі дружин ветеранів обумовлені як накопиченням тривоги під час очікування з фронту бійців, так і психологічним статусом демобілізованих чоловіків. Спостерігається низка можливих психоемоційних утруднень жінок: виражене емоційне і фізичне напруження, тривога, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість; жінки відчують виснаження через напруження і конфліктність у стосунках із чоловіками; їх турбує дефіцит навичок подолання незвичних життєвих негараздів; їм важко сприймати складнощі, що виникають, знаходити адекватні рішення. Дружинам важко справлятися з емоційною нестабільністю чоловіків, складно витримувати їхнє небажання контактувати з соціумом, їхню закритість, відстороненість, апатичність. Жінкам іноді непросто знаходити до них підхід, важко зрозуміти, про що можна, а про що не бажано говорити з колишніми фронтовиками. Серйозною проблемою для деяких сімей може бути виражена алкоголізація й агресивність чоловіків. Дружини демобілізованих часто скаржаться на сімейний дискомфорт, напруження у стосунках, конфлікти. Їм важко зрозуміти й прийняти зміни, що відбулися з їхніми чоловіками, важко подолати складні сімейні ситуації. Емоційні труднощі дружин демобілізованих військових фахівці визначають як наслідки **вторинного травматичного стресу (ВТС)** [14; 24], спираючись на розуміння поняття вторинної травматизації та аналіз спостережень впливу ВТС на жінок означеної категорії.

Розглянемо поняття «**вторинна травматизація**» («вторинна травма»). Феномен вторинної травми розуміється як «стрес, що виникає в результаті допомоги травмованій людині або особі, що страждає» [20]. Це результат непрямого впливу травмивних подій на тих, хто допомагає, опосередкованого розповідями про екстремальні події та безпосередніми психоемоційними проявами самих травмованих. Члени сімей постраждалих (носіїв наслідків первинної травми) перебувають у зоні ризику вторинної травматизації, адже «будь-яка людина, що має значущі стосунки з тим, хто вижив після травми, може пережити вторинне травмування», – зауважує Figley [там само]. В науковій літературі досліджуються стрес-фактори, симптоми вторинної травматизації, питання профілактики та психотерапії означених станів [1; 5; 13; 14; 16; 17; 21; 23; 24].

Наслідками ВТС у жінок ветеранів можуть бути різні психоемоційні та фізичні прояви, емоційні травми, залежно від індивідуального сприйняття жінками тих чи інших факторів травмивних подій, пов'язаних із чоловіком, розвинутої власних ресурсів їх подолання.

Вторинний стресовий розлад як синдром практично ідентичний ПТСР, за винятком того, що критерієм А стає непрямий вплив травмивної події через тісний контакт з основною жертвою травми. Симптоми вторинної травми аналогічні симптомам безпосередньо травмованих людей: різні емоційні проблеми, такі як підвищення рівня симптомів депресії та тривоги, проблеми з концентрацією уваги, емоційне виснажен-

ня, нічні жахіття про людину, що отримала травму, безсоння, втрата інтересу, дратівливість, хронічна втома і зміни в сприйнятті себе, у розумінні власного життя та життя інших людей.

В літературі виокремлюють дотичні до феномену ВТС поняття, такі як «*втома від співчуття*» та «*вигорання*», вказують на певний зв'язок цих понять із вторинною травмою, хоча і зауважують специфічні відмінності кожного з означених явищ [23; 24]. Вважається, що людина може відчувати одне або кілька із зазначених станів одночасно.

Втома від співчуття – це стан емоційної та фізичної втоми, що виникає в людей, які піклуються про тих, хто потребує допомоги, співчують їм, але не мають можливості зробити все те, що хотілося б, не мають достатньо часу для власного відпочинку та турботи про себе. Як зазначає Figley, це «стан крайнього напруження, стурбованості стражданнями тих, кому допомагають, настільки, що це може стати вторинним травматичним стресом для помічника» [цит. за 19]. Поняття «вигорання» часто використовується для позначення саме стану виснаження та перевтоми, але цей стан не обов'язково може бути пов'язаний із травмивним досвідом, водночас з тим і не виключає його.

Зазначимо, що втома від співчуття та вигорання у дружин ветеранів можуть виявлятися як специфічні психоемоційні стани, що ускладнюють адаптаційні процеси, та за своїм змістом і перебігом, по суті, розширюють спектр проявів ВТС у жінок.

Теоретичні підходи до розуміння та вивчення феномену стресостійкості. Загальне розуміння феномену стійкості до стресу пов'язане з визнанням стресостійкості як індивідуальної чутливості до стресу, стресових подій. Визнається, що наявність стресора ще не обумовлює розвиток стресової реакції, класичних психофізіологічних змін, характерних для реакції стресу [7 та ін.]. Стресогенними факторами вважаються ті, що суб'єктивно сприймаються як загрозові (фізичному чи соціальному функціонуванню), які порушують адаптацію, контроль, перешкоджають самоактуалізації, перевищують індивідуальні норми функціонування [9].

Дослідники визначають складність, багаторівневість складових поняття «стресостійкість» та розглядають означений феномен як «структурно-функціональну, динамічну, інтегративну властивість особистості» [8], як «психосоматичний імунітет до стресорів, обумовлений фізіологічними, психологічними та соціальними факторами» [7, с. 63], вирізняють у розумінні цього поняття важливість як зовнішньої успішної діяльності людини в складних психоемоційних умовах, так і цінність збереження внутрішньої рівноваги в умовах психоемоційного перевантаження [7; 15], підкреслюють можливість людини відновлювати порушений психоемоційний стан (повністю або частково) [8; 15]. Таким чином, стресостійкістю у широкому розумінні вважають процес адаптації людини до складних життєвих ситуацій; це здатність або якість, що дозволяє долати стресові обставини та утримувати рівновагу, або повертатися до нормального психофізіологічного та емоційного стану у разі його порушення через стрес.

Вивченню складових стресостійкості дружин ветеранів присвячені іноземні наукові дослідження, що проводяться у контексті аналізу наслідків ВТС у жінок [14; 17]. Аналізується вплив на психоемоційний стан дружин демобілізованих бійців різних зовнішніх та внутрішніх факторів ВТС. Фахівці вбачають розвиток стресостійкості

жінок через застосування психоедукаційного навчання, оволодіння навичками подолання стрес-факторів у сімейному житті, підкреслюють важливість набуття вмінь «керувати травматичним стресом у сім'ях» [16].

Розглянемо докладніше *основні психологічні фактори особистості, що допомагають долати стресові стани* за результатами сучасних наукових досліджень. Так, науковці виокремлюють такі передумови стійкості до стресу, як толерантність, ініціативність, здатність досягати цілей та самореалізація, комунікативність (асертивність, вміння налагоджувати, підтримувати соціальні зв'язки та спиратися на них), гнучкість (здатність до соціальної адаптації, вміння змінювати свою стратегію та тактику відповідно до обставин), адекватність оцінки ситуації та власних ресурсів, прагнення до самопізнання та саморозвитку [8; 9]. Визначають низку окремих особистісних якостей людини, що суттєво впливають на показники зменшення стресу: низький рівень тривожності, оптимістичність, уміння усвідомлювати свої власні проблеми та вирішувати їх. Більше стійкі до стресу інтерналі (люди з переважно внутрішнім локусом контролю) та впевнені в собі (здатні спиратися на себе), з адекватно високою самооцінкою [4; 7; 15]. Загалом активна суб'єктна позиція особистості, почуття відповідальності, розвинута самосвідомість розглядаються як умови зміцнення стресостійкості людини.

Дослідники також стверджують, що конструктивні копінг-стратегії (активні стратегії, спрямовані на розв'язання проблеми та опанування певними методами та засобами щодо корекції внутрішнього переживання стресу) посилюють стресостійкість на відміну від захисних стратегій (наприклад, захисту від неприємних переживань, уникання розв'язання проблем тощо); зауважують, що стресостійкі особи більш захищені від таких наслідків хронічного психологічного стресу, як синдром психологічного вигорання; загалом стресостійкість пов'язується із різними аспектами добробуту людини, її фізичного та психічного здоров'я [15].

Спираючись на розуміння проблематики дружин ветеранів війни, враховуючи специфіку феномену «вторинної травматизації» жінок та такої індивідуально-особистісної характеристики людини, як стресостійкість, ми розробили *модель психотравми дружин ветеранів*, у якій травма розглядається як прояв ВТС, обумовлений наступними стрес-факторами: *зовнішніми* (перебування чоловіка у зоні бойових дій, прояви ПТСР у ветерана після демобілізації, інші психоемоційні та поведінкові зміни у чоловіка внаслідок травмівного досвіду, складнощі адаптації до мирного життя) та *внутрішніми* (втома від перевантаження відповідальністю за життя родини у час відсутності чоловіка, тривога за його життя та майбутнє родини, неготовність прийняти зміни у поведінці ветерана після повернення з передової, нерозуміння причин цих змін, брак навичок власної психоемоційної регуляції – особливо станів тривоги, напруження, роздратування, втоми, невизначеності, що відповідають симптомам ВТС, дефіцит комунікативних стратегій у конфлікті, брак навичок піклування про себе та відновлення власних ресурсів, обмежений досвід спираючості на соціальну допомогу). Внутрішні стрес-фактори у даній моделі розглядаються як дефіцитарні якості особистості, які можуть бути компенсовані через розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості.

3.2. Діагностика ознак вторинного травматичного стресу (ВТС), рівня стресостійкості жінок та результати апробації діагностичного інструментарію

Емпіричний етап дослідження проводився протягом 2019–2020 років на базі Києво-Святошинського центру соціально-психологічної реабілітації населення (ЦСПР). Всього було охоплено 35 жінок (дружин ветеранів), віком від 29 до 58 років, освіта (вища – 74 % жінок, середня спеціальна та середня – 26 %), працює – 69 % жінок, термін шлюбу (від 4 до 37 років), термін після повернення чоловіка із зони АТО/ООС (від 1 до 6 років), більшість сімей з дітьми.

З метою дослідження наявності ознак ВТС у жінок та їх можливостей подолання наслідків вторинної травматизації застосовувались наступні методики: авторське напівструктуроване інтерв'ю; Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-C, цивільна версія) [10, С. 139–140], Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) [2]; Шкала психологічного стресу PSM-25 [12, с. 24–25]; Шкала самооцінки стресостійкості (С. Коухена і Г. Вілліансона) [12, с. 66–68]. Відповіді респондентів опрацьовувались за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 з використанням кореляційного аналізу, застосовувались методи описової статистики, якісний аналіз та інтерпретації, узагальнення результатів дослідження.

Представимо перелік питань авторського напівструктурованого інтерв'ю, орієнтованого на з'ясування особливостей сприйняття жінками післявоєнного періоду сімейного життя.

1. Чи відчули Ви складнощі у сімейному житті після повернення чоловіка? Відповіді: ні, зовсім не відчула; деякі складнощі були; складнощі були; було досить складно; було дуже складно.

2. З Вашої точки зору, чи достатньо Ви інформовані щодо можливих психологічних наслідків бойової травми ветеранів війни? Відповіді: не маю такої інформації; трохи чула; щось знаю; знаю загалом; достатньо добре інформована.

3. З Вашої точки зору, чи достатньо Ви інформовані щодо можливих психологічних утруднень у себе через бойовий досвід чоловіка (як наслідок бойової травми чоловіка)? Відповіді: не маю такої інформації; трохи чула; щось знаю; знаю загалом; достатньо добре інформована.

4. Чи вважаєте потрібним для себе розвиток навичок емоційної регуляції, стресостійкості? Відповіді: так, хочу розвивати; ні; не визначилась.

5. Чи вважаєте потрібним для себе розвиток навичок спілкування, вирішування конфліктних ситуацій у сім'ї? Відповіді: так, хочу розвивати; ні; не визначилась.

6. Чи вдається Вам у турботі про сім'ю піклуватися про себе, задовольняти власні потреби та відновлювати ресурси (фізичні, емоційні)? Відповіді: не виходить; трохи виходить; так, виходить; добре виходить; достатньо добре вмію це робити.

7. Чи є потреба звертатися по психологічну допомогу? Відповіді: так, ні, не визначилась.

8. Якщо потреба у психологічній допомозі існує, то які питання Вам важливо було би вирішити? Відповіді: поліпшення власного емоційного стану; поліпшення стосунків з (чоловіком, дітьми, родичами, іншими); щось інше (уточніть).

Розглянемо результати емпіричного дослідження. Почнемо з аналізу відповідей жінок на питання інтерв'ю. На перше питання «Чи відчули Ви складнощі у сімейному житті після повернення чоловіка?» отримані відповіді інтерпретувались наступним чином: немає ускладнень (відповідь: «Ні, зовсім не відчула»), помірні ускладнення (відповіді: «Деякі складнощі були», «Складнощі були») та значні складнощі (відпо-

віді: «Було досить складно, «Було дуже складно»). Розподіл відповідей жінок на дане питання у процентному відношенні представлено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Сприйняття жінками ускладнень у сімейному житті після повернення чоловіка з зони бойових дій

Немає ускладнень	Помірні ускладнення	Значні складнощі
12 %	56 %	32 %

Отримані дані свідчать, що 88 % жінок відчули певні складнощі у сімейному житті (помірні ускладнення та значні складнощі) з поверненням бійця додому, причому для майже третини жінок це були досить важкі зміни та випробування – значні складнощі зазначили 32 % опитуваних.

Наступні два питання мали за мету з'ясування ступеня інформованості дружин ветеранів щодо можливих психологічних наслідків бойової травми ветеранів війни як для самих ветеранів (прояви ПТСР), так і для жінок (прояви ВТС), відповідно питання № 2 і № 3. Отримані відповіді інтерпретувались наступним чином: необізнана (відповідь: «Не маю такої інформації»), початковий рівень обізнаності (відповіді: «Трохи чула», «Щось знаю»), середній рівень обізнаності (відповідь: «Знаю загалом»), високий рівень обізнаності (відповідь: «Достатньо добре інформована»). Розподіл відповідей жінок на дані питання у процентному відношенні представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Інформованість дружин ветеранів стосовно ПТСР і ВТС

Інформованість жінок стосовно	Необізнана	Початковий рівень обізнаності	Середній рівень обізнаності	Високий рівень обізнаності
ПТСР	3 %	35 %	18 %	44 %
ВТС	21 %	29 %	21 %	29 %

Отримані дані свідчать, що жінки мають певні знання про вплив бойової травми на ветеранів війни – 62 % з них обізнані з цього питання на середньому та високому рівнях; не мають такої інформації тільки 3 % опитуваних. Водночас 38 % жінок мають незначні знання з означеного питання, і цей факт може бути предметом уваги фахівців. Стосовно інформованості жінок щодо ВТС у них самих, отримані результати свідчать, що з цього питання жінки обізнані дещо менше, ніж про ПТСР у ветеранів – 21 % жінок взагалі про можливість вторинної травми у себе не чули, високий рівень обізнаності з ВТС теж нижчий, ніж з ПТСР. Загалом 50 % жінок мають рівень обізнаності з ВТС менше, ніж на середньому рівні та потребують більш докладних знань з цього питання.

Наступні два питання анкети були спрямовані на дослідження мотивації жінок до розвитку навичок психоемоційної саморегуляції та комунікації (питання № 4 і № 5). Розподіл відповідей на ці питання у процентному відношенні представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Спрямованість дружин ветеранів на розвиток навичок емоційної регуляції, стресостійкості та спілкування, вирішування конфліктних ситуацій у сім'ї

Спрямованість жінок на розвиток навичок	Так, хочу розвивати	Ні	Не визначилась
емоційної регуляції, стресостійкості	75 %	11 %	14 %
спілкування, вирішування конфліктних ситуацій у сім'ї	83 %	11 %	6 %

Отримані дані свідчать про досить високу потребу і вмотивованість жінок у розвитку навичок емоційної регуляції, стресостійкості (75 % опитуваних) та навичок спілкування, вирішування конфліктних ситуацій у сім'ї (83 % опитуваних).

Жінкам також пропонувалось питання «Чи вдається Вам у турботі про сім'ю піклуватися про себе, задовольняти власні потреби та відновлювати ресурси (фізичні, емоційні)?». Отримані відповіді інтерпретувались наступним чином: брак навичок піклування про себе (відповідь: «Не виходить»), низький рівень розвитку означених навичок (відповідь: «Трохи виходить»), середній рівень (відповіді: «Так, виходить», «Добре виходить»), високий рівень умінь (відповідь: «Достатньо добре вмію це робити»). Розподіл відповідей жінок на означене питання у процентному відношенні представлено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Рівень розвитку навичок піклування про себе у дружин ветеранів

Брак навичок піклування про себе	Низький рівень умінь	Середній рівень умінь	Високий рівень умінь
9 %	40 %	34 %	17 %

Дані таблиці 3.4 вказують на те, що майже половина дружин ветеранів (49 %) оцінюють власні навички піклування про себе менше ніж на середньому рівні, що суттєво обмежує можливості жінок відновлювати власні ресурси, долати можливі наслідки ВТС.

Відповіді дружин ветеранів на питання «Чи є потреба звертатись по психологічну допомогу?» у процентному відношенні розподілилися таким чином (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5.

Потреба дружин ветеранів у психологічній допомозі

Так	Ні	Не визначилась
60 %	17 %	23 %

Отримані дані свідчать, що значна кількість жінок (60 %) відчують потребу звернутися по психологічну допомогу. Аналіз відповідей на уточнююче питання «Якщо потреба у психологічній допомозі існує, то які питання Вам важливо було би вирішити?» підтверджує зацікавленість більшості жінок у поліпшенні власного емоційного стану та стосунків у сім'ї. Також було виявлено інші актуальні проблеми для пропра-

цювання з психологом: «подолання відчуття постійної втоми і виснаження», «вміння відстоювати власні межі», «проблеми психоемоційного стану (страхи) дитини», «пошук свого місця у житті» – зазначили 15 % опитуваних.

Перейдемо до аналізу та інтерпретації отриманих даних за тестовими методиками дослідження. Розглянемо результати опитування за *Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)*, що представлені у таблиці 3.6. у процентному відношенні. Отримані дані по цій шкалі інтерпретуються окремо для стану тривоги і окремо для стану депресії за такими критеріями: «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги/депресії), «субклінічне вираження тривоги/депресії» – у даному дослідженні інтерпретується як середній рівень прояву симптомів, «клінічне вираження тривоги/депресії» – інтерпретується як високий рівень прояву симптомів.

Таблиця 3.6.

Рівень вираження станів тривоги та депресії у дружин ветеранів за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)

Психоемоційний стан	Норма	Середній рівень прояву симптомів	Високий рівень прояву симптомів
Тривога	60 %	20 %	20 %
Депресія	65 %	26 %	9 %

Отримані дані свідчать про те, що 40 % дружин ветеранів відчувають тривогу на середньому та високому рівнях прояву та 35 % жінок переживають ознаки депресивного стану на середньому та високому рівнях; ознаки тривоги у жінок проявлені більшою мірою, ніж ознаки депресії.

Результати опитування за *Шкалою психологічного стресу PSM-25* у процентному відношенні представлені у таблиці 3.7 та інтерпретуються за критеріями «низький», «середній» та «високий» ступень прояву.

Таблиця 3.7.

Рівень стресу у дружин ветеранів за Шкалою психологічного стресу PSM-25

	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Рівень стресу	63 %	23 %	14 %

Аналіз отриманих даних дозволяє говорити про те, що більше третини дружин ветеранів – 37 % відчувають ознаки стресу, причому 14 % жінок відчувають стрес на досить високому рівні.

Результати опитування за *Шкалою самооцінки стресостійкості (С. Коухена і Г. Вілліансона)* у процентному відношенні представлені у таблиці 3.8 та інтерпретуються за критеріями «низький», «середній» і «високий» ступінь прояву.

Таблиця 3.8.

Рівень стресостійкості у дружин ветеранів за Шкалою самооцінки стресостійкості (С. Коухена і Г. Вілліансона)

	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Рівень стресостійкості	74 %	26 %	0 %

Дані таблиці 3.8 свідчать про переважно низький рівень стресостійкості дружин ветеранів – 74 % опитуваних, тільки чверть жінок оцінюють свій рівень стресостійкості як середній, ні у кого не виявлено високого рівня означеної якості. За результатами даної шкали ми бачимо, що жінки відчувають виражений дефіцит навичок стресостійкості, що підтверджується і даними інтерв'ю стосовно означеного феномену – 75 % жінок висловили бажання розвивати у себе цю якість (питання № 4, таблиця 3.3).

Результати опитування за *Шкалою самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-C, цивільна версія)* у процентному відношенні представлені у таблиці 3.9. і вказують на «можливе встановлення діагнозу ПТСР» [12, с. 143] та інтерпретуються за критеріями «відсутності» чи «можливої наявності» даного діагнозу, якщо загальна сума балів дорівнює 50, чи є вищою. Зауважимо, що для встановлення діагнозу ПТСР потрібні додаткові дослідження для осіб, що отримали показники 50 балів і вище за означеною шкалою, але така мета у даному дослідженні не ставилася. Цінність результатів за цією шкалою для нас полягала у з'ясуванні наявності виражених ознак ПТСР у дружин ветеранів, які у даному дослідженні трактувалися як прояви ознак ВТС у жінок (бо ознаки вторинної травми у жінок ті ж самі, що і ознаки ПТСР).

Таблиця 3.9.

Рівень прояву ознак ВТС у дружин ветеранів за Шкалою самооцінювання щодо наявності ознак ПТСР

	Виражені ознаки відсутні	Виражені ознаки присутні
Рівень прояву ознак ВТС	87 %	13 %

Отримані дані свідчать про те, що 13 % опитуваних мають виражені ознаки ВТС, крім того, кореляційний аналіз за Пірсоном показує значний позитивний статистично значущий зв'язок між шкалою PCL-C та Шкалою самооцінки стресостійкості ($R=0,627, p < 0,01$), що виявляє взаємозалежність між вираженими ознаками ВТС і низькою стресостійкістю у жінок.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, зазначимо найбільше виражені ознаки ВТС у жінок ветеранів: прояви тривожності мають 40 % жінок (серед них висока тривожність виявляється у 20% опитуваних), ознаки депресії виявлені у 35 % жінок (9 % мають ознаки депресії на високому рівні), відчувають стрес 37 % жінок (серед них високий рівень стресу мають 14 %), виражені ознаки ВТС діагностуються у 13 % жінок, низький рівень стресостійкості мають 74 % опитуваних. Зауважимо, що після повернення чоловіка з зони бойових дій 88 % жінок відчули складнощі у сімейному житті (для 32 % жінок ці складнощі були дуже значні), усвідомлюють необхідність розвитку навичок емоційної регуляції та стресостійкості – 75 % та комунікативних умінь – 83 % опитуваних, майже половина жінок оцінюють власні навички піклування про себе та вміння відновлювати ресурси на низькому рівні, потребу у психологічній допомозі висловили 60 % жінок, що ще раз підтверджує важливість фахової підтримки цієї категорії постраждалих.

Таким чином, за нашим дослідженням, нестача навичок емоційної регуляції в умовах стресу, тобто стресостійкості як особистісного ресурсу, який ми розглядаємо як один із внутрішніх чинників ВТС дружин ветеранів, спричиняє у жінок складнощі у

вирішенні багатьох питань у стосунках з ветераном, сімейного життя загалом. У таких випадках, з нашого погляду, дружини ветеранів потребують професійної психологічної підтримки у розвитку власної стресостійкості. Саме розвиток стресостійкості жінок ми розглядаємо як мішень психотерапевтичного втручання в контексті психологічної допомоги даній категорії жінок. Апробація діагностичних процедур показала їх відповідність моделі психотравми жінок ветеранів та завданням дослідження.

Проведене емпіричне дослідження дозволило ретельніше з'ясувати характер внутрішніх чинників ВТС дружин ветеранів. За результатами дослідження, внутрішні чинники ВТС жінок зумовлені найчастіше наступними їх особливостями та характерними рисами: недостатність інформованості щодо можливих наслідків бойової травми ветеранів та власної вторинної травматизації, дефіцит навичок психоемоційної регуляції та комунікаційної компетенції, брак ефективних стратегій вирішення конфліктних ситуацій у сімейному житті, психологічна негнучкість, складнощі щодо регуляції власних психологічних меж, неувага до власних потреб у контексті здорового піклування про себе, відчуття недостатньої самореалізації тощо. Втома від співчуття та вигорання у дружин ветеранів ускладнюють адаптаційні процеси та поширюють спектр проявів ВТС у жінок. Означені характеристики виявляються тими особливостями дружин ветеранів, через які жінки часто потрапляють у складні ситуації, відчувають розгубленість, безпорадність та інші негативні психоемоційні стани, наявність яких можна інтерпретувати як недостатній рівень стійкості до стресу у контексті розуміння поняття стресостійкості.

Результати проведеного дослідження, спрямованого на вивчення особливостей психоемоційного стану дружин ветеранів, їх психологічної проблематики, теоретичний аналіз понять стресостійкості та вторинної травматизації у сучасній психологічній науці, дозволяють визнати, що специфічні прояви ВТС у дружин демобілізованих військових можна розглядати у якості дефіциту стресостійкості жінок та визначити стійкість до стресу важливою складовою структури їх особистості; розглядати розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості з урахуванням травмивного досвіду постраждалих адекватною стратегією психологічної допомоги у подоланні проявів ВТС.

3.3. Психотехнологія розвитку стресостійкості дружин ветеранів війни у контексті психотерапевтичної допомоги щодо подолання проявів ВТС

На основі результатів діагностики та інтерпретації отриманих емпіричних даних розроблено *модель психотерапевтичного втручання* у роботі з дружинами ветеранів, що спрямована на розвиток стресостійкості жінок та включає певні напрями та принципи роботи. Запропонована модель передбачає наступні *напрями роботи*:

- психоедукація з питань ПТСР та ВТС;
- підтримка у налагодженні сприятливого психологічного клімату у сім'ї з урахуванням специфіки психоемоційних та поведінкових проявів ветеранів;
- розвиток комунікативних компетенцій;
- розвиток навичок власної психоемоційної регуляції;
- розвиток умінь турботи про себе та відновлення ресурсів;
- пропрацювання травматичного досвіду.

Окрему важливу роль в означеній моделі надається *принципам психотерапевтичної роботи*: налагодженню високої якості психотерапевтичного контакту з жінками та формуванню таких умов співпраці психолога та клієнтки (співучасть, партнерство), що мають забезпечити жінці підґрунтя для свідомого та вільного вибору власних цілей, напрямку особистісного розвитку, набуття нових знань та вмінь.

Розглянемо докладніше означені напрями та принципи психологічної роботи з дружинами ветеранів.

Жінки потребують розуміння змін, впливу бойового досвіду на поведінку чоловіків. Питання жінок із цього приводу може обговорюватись у форматі психоедукації, що є інформаційною підтримкою у формі пояснювальних моделей і рекомендацій, які допомагають зорієнтуватися в ситуації, отримати уявлення про можливі способи дії у важкі періоди.

Жінці важливо опанувати специфіку спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних тощо), які з'являються при поверненні військових додому. Практичні рекомендації дружинам ветеранів стосовно налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї є доречною формою психологічної підтримки жінок [5; 11]. Підвищення обізнаності з цього питання сприяє поверненню почуття контролю, віру в себе та свої можливості щодо вирішення сімейних негараздів; знижує рівень тривожності, напруженості, повертає надію на краще, тим самим зміцнює стійкість жінки до стресу.

Дружинам ветеранів важливо розуміти себе та власні реакції на ті чи інші сімейні ситуації, оволодіти навичками психоемоційної регуляції. Сприяння обізнаності жінок стосовно симптомів прояву ВТС, рефлексії та усвідомленню власних негативних емоційних станів є ваговою частиною психологічної роботи як з проблематикою емоційної травми, так із питанням стресостійкості. Психологу важливо допомогти жінкам розвинути навички оволодіння своїми емоціями та поведінковими реакціями, сприяти засвоєнню засобів подолання деструктивних проявів. Увагу до розвитку саме цих складових стресостійкості фахівці вважають першим кроком до відновлення у випадку вторинної травми [19].

Розглянемо наступний важливий орієнтир щодо розвитку стресостійкості в роботі з дружинами ветеранів, а саме – допомогу в опануванні вмінь турботи про себе, відновленні власних ресурсів. Фахівці з психічного здоров'я вважають практику турботи про себе дієвим методом захисту від негативних емоційних станів, до яких можуть бути схильні люди, що піклуються про інших та нехтують своїми власними потребами. Ті, хто добре піклується про себе, менше схильні до стресу і втоми від співчуття, ніж ті, хто цього не робить. Хороше піклування може відрізнитися в різних людей, але фахівці акцентують увагу на таких базових речах: збалансований режим харчування, регулярні фізичні вправи та різні тілесні практики (дихання, аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, майндфулнес, йога та ін.); дотримання графіка сну; баланс між роботою і відпочинком та достатній відпочинок у цілому, задоволення емоційних потреб (задовільні особисті стосунки) [22]. Фахівці пропонують звернути увагу також на такі речі: зв'язок із собою, родиною, друзями, колегами; дотримання особистих меж, особливо стосовно допомоги; увага до особистого простору [там само].

Окремо відзначимо важливість встановлення чітких емоційних меж у процесі піклування про інших у контексті питання стресостійкості. Встановлення меж допомагає підтримувати зв'язок, пам'ятаючи й шануючи той факт, що в того, хто допомагає – є свої потреби і йому важливо не бути зруйнованим, щоб мати силу допомагати [там само]. Ця рекомендація дуже важлива для дружин ветеранів саме тому, що жінкам не легко знаходити баланс між турботою про сім'ю, чоловіка й увагою до своїх потреб. Уміння регулювати цей аспект свого життя є важливим ресурсом стійкості до стресу.

Зауважимо важливість пропрацювання травматичного досвіду. Емоційна травма може деструктивним чином впливати на образ себе, самооцінку, сприйняття власних можливостей, перспектив, формувати позицію «жертви». За спостереженнями фахівців, ставлення до себе як до жертви екстремальної події посилює дистрес. Здатність брати відповідальність за себе, свій стан, навпаки, знижує ступінь сприйняття себе у якості жертви та відповідно підвищує відчуття спроможності долати стресові події [7]. «Пропрацювання травматичного досвіду» [8] дуже важливе для зміцнення стресостійкості жінок через відновлювання та розвиток образу себе такої, яка здатна долати труднощі. Це шлях, який фахівці називають «посттравматичним зростанням». Фахівець може застосовувати широкий спектр психотерапевтичних підходів для пропрацювання психологічної травми: психоаналітичного, когнітивно-поведінкового, гуманістичного, травмофокусованої терапії, арттерапії та ін.

Звернемо увагу на ще одну вагому для дружин захисників складову стресостійкості. Це присутність позитивних особистісних стосунків. Психолог може допомогти жінці у її роботі над зміцненням взаємин у родині та в побудові задовільних стосунків із зовнішнім соціальним оточенням. Жінці важливо навчитися знаходити соціальну підтримку, спиратися на розуміння й участь людей поза сім'єю (друзів, колег, дружин ветеранів тощо) у цей нелегкий для неї час, особливо у період загострення сімейної проблематики. Зауважимо, що більшість дослідників доводить, що «соціальна підтримка – один із найпотужніших чинників впливу на наслідки травми. Цей факт акцентує увагу на соціальному/стосунковому аспекті відновлення після травми, включаючи важливість психотерапевтичних стосунків у роботі з травмою» [1, с. 45; 11].

Увага психолога до формування психотерапевтичного контакту з дружинами ветеранів дуже важлива. Фахівцю бажано враховувати психологічні потреби жінок у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом. Зазначені вище потреби жінок найкраще задовольняються через прояв терапевтом прийняття, розуміння, емпатії, визнання. Реалізації такого ставлення у психотерапевтичній роботі сприяють особливості стилю взаємодії фахівця з жінками – партнерського, шанобливого, доброзичливого, уважного, такого, що пропонує безпеку, захист, укріплює довіру, впевненість і надію, відтворює турботливу зацікавленість психолога у загальному добробуті жінки [11]. Врахування вищезазначених факторів формування підтримуючих психотерапевтичних стосунків із дружинами ветеранів сприяє зміцненню їхньої стресостійкості та є одним із важливих принципів надання психологічної допомоги жінкам із проявами ВТС.

Апробація запропонованої моделі психотерапевтичного втручання здійснювалась через надання психологічної допомоги дев'яти жінкам ветеранів (із загальної кілько-

сті жінок, що пройшли процедуру психодіагностики), які виявили згоду та бажання розвинути власний ресурс стресостійкості, отримати особистий психотерапевтичний досвід. З кожною жінкою було проведено від шести до восьми психотерапевтичних сесій, завдяки яким розроблена психотехнологія набула певних уточнень. На етапі апробації спостерігався процес позитивних змін у психоемоційному стані жінок, що дозволяє зробити висновок про адекватність розробленої моделі психотехнології до завдань дослідження.

Висновки. Специфічні прояви ВТС у дружин ветеранів війни розглянуто з точки зору дефіциту у них ресурсів стресостійкості. Стійкість до стресу є важливою складовою структури особистості жінок означеної категорії. Розроблена психотехнологія у роботі з дружинами ветеранів, спрямована на розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості з урахуванням травмивного досвіду постраждалих, є адекватною стратегією психологічної допомоги у подоланні проявів ВТС жінок.

Список використаних джерел

1. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії / Д. Бріер, К. Скот. Львів; Свічадо, 2015. 448 с.
2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). URL: <https://neiroplus.ru/specialization/nevrologiya/shkala-hads/>
3. Денисевич Н. Ю. Моделі психологічної допомоги дружинам демобілізованих військовослужбовців. URL: pppr_2017_5_6.pdf
4. Дудка Т. М. Психологічні особливості стресостійкості особистості. URL: <http://kspodn.onu.edu.ua/index.php/kunena/sektsiya-3-fenomeni-psikhologichnogo-zdorovya-ta-ortobiozu-lyudini-psikhoistorichnij-vimir/203-psikhologichni-osoblivosti-stresostijkosti-osobistosti>
5. Журавльова Н. Ю. Особливості вторинної травматизації у дружин ветеранів війни / Н. Ю. Журавльова // Актуальні проблеми психології [Т. 3 : Консультаційна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка. К. : Логос, 2018. Вип. 14. С. 124–153.
6. Журавльова Н. Ю. Стресостійкість як фактор подолання наслідків вторинної травматизації у дружин ветеранів війни / Н. Ю. Журавльова // Актуальні проблеми психології. Т. III: Консультаційна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ. Логос, 2019. Вип. 15. С. 111–146.
7. Кадиров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадиров. СПб. : Речь. 2012. 448 с.
8. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В. М. Крайнюк. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
9. Михеева А. В. Индивидуально-личностные предикторы стрессоустойчивости у мужчин и женщин: автореф. дис... канд... психол. наук: 19.00.01 / А. В. Михеева, 2017. 22 с. URL: <file:///C:/Users/ASUS/Documents/Автореферат%20Михеева.pdf>
10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.

11. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>
12. Психодіагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьміна; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
13. Рибик Л. А. Вторинний посттравматичний стресовий розлад у дружин учасників бойових дій / Л. А. Рибик / Юридична психогія. 2016. № 2. С. 148–158. URL: : http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2016_2_16
14. Франчишкович Т., Стеванович А., Йелушич И., Роганович Б., Кларич М., Гркович Я. Вторичная травматизация жен ветеранов с посттравматическим стрессовым расстройством / Т. Франчишкович, А. Стеванович, И. Йелушич, Б. Роганович, М. Кларич, Я. Гркович / URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080512/>
15. Церковский А. Л. Современные взгляды на проблему стрессоустойчивости / А. Л. Церковский // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2011. Т. 10, № 1. С. 6–19. URL: <https://elib.vsmu.by/handle/123/7821>
16. Canfield J. Traumatic Stress and affect Management in Military Famalies // Social Work in Mental Health 12(5–6): 544–559, November 2014 URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15332985.2014.899296>
17. Chasty Kem. Components of secondary traumatic stress in female partners of National Guard and Reservist veterans displaying symptoms of Post Traumatic Stress Disorder. URL: <https://docs.lib.purdue.edu/dissertations/AAI1508078/>
18. Coping with Secondary trauma:A Loved One’s URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/copingsecondary-trauma-loved-ones-guide-0605137>
19. Did you know? URL: <http://www.compassionfatigue.org/>
20. Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In B. H. Stamm (Ed.), Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran.
21. Secondary Trauma: A Therapist’s Guide URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/secondary-trauma-therapists-guide-0814135>
22. The Cost of Caring: 10 Ways to Prevent Compassion Fatigue URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/the-cost-of-caring-10-ways-to-prevent-compassion-fatigue-0209167>
23. Vicarious Trauma URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/vicarious-trauma>
24. Waysman M., Solomon Z., Weisenberd M. Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1994-01998-001>

РОЗДІЛ IV.

ТЕХНОЛОГІЯ РОЗВИТКУ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ДІТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО МАЮТЬ ПРОЯВИ ПТСР, ЗАСОБОМ ВІДНОВЛЕННЯ СПРИЯТЛИВОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО КОНТАКТУ У РОДИНИ

4.1. Специфіка чинників та перебігу симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців

Проблема психопрофілактики, виникнення, подолання психотравми/ПТСР у дітей, розвитку їхньої здатності опиратися впливам стресових чинників є надзвичайно актуальною на сьогодні. Соціально-економічна нестабільність у країні, масові заворушення, військовий конфлікт мають значний вплив на психоемоційний стан дорослого населення та дітей [2; 11; 12; 13; 14]. Особливо цей вплив прослідковується у родинах військовослужбовців, які безпосередньо стикаються із надзвичайними подіями, перебувають у зоні дії надмірних стресових чинників. Нерідко, через психоемоційну розбалансованість подружжя, сім'ї військовослужбовців розпадаються [2; 4; 10; 12; 14], а їхня життєва організація поступово набуває ознак деструктивності. З огляду на це, діти потрапляють у зону особливого ризику у таких сім'ях, перебуваючи в умовах, які є доволі несприятливими для їхнього психоемоційного благополуччя та розвитку.

Вивчення феномену стресу широко представлене у літературі. Найчастіше його розглядають як сукупність неспецифічних адаптивних реакцій організму на дію різноманітних несприятливих стрес-чинників (фізичних чи психологічних), що порушують гомеостаз, а також викликають відповідний стан нервової системи [7; 8; 9; 11; 24]. Розглядаючи феномен стресу, ми можемо спостерігати як позитивні наслідки його впливу у вигляді мобілізації (якщо психіка здатна адекватно перепрацювати стимули), так і негативні наслідки впливу у вигляді дестабілізації (якщо психіка не може впоратись із тими стимулами, які вона отримує). При цьому, зазначимо, що має значення сила та тривалість дії чинників, вплив яких здатна опрацювати людина. Найбільш несприятливими є сильні, неочікувані впливи, до яких людина не була готовою зовсім, а також тривалі, хронічні впливи, які створюють постійне стресове тло [7; 9; 24]. *Чинники надмірного стресу слід пов'язувати з такими його характеристиками, як: непередбачуваність, втрата контролю, невідповідність стимулу психічним/фізичним, ресурсним можливостям людини.*

Так чи інакше, людина, відчуваючи вплив стрес-чинника, переважно почувається некомфортно, оскільки втрачається відчуття сталості, передбачуваності світу, руйнується звичне уявлення про власне життя тощо [7; 8; 9; 18; 24]. Такі сильні екзистенційні виклики, як правило, супроводжуються типовими негативними почуттями *тривоги, страху, безпорадності, безсилля, пригніченості, ізоляції*. Проте нерідко у випадку впливу стрес-чинника людина мобілізується і відбувається подолання наслідків його впливу, призводячи до компенсації, адаптації чи, навіть, до посттравматичного зростання [5; 13; 27].

Зокрема, нами вирізнено сприятливий алгоритм розгортання процесу подолання наслідків впливу стресового чинника дорослою людиною чи дитиною [17; 19].

I. ФАЗА ЗІТКНЕННЯ ЗІ СТРЕСОВОЮ СИТУАЦІЄЮ

1. Людина стикається зі стресовою для неї ситуацією.
2. Людина тимчасово дезорієнтована, втрачає відчуття сталості, розгублена, у неї розвивається стресовий, кризовий стан.

II. ФАЗА АКТУАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕЖИВАНЬ

3. Активуються переживання, що супроводжують стресовий стан – тривога, страх, образа, розпач, безпорадність тощо.
4. Людина проживає актуалізовані переживання, не вдаючись до їх перебільшення, пригнічення чи витіснення зі свідомості.

III. ФАЗА ОПАНУВАННЯ СТРЕСОВОЮ ОБСТАВИНОЮ

5. Символізація переживання – вербальна чи образна.
6. Людина опановує стресовою ситуацією – усвідомлює її цілісно, свідомість працює у бік розширення горизонтів бачення, способів адаптації до ситуації та пошуку перспектив розвитку.

IV. ФАЗА ІНТЕГРУВАННЯ ДОСВІДУ

7. Людина усвідомлює стресову ситуацію як таку, що сприяє її розвитку; вона збагачує уявлення про себе, про інших та про оточуючий світ; власний досвід інтегрується, і людина отримує розвиток.

Проте далеко не завжди доросла людина чи дитина ефективно долає наслідки стресу. Нерідко дорослі/діти застрягають на якійсь із фаз проходження стресу, внаслідок чого розгортається реакція дистресу, розлади адаптації, психотравма, посттравматичний стресовий розлад тощо.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – розлад, який характеризується повторюваними нав'язливими спогадами про травмівні події, уникненням подразників, що нагадують про них, надмірною реактивністю, що починається у період до бти місяців після події і зберігаються від 1 місяця і більше [7; 8; 28; 31].

ПТСР розвивається поступово і спочатку проявляється у вигляді симптомів, що поступово нарощуються, формуючи стійкі реакції. З огляду на це, з метою профілактики важливо вчасно діагностувати симптоми, які вказують на травмівну реакцію людини, здійснювати відповідні психокорекційні/психотерапевтичні, реабілітаційні впливи.

Симптоми ПТСР можна розділити на категорії:

– симптоми присутності, спотворення (мимовільні, нав'язливі тривожні спогади; повторювані тривожні сни, кошмари; флешбеки, втрата усвідомлення оточуючої дійсності; інтенсивний психологічний або фізіологічний дискомфорт при згадці про травмівну подію тощо);

– симптоми уникнення (уникнення думок, почуттів, спогадів, що пов'язані з подією; уникнення дій, місць, розмов або людей, які викликають спогади про подію тощо; значне зниження інтересу або участі у важливих подіях; почуття відокремленості, відчуження від інших людей);

– симптоми підвищеної реактивності (розлади сну; підвищена гнівливість; надмірна безпечність, аутоагресія; проблеми з концентрацією уваги; підвищений старт-рефлекс; надмірна пильність тощо);

– негативні зміни когнітивних процесів (втрата пам'яті про важливі складові події; стійкі, перебільшені негативні переконання або очікування негативу від самого себе, інших, світу в цілому; постійні спотворені думки про причину або наслідки травми, що призводить до звинувачення себе або інших; стійкий негативний емоційний стан; стійка нездатність відчувати позитивні емоції тощо) [28; 34; 36].

Що стосується дітей, то тут є своя специфіка стосовно переживання ними стресових, травмівних обставин та способів їхнього опрацювання.

По-перше, існує *специфіка травмівних чинників* для дітей. Те, що дорослі переживають поза межами сильного стресу, діти можуть сприймати доволі гостро, і це матиме для них суттєві наслідки. Саме тому, коли мова йде про дітей, важливо враховувати віковий показник. Типовими ж чинниками надмірного стресу, психотравми у дітей вважаються: світові тривожні події (навіть, якщо дитина не є очевидцем, але чує про них від дорослих або у новинах), екологічні катастрофи; вимушена розлука зі значущими близькими людьми: батьками, родичами, друзями; раптова зміна розпорядку дня, місця проживання, вимушене переселення сім'ї; тиск та булінг з боку однолітків; навчальні стреси – початок/кінець навчального року, екзаменаційний період; надмірне захоплення комп'ютерними іграми; стресовий стан у батьків [8; 18; 29].

Варто зазначити, що, на наш погляд, *стресові стани у батьків* є одним із центральних чинників стресової реакції у дітей, який поступово може призвести до розвитку психотравми/ПТСР, оскільки саме батьки є для дитини основою та психологічним гарантом почуття базової безпеки, надійності, опорності, константності оточуючого середовища, яке є важливим у збереженні психоемоційного балансу людини. Крім того, спираючись на домінуючі переживання батьків, діти і вчаться долати стрес [17; 19], і використовують їх як опору для виходу із кризових обставин.

По-друге, діти *специфічно переживають і опрацьовують стрес*, оскільки не мають вербальних навичок вираження власних негативних переживань і найчастіше не усвідомлюють, що знаходяться у зоні впливу надмірних стресових чинників. Так, про те, що дитина переживає значний стрес, можуть свідчити не лише яскраво виражені прояви страждань, а й незвична поведінка, прояви аутоагресії, психосоматичні захворювання, порушення сну та апетиту, розлади прив'язаності тощо [1; 8; 16; 21; 31]. Наслідки стресу є помітними в емоційних, поведінкових проявах дітей чи представлені на тілесному рівні.

На думку дослідників, у дітей, які пережили травмівну подію, частіше, ніж у дорослих розвивається ПТСР [31]. Крім того, виявлено, що навіть, якщо травма у дитячому віці не спричинила розвиток ПТСР, то у дорослому віці підвищується ризик даного порушення, а також інших проблем зі здоров'ям [31; 34; 36].

Низка дослідників зазначає, що у випадку, коли переживання надмірного стресу дітьми призводить до розвитку ПТСР, то можна діагностувати класичну тріаду симптомів: *повторні переживання (інтрузії), уникнення, нечутливість і гіперзбудливість* [30; 31]. Діти можуть повторно переживати травму в іграх, типах стосунків з іншими, які будуть включати жорстокість, одноманітність, супроводжуватимуться тривожністю та агресією дитини [32]. Не відразу, але з часом, діти можуть розмовляти на теми травми, що не завжди супроводжується емоційним дискомфортом, проте ці розмови

носять доволі-таки напружений характер. Крім того, діти можуть страждати від нічних жахів, інтенсивних емоційних реакцій, які виникають у випадку, якщо внутрішні і зовнішні стимули нагадують про травму. При цьому діти рідше відчують флеш-беки та епізоди дисоціації у порівнянні з дорослими пацієнтами [29]. *Підвищена збудливість* у дітей може проявлятися у вигляді тривожного сну, дратівливості, приступів гніву, тривоги, постійної готовності до небезпеки, надмірної реакції на подразники, труднощів концентрації уваги, зниження активності та ініціативності [30]. У дітей іноді діагностується легке або очевидне *уникнення* розмов, людей, місць, предметів або ситуацій, які нагадують їм про травму. Нечутливість може проявлятися проявами відстороненості від сім'ї, друзів, розвитком стану відчуженості.

Таким чином, дітей та підлітків можна вважати специфічною групою, що стосується чинників, особливостей прояву та опрацювання ПТСР. Проте серед них можна виділити групу ризику, яка потребує особливої уваги та дослідження проблем чинників, розвитку, профілактики подолання симптомів ПТСР – це *група дітей військовослужбовців*. Взагалі, аналізуючи вітчизняну літературу, нам стало очевидним, що проблемі психологічного супроводу, допомоги, реабілітації військовослужбовців приділена належна увага, водночас, проблематика, що стосується дітей військовослужбовців, фактично не представлена. Дослідження ж зарубіжних авторів говорять про те, що сім'ї військовослужбовців – це специфічна соціальна група, специфіка якої обумовлюється соціально-побутовими умовами, в яких вони перебувають, впливом характеру діяльності, а також індивідуально-психологічними особливостями її членів [14; 26] та ставленням батьків до своїх дітей.

Зазначимо, що характерними для дітей військовослужбовців є сильні, неочікувані або тривалі хронічні стресові/травмівні впливи, котрі створюють постійне напружене тло, яке деструктивно діє на них. Зокрема, вирізняються наступні *специфічні чинники надмірного стресу у дітей військовослужбовців* [18], які потенційно можуть спричинити виникнення у них ПТСР-симптомів: стреси, що викликані безпосередньою або опосередкованою причетністю сім'ї до екстремальних обставин, зумовлених військовою службою; вимушене безальтернативне прийняття цінностей та норм закритої соціальної системи членами сім'ї; обмежений вибір життєвих стратегій у зв'язку з тим, що інтереси сім'ї є вторинними стосовно інтересів служби; демонстрація традицій армійських стосунків у сім'ї військовослужбовців; відсутність постійного житла, побутова невлаштованість, часті переїзди на нове місце служби; проблеми адаптації родини до умов життя в гарнізоні; алкогольна або наркотична залежність когось із членів родини, яка є типовою проблемою для сімей військовослужбовців [4; 10; 14; 18]; неврахування батьками психологічних особливостей дитини та легковажне, байдуже ставлення до її базових потреб чи почуттів; ігнорування батьками проявів наслідків надмірних стресових чинників у їхніх дітей; перебування батьків у стані дистресу, психоемоційного дисбалансу чи ПТСР через деструктивні стосунки у родині та стресові впливи, зумовлені специфікою військової служби; тривала розлука дитини з батьком чи матір'ю; загибель батька чи матері під час несення служби; втрата емоційної близькості дитини з батьком/матір'ю, батьками.

Крім вищеозначених чинників, які можуть негативно позначатися на психоемоційному стані дитини, дослідники вирізняють певну типізацію стосунків та вихов-

них впливів на дитину, що мають деструктивні ознаки. С. О. Локтаєва [14] зазначає, що типовим ставленням матері до дітей у сім'ях військовослужбовців є «симбіоз», а батька – «гіперсоціалізація». Причому дослідниця пов'язує симбіоз з тривожною прив'язаністю матері до дитини, гіперопікою з її боку, а гіперсоціалізацію – з орієнтацією обох батьків на армійську дисципліну, престиж, марнославство, що нерідко стає причиною жорсткого контролю дитини, культивуванні ригідної системи норм та правил. Крім того, батьки в таких сім'ях схильні до строгої регламентації життя дитини, що не передбачає врахування її індивідуального режиму та бажань. Як правило, батьки надмірно концентруються на стані здоров'я дитини, її соціальному статусі серед дітей, особливо у школі, надмірно та тривожно очікують успішність дитини. На думку дослідниці, такий надмірний контроль і постійні обмеження дитини з боку батьків поступово переростає у надмірний самоконтроль, самообмеження дитиною самої себе.

Несприятливість стосунків у сім'ї військовослужбовців та конфліктний тип виховання дітей як типову ознаку цієї соціальної групи вирізняють також і інші автори. На думку Т. В. Костяк та І. А. Федоніної [10], неадекватний стиль батьківського спілкування, що проявляється у відсутності довірчості між батьками та дітьми, жорсткі норми та правила, надмірний контроль спотворюють особистісний розвиток дітей, що перешкоджає можливості розвитку індивідуальних здібностей, якостей, сприяючи тому, що вони залишаються у ригідних рамках соціальної нормативності. За даними дослідження цих авторів, переважна більшість відкритих, комунікабельних, емоційних дітей військовослужбовців схильні до надмірної агресії, а відлюдкуваті діти – надмірно тривожні. При цьому лише менше третьої частини досліджених дітей військовослужбовців можуть керувати своєю поведінкою та досягати визнання або втілення своїх бажань у рамках нормативних стосунків і лише 15 % цих дітей мають адекватну самооцінку та рівень домагань. Таким чином, характеристики цих порушень у дітей вказують не лише на дисбаланс у виховній системі родини та порушення стосунків у ній, а й на те, що вони потерпають від наслідків впливу надмірних, хронічних стресових впливів.

Примітним є те, що у чоловіків та жінок в родині військовослужбовців формуються типові характерологічні особливості. Так, дослідники вирізняють, що провідними рисами досліджених чоловіків є інтровертованість та скритність, а у структурі особистості жінок найбільш вираженою є тривожність та скритність. При цьому рівень агресивності і у батька, і у матері представлений однаковою мірою [10]. Таке поєднання рис характеру батьків, на наш погляд, особливо несприятливо позначається на розвитку деструктивних форм взаємостосунків та стилю виховання дітей. Тривожність, агресивність, інтровертованість та замкнутість батьків провокують членів родини до накопичення напруги через хронічні стресові впливи, з якими стикається сім'я, перешкоджають формуванню емоційної близькості та довірливості, які є важливою складовою здорових стосунків, не сприяють екологічному вирішенню життєвих складнощів та формуванню життєстійкості дітей тощо. Поєднання надмірної вимогливості, контролю та нечутливого ставлення батьків до потреб, переживань дитини, відсутність навичок обговорення того, що напружує, загалом характеризує несприятливе тло для формування у дитини навичок подолання впливів стресових чинників. Таким чином, можемо вирізнити *типові чинники дистресу у дітей військовослужбовців, які стосуються*

суто мікроклімату у родині: прагнення чоловіка/дружини чи обох до авторитарного стилю спілкування у сім'ї; часті конфлікти між батьками, які не мають екологічного, конструктивного розв'язання; тривожний тип прив'язаності матері до дітей, симбіоз; нестабільний психоемоційний стан матері, що поєднує в собі риси тривожності, агресивності та емоційного відсторонення, інтровертованості; дефіцит уваги з боку батьківської фігури, зумовлена вторинністю інтересів сім'ї стосовно інтересів служби; нестабільний психоемоційний стан батька, що поєднує риси авторитарності, агресивності, гіперконтролю, гіпервимогливості та інтровертованості; гіпервимогливість, надмірний контроль та ригідність як провідний тип виховання дитини, що переростають у застосування традицій армійських стосунків у сім'ї військовослужбовців; деструктивні стосунки у родині, які характеризуються інтровертованістю членів родини, порушенням культури прояву почуттів та перепрацювання напруження, недовір'ям, втратою відчуття базової безпеки, захищеності, стабільності опорних об'єктів (батьків) тощо.

Отже, чинники надмірного стресу у дітей військовослужбовців переважно пов'язані з сімейним мікрокліматом, особистісними характеристиками батьків, що свідчить, на наш погляд, про те, що якість стосунків у родині, відчуття близькості між членами сім'ї, приналежності, сприятливі психоемоційні зв'язки між ними відіграють базову роль у питанні подолання негативних наслідків стресу та розвитку стресостійкості/життєстійкості дітей.

Стресостійкість визначають як індивідуальну властивість організму зберігати нормальну працездатність під час дії стрес-чинника без шкідливих емоційних спалахів для людини та для оточуючих [9; 11]. Водночас дослідники зазначають, що високий рівень стресостійкості особистості корелює з низьким рівнем емоційності, що, своєю чергою, в деяких випадках може призвести до байдужості, черствості. З огляду на це, більш прийнятним, на наш погляд, у зв'язку зі здатністю людини долати наслідки стресу є поняття психологічна резильєнтність – вроджена, динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом [5; 13]. Говорячи про резильєнтність, дослідники не виключають важливість та надають вирішального значення емоційній складовій у процесі подолання наслідків дії надмірного стрес-чинника. Опірність до стресу, яка є не лише вродженою властивістю, а й сукупністю сформованих особистісних характеристик розкривається у понятті *життєстійкість* [25; 27]. Як зазначає Т. Титаренко [25], життєстійкість проявляється у таких індивідуальних властивостях, як: активність, цілеспрямованість, сміливість, загартованість, витримка тощо. При цьому, на думку дослідниці, особистісна життєстійкість проявляється у вчинках, які здійснюються людиною свідомо на основі вчасно зроблених життєвих виборів.

Таким чином, феномени *резильєнтності* та *життєстійкості* вказують на те, що існують специфічні якісні характеристики особистості, які ефективно спрацьовують навіть під час дії стрес-чинників доволі значної сили і навіть у випадку, коли людина втрачає контроль, відчуття передбачуваності, безпечності тощо. З огляду на це існує специфічна налаштованість свідомості особистості, яка дозволяє їй бути толерантною до невизначеності, врівноважено сприймати раптові життєві зміни, перетворюючи свій досвід на платформу для розвитку та зростання і при цьому не втрачаючи людяності. На наш погляд, основу для розвитку *життєстійкості* слід шукати у ранньому досвіді взаємодії дитини з *первинними об'єктами* [1; 17; 19], проте дитина може

навчитися життєстійкості у більш пізні періоди свого розвитку, спираючись на зрілі реакції на стрес значимих дорослих [19].

Отже, наразі вирізняються наступні особливості переживання дітьми впливу надмірних стресових чинників: діти – вразлива група, яка особливо чутлива до впливу стресових чинників, оскільки механізми їхнього опрацювання ще є хиткими; діти специфічно переживають вплив чинників надмірного стресу, найчастіше вони ще не можуть повідомити про те, що їх турбує і проявляють свою напругу безпосередньо через тіло, емоції, поведінку тощо; опірність до стресу дитини залежить і від якості формування первинними об'єктами цієї здатності у ранньому дитинстві, і від опірності близьких дорослих у актуальній життєвій ситуації; успішність подолання дітьми наслідків дії чинника надмірного стресу значно залежить від психоемоційного стану та життєстійкості близьких дорослих (у першу чергу батьків); незадовільний психоемоційний стан близьких дорослих може ставати суттєвим чинником надмірного рівня стресу для дітей, оскільки цей стан батьків, насамперед, провокує втрату відчуття безпечності середовища, надійності, сталості світу дитиною; дорослі відіграють важливу роль не лише у зв'язку з формуванням внутрішнього алгоритму стресових обставин, а й тому, що для здорового розвитку та функціонування психіки опорність та надійність близького оточення (передусім батьків) є необхідною умовою.

4.2. Основні діагностичні процедури виявлення симптомів ПТСР у дітей та результати їхнього обстеження; модель виникнення, загострення та циркулювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців

Оскільки психоемоційний стан батьків впливає на самопочуття дітей, ми звернулися до дослідження особливостей цього впливу у випадку, коли мова йде вже про очевидний дисбаланс внутрішньої рівноваги у дорослих – симптоми ПТСР. Нам важливо було зрозуміти те, які типові симптоми ПТСР притаманні військовослужбовцям та їхнім дітям, а також осмислити, яким чином психоемоційний стан батьків стає стресовим чинником для дітей, проаналізувавши специфіку зв'язку між проявами ПТСР-симптомів. Також необхідно було визначити, чи існує зв'язок між наявністю ПТСР-симптоматики у батьків-військовослужбовців з наявністю відповідної симптоматики у їхніх дітей. Розуміння специфіки цього зв'язку складатиме основу для стратегії профілактики та подолання ПТСР-симптоматики у дітей військовослужбовців, оскільки виникне змога взяти під контроль суттєвий чинник надмірного стресу.

Емпіричний етап дослідження проводився протягом 2018–2019 років на базі Черкаського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни серед учасників бойових дій (УБД) на сході України та їхніх дітей. Всього було охоплено 70 респондентів, серед них: 34 чоловіка та 1 жінка віком від 27 до 45 років, 35 їхніх дітей та підлітків віком від 6 до 15 років. При цьому 10 учасників знаходились на строковій службі, всі інші – демобілізовані.

З метою дослідження наявності і специфіки ПТСР-симптоматики у дітей військовослужбовців та їхніх батьків застосовувався наступні методики: авторська анкета

«Симптоми ПТСР у дорослих», авторська анкета «Ознаки ПТСР» (у дітей) – заповнювались батьками-військовослужбовцями; опитувальник по симптомах посттравматичного стресового розладу (після впливу надмірних стресових подій) [6] – заповнювався дітьми. Анкети «Симптоми ПТСР у дорослих», «Ознаки ПТСР» (у дітей) включають в себе перелік типових симптомів ПТСР у дітей та дорослих, які вирізнено на основі аналізу відповідних джерел [2; 8; 16; 21; 23; 34]. Опитувальник по симптомах посттравматичного стресового розладу (після впливу надмірних стресових подій) є однією з версій українського перекладу та адаптації PCL-5[6].

Відповіді респондентів піддавалися кількісному аналізу даних (альтернативний аналіз, U-критерій Манна-Уїтні), якісному аналізу та інтерпретації, здійснювалися класифікація типової ПТСР-симптоматики у дітей військовослужбовців та їхніх батьків, порівняння ступеня вираженості симптоматики по вибірках та їхня подібність. При цьому Е.Г.1 – вибірка, до складу якої увійшли військовослужбовці, Е.Г.2 – їхні діти.

Перейдемо до розгляду результатів емпіричного дослідження. У результаті альтернативного аналізу анкет «Симптоми ПТСР у дорослих», «Ознаки ПТСР» (у дітей), опитувальника по симптомах посттравматичного стресового розладу (після впливу надмірних стресових подій) встановлено, що переважна кількість опитуваних батьків та дітей мали симптоми ПТСР (90 %), відповідно, лише 10 % їх не мали. При цьому дорослі визначили такі симптоми ПТСР, які вони спостерігали у своїх дітях.

Таблиця 4.1.

**Симптоми ПТСР дітей, які спостерігали батьки
(дані у % у порядку спадання частоти прояву)**

№	Симптоми ПТСР	%
1	Надмірне відчуття відповідальності та провини	40,7 %
2	Пильна увага до тривоги батьків	40,7 %
3	Ухиляння від школи	29,6 %
4	Надмірна тривога/турбота про інших	29,6 %
5	Стурбованість з приводу безпеки, думки про загрозу	18,5 %
6	Тривога розлуки	18,5 %
7	Втрата інтересу до діяльності	18,5 %
8	Плутанина думок, недостатнє розуміння травмівних подій	18,5 %
9	Поведінкові, емоційні, особистісні зміни	14,8 %
10	Відсутність чіткого розуміння явища смерті, причини «поганих» подій	14,8 %
11	Почуття провини при нагадуванні про якусь подію	11,1 %
12	Агресивна поведінка, спалахи гніву	11,1 %
13	Схильність до усамітнення	11,1 %
14	Віковий регрес	11,1 %
15	Повторювана травматична гра	7,4 %
16	Нічні кошмари, порушення сну	7,4 %
17	Страх болю, травми	7,4 %
18	Соматичні симптоми (скарги на тілесні болі)	7,4 %
19	Тривога/страх	7,4 %
20	Втрата здатності до концентрації уваги, зниження рівня успішності	7,4 %
21	Дивна або незвична поведінка	7,4 %

Як бачимо з таблиці 4.1., найбільша кількість симптомів ПТСР у дітей, які помічали у них батьки, пов'язані саме зі стосунками (надмірне відчуття провини, пильна увага до тривоги батьків, надмірна турбота про інших, тривога розлуки тощо). Такі дані підтверджують дані нашого теоретичного аналізу про першочергову значущість для дітей батьківських фігур, психоемоційного стану близьких дорослих. У даній вибірці значущість психоемоційного стану батьків у процесі переживання дітьми наслідків сильного стресу проявляється у їхній надмірній увазі до самопочуття батьків, намаганні брати на себе відповідальність за стан дорослих, попереджати негативні переживання у них тощо. Дані ілюструють наші теоретичні міркування про опорне значення психоемоційного стану батьків у питанні створення безпечного середовища для дітей, яке є умовою профілактики дистресу та, у разі його виникнення, успішного подолання наслідків. Саме тому, на наш погляд, діти насамперед тривожаться про самопочуття дорослих, відчувають загрозу, хвилюються про можливу втрату контакту та зв'язку з батьками. Означену симптоматику, яка пов'язана з близькими значимими особами, можемо означити як стан гіперреактивності, що виражається у пильній увазі, надмірній готовності реагувати на психоемоційний стан дорослих. Зазначимо, що такі прояви гіперреактивності вважаємо специфічними для нашої вибірки – дітей військовослужбовців.

Емоційні, поведінкові та когнітивні розлади у дітей військовослужбовців теж є доволі-таки розповсюдженою симптоматикою, яку означили їхні батьки. Наявність тривожності, відчуття загрози, спалахи гніву, відчуття провини, плутанина думок, поведінкові зміни тощо є психоемоційним тлом, яке супроводжує посттравмівні/постстресові стани, і потребують особливої уваги. Емоційні розлади є виразним маркером неблагополуччя дитини і є типовим для стану ПТСР, що підтверджується на нашій вибірці.

Наступні по розповсюдженості прояви ПТСР-симптоматики у дітей військовослужбовців були пов'язані зі зниженням соціальної активності, відстороненням від неї, зникненням інтересу до речей, які раніше були важливими для дитини (ухиляння від школи, втрата інтересу до діяльності, схильність до усамітнення тощо). Наявність у дітей проблем у соціальному житті, навчальній діяльності, наявність стану відчуженості показує, що симптоматика уникнення спостерігається у них не обов'язково лише стосовно ситуації психотравми/чинника надмірного стресу, а може впливати на більш широке коло соціальної активності. Можна міркувати про те, що діти з симптоматикою ПТСР виявились занадто і тривожно зосередженими на психоемоційному стані батьків, стосунках з ними, на спробах відновлення їхнього психоемоційного балансу як опорних об'єктів та гарантів безпечного середовища, втрачаючи здатність повноцінно долучатися до соціального життя.

Нічні кошмари, проблеми з засинанням, гра з травматичним сюжетом, страх болю, повторної травми хоч і представлені, але виявились найменш типовими у даній вибірці. Такі симптоми можна означити як прояви інтрузій. Загалом, дані підтверджують дослідження DeYoung A. C. про те, що діти, порівняно з дорослими, рідше переживають флешбеки.

Перейдемо до розгляду симптоматики ПТСР, яку означили у своїх відповідях самі діти.

**Симптоми ПТСР, які спостерігали в собі діти
(дані у % у порядку спадання частоти прояву)**

№	Симптоми ПТСР	%
1	Забування про те, що бачив/ла, чув/ла, про що щойно читав/ла, складність у концентрації уваги на уроці	51,8 %
2	Почуття роздратованості, напади гніву	33,3 %
3	Забування змісту події, неможливість пригадати її	29,6 %
4	Зниження інтересу до тих речей, які робилися зазвичай	29,6 %
5	Знервованість, здригання, коли хтось проходить повз	29,6 %
6	Зниження настрою через згадування про подію, яка сама по собі спадає на думку	25,9 %
7	Відчуття того, що неприємна подія відбувається знов	25,9 %
8	Бажання витерти неприємну подію з пам'яті, не думати про неї, не говорити про неї	25,9 %
9	Надмірна обережність	25,9 %
10	Намагання уникнути людей та місць, які нагадували про подію	18,5 %
11	Відчуття того, що майбутнє буде несприятливим, мрії не збудуться	18,5 %
12	Труднощі із засинанням, поганий сон	18,5 %
13	Негативні почуття при згадуванні про стресову подію	11,1 %
14	Прискорення серцебиття, пітливість при згадуванні про стресову подію	11,1 %
15	Почуття відчуженості стосовно оточуючих	7,4 %

Як бачимо з таблиці 4.2., найчастіше і першочергово діти вирізняли симптоми ПТСР, які пов'язані зі станом гіперреактивності (швидке забування про те, що почув, складність у концентрації уваги, почуття роздратованості, напади гніву, знервованість, здригання, якщо хтось проходить повз, надмірна обережність тощо), що співпадає зі спостереженнями їхніх батьків, які теж на перше місце відносять саме симптоматику підвищеної реактивності. Проте, якщо діти спостерігали в собі ці прояви у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах, то батьки більше бачили симптоматику у родинних стосунках, зміненому ставленні до них тощо.

Симптоми уникнення теж активно відмічалися дітьми і так само, як і у спостереженнях батьків, згадувалися у другу чергу за ступенем розповсюдженості – забування змісту події, неможливість пригадати її, зниження інтересу до тих речей, які робилися зазвичай, бажання витерти неприємну подію з пам'яті, не думати про неї, не говорити про неї тощо. Як бачимо, спостереження дітей співпадали зі спостереженнями їхніх батьків щодо зниження соціальної активності як прояву уникнення, проте діти змогли більш чітко означити процес витіснення на когнітивному рівні щодо стресових/травмивних обставин, який вони відчувають. Цікаво, що діти зазначали симптом відчуженості в останню чергу, що може якраз корелювати зі спостереженнями батьків про збільшення тривоги щодо можливості втратити зв'язок з ними та вказувати на те, що діти схильні триматися за стосунки, зберігати прив'язаність зі значимими близькими людьми, а стресові обставини провокують дітей тривожитися про надійність зв'язку зі спорідненими особами.

Як і у спостереженнях батьків, прояви інтрузії теж найменше зазначалися дітьми – зниження настрою через згадування про подію, яка сама собою спадає на думку, відчуття того, що неприємна подія відбувається знов, негативні почуття при згадуванні про стресову подію тощо. Таким чином, відповіді дітей співпадають зі спостереженнями дорослих про це явище і підтверджують дані про те, що інтрузія є найменш характерною для дітей в цілому і для дітей військовослужбовців зокрема.

Таким чином, у дітей військовослужбовців виявлено симптоми ПТСР і вони є суттєвими по ступеню розповсюдження. Симптоми у вигляді гіперреактивності є найбільш характерними для дітей військовослужбовців. Гіперреактивність у цих дітей проявляється, перш за все, на рівні стосунків та зв'язку з батьками у вигляді посилення тривоги розлуки, намагання брати на себе відповідальність за стан дорослих, попереджати негативні переживання у них тощо. Крім того, вона виявляється у порушеннях когнітивної сфери та саморегуляції негативних емоційних станів. Симптоми уникнення у дітей військовослужбовців пов'язані зі зниженням соціальної активності, відстороненням від неї, зникненням інтересу до речей, які раніше були важливими, а також з активацією процесу витіснення. Симптоми інтрузій є найменш характерними для дітей військовослужбовців і проявляються у вигляді нав'язливих спогадів та повторюваних негативних почуттів, відчутті того, що подія відбувається знов, нічних кошмарів, нав'язливих ігор з травмивним сюжетом тощо.

Перейдемо до розгляду симптомів ПТСР, які означили у своїх анкетах військовослужбовці.

Таблиця 4.3.

**Симптоми ПТСР, які спостерігали в собі військовослужбовці
(дані у % у порядку спадання частоти прояву)**

№	Симптоми ПТСР	%
1	Труднощі з засинанням	48,1 %
2	Відчуття тривоги, напруги, страху при згадуванні про стресову подію	33,3 %
3	Думки, що мимовільно крутяться в голові	29,6 %
4	Наявність нічних кошмарів	29,6 %
5	Уникнення ситуацій, що нагадують про неприємні події	29,6 %
6	Поверховий, поганий сон	25,9 %
7	Прискорене серцебиття	25,9 %
8	Складнощі у концентрації уваги	25,9 %
9	Переживання неприємних подій, які були у минулому так, наче вони відбуваються зараз	18,5 %
10	Пітливість	18,5 %
11	Часті приступи гніву	18,5 %
12	Неможливість згадати важливі події життя	14,8 %
13	Здрігання від різких звуків	14,8 %
14	Відсутність цікавості до повсякденних життєвих подій	11,1 %
15	Відчуженість до оточуючих	11,1 %
16	Відчуття безперспективності майбутнього	7,4 %
17	Постійна напруженість	7,4 %

Як бачимо з таблиці 4.3., симптом *гіперреактивності* у вигляді труднощів із засинанням виявився найбільш типовим у вибірці. Крім того, гіперреактивність у дорослих проявлялася у складнощах концентрації уваги, поверховому сні, прискореному серцебитті, частих приступах гніву, здриганні від різких звуків тощо. Таким чином, гіперреактивність у дорослих проявляється через підвищення загального рівня збудливості нервової системи, схильності до конфліктної поведінки. Враховуючи, що діти при цьому тривожились про стабільність, надійність опорних об'єктів, активізували тривогу розлуки, то стає зрозумілим, що такий стан міг провокуватися втратою психоемоційної стійкості батьків, проявами у них спалаху гніву, непередбачуваної, ненадійної поведінки.

Прояви *інтрузій*, на відміну від дитячої вибірки, були наступними по частоті представленості у дорослих – думки, що мимовільно крутяться, відчуття тривоги, напруги, страху при згадуванні про стресову подію, наявність нічних кошмарів, переживання неприємних подій, які були у минулому так, наче вони відбуваються зараз тощо. Це говорить про те, що стресові, травмивні події, у тому чи іншому вигляді, актуалізувалися у свідомості дорослих з більшою частотою, ніж у дітей, і у моменти, коли це відбувалося, вони ніби «виключалися» з контексту стосунку, поринаючи у болючі спогади та стани. Такий стан речей може провокувати у дітей відчуття відстороненості, віддаленості дорослого у контакті, що, ймовірно, додатково провокує тривожні стани у дітей щодо надійності, сталості зв'язку.

Прояви *уникнення* згадувалися досліджуваними військовослужбовцями з найменшою частотою – уникнення ситуацій, що нагадують про неприємні події, відсутність цікавості до повсякденних життєвих подій, відчуженість до оточуючих, відчуття безперспективності майбутнього. Уникнення, яке проявляється відчуженістю та апатією до повсякденного життя, майбутнього теж є фактором, який може впливати на відчуття дітьми втрати зв'язку та контакту з дорослими й актуалізувати стан тривожності щодо втрати близькості у стосунках додатково.

Таким чином, симптоми *гіперреактивності* були представлені у військовослужбовців найбільше, найменш типовими були симптоми уникнення. *Симптоми гіперреактивності, інтрузій та уникнення провокують складнощі контакту дітей з дорослими, викликають у них відчуття відстороненості, втрати близькості з батьками, що своєю чергою, може спричиняти стан гіперреактивності у самих дітей у вигляді посилення тривоги розлуки, втрати контакту тощо, стаючи додатковим і суттєвим стресовим чинником.*

Продовжимо наші міркування, порівнявши вибірки з допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Даний критерій дозволив нам оцінити відмінність/подібність вибірок за рівнем та частотою прояву ПТСР-симптоматики. З цією метою ми порівнювали відповіді батьків про частоту прояву ПТСР-симптоматики у них самих з їхніми відповідями про частоту прояву ПТСР-симптоматики у дітей, а також відповіді вибірки військовослужбовців про частоту прояву ПТСР-симптоматики у них самих та відповіді дітей про частоту прояву симптомів у них самих. Розглянемо результати аналізу.

Порівняння відповідей групи батьків про власні симптоми та симптоми дітей виявило, що емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 378,5$ знаходиться у зоні незначущості при таких критичних значеннях $U_{\text{емп}}$:

$U_{\text{емп}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
281	326

З огляду на це, можемо зробити висновок про подібність вибірок батьків (військовослужбовців) та їхніх дітей (за результатом оцінювання дорослих) за критерієм частоти прояву симптомів ПТСР.

Порівняння відповідей групи батьків про власні симптоми та відповідей самих дітей про частоту симптомів ПТСР виявило, що емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 403$ знаходиться у зоні незначущості при таких критичних значеннях $U_{\text{емп}}$:

$U_{\text{емп}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
270	314

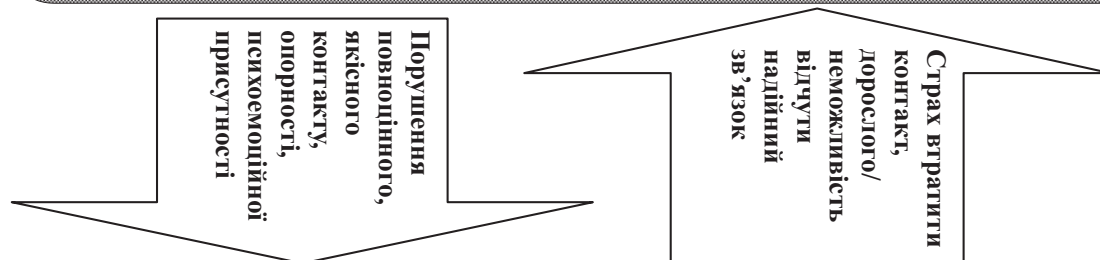
З огляду на це, можемо зробити висновок про подібність вибірок батьків (військовослужбовців) та їхніх дітей (за результатом оцінювання дітей) за критерієм частоти прояву симптомів ПТСР.

Таким чином, аналіз вибірок за U-критерієм Манна-Уїтні показав, що частота ПТСР симптомів у військовослужбовців була подібною до частоти проявів цих симптомів у їхніх дітей. Відповідно, психоемоційний стан дорослих є важливою й однією з основних ланок у розумінні процесу розгортання/подолання дітьми військовослужбовців симптомів ПТСР. Імовірно, *симптоми гіперреактивності, інтрузій та уникнення провокують складнощі контакту дорослих та дітей, викликають у останніх відчуття відстороненості, втрати близькості з батьками, надійності, сталості зв'язку, що своєю чергою може спричиняти стан гіперреактивності у самих дітей у вигляді посилення тривоги розлуки, втрати контакту тощо, стаючи для них додатковим і суттєвим стресовим чинником.*

Узагальнюючи наші міркування, представимо модель виникнення, загострення та циркулювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців.

Симптоми ПТСР у дорослих

1. **Гіперреактивність** (підвищення рівня збудливості н/с, схильність до конфліктної поведінки).
2. **Інтрюзії** (відстороненість, ефект психоемоційної «відсутності» у контакті, у стосунках з родиною).
3. **Уникнення** (відчуженість, апатія, втрата психоемоційного зв'язку з близькими).



Симптоми ПТСР у дітей

1. **Гіперреактивність** (посилення тривоги розлуки, страх втратити психоемоційний зв'язок зі значущими дорослими, намагання брати на себе відповідальність за стан дорослих, попередження негативних переживань дорослих, когнітивні порушення, загострення афектів).
2. **Уникнення** (зниження соціальної активності, відсторонення від соціуму, зникнення інтересу до значущих речей, витіснення).
3. **Інтрюзії** (нав'язливі спогади, ефект «відсутності» у контакті, повторювані негативні почуття, нав'язливі ігри з негативним сюжетом).

Рис. 4.1. Модель виникнення та циркулювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців.

Отже, дослідження цих феноменів більш детально дає нам підстави говорити про те, що у дітей військовослужбовців може формуватися хронічний перебіг психотравмівної симптоматики, що призводить у результаті до формування стійких симптомокомплексів, оскільки, по-перше, вони постійно стикаються зі значним стресовим чинником у вигляді травмівної симптоматики значущих дорослих, по-друге, значущі дорослі втрачають для дітей функцію опорного, надійного, стійкого, константного та безпечного об'єкта, який здатний на якісний, позитивний та емоційний контакт із дитиною, що є одним із основних факторів подолання негативних наслідків впливу надмірних стресових чинників. З огляду на це, у дітей військовослужбовців формується хронічна циркуляція симптомів ПТСР.

Розуміння суті кількісного та якісного зв'язків симптомів ПТСР у дорослих та їхніх дітей є важливою складовою психопрофілактики та розробки психотехнології подолання симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей військовослужбовців.

4.3. Модель технології розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобом відновлення сприятливого психоемоційного контакту у родині, її апробація

Беручи до уваги дані теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, нами окреслено основні складові технології подолання проявів ПТСР у дітей військовослужбовців, розвиток їхньої життєстійкості та побудована модель технології розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР.

Зокрема, нами виокремлено *основну ідею психотехнології*, яка полягає в тому, що подолання/зниження частоти розповсюдження симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців можливе за умови розвитку їхньої *життєстійкості*, здатності опиратися стресу та ефективно опрацьовувати його наслідки. Своєю чергою, життєстійкість дітей військовослужбовців варто розвивати, враховуючи специфіку цієї групи, а отже, працюючи комплексно не лише з самими дітьми, а і долучаючи родину в цілому та, зокрема, тих значущих осіб дитини з найближчого оточення, які також потерпають від ПТСР-симптоматики.

При цьому *основна стратегія психотехнології* полягає в тому, що працюючи з дітьми військовослужбовців, важливо створити умови для зниження інтенсивності та частоти негативної ПТСР-симптоматики у самих дітей, а також у значущих для дітей дорослих, які потерпають від неї, важливо створити умови для відновлення здатності дорослих бути опорними для дітей, їхньої можливості створювати безпечне середовище, уміти конструктивно супроводжувати дитину на шляху подолання стресових реакцій; і зрештою, працюючи з родиною, важливо створити психотерапевтичні умови для відновлення сприятливого психоемоційного контакту, стосунків у родині в цілому, дитини зі значущими дорослими, які, зокрема, є основою для відновлення психоемоційного благополуччя дітей та підлітків.

З огляду на це, *мета психотехнології* полягає у подоланні симптомів ПТСР дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життєстійкості *засобами* впровадження анти-стрес-технік для дорослих та дітей, психоедукації їхніх батьків, відновлення сприятливого психоемоційного контакту та стосунків у родині.

Завдання психотехнології:

1. Здійснити психологічну діагностику дітей з метою виявлення актуальної ПТСР-симптоматики, чинників надмірного стресу, специфіки сприйняття дитиною сімейної ситуації, значущих дорослих, типу прив'язаності з батьками, рівня життєстійкості;
2. Здійснити психологічну діагностику батьків дітей з метою виявлення актуальної ПТСР-симптоматики, чинників надмірного стресу, провідних стилів виховання дітей у родині, специфіки прив'язаності та контакту з дітьми;

3. Здійснити пропрацювання негативних поведінкових, емоційних та когнітивних наслідків впливу надмірних стресових чинників на дітей військовослужбовців, сприяти подоланню/зниженню інтенсивності та частоти ПТСР-симптомів, розвитку життє-

стійкості дітей, опірності до стресу;

4. Здійснити психоедукацію батьків дитини, значущих дорослих/дорослих, що потерпають від ПТСР-симптоматики, на предмет їхнього ознайомлення зі специфічними ознаками прояву симптомів ПСТР у дітей та дорослих, ролі значущого дорослого, його психоемоційного стану, якості контакту та стосунків у родині у процесі перебігу/подолання стресової реакції у дитини;

5. Ознайомити батьків з техніками самостійного пропрацювання негативних поведінкових, емоційних та когнітивних наслідків впливу надмірних стресових чинників, сприяти подоланню/зниженню у дорослих інтенсивності та частоти ПТСР-симптомів;

6. Застосувати психотерапевтичну програму щодо відновлення/укріплення сприятливого психоемоційного контакту у родині, який є значущим фактором, ефективним у питаннях профілактики та подолання гострих стресових реакцій/симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життєстійкості;

7. Здійснити повторну психологічну діагностику дітей та їхніх батьків з метою відслідковування у них динаміки ПТСР-симптоматики, якості контакту та взаємодії у родині, рівня життєстійкості у дітей військовослужбовців.

Основні *психотерапевтичні умови психотехніки* полягають у створенні константного, безпечного надійного психотерапевтичного середовища, в якому панує атмосфера поваги та взаємопідтримки, довіри клієнтів до власних можливостей долати негативні наслідки стресу.

Алгоритм формування життєстійкості дітей військовослужбовців та подолання проявів/зниження частоти ПТСР-симптоматики полягає у наступних послідовних діях фахівця:

Методи психотехнології: психодіагностичні (анкетування, тестування, діагностична бесіда, спостереження), психотерапевтичні (тілесно зорієнтований підхід, психодинамічно зорієнтований підхід), психоедукація, тренінг.

Основні техніки психотехнології: тілесні вправи-антистрес, рефлексивні питання, образні імагінації, арт-техніки, техніки навчання.

З огляду на вищезазначене, вирізняємо наступні *етапи, напрямки, послідовність роботи, відповідні мішені впливу психотехнології* розвитку життєстійкості дітей.

**Етапи психотехнології подолання проявів симптомів ПТСР у дітей
військовослужбовців, їхні завдання та мішені пропрацювання**

Етап психотехнології	З ким здійснюється робота	Кількість сесій	Завдання етапу	Мішені пропрацювання	Основні методи та техніки
Психодіагностичний	Діти	1	Виявлення актуальної ПТСР-симптоматики, чинників надмірного стресу, специфіки сприйняття дитиною сімейної ситуації, значущих дорослих, типу прив'язаності з батьками, рівня життєстійкості	Діагностика актуального стану	Тестування, анкетування, опитування, математична статистика
	Значущі дорослі: батьки чи особи, що їх замінюють	1	Виявлення актуальної ПТСР-симптоматики, чинників надмірного стресу, провідних стилів виховання дітей у родині, специфіки прив'язаності та контакту з дітьми	Діагностика актуального стану	Тестування, анкетування, опитування, математична статистика
Психоедукаційний, навчальний	Значущі дорослі: батьки чи особи, що їх замінюють	4	Ознайомлення зі специфічними ознаками прояву симптомів ПТСР у дітей та дорослих, ролі значущого дорослого, його психоемоційного стану, якості стосунків у родині у процесі перебігу/подолання стресової реакції у дитини	Розширення знань про ПТСР, його причини та перебіг, значення дорослих у процесі подолання симптомів, значення сприятливого контакту та стосунків у родині	Інтраактивні семінари, тренінг, техніки навчання навичок, рефлексивні питання
	Значущі дорослі: батьки чи особи, що їх замінюють	5	Навчання технікам самостійного пропрацювання негативних поведінкових, емоційних та когнітивних наслідків впливу надмірних стресових чинників, сприяти подоланню/зниженню у дорослих інтенсивності та частоти ПТСР-симптомів	Негативні емоційні, когнітивні та емоційні прояви ПТСР симптомів, навички опорної, надійної поведінки, сприятливого спілкування	Тренінг, техніки навчання навичок, рефлексивні питання, тілесні вправи-антистрес, образні техніки

Психотерапевтичний	Діти	20	Пропрацювання негативних поведінкових, емоційних та когнітивних наслідків впливу надмірних стресових чинників на дітей військовослужбовців, сприяти подоланню/зниженню інтенсивності та частоти ПТСР-симптомів, розвитку життєстійкості дітей, опорності до стресу	Симптоми гіперреактивності, уникнення, інтрузій, відчуження, життєстійкість дітей, надійна прив'язаність, навички гуртування	Тілесні вправи-антистрес, тілесні групові вправи-антистрес, рефлексивні питання, образні імагінації, арт-техніки, техніки навчіння навичкам
	Сім'я	10	Відновлення/укріплення сприятливого психоемоційного контакту у родині, який є значущим фактором, ефективним у питаннях профілактики та подолання гострих стресових реакцій/симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життєстійкості	Психоемоційний контакт та стосунки у родині, навички сприятливого спілкування, життєстійкість дітей	Тілесні групові вправи-антистрес, рефлексивні питання, образні імагінації, арт-техніки, техніки навчіння навичкам
Психодіагностичний	Діти, значущі дорослі	2	Відслідковування у них динаміки ПТСР-симптоматики, якості контакту та взаємодії у родині, рівня життєстійкості у дітей військовослужбовців	Діагностика стану після застосування психотехніки	Тестування, анкетування, опитування, математична статистика
Узагальнюючий	Діти, значущі дорослі	1	Підбиття підсумків, рефлексія досвіду	Завершення психотерапевтичного процесу	Інтерактивна бесіда, образні імагінації, арт-техніки

Розглянемо детальніше *напрямки та зміст роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, які мають симптоми ПТСР* (рис. 4.2.).



Рис. 4.2. Основні напрямки та зміст психотерапевтичної роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, що мають прояви ПТСР.

Як бачимо з рисунку 4.2, напрямки та зміст психотерапевтичної роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, включає в себе такі складові:

А) Робота з самою дитиною.

Суть цього напрямку роботи полягає у першочерговому пропрацюванні дітьми негативних когнітивних, поведінкових та емоційних наслідків, які виникли у результаті дії надмірних стресових чинників і які можна згрупувати навколо типової ПТСР-симптоматики – гіперреактивності, уникнення, інтрузій. Проте для позитивної динаміки важливо також працювати над подоланням відчуження, тривожності у стосунках зі значущими дорослими, відновлення надійної прив'язаності, сприятливого психоемоційного контакту з ними. Напрямок пропрацювання травмівної складової у стосунках зі значущими дорослими, як зазначалося вище, є ключовим моментом, коли мова йде про цю категорію дітей, оскільки порушені стосунки становлять і зміст напруженості дітей, і є однією з умов циркулювання симптомів, а також сприятливою умовою їхнього подолання та розвитку життєстійкості. Своєю чергою, розвиток життєстійкості сприяє не лише подоланню ПТСР-симптоматики дітьми, а й посттравматичному зростанню, а також слугує психопрофілактикою виникнення реакцій дистресу, несприятливих наслідків впливу надмірних стресових чинників. При цьому маркерами

розвитку життєстійкості є наявність таких особистих якостей дітей, як: активність, цілеспрямованість, сміливість, психоемоційна загартованість, вміння свідомо та вчасно здійснювати життєві вибори [25]; стратегія додання стресових ситуацій [27]. Життєстійкість реалізується завдяки становленню специфічної активної позиції дитини щодо власного життєвого простору, що формується нами у психотерапевтичному процесі: вміння оцінювати життєві зміни як менш стресові, самостійно створювати мотивацію до трансформаційних процесів, здатність бути відкритим новому, бути готовим до дій у стресовій ситуації, брати на себе відповідальність щодо власного здоров'я та здорового способу життя, вміння, за необхідності, шукати соціальну підтримку [27], долати відчуження [15; 16]. Узгальнюючи вищесказане, зазначимо, що високий рівень життєстійкості ми пов'язуємо з *активною життєвою позицією*, суть якої розкривається у здатності дитини брати відповідальність за власний життєвий простір, оцінювати життєві ситуації як свідомо обрані, інтерпретувати стресові ситуації як такі, що містять у собі можливості набуття нового досвіду, потенціал особистісного розвитку та посттравматичного зростання [25; 27].

Розглянемо детальніше, які саме вектори активної життєвої позиції необхідно брати у фокус пропрацювання, якщо мова йде про дітей військовослужбовців з проявами симптомів ПТСР. Крім того, зупинимось на розгляді технік пропрацювання, які фахівець може застосовувати у роботі з дітьми, а також навчати їх самостійно застосовувати їх, розвиваючи у них навички саморегуляції.



Рис. 4.3. Вектори активної життєвої позиції дітей, пропрацювання яких є важливим у процесі подолання ними симптомів ПТСР.

Таким чином, розвиток життєстійкості дітей військовослужбовців, які мають прояви симптомів ПТСР пов'язаний з активацією специфічних ділянок активності дитини, що включає в себе особистісні та соціальні компоненти і досягається засобами як динамічно орієнтованими, так і техніками навчіння та вправляння, розвитком навичок рефлексії.

Б) Робота зі значущими для дитини дорослими/батьками.

Нагадаємо, що відчуття базової безпеки, опорності для дітей, сприятливі стосунки у родині, надійну прив'язаність здатні створювати ті дорослі, які, насамперед, самі знаходяться у стані психоемоційної рівноваги та стійкості. Коли мова йде про тяжкі психоемоційні розлади батьків, наявність гострої ПТСР-симптоматики, їхню залежність від психоактивних речовин, то вони стають не лише нестабільними об'єктами у сенсу опорності, а і становлять загрозу для дітей у сенсі травмивного впливу через порушення їхніх психологічних/фізичних кордонів, створення токсичної атмосфери у родині, надмірну агресію щодо членів родини тощо. А наявність дистресу, ПТСР-симптомів, психотравми у батьків сприяє виникненню таких же розладів у дітей і значно ускладнює перебіг та можливість подолання негативних наслідків впливу надмірних стресових чинників. Саме тому важливою складовою у подоланні дитячої ПТСР-симптоматики є робота з батьками щодо усвідомлення ними своєї ролі у формуванні, перебігу та подоланні ПТСР – симптомів у дітей, розвитку їхньої життєстійкості. А оскільки, як зазначалося, родини військовослужбовців є тією категорією, яка підпадає під стресові впливи, то розвиток здатності дорослих долати негативні наслідки стресу, працювати з навичками збалансовувати власні психоемоційні стани є визначальною. Надалі, на основі набутих навичок долати стрес та напруження, можлива робота над усвідомленням батьками ознак надійності, безпечності поведінки дорослих у родині, розвитком у них практичних навичок щодо її здійснення, над формуванням надійних стосунків у сім'ї, які є однією з центральних складових у психотерапевтичному процесі подолання ПТСР-симптомів дітей військовослужбовців.

Важливим, також, у психотерапевтичній роботі з батьками є те, що діти наслідують тип реагування близьких дорослих на стресові події, буквально вчаться життєстійкому алгоритму подолання несприятливих обставин [17; 19]. Несприятливий тип реагування дорослих на стрес дитини погіршує стресові реакції в останніх, ускладнює перебіг стресу, негативно позначається на засвоєнні досвіду, інтеграції сприятливих висновків зі стресових обставин. Загалом те, як батьки поведуть себе у ситуаціях, коли дитина переживає стрес, має велике значення. Вони можуть допомогти їй успішно пройти увесь стресовий процес без розвитку дистресу, психотравми чи формування симптомів ПТСР, сприяти формуванню стресостійкості у неї, допомогти засвоїти важливі життєві уроки, які можна винести зі стресової ситуації. Проте типи реагування батьків на стрес можуть і значно погіршити ситуацію. При цьому типи сприятливої та несприятливої поведінки батьків у стресових ситуаціях їхніх дітей ми вирізнили на основі наших попередніх досліджень типових реакцій вітчизняних клієнтів на стресові ситуації їхніх дітей [19].

**Несприятливі та сприятливі типи реагування значущих
дорослих (батьків/інших родичів) на стресову ситуацію дитини**

Етап перебігу стресової ситуації	Несприятливий тип реагування дорослих	Сприятливий тип реагування дорослих
<i>Зіткнення зі стресовою ситуацією</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Заперечення і знецінення ситуації, яка для дитини набула ознак стресової. • Активне відволікання уваги дитини від стресової події, «забалакування її». • Постійне попередження можливості виникнення стресових ситуацій для дитини, надмірно опікати її. • Вбачання стресу там, де його не існує для дитини, перебільшувати значення стресових обставин. • Звинувачення дитини у тому, що вона потрапила у стресову ситуацію, покарання її за це. 	<ul style="list-style-type: none"> • Визнання факту стресовості обставини для дитини. • Максимально врівноважене ставлення до стресової чи травмівної обставини, яку переживає дитина.
<i>Актуалізація переживань</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Заборона дитині проявляти почуття – плакати, гніватись, ображатися, знецінення та висміювання почуттів, покарання дитини за прояви почуттів. • Поспільне заспокоєння дитини, штучне скорочення переживань нею своїх почуттів. • Надмірно жалісливе ставлення до дитини, перебільшення значення її негативних переживань, їх посилення. • Втрата контролю над власними переживаннями, відсутність відчуття захищеності, опорності. 	<ul style="list-style-type: none"> • Дозвіл дитині проявляти різні почуття, які з'являються у зв'язку зі стресовою ситуацією. • Підтримка з дитиною зорового та тілесного контакту, надійна присутність поряд.
<i>Опанування стресовою ситуацією</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Переконування дитини в тому, що вона не зможе сама виправити наслідки стресової ситуації, здійснення дій замість неї, критичне ставлення до її спроб вирішити ситуацію. • Звуження свідомості дитини на факті самих обставин, а не на їх значенні чи на способах подолання. • Закріплення у свідомості дитини висновків про ворожість світу та оточуючих людей, необхідність надмірного контролю за оточуючою дійсністю. 	<ul style="list-style-type: none"> • Допомога дитині розробляти план дій, спрямований на подолання стресової ситуації. • Заохочення дитини до самостійних дій, які вона здатна зробити у зв'язку зі стресовою обставиною: – помічання та схвалення успіху дитини на шляху подолання стресової/травмівної обставини та після того, як ситуація вирішилась; – допомога дитині в усвідомленні сенсу життєвого уроку, у здатності помічати ті знання, уміння, навички, які вона отримала завдяки стресовим/травмівним обставинам.

Таким чином, здійснюючи психоедукацію значимих дорослих, навчаючи їх сприятливих форм поведінки у стресових ситуаціях дітей, ми створюємо оптимальні умови для подолання симптомів ПТСР у останніх, розвитку їхньої життєстійкості, уміння долати наслідки стресу та попереджати дистрес нині і у дорослому житті.

В) Робота з середовищем, в якому перебувають діти.

Несприятливий мікроклімат у родині, порушення стосунків між батьками та дитиною створює додатковий надмірний стресовий чинник для дітей та ускладнює перебіг симптомів ПТСР, їх подолання. Робота з середовищем, в якому перебувають діти, передбачає відновлення таких його ознак, як: *безпечність, константність та ритмічність, послідовність та передбачуваність, надійність, панування атмосфери поваги*, оскільки вони є і умовою створення надійної прив'язаності, позитивного контакту, сприятливих стосунків у родині, а також умовою подолання негативної симптоматики. Зазначимо, що ці ознаки, водночас, є важливими і у психотерапевтичному просторі, і у домашньому середовищі.

Безпечність – це базова умова для подолання дітьми несприятливих наслідків впливу надмірних стресових чинників, оскільки загроза (реальна чи уявна) є тяжким фактором, який спричиняє повторні переживання стресових станів, що, своєю чергою, негативно позначається на процесі відновлення психіки. Примітно, що стосунки з батьками мають значну роль у процесі формування особистості дитини в цілому та життєстійкості, зокрема. Так, *відчуття базової безпечності* – образ, на основі якого можливий здоровий розвиток та функціонування душевного життя і який формується у результаті стосунку первинних об'єктів з дитиною на ранніх етапах її розвитку. Образ цей складається з основних тілесних відчуттів, почуттів, інтенцій, подальших фантазій тощо стосовно первинних вражень немовля від стосунків з матір'ю та іншими близькими дорослими, які здійснюють холдінг. У сприятливому варіанті сформованості відчуття базової безпечності сприймається людиною як *довіра, вітальність, впевненість, глибинний спокій, надійність, стабільність, віра, любов, ірраціональність, радість тощо*. Негативний досвід стосунків на ранніх етапах розвитку та травмування сприяє розвитку регресивних процесів дитини, оскільки світ стає занадто загрозливим. І якщо відчуття базової безпечності збережено, то дитина легко та самостійно, спираючись на глибинні вітальні образи, справляється з травмою [17; 19].

Наступні ознаки сприятливого для дітей середовища пов'язані з забезпеченням *константності та ритмічності* у взаємодії з ними значущих дорослих, які є надзвичайно важливими для встановлення надійного зв'язку з дитиною та подолання наслідків тяжкого стресу у постраждалих. *Константність* полягає у створенні відносно однорідних та постійних умов життєдіяльності дитини. *Ритмічність* середовища досягається через визначений режим діяльності дітей, який має бути простим і зрозумілим.

Послідовність та передбачуваність, надійність стосунків є базовими умовами для відновлення плинності внутрішнього життя дітей, довірчого ставлення до інших. Ці ознаки реалізуються у поведінкових проявах дорослих стосовно їхніх дітей.

Панування атмосфери поваги є ключовим моментом для відновлення природніх компенсаторних механізмів дитячої психіки. Саме прояви поваги батьків стосовно дітей, а не жалість, надмірне опікування чи посиленна увага є підґрунтям здорового

функціонування психіки людини. Ставлення з повагою до дитини забезпечує низку важливих послань, які відчутно відображуються у її свідомості, – *любов до дитини, інтерес до її світу, підкреслення важливості кожного учасника процесу стосунків, вирізнення у діалозі психологічних кордонів дитини, надання свободи вибору, довіра та увага до почуттів, поведінки та висловлювань дитини, віра в її власні сили, оптимізм, рівноправність, толерантність та ін.* Усі ці послання, які засвоюються дитиною під час подолання негативних наслідків впливу чинників надмірного стресу, сприяють не лише відновленню надійних зв'язків зі світом, відновленню її психоемоційного стану, а й закладають основи успішної особистості, життестійкості.

Як зазначалося вище, порушення позитивного контакту та стосунків батьків з дитиною вкрай негативно впливає на перебіг стресового стану, а також на подолання його негативних наслідків. Дитина, яка переживає негативні наслідки сильного стресу/психотравми, може почувати себе відчужено, сумніватися в тому, що її приймають та люблять, страждає від самотності, безсилля та безпорадності, водночас, за результатами нашого дослідження, вона гостро потребує опорності, надійної присутності значимих дорослих, тривожиться через можливість втратити зв'язок з батьками. З огляду на це, *однією з центральних умов подолання ПТСР-симптоматики у дітей є відновлення позитивного контакту з батьками, сприятливих стосунків у цілому, згуртованості у родині.* При цьому ми вирізняємо ознаки сприятливого психоемоційного контакту та стосунків дітей з батьками, які є необхідними і для подолання симптомів ПТСР, і для розвитку життестійкості дітей:



Рис. 4.4. Ознаки сприятливого психоемоційного контакту та стосунків у родині.

Таким чином, психотехніка подолання проявів симптомів ПСТР у дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життестійкості включає в себе багатовекторне послідовне пропрацювання. Базовою умовою успішного пропрацювання симптомів ПТСР

у дітей військовослужбовців є відновлення сприятливого психоемоційного контакту та стосунків у родині, яке досягається через комплексну роботу передусім зі значущими дорослими для дітей – психоедукацію, розвиток у них навичок психоемоційного балансу, навичок сприятливого контакту та спілкування з дітьми, а також через групову роботу з сім'єю в цілому. Пропрацювання симптомів ПТСР у дітей, розвиток їхньої життєстійкості відбувається тим більш успішно, чим краще вдається налагодити сприятливий тип взаємодії у родині, відновити опорність, психоемоційну стійкість їхніх батьків. Так, повторні діагностичні зрізи у ЕГ1 та ЕГ2 показали, що у досліджуваних значно покращилась ситуація – деякі симптоми нівелювалися або ж знизилась частота та гострота прояву симптомів, розвинулась їхня життєстійкість, уміння діяти у стресових обставинах, покращились саморегуляція психоемоційного стану у значущих дорослих, якість контакту та стосунки у родині. Загалом, такі результати свідчать про ефективність психотехніки та доречність її використання з дітьми військовослужбовців, які мають прояви ПТСР. Надалі планується більш детальне дослідження ефективності програми та можливості її широкого застосування в означеній групі постраждалих.

Висновки. Отже, діти – вразлива група, яка особливо чутлива до впливу стресових чинників, оскільки механізми їхнього опрацювання ще є хиткими, вони специфічно переживають вплив чинників надмірного стресу, найчастіше вони ще не можуть повідомити про те, що їх турбує і проявляють свою напругу безпосередньо через тіло, емоції, поведінку тощо. Опірність до стресу дитини залежить і від якості формування первинними об'єктами цієї здатності у ранньому дитинстві, і від опірності близьких дорослих у актуальній життєвій ситуації. Успішність подолання дітьми наслідків дії чинника надмірного стресу значно залежить від психоемоційного стану та життєстійкості близьких дорослих (передусім батьків). Незадовільний психоемоційний стан близьких дорослих може ставати суттєвим чинником надмірного рівня стресу для дітей, оскільки цей стан батьків, насамперед, провокує втрату відчуття безпечності середовища, надійності, сталості світу дитиною. Дорослі відіграють важливу роль не лише у зв'язку з формуванням внутрішнього алгоритму стресових обставин, а й тому, що для здорового розвитку та функціонування психіки опорність та надійність близького оточення (перш за все батьків) є необхідною умовою.

Діти з родин військовослужбовців є специфічною групою, яка потребує посиленої уваги науковців через ризик їхнього надмірного стресового напруження та розвиток постстресових розладів і яка наразі мало досліджена у вітчизняному контексті. Характерними для дітей військовослужбовців є саме сильні, неочікувані або тривалі хронічні впливи, які створюють постійне стресове тло і які мають деструктивну дію на них. У переважній кількості дітей військовослужбовців виявлено симптоми ПТСР, що вказує на гостроту та особливу актуальність даного явища для цієї категорії досліджуваних. Симптоми у вигляді *гіперреактивності* є найбільш характерними для дітей військовослужбовців, яка у цих дітей має свою специфіку, проявляючись на рівні стосунків та зв'язку з батьками у вигляді посилення тривоги розлуки, намагання брати на себе відповідальність за стан дорослих, попереджати негативні переживання у них тощо. Симптоми *інтрузій* є найменш типовими для даної категорії дітей. У пе-

реважної кількості військовослужбовців виявлено симптоми ПТСР, що також вказує на гостроту даного явища у цій категорії досліджуваних. Симптоми *гіперреактивності* представлені у військовослужбовців найбільше, найменш типовими є симптоми *уникнення*.

Частота ПТСР-симптомів у військовослужбовців є подібною до частоти проявів цих симптомів у їхніх дітей. Відповідно, психоемоційний стан дорослих є важливою і однією з основних ланок у розумінні процесу розгортання/подолання дітьми військовослужбовців симптомів ПТСР. *Симптоми гіперреактивності, інтрузій та уникнення проваюють складнощі контакту дорослих та дітей, викликають у останніх відчуття відстороненості, втрати близькості з батьками, надійності, сталості зв'язку, що, своєю чергою, може спричиняти стан гіперреактивності у самих дітей у вигляді посилення тривоги розлуки, втрати контакту тощо, стаючи для них додатковим і суттєвим стресовим чинником.*

Подолання/зниження частоти розповсюдження симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців можливе за умови розвитку їхньої життєстійкості, здатності опиратися стресу та ефективно опрацьовувати його наслідки. Відповідно, життєстійкість дітей військовослужбовців варто розвивати, *враховуючи специфіку цієї групи, а отже, працюючи комплексно не лише з самими дітьми, а і долучаючи родину в цілому та, зокрема, тих значущих осіб дитини з найближчого оточення, які також потерпають від ПТСР-симптоматики.*

Представлена *модель технології розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобом відновлення сприятливого психоемоційного контакту у родині* показала свою ефективність та доречність використання з даною групою постраждалих, що обґрунтовує її подальше широке застосування та детальне дослідження ефектів впровадження.

Список використаних джерел

1. Бріш К. Г. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Посібник / Карл Гайнц Бріш. Львів, 2012. 314 с.
2. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О. О. Буряк, М. І. Гіневський, Г. Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил, 2015, Випуск 2 (43), С. 176–181.
3. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери; [пер. с англ. Н. М. Падалко] / Дональд Винникотт – М. : Независимая фирма «Класс», 2007. 80 с. (Библиотека психологии и психотерапии).
4. Военнослужащие и их семьи как особая социальная группа [Електронний ресурс] / Режим доступу: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=4111 – Назва з екрану.
5. Забелина Е. В., Кузнецова Д. К. Понятие психологической резильентности: основные теории / Е. В. Забелина, Д. К. Кузнецова // Вестник Челябинского государственного университета. 2015. № 1. С. 10–13.
6. Карачевський А. Б. Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стресового розладу / А. Б. Карачевський // Збір-

ник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2016. – Вип. 25. – С. 607–623. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016_25_97.

7. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад» / Зоя Кісарчук // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 8–11.

8. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М. Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу у дітей / Зоя Кісарчук, Яніна Омельченко // Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. К., 2016. С. 9–21.

9. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості [текст]: дис. д-ра психологічних наук 19.00.01 / В. М. Корольчук. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН Укр. К., 2009. 511 арк.: рис., табл. Бібліографія: арк. 389–434.

10. Костяк Т. В., Федонина І. А. Психологические особенности детско-родительских отношений в семьях военнослужащих / Т. В. Костяк, И. А. Федонина // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. № 1 (3) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://psystudy.ru/num/2009n1-3/52-kostyak3> – назва з екрана.

11. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В. М. Крайнюк. Київ: Ніка-Центр, 2007. 432 с.

12. Кудренко О. В., Афанасенко В. С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців повітряних сил (на основі досвіду АТО) / О. В. Кудренко, В. С. Афанасенко // Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України, 2018. № 2 (31). С. 137–144.

13. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень / Гелена Лазос // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 26–64.

14. Локтаева С. А. Индивидуально-типические характеристики детей в семьях кадровых военнослужащих / Светлана Альбертовна Локтаева // Вестник университета, 2014. С. 281–285.

15. Міщук С. С. Згуртування як провідна умова подолання психотравми: традиційний та сучасний контексти / Сергій Міщук // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 64–77.

16. Міщук С. С. Відчуженість як центральний феномен психотравмівного процесу / Сергій Міщук // Психологічний часопис. [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12>. Вип. 5, № 12, 2019. С. 137–151.

17. Омельченко Я. М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації / Яніна Омельченко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 15–26.

18. Омельченко Я. М. Специфіка чинників надмірного стресу у дітей військовослужбовців / Яніна Омельченко // Актуальні проблеми психології. Збірка наукових праць інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. III: Консультативна психологія і психотерапія. Випуск 14. 2018. С. 98–124.

19. Омельченко Я. М. Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості / Яніна Омельченко // Психологічний часопис. [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12> – Вип. 5, № 12, 2019. С. 169–181.

20. Омельченко Я. М., Міщук С. С. та інш. Сонце в кишені: книга-антистрес / Яніна Омельченко, Сергій Міщук // упор та ред.: Я. М. Омельченко, Н. В. Сабліна. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. 52 с.

21. Пророк Н. В. Особливості посткризової психологічної діагностики дітей / Н. В. Пророк // Освіта України в умовах військового конфлікту на Донбасі : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Лисичанськ, 27 лютого 2017 р.). Лисичанськ : ФОП Чернов О. Г., 2017. С. 157–160.

22. Психоаналитические термины и понятия: словарь / [ред. Барнесса Э. Мура, Бернанда Д. Файна; перев. с англ. А. М. Баковикова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца]. М. : Независимая фирма «Класс», 2000. 304 с.

23. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина // М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.;

24. Селье Г. Стресс без дистресса / Ганс Селье. М. : Книга по требованию, 2012. 66 с.

25. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування: програма навчального курсу / Т. М. Титаренко. Академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, К. : Міленіум, 2009. 64 с.

26. Торкунова О. И., Петровская М. В., Машин В. Н. Социально-психологические особенности стилей воспитания в семьях военнослужащих / О. И. Торкунова, М. В. Петровская, В. Н. Машин // Современные проблемы науки и образования. 2016, № 3. [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24675> – назва з екрана.

27. Фоминова А. Н. Жизнестойкость личности / А. Н. Фоминова. МПГУ. М. : Прометей, 2012. 121 с.

28. Фрідман М. Дж. ПТСР – історія та загальний огляд / М. Дж. Фрідман // Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. Переклад з англійської, 2016.

29. De Young A. C., Kenardy J. A., Cobham V. E. Trauma in early childhood: a neglected population / A. C. DeYoung et al // ClinChildFamPsycholRev. 2011, Sep; 14(3):231-50. doi: 10.1007/s10567-011-0094-3.

30. Dube S. R., Anda R.F., Felitti V. J., Chapman D., Williamson D. F., Giles W. H. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: findings from the Adverse Childhood Experiences Study / S. R. Dube et al // J Am Med Assoc. – 2001;286:3089–3096.

31. Fletcher K. E. Childhood posttraumatic stress disorder / K. E. Fletcher // Article. 2003. [Электронный ресурс] // Режим доступа: https://www.researchgate.net/scientific-contributions/2111633217_KE_Fletcher – назва з екрану.

32. Lieberman A. F., Knorr K. The impact of trauma: a developmental framework for in fancyandearlychildhood / A. F. Lieberman, K. Knorr // *Psychiatric Annals*. 2007, № 37, p. 416–422.

33. Masten A. S. Ordinary Magic. Resilience Processes in Development // *American Psychologist*. 2001. Vol. 56, № 3. pp. 543–562.

34. Pynoos R. S., B. Grafinkel, G. Carlson, E. Weller. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents / R. S. Pynoos et al // *Psychiatric disorders in children and adolescents*. 1990, Philadelphia, PA: W.B. Saunders. pp. 48–63;

35. Scheeringa M. S., Zeanah C. H., Myers L., Putnam F. W. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children / M. S. Scheeringa et al // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 May; 42(5): 561–70.

36. Widom C. S. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up / C. S. Widom // *Am J Psychiatry*. 1999 Aug., 156(8): 1223-9.

РОЗДІЛ V.

ТЕХНОЛОГІЯ ПЕРЕОСМИСЛЕННЯ ТА ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ В ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПОДОЛАННЯ ПРОЯВІВ ПТСР

5.1. Дисоціативний механізм психологічного захисту в травматичній ситуації як пояснювальний принцип проявів ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Посттравматичний стресовий розлад та дисоціативний механізм психологічного захисту тісно пов'язані [27, с. 76]. Зібрані вченими дані свідчать, що інтенсивність дисоціативних розладів зростає прямопропорційно ступеню ПТСР [5]. В ряді досліджень показується, що травматична подія є причиною як посттравматичного стресового розладу, так і дисоціації [30, с. 178].

Дисоціація пов'язана з функціонально зумовленими порушеннями інтеграції психічних процесів, які до цього функціонували в єдності, а після дисоціації починають функціонувати автономно [30, с. 178; 19, с. 122]. Зокрема, це стосується розриву між тілесними відчуттями та психічними процесами; між відчуттями, які надходять від різних рецепторів; між мисленням та емоціями; між свідомістю та інформацією, яка зберігається в пам'яті тощо. Розрив єдності психічних процесів як основна характеристика дисоціації знаходить відображення у визначеннях цього виду психологічного захисту. Так, у роботі Н. В. Тарабріної дисоціація визначається як психофізіологічний процес, завдяки якому збережена в пам'яті інформація та потоки отриманої та повідомленої інформації активно відхиляються від інтеграції завдяки утворенню асоціативних зав'язків [27, с. 81]. В роботі Є. С. Черапкіна дисоціація визначена як порушення в інтеграції таких психічних функцій, як свідомість, пам'ять, усвідомлення як власної ідентичності, так і сприйняття оточуючого світу [30, с. 177, 178].

Схожі на дисоціацію наслідки відбуваються в результаті впливу занадто сильного стресору. Підсумовуючи уявлення про фізіологічні причини ПТСР, М. В. Топчий зазначає, що катастрофічна (оцінюється як така, що потребує для подолання більше зусиль, ніж має суб'єкт) ситуація призводить до: 1) продукції гормонів, відповідальних за готовність до активних дій та зменшення болю; 2) пригнічення продукції нейромедіаторів, відповідальних за психічну активність [28, с. 40]. Як результат, особа готова до простих поведінкових реакцій на травматичну ситуацію, при цьому спостерігається оціпеніння психічної діяльності [28, с. 41]. Тобто на фізіологічному рівні розвиваються умови, які призводять до розриву між інстинктивною та психологічною регуляцією.

Одне з перших пояснень фізіології ПТСР належить І. П. Павлову, який дійшов висновку, що сильні потрясіння призводять до гальмування коркових зон, котрі відповідають за набуті рефлекси, в результаті умовні рефлекси забуваються [29, с. 182]. Крім того, надмірний стрес зменшує контроль над емоціями (з'являється імпульсивність) та викликає порушення ритмів сну [27, с. 47]. Повторні інтенсивні (проте безпечні

стимули) призводять до таких же самих наслідків, як і при первинному травмуванні, а саме – гальмування коркових відділів та втрати набутих рефлексів [29, с. 182].

Прояви психічного оціпеніння та дисоціативних феноменів є схожими (аналгезія, відчуття нереальності, чутливість до сугестії тощо) і можуть бути пояснені як порушення єдності (інтегрованості) тілесної та психічної сфери. В теорії М. Горовітца розвиток ПТСР пов'язується з порушенням осмислення травматичної події, неможливістю нормального обміну інформацією, що є основною з ознак дисоціації та реакції оціпеніння. Згідно з М. Горовітца, для нормального функціонування людині необхідно опрацьовувати інформацію (думки, емоції, відчуття) та доповнити отриманими знаннями існуючі когнітивні схеми [28, с. 36]. При травматичній події інформація спочатку зберігається неопрацьованою в неусвідомленій формі, а при усвідомленні, по відношенню до знання про подію, застосовуються психологічні захисти (через шокуючий зміст) [28, с. 36]. У результаті інформація не оброблюється, що призводить до інформаційного перевантаження, стресу, які згодом призводять до порушення нормального функціонування та ПТСР [28, с. 36].

Зважаючи на зазначене, наші вихідні теоретичні уявлення на причину ПТСР полягають у розумінні, що цей розлад викликаний порушенням в опрацьованні інформації про травматичну подію та інтеграції її в структуру знання про себе та оточуючий світ, існуючі когнітивні та ціннісно-сміслові моделі. Ці причини посттравматичного розладу відповідають дисоціативному механізму психологічного захисту.

Відповідно, основним способом допомоги постраждалим з ПТСР є: 1) цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин травми; 2) усвідомлення значення травматичної події [27, с. 43]. В зазначеному формулюванні основних задач психологічної допомоги повною мірою проявляється підхід до психотравми як до дисоційованої події. Іншою складовою допомоги постраждалим з ПТСР є навчання розрізняти відмінності між інтенсивними (проте безпечними) життєвими подіями та травмою в минулому, оскільки травматизація пов'язана з руйнуванням цієї здатності [27].

Повертаючись до травматичних подій у внутрішньо переміщених осіб, більшість дослідників вказують на подвійне джерело травматизації [24; 26, с. 102]. Перша травма пов'язана з тим, що переселенці були свідками або учасниками травматичних подій, які і спонукали шукати вихід у переселенні. Друга травматизація пов'язана з необхідністю налагоджувати життя на новому місці проживання, в незнайомому соціальному середовищі.

В роботі О. В. Новікової описані ситуації, з якими найбільш часто стикались переселенці, які є травмогенними та впливали на прийняття рішення про переселення: тривожна та суперечлива інформація у ЗМІ; масові заворушення; страх за особисту безпеку через політичні та громадянські переконання; поява на вулицях озброєних людей; зупинка в роботі державних адміністрацій; зупинка виробництва; поява військової техніки; інформація про загиблих; знаходження в ситуації, в якій чути постріли, вибухи, видні руйнування, присутні поранені та мертві люди; тілесні ушкодження, поранення або смерть близьких, знайомих; втрата матеріальних цінностей, часткове або повне руйнування житла; зупинка соціальних виплат; зупинка роботи організацій з державним фінансуванням; неготовність та небажання приймати владу самопроголошених республік тощо [7, с. 405, 407, 412, 417, 423].

Процес виникнення травматичної дисоціації добре описаний у роботі Н. В. Тарабріної. Зокрема, дослідниця зазначає, що в перші моменти катастрофічної події людина не може сприйняти цілісну картину ситуації, сенсорні та емоційні елементи не інтегруються в існуючу систему особистої пам'яті та ідентичності, залишаються ізольованими [27, с. 89]. В подальшому, якщо людина продовжує знаходитись у травматичній ситуації, дисоціація посилюється, дозволяючи особі продовжувати виконувати дії та сприяє ігноруванню ситуації [27, с. 89].

Переселення є виходом з травматичної ситуації, пов'язаної з військовими діями та масовим безладдям. Після закінчення травматичної ситуації з'являється можливість для осмислення подій, що сталися. І. С. Сьомкіна пропонує розподіляти внутрішньо перемішених осіб на дві категорії за ступенем перенесених втрат [26, с. 103]. До першої категорії були віднесені переселенці, які потребують лише «психологічної адаптації до нових умов життєдіяльності» [26, с. 103]. Особи цієї категорії: 1) покинули зону АТО заздалегідь, з речами та документами; 2) залишили зону АТО поспіхом, не з усіма необхідними речами, потрапили під обстріли; 3) перебували під обстрілами, житло зруйновано частково чи повністю [26, с. 103].

До другої категорії віднесені переселенці, котрі понесли важкі втрати та потребують психологічної реабілітації, і після цього – допомоги в адаптації. Ознаки для віднесення до другої категорії наводяться наступні: а) тривалий час перебував у зоні військових дій; б) є поранення або поранення зазнали члени родини; в) був факт загибелі близької людини в зоні проведення АТО; г) хтось із членів родини залишився в зоні АТО [26, с. 103]. І. С. Сьомкіна зазначає, що означені травматичні події часто пов'язані з втратою сенсу життя, пасивною життєвою позицією, нездатністю до активної соціальної адаптації на новому місці проживання [26, с. 103].

Треба зазначити, що на середину 2017 року комплексні державні програми допомоги внутрішньо переміщеним особам в адаптації на новому місці проживання не мали фінансування [11, с. 6]. Стосовно державних програм психологічної реабілітації переселенців – проблема лише формулювалась і не мала розвитку. Проте можливість отримання безоплатної психологічної допомоги для мігрантів була створена [9].

Означений рівень реалізації державної допомоги переселенцям означає, що в практиці психологічної допомоги цій категорії постраждалих може зустрічатись як первинна травматизація, так і вторинна, викликана проблемами адаптації.

Необхідно зазначити, що в нашій практичній роботі з надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам з проявами ПТСР, яка здійснювалась протягом 2018–2020 років, постраждалі не оцінювали події, які спонукали їх до переселення, як травматичні. Щоправда, у всіх осіб, з якими ми працювали, на території військових дій залишились близькі родичі. Узагальнюючи, ми дійшли висновку, що більшість осіб, які отримували психологічну допомогу, переїхали через страх загрози їх життю, який виник на основі інформаційної моделі. Після переселення на мирні території опитані отримували інформацію про жертви серед мирного населення, загиблих та поранених серед знайомих, втрату матеріальних цінностей. Під час короточасних подорожей додому, на місце колишнього проживання, респонденти бачили наслідки військових дій, проте не були безпосередніми свідками цих подій.

Тому важливим є розгляд підходів, які пояснюють травматизацію після переселення, яка отримала назву вторинної. У зарубіжних та вітчизняних дослідженнях підкреслюється, що особливості адаптації на новому місці проживання істотно впливають на прояви ПТСР у переселенців. Зокрема, С. Г. Сукіасян відзначає, що перші роки проживання на новому місці має більш травматичний вплив, ніж події, які призвели до переселення [19, с. 145]. Досліджуючи внутрішньо переміщених студентів, В. Г. Дуб дійшла висновку, що входження в інше соціокультурне середовище викликає почуття меншовартості, ідентифікаційну плутанину, неприйняття [10, с. 36, 37]. З. В. Спринська характеризує більшу половину обстеженої вибірки внутрішньо переміщених осіб наступним чином: «особливості їхньої адаптації мають пасивно-захисний характер; вони депресивні, тривожні, скуті, невпевнені, через що у них виникають труднощі у соціальній взаємодії» [25, с. 55].

Отже, в дослідженнях внутрішньо переміщених осіб в Україні отримані результати про проблемність процесу адаптації на новому місці проживання. Як зазначає З. В. Спринська, складнощі адаптації ставлять задачу «розроблення програми психологічного супроводу переселенців з метою зниження рівня негативних станів, переживань, що може покращити процес адаптації останніх у новому середовищі» [25, с. 56]. М. С. Панов та О. Є. Блинова також зазначають про необхідність створення системи соціального та психологічного супроводу переселенців для сприяння соціальній та професійній реадаптації [13, с. 93; 4, с. 64]. Розглянемо теоретичні підходи, які пояснюють адаптацію внутрішньо переміщених осіб до нового місця проживання.

Після переїзду на нове місце проживання перед внутрішньо переміщеними особами виникають задачі по задоволенню базових потреб життя: забезпечення їжею та житлом, відновлення документів, отримання соціальних виплат (пенсії, державної допомоги тощо), отримання доступу до медичної та соціальної допомоги, працевлаштування або поновлення навчання, влаштування дітей у заклади освіти [21, с. 9]. Як зазначають психологи-практики, внутрішньо переміщені особи заглиблені у проблеми свого фізичного виживання, що відсуває всі інші потреби на другий план [22, с. 133]. Необхідність задоволення базових життєвих потреб активізує загальний адаптаційний синдром (стрес) та спонукає до активної взаємодії з представниками місцевого (приймаючого) населення та посадовцями місцевих органів влади.

Аналіз літератури показує, що перші спроби взаємодії з представниками приймаючої сторони часто супроводжуються травматизацією. Так, через недостатню чіткість законодавчої бази 33 % внутрішньо переміщених осіб мали складнощі в отриманні пенсій та соціальних виплат [1, с. 54]. Також спостерігались випадки відмови у відновленні документів та затягування цього процесу (у 12 % опитаних) [1]. Зазначене, відповідно, збільшувало відчуття, що українська держава їх покинула [7, с. 271]. До травматичних можуть бути віднесені спроби взаємодії з приймаючим населенням, яке супроводжувалось: неприязним ставленням до переселенців (у 24 % опитаної вибірки), негативним ставленням (у 20 %), відмовою в оренді житла (35 %), завищення цін оренди житла (29 %), відмовами при працевлаштуванні (20 %) [1, с. 54; 7, с. 277].

Отже, на основі представлених у літературі досліджень можна зробити висновок, що на початку адаптації великий відсоток переселенців потрапили в ситуацію, яка

викликала дистрес. Судження про дистрес здійснено на основі того, що загальний адаптаційний синдром був активізований, проте активні спроби адаптації зустрічали супротив з боку приймаючого населення. Водночас в науковій літературі підкреслюється, що адаптація відбувається лише тоді, коли соціальне середовище сприяє реалізації потреб і прагнень особистості, служить розкриттю та розвитку її індивідуальності [2, с. 31].

Вважається, що після переселення на нове місце проживання внутрішньо переміщена особа відчуває «культурний шок» [33]. На сьогодні у використанні цього терміну стосовно переселенців мають на увазі наступні проблемні аспекти:

– для досягнення психологічної адаптації потрібні зусилля, що викликають напруження;

– почуття втрати (друзів, соціального статусу, професії, майна, батьківщини);

– відчуття себе чужорідним у новому соціальному середовищі або (в іншому випадку) відторгнення нової культури;

– збій у рольовій структурі (індивідуальних ролях, очікуваннях), плутанина в цінностях, почуттях і самоідентифікації;

– почуття тривоги, образи й обурення в результаті усвідомлення культурних відмінностей;

– труднощі та перешкоди в новому середовищі викликають почуття власної неповноцінності [3, с. 113].

На нашу думку, ступінь дистресу (який викликаний дискримінацією після переселення) та особливості перенесеного культурного шоку (втрата друзів, статусу, професії, майна, звичних рольових стосунків та ідентифікацій) відображається на характері подальшої адаптації та особливостях вторинної травматизації. Висловлена думка підтверджується результатами інших досліджень. Зокрема, С. Г. Сукіасян дійшов висновку, що особи з вищою освітою та значимими втратами в соціально-економічному статусі мають більш важкі проблеми з адаптацією на новому місці [19, с. 145]. З. В. Спринська зазначає, що «переселенці з кримськотатарської спільноти переживають травму переселення більше на культурному та соціальному рівнях, а перспектива заново будувати свій дім та упорядковувати своє життя на новому місці не викликає в них того трагізму, як у переселенців, що мають слов'янські корені» [25, с. 53]. З наведених даних можна зрозуміти, що високий соціальний та матеріальний статус до переселення можуть визначати більш сильний рівень дистресу та культурного шоку після переселення, в результаті усвідомлення ступеня втрат.

Охарактеризуємо уявлення про адаптацію вимушено переселених осіб на новому місці проживання. В роботах, які присвячені процесу входження переселенців у нове соціальне оточення та функціонуванню у ньому, найчастіше використовується термін соціально-психологічної адаптації [3; 25; 10; 26; 4; 13; 23]. Остання визначається як процес входження особи в певну групу, засвоєння нею норм, відносин і зайняття певного місця в структурі взаємин між членами групи [25, с. 50]. При цьому підкреслюється, що соціально-психологічна адаптація є двостороннім процесом: переселенець пристосовується до нового суспільства та нове мікросоціальне оточення мігранта пристосовується до нього [23, с. 163; 3, с. 112].

Нове соціальне середовище, в якому починає функціонувати переселенець, може розглядатись як нове культурне середовище. Так, О. Ф. Новікова зазначає, що соціокультурна ідентичність мешканців Луганської та Донецької областей України має якісну своєрідну особливість у порівнянні з мешканцями центральної та західної території країни [7, с. 37–39]. З. В. Спринська зазначає, що «хоча йдеться про одну країну, усе ж таки є певні, хоча і незначні, відмінності у способі життя її жителів, які зумовлені насамперед демографічними, соціальними та економічними чинниками» [25, с. 51].

Зважаючи на існування культурних відмінностей між соціальними групами, до яких належать переселенці та представники приймаючого населення, для пояснення процесу соціально-психологічної адаптації мігрантів використовується термін «акультурація» [3, с. 112]. Під акультурацією розуміється процес входження людини в інше соціокультурне середовище, надбання тих чи інших форм нової культури [3, с. 112]. J. W. Berry запропонував класифікацію стратегій акультурації залежно від особливості поєднання в психологічному просторі мігранта рідної та нової культурної ідентичності [32]. Вченим було виділено чотири стратегії соціокультурної адаптації: «сепарація», «маргіналізація», «інтеграція» та «асиміляція».

Під стратегією «сепарації» розуміють збереження старої культурної ідентичності при відкиданні будь яких взаємодій з новою культурою. Стратегія «маргіналізації» пов'язана з руйнуванням ідентифікації з рідною культурою (під впливом представників нової культури), яке об'єднується з неможливістю прийняти нову культуру (через дискримінацію, неприйняття особи представниками приймаючої групи). Стратегія «інтеграції» означає здатність зберігати базові основи рідної культури та засвоювати цінності і зразки поведінки нової. «Асиміляція» являє собою відмову від рідної, для особи, культури та активне засвоєння нової культурної ідентичності.

Вибір переселенцем конкретної стратегії акультурації залежить від особливостей приймаючого населення, яке може бути спрямованим на: виключення чужорідної культури (при «маргіналізації»); розділення на групи, привласнення стереотипів (при «сепарації»); долучення до власної культури, її нав'язування (при «асиміляції»); мультикультуралізм – при «інтеграції» [32]. О. Є. Блинова зазначає, що для того, щоб відбувалась інтеграція, установки приймаючої групи мають включати відкритість (готовність до взаємодії) та прийняття (толерантність до інших цінностей, культури, мови); приймаюча група має бути готова адаптувати свої соціальні інститути до потреб всіх груп суспільства, а переселенці мають бути готовими адаптуватись до основних цінностей приймаючої сторони [3, с. 115].

J. W. Berry дійшов висновку, що найгіршою є адаптація при стратегії «маргіналізації», середній рівень адаптованості спостерігається при «сепарації» та «асиміляції», найкращою є адаптація та психологічне благополуччя при «інтеграції» [32]. До схожих висновків прийшли і вітчизняні вчені. Так, О. Є. Блинова зазначає, що успішною для вимушених переселенців є адаптація за типом «інтеграції»; адаптація по типу психологічного захисту або ізоляції вважається неуспішною [3, с. 112]. М. М. Слюсаревський зазначає наступне: «...дві протилежні тенденції: прагнення до консервації, самоізоляції (що іноді проявляється у формі створення відособлених етнічних утворень) і прагнення до асиміляції (аж до втрати національної самоідентичності)... є

порушенням нормальної соціально-психологічної адаптації у світі, який змінюється і неперервно ускладнюється» [23, с. 163].

Для надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам важливим є розуміння факторів, які сприяють акультурації. О. Є. Блинова наводить дані, згідно з якими соціокультурна адаптація відбувається більш швидко в осіб, які: ідентифікують себе з більш широкими категоріями; мають низький рівень авторитаризму та ригідності; відзначаються високою толерантністю до невизначеності; готові до змін з метою адаптації [3, с. 114–115]. Також вчена відзначає, що «важливим чинником процесу адаптації є встановлення дружніх відносин з місцевими жителями, через яких можна пізнати неписані правила поведінки в новій культурі, отримати більше інформації щодо свого поводження» [3, с. 115]. Згідно з уявленнями Г. У. Солдатової, психолог, який працює з мігрантами, може розглядатись як посередник між двома культурами [24, с. 4]. Так, психолог одночасно виступає в ролях спеціаліста та представника приймаючого населення, з яким зустрічається клієнт.

Таким чином, якщо ідентифікація переселенця з представниками місцевого населення сприяє соціокультурній адаптації, то ця закономірність може бути використана при наданні психологічної допомоги. З цією метою було проведено дослідження, в якому вивчався вплив ідентифікації клієнта з психологом на стратегію соціокультурної адаптації.

Дослідження проводилось протягом 2017–2018 років, вибірка складала 62 внутрішньо переміщені особи. Для діагностики ідентифікації переселенця з психологом використовувався семантичний диференціал у модифікації Т. С. Баранової [16]. Вивчення стратегії соціокультурної адаптації здійснювалось за методикою Акультураційні предиспозиції (Дж. Беррі), ключі до якої були модифіковані [17].

Отримані дані показують, що особи з відсутньою ідентифікацією отримують більш високі значення (в середньому 13,65 балів) за об'єднаною стратегією «сепарація-маргіналізація», ніж особи зі сформованою ідентифікацією (10,77 балів). Відмінність є статистично достовірною ($F=7,05$; $p<0,05$). Отже, внутрішньо переміщені особи, які ідентифікувались з психологом, були менш схильні до вибору адаптації за типом «сепарації-маргіналізації». Зв'язок мав і зворотній характер, а саме: готовність до вибору стратегії за типом «сепарація-маргіналізація» визначав ступінь ідентифікації [16; 17]. Назва стратегії «сепарація-маргіналізація» використовується не випадково. В проведеному дослідженні було встановлено, що серед опитаних переселенців стратегії «сепарації» та «маргіналізації» не виділялись як самостійні шкали та були присутні поряд [17]. Тому була запропонована єдина шкала для діагностики спільної стратегії «сепарація-маргіналізація».

Отримані результати дають підстави допускати, що створюючи умови для розвитку ідентифікації переселенця зі спеціалістом, який надає допомогу, можна сприяти покращенню адаптації на новому місці проживання. Використання виявленої закономірності при наданні психологічної допомоги переселенцям здається перспективною та потребує подальшого дослідження.

Вторинну травматизацію внутрішньо переміщених осіб ми пов'язуємо з особливостями акультурації, а саме зі стратегіями адаптації: «сепарація-маргіналізація» та «асиміляція» [3, с. 112; 23, с. 163].

В дослідженні з вивчення психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам з проявами ПТСР, яке здійснювалось протягом 2018–2019 років, проведена діагностика 12 особам. Були застосовані наступні методи: психосемантичні диференціали (за Т. С. Барановою та В. А. Ільїн), методика Акультураційні предиспозиції за Дж. Беррі, шкала оцінки травматичної події «IES-R», тести Люшера та кольорового ставлення О. М. Еткінда, опитувальник якості життя (WHOQOL-BREF).

Отримані результати свідчать, що у всіх обстежених переселенців спостерігались виражені симптоми посттравматичного стресового розладу (в середньому 84 бали за шкалою IES-R). Водночас ці симптоми не пояснювались травматизацією, яка відбулась до переселення. У всіх обстежених спостерігались прояви культурного шоку: надмірна залежність від інших внутрішньо переміщених осіб (друзів та близьких); тривога з приводу взаємодії з місцевими мешканцями; складність у знаходженні своєї професійно-рольової позиції на новому місці проживання. Всі опитані були оцінені як що мають стратегію акультурації за типом «сепарація-маргіналізація», та мали занижені показники якості життя. Узагальнення зібраних під час психологічної допомоги анамнестичних даних показало, що симптоми ПТСР у більшості переселенців виникли після руйнування значимої прив'язаності.

Таким чином, результати дослідження малої вибірки показують, що симптоми ПТСР у внутрішньо переміщених осіб можуть бути пов'язані з вторинною травматизацією та стратегією адаптації за типом «сепарація-маргіналізація».

Теоретизуючи, ми допускаємо, що в обстежених осіб переселення було більш травматичним через пов'язані з ним виклики, які необхідно було долати: задоволення базових потреб, взаємодія з новим соціальним оточенням, входження в нові соціальні ролі, підтвердження або зміна кваліфікації тощо. Можна припустити, що в цих ситуаціях діяв інстинкт самозбереження, який був спрямований на захист цілісності уявлення про себе шляхом блокування нових взаємодій (дисоціативна реакція у відповідь на обставини, які сприймалися як нездоланні) та посилення приналежності до осіб, які створюють ядро ідентичності. Тому при зникненні прив'язаності або іншій травматичній події переселенці: 1) переживали цю подію як ушкодження ідентичності та втрату основних цілей, оскільки не створювали ідентифікацій з представниками приймаючого населення; 2) мали складнощі в отриманні емоційної підтримки через алекситимію (яка є коморбідним з ПСТР психологічним відхиленням) та відсутність близьких стосунків з представниками нового соціального оточення.

Представлена інтерпретація є гіпотезою та потребує подальшої перевірки. Так, не отримали емпіричної перевірки наступні припущення: 1) чи визначає міра втрат (матеріальне становище, соціальний статус) високу інтенсивність культурного шоку? 2) чи дійсно факти дискримінації (складнощі в оформленні документів для соціальних виплат, відмови у працевлаштуванні та оренді житла тощо) та культурний шок (втрата звичних ролей, втрата соціального статусу, неможливість влаштуватись по існуючій професії тощо) збільшують ризики застосування дисоціативного механізму психологічного захисту та стратегії «сепарація-маргіналізація»? 3) чи існує зв'язок між доступністю емоційної підтримки та ПТСР, і як цей зв'язок залежить від стратегій акультурації?

Аналіз представлених у літературі досліджень стосовно внутрішньо переміщених осіб в Україні дозволяє виділити травмування іншої природи. Так, С. С. Дембіцький отримав дані стосовно успішної соціально-психологічної адаптації більшості переселенців в 2018 році [8]. Проте серед високо адаптованих осіб спостерігається високий відсоток психологічного дистресу [8, с. 376]. Тобто можна допустити, що сам процес адаптації був травматичним і його можна віднести до соціокультурної стратегії «асиміляція» за Дж. Беррі. Теоретизуючи, ми допускаємо, що інстинкт самозбереження в подібних випадках був спрямований на досягнення згуртованості та приналежності до нової соціальної групи, проявлявся як стадний інстинкт та запуслав загальний адаптаційний синдром з метою пристосування. Високу травматизацію можна пояснити тим, що колишні аспекти ідентичності стали різко неприйнятними в новій ситуації, дисоціювались [31, с. 110].

Потрібно зазначити, що за результатами нашого дослідження, соціокультурна стратегія «асиміляції» була пов'язана з присутністю ідентифікації переселенця з психологом, що було також властиво особам зі стратегією «інтеграції» та без вираженої стратегії акультурації [17]. Тобто, присутність ідентифікації переселенця зі спеціалістом може сприяти входженню в нове соціальне оточення, проте асоційована також із порушенням адаптації за типом «асиміляції».

5.2. Методики діагностики проявів ПТСР та їх значення для організації психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам

Виходячи з викладених теоретичних позицій, ПТСР у внутрішньо переміщених осіб пов'язаний не лише з первинною психотравмою та дисоціативним типом психологічного захисту у відповідь на неї, а і з особливостями адаптації на новому місці проживання. Тому доцільним є діагностика як самих проявів ПТСР, так і параметрів адаптації. В нашому дослідженні добре зарекомендували себе наступні методики:

1. Шкала IES-R для діагностики проявів ПТСР [19, с. 476]. У дослідженні (2015 рік) проведеному, в основному, на вибірці внутрішньо переміщених студентів, середні значення за загальною шкалою становили 38,37 балів ($n=20$) [18]. У дослідженні 2018–2019 років, в якому взяли участь внутрішньо переміщені особи, які звернулись в Кризовий центр Інституту психології Г. С. Костюка НАПН України з приводу свого психологічного стану, середні значення за загальною шкалою IES-R становило 84 балів ($n=12$). Виходячи з отриманої Н. В. Тарабріною описової статистики за IES-R та наших власних результатів, вважаємо за доцільне використовувати наступні орієнтовні нормативні значення за загальною шкалою: більше 38,9 балів – присутність травматичного досвіду; більше 62,9 балів – присутність ПТСР.

2. Метод кольорових виборів (МКВ) М. Люшера та тест кольорових ставлень (ТКС) О. Еткінда (проводяться одночасно). МКВ дозволяє оцінити стан тривожності під час первинної консультації. На високу тривогу вказує вибір одного з основних кольорів (синій, зелений, червоний, жовтий) на шосту, сьому чи восьму позиції вподобань. Також стан тривоги оцінюється, коли на першій – третій позиціях кольорових уподобань зна-

ходяться чорний, коричневий чи сірий кольорові еталони. Тривожний стан є протипоказанням для ряду психологічних вправ у запропонованій технології та потребує корекції.

На вибірці з 32 переселенців встановлено, що результати діагностики за IES-R корелюють із МКВ. Перевірка виявлених кореляцій з використанням однофакторного дисперсійного аналізу показала, що переселенці, які обирали чорний кольоровий еталон на першу – третю позицію, відзначались високими значеннями за всіма шкалами IES-R: Вторгнення (в середньому 23,2 бала у порівнянні з 14,5 бала в групі без чорного еталону на перших позиціях; $p < 0,05$); Уникнення (в середньому 21,2 бала проти 12,4 бала, $p < 0,01$); Фізіологічне збудження (19 проти 11,3, $p < 0,05$); Загальний показник (63,4 проти 40,9, $p < 0,05$). Тобто особливості психоемоційного стану (а саме реакції протесту, негативізму, неприйняття, які пов'язані з вибором чорного кольорового еталону на перші позиції) можуть вказувати на присутність ПТСР. Вибір на перші позиції чорного кольорового еталону можна зрозуміти як складнощі адаптації, культурний шок. Отримані результати є попередніми та потребують підтвердження на більш значній вибірці.

Вибір на три останні позиції синього кольору (інтерпретується як ушкоджена, з різних причин, потреба в прив'язаності) був пов'язаний з заниженими значеннями шкали Вторгнення за IES-R (10,6 бала проти 18,7 у групі, у якій синій еталон на 1–5 позиціях, $p < 0,05$). Отриманий результат можна пояснити тим, що намагання зберегти психологічну прив'язаність дозволяє внутрішньо переміщеним особам тимчасово зменшити прояви окремих симптомів ПТСР. Зазначену інтерпретацію можна теоретично ототожнити з особливостями адаптації за типом сепарації, коли, стикаючись зі складнощами адаптації, переселенці намагаються зберегти зв'язок зі значимими близькими.

За допомогою ТКС було виявлено, що переселенці з ПТСР мають негативну самооцінку або (в іншому випадку) відчувають пригніченими свої можливості в активних діях. На це вказують особливості їх кольорових асоціацій стосовно самих себе. А саме, група внутрішньо переміщених осіб із симптомами ПТСР часто асоціюють себе з чорним кольором (який обирають на перші три позиції в МКВ) та з червоним кольором (який при цьому розміщується на 3 – 8 позиціях кольорових уподобань). Присутність однієї з двох вказаних особливостей дозволила виділити групу осіб з високими значеннями за загальною шкалою IES-R (в середньому 69,7 бала) при порівнянні з переселенцями без означених кольорових асоціацій (в середньому 38,8 бала). Відмінність є статистично достовірною ($F=18,5$; $p < 0,001$).

Інтенсивні емоції, в зв'язку з травматичною ситуацією, корелюють з високими значеннями за шкалою Уникнення (IES-R), проте не пов'язані з ПТСР. Так, асоціації травматичної події з кольорами на 1 – 6 позиціях МКВ корелювало з високими значеннями шкали Уникнення ($r=0,52$; $p < 0,05$). Отримана кореляція підтримує загально-відомий погляд про те, що травматичні переживання актуалізують дисоціативний механізм психологічного захисту (уникнення).

Здатність підтримувати свій еґо-синтонний психоемоційний стан, незважаючи на травматизацію, була пов'язана з високими значеннями за шкалою Вторгнення (IES-R). Про це свідчить кореляція між шкалою Вторгнення та мірою близькості кольорових асоціацій по відношенню до себе та свого психоемоційного стану ($r=- 0,67$; $p < 0,01$). Отримані дані підтримують теоретичні уявлення про дисоціативну природу ПТСР.

Так, схильність підтримувати свій «звичайний» психоемоційний стан, без переосмислення травматичних подій, викликає «повернення» в свідомість травматичних подій завдяки симптомам вторгнення.

3. Для діагностики адаптації переселенців може бути використаний Короткий опитувальник оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) [12; 34]. В обстеженій вибірці внутрішньо перемішених осіб з симптомами ПТСР ($n=12$) отримані наступні середні значення Т-балів: Фізична сфера – 53,6; Психологічна сфера – 47,9; Соціальні стосунки – 41,6; Оточуюче середовище – 71,8.

Отримані результати вказують, що в обстеженій вибірці переселенців існують складнощі в становленні соціальних стосунків (у середньому, 41,6 Т-балів), а також, наявна занижена якість життя в психологічній сфері (у середньому 47,9 Т-балів).

Також для оцінки адаптації можливе використання методики Дж. Беррі Акультураційні предиспозиції [17]. Методика дозволяє відносити переселенців до чотирьох груп. За нашими даними, розподіл у вибірці студентів-переселенців (2017 р., $n = 50$) був наступним: без вираженої стратегії адаптації – 30 %; «інтеграція» – 22 %; «асиміляція» – 18 %; «сепарація-маргіналізація» – 14 %; ряд змішаних стратегій, які також були віднесені до «сепарації-маргіналізації» – 16 %. Переселенці, які віднесені до групи «без вираженої соціокультурної стратегії», – розуміються нами як залежні від впливу оточуючих та потенційно готові обрати акультураційну стратегію під впливом їх мікросоціального оточення. Отримані дані є невтішними, оскільки свідчать, що благополучно соціокультурна адаптація відбувалась лише у 22 % опитаних. У дослідженні 2018–2019 року стратегія адаптації переселенців з проявами ПТСР була оцінена як «сепарація» чи «маргіналізація». Проте особливу увагу потрібно звертати на всіх внутрішньо перемішених осіб без соціокультурної стратегії «інтеграція».

4. Діагностика ідентифікації між внутрішньо переміщеною особою та психологом, як представником приймаючого населення, може здійснюватися на основі двох психосемантичних методів: диференціалу в модифікації Т. С. Баранової та методикою В. А. Ільїна. Діагностичний інструментарій та спосіб діагностики був детально розглянутий нами у попередній публікації [17]. Ситуація надання психологічної допомоги переселенцю має подвійне значення: спеціаліст виступає і як представник приймаючого населення, і як професіонал. Як уже зазначалось вище, ідентифікація переселенця з психологом, як представником приймаючого населення, є бажаною, оскільки сприяє входженню в нову соціальну групу, зменшує ймовірність адаптації за стратегією «сепарація-маргіналізація». Тому за відсутності ідентифікації переселенця з психологом (за результатами психологічного тестування, яке проводиться під час першої зустрічі) слід застосувати ряд технічних прийомів або організувати роботу з психологом, який за низкою параметрів схожий з клієнтом. У безпосередній роботі сприяти розвитку ідентифікації можна, використовуючи технічний прийом «приєднання». Для цього потрібно знайти в досвіді переселенця та власному досвіді декілька спільних рис (або вподобань чи оцінок певних подій) та повідомити про це. Також доцільним є дотримання рекомендацій наданих У. Вірц: займати позицію моральної солідарності з клієнтом; займати та активно висловлювати однозначну позицію стосовно соціально-політичної реальності на боці клієнта (за умови, якщо терапевт її поділяє) [6]. Серед організаційних змін можна

розглянути можливість підбору для конкретного клієнта такого консультанта, з яким, на основі даних нашого дослідження, терапевтичні стосунки будуть складатись найбільш оптимально. Доцільність індивідуального підбору консультанта виникає за присутності недооцінки переселенцем консультанта, що детально буде розглянуто в наступному положенні. Для розвитку ідентифікації переселенця із спеціалістом доцільно орієнтуватись на схожість за основними параметрами, такими як: мова спілкування, соціальний статус, стать. Важливо зазначити, що приналежність переселенця та консультанта до однієї статі не впливає, за нашими даними, на ймовірність розвитку ідентифікації, проте впливає на інші важливі параметри.

Присутність ідентифікації у внутрішньо переміщеної особи по відношенню до консультанта потребує особливої уваги в роботі. З ідентифікацією пов'язані вибори як дезадаптивної соціокультурної стратегії адаптації за типом асиміляції, так і бажаної стратегії – інтеграції. Тобто присутність ідентифікації свідчить про готовність переселенця трансформувати свою ідентичність, а також, при можливій загрозі, травматично відщепити аспекти минулої ідентичності. Інша особливість полягає в тому, що клієнти з високим ступенем ідентифікації з консультантом, як правило, будуть його імітувати, некритично приймати його оцінки та рекомендації. Означені особливості психотерапевтичних стосунків потребують від консультанта високої відповідальності в зв'язку з двома крайніми можливостями. З однієї сторони, консультант може травмувати необережною оцінкою; стимулювати прикладом чи історією до певних дій; нав'язати своє рішення. З іншої – консультант може відчувати розгубленість та «скутість» у роботі, яка викликана очікуваннями клієнта, його активними діями наслідування.

На нашу думку, причини, які змусили шукати психологічну допомогу та присутність ідентифікації (трансформація уявлення про себе), свідчать про готовність клієнта до змін. Тому втрату психологом орієнтирів у роботі з клієнтом можна зрозуміти як існування перешкод для виконання роботи. Свідоме або несвідоме нав'язування психологом готових рішень можна зрозуміти як порушення етичних принципів роботи.

На наш погляд, у ситуації, коли клієнт очікує від психолога певної поради, професійним здається розпитати, що саме клієнт хоче, щоб спеціаліст йому порадив, та розпитати про потреби, які стоять за цим рішенням. Також важливо провести детальний аналіз перешкод, які заважають клієнту самостійно прийняти певні рішення (зазвичай, це неврозогенні особливості) та спонукають до пошуку зовнішніх порад. Наступним кроком може бути планування експериментального для клієнта досвіду зі зміни поведінки [15, с. 194]. При цьому треба виходити з етичних принципів: а саме добровільна участь; дотримання законодавчих норм; інформування про мету, принципи, ризики та можливі наслідки; відсутність загроз: здоров'ю, психічному стану, матеріальному положенню, соціальному та психологічному благополуччю, достоїнству та особистості. В якості прикладу такої експериментальної модифікації поведінки можна навести наступні: більш активно виявляти своє ставлення до певних слів опонента; по-іншому одягатись; по-іншому поводитись у певній ситуації.

5. Діагностика суб'єктивного сприйняття переселенцем психолога на основі диференціалу психосоціального розвитку за В. А. Ільїном. Для здійснення діагностики необхідно, щоб клієнт, за методикою В. А. Ільїна, оцінив себе та психолога, який на-

дає психологічну допомогу. Психолог також має оцінити себе за означеним методом. Спосіб обчислення переоцінки клієнтом психолога (позитивне перенесення) або його недооцінки детально висвітлено в попередніх публікаціях [14; 16]. Для експрес-діагностики можна орієнтуватись на значення оцінювання переселенцем самого себе. Так, до недооцінки терапевта більш схильні клієнти зі значеннями за шкалою компетентність 4,4 бала і менше; до переоцінки – клієнти зі значеннями 4,41 бала і вище.

Також важлива оцінка схожості особистісних рис переселенця та психолога, який з ним працює. На високу ступінь схожості особистісних особливостей переселенця та психолога вказують результати їх самооцінювання за методикою В. А. Ільїна. Орієнтуватись необхідно на значення за шкалою Автономія. Схожість діагностується, коли значення клієнта за шкалою Автономія є більшими на 0,26 (і вище) балів від значень, які отримав психолог при самодіагностиці.

Результати дослідження показують, що психотерапевтичні сосунки у переселенців з позитивним перенесенням на психолога складаються більш оптимально у порівнянні з тими, хто недооцінює консультанта [14, с. 178]. Також більш оптимально розвиваються терапевтичні стосунки, в яких: психолог та переселенець належать до однієї статі, мають схожі особистісні риси за результатами діагностики методом В. А. Ільїна [14, с. 178].

Зважаючи на результати дослідження, важливим є створення на організаційному рівні умов, які будуть сприяти розвитку найбільш сприятливих терапевтичних стосунків переселенця з консультантом. Для цього можливо ще під час телефонної домовленості попросити такого клієнта заповнити за інтернет-посиланням диференціал психосоціального розвитку. Якщо значення клієнта за шкалою Компетентність є нижчими за 4,41 бала, доцільним є створити умови, щоб переселенець працював з терапевтом, який є схожим за статтю, та має нижчі значення (на 0,26 бала) за шкалою Автономія. Доцільним є повторення діагностики під час першої консультації.

Підсумовуючи, отримані в даному розділі результати підтверджують зв'язок деяких симптомів ПТСР з дисоціативним механізмом психологічного захисту (оцінювався на основі ТКС О. Еткінда). Зокрема, збереження актуальності емоцій в зв'язку з травматичною подією корелювало з симптомами уникнення; а намагання підтримувати свій звичний психоемоційний стан, незважаючи на травматизацію, – з симптомами вторгнення. Ці результати підтримують положення про необхідність роботи в напрямі пригадування, повторного переживання та переосмислення травматичних подій (Н. В. Тарабрїна). В якості перспективи подальших досліджень стосовно вивчення зв'язку між ПТСР та дисоціацією, цікавим виглядає можливість застосування Шкали дисоціації (DES) [19, с. 510]. Вивчення вибірки внутрішньо переміщених осіб, які (за результатами IES-R) мають ПТСР, показує, що поряд з цим розладом присутні труднощі у соціальних стосунках (за WHOQOL-BREF), а особливості соціокультурної адаптації відповідають стратегії «сепарація-маргіналізація». Узагальнення наших спостережень показують, що такі переселенці з ПТСР намагаються зберегти психологічний зв'язок з близькими для них людьми, з якими їх об'єднує спільне минуле. Водночас з прагненням зберегти значимий зв'язок пов'язані також потреби у збереженні своїх колишніх соціальних ролей, соціального статусу, самосприйняття. Тобто такі особи «оминули» культурний шок та призупинили процес входження в нове соціальне

середовище. Тому важливим аспектом допомоги є розвиток можливостей для соціальної та особистісної ідентифікації внутрішньо переміщених осіб з представниками приймаючого населення. Одним із представників приймаючого населення може виступати психолог, який надає психологічну допомогу. Для діагностики ідентифікації пропонується застосування психосемантичних методів, які також дозволяють оцінити існування найбільш бажаних умов психологічної допомоги. Отримані емпіричні результати та теоретичні припущення про високий рівень травмування у переселенців зі стратегіями адаптації «сепарація-маргіналізація» та «асиміляція» показують важливість комплексного вивчення особливостей адаптації внутрішніх мігрантів та розробку програм, які будуть сприяти благополучному входженню цієї групи громадян в нове соціальне середовище.

5.3 Форма організації проблемно-орієнтованої психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам та її наповнення: консультування, психологічні вправи, домашні завдання

Основна ідея та мета психотехнології полягає у створенні найбільш сприятливих умов для роботи клієнта над: 1) переосмисленням та переживанням травматичного досвіду; 2) покращенням адаптації до нового соціального середовища. В нашому дослідженні допускалось, що найбільш сприятливими умовами роботи є присутність у переселенця переоцінки психолога (позитивне перенесення) та ідентифікації з психологом, як з представником приймаючого населення. За відсутності позитивного перенесення зі сторони такого клієнта рекомендується здійснити зазначені вище організаційні зміни.

В літературі зазначається, що внутрішньо переміщені особи «заглиблені в проблеми власного виживання» [22].

У зв'язку з цим психологічна допомога часто має екстремальний та короткотривалий характер [22, с. 133–134]. Найбільш адекватним видом роботи в екстремальних та короткочасних умовах виглядає проблемно-орієнтований напрям. Під орієнтацією на проблему розуміється спільне (клієнт та психолог погоджуються у формулюваннях) виділення проблеми, розв'язання якої є можливою за обмежений час [20, с. 482]. Для роботи з екстремальним характером переживань передбачається збільшення інтенсивності роботи та використання технік, спрямованих на зменшення рівня тривожності.

Можна розрізнити наступні *етапи психотехнології*: діагностично-організаційний, інтерпретаційний та корекційний. Перший етап доцільно розпочати ще до початку очних консультацій. Клієнту по електронній пошті надсилається бланк диференціалу психосоціального розвитку, який він має заповнити. При значеннях за шкалою Компетентність 4,4 бала і менше – ми рекомендуємо підбирати клієнту консультанта, який є схожим за ознакою статі та особистісних рис (див. вище). В зазначеному виражається основна організаційна складова цього етапу. Під час діагностичного етапу отримується інформація про ступінь прояву симптомів ПТСР, бачення клієнтом причини травматизації, поточний психоемоційний стан, особливості адаптації на новому місці проживання, присутність ідентифікації з психологом.

На інтерпретаційному етапі психолог має вирішити наступні задачі: 1) визначити, чи може бути поточний стан клієнта зумовлений супутніми соматичними чи психічними захворюваннями і, якщо є підозри, спрямувати на консультацію до профільного лікаря; 2) сформулювати модель, яка пояснює причини порушення; узгодити професійне бачення проблеми з розумінням причин своїх негараздів з боку клієнта; 3) повідомити клієнту тривалість необхідної роботи над проблемою та добитись, щоб клієнт сформулював реалістичне бачення змін, які очікуються в результаті роботи з психологом.

На корекційному етапі відбувається робота над запитом клієнта. Для кращого структурування роботи на початку кожної зустрічі психолог просить клієнта сформулювати, що він очікує отримати від сьогоднішньої роботи. На кожній зустрічі клієнту надається інструкція – говорити про те, що є важливим для нього, самому шукати пояснення стосовно розв'язання проблеми, сумлінно виконувати домашні завдання. Пояснюється, що лише активна участь та готовність приділяти свій час роботі над проблемою дозволять швидко отримати очікуваний результат. Завершення корекційного етапу в запропонованій технології відбувається на основі домовленостей із клієнтом. Під час першої зустрічі психолог пропонує провести три зустрічі, після яких проводиться оцінка міри досягнення поставлених клієнтом цілей. Залежно від того, наскільки цілі досягнуті, приймається рішення про продовження чи зупинку подальшої роботи.

Оскільки емоції та якість життя переселенців часто носять екстремальний характер – прийнято рішення створити умови для більш швидких змін. Для цього розроблена особлива форма надання допомоги, яка включає три елементи: консультування, виконання психологічних вправ, домашні завдання. Очна консультація триває дві години та вміщує: годину консультування і годину виконання психологічних вправ. Консультування носить проблемно-орієнтований характер, що виявляється у наданні інтерпретацій та пояснень з боку психолога, які мають узгоджуватись з загальними очікуваннями від роботи та із сформульованим клієнтом перед зустріччю-запитом на поточну роботу. Консультуючи, психолог використовує активне слухання (прояснює, підтримує, узагальнює, надає емпатійний зворотній зв'язок), здійснює пояснення причин тих чи інших психологічних феноменів.

Психологічні вправи, з одного боку, покликані посилити ефект, який досягнутий під час консультації, та з іншого – спрямовані на роботу із сформульованою проблемою. Виділені в теоретичній частині аспекти травматизації внутрішньо переміщених осіб (первинної до переселення; пов'язаної з культурним шоком та дискримінацією; пов'язаної з розривом значимої прив'язаності), а також складнощі в адаптації до нового соціального оточення, як правило, відповідають проблемам переселенців (як вони вербалізуються в практичній роботі). Також треба зазначити, що провідні особистісні якості зумовлюють особливості в переживанні травми та проявляються в характері адаптації. Тобто при погоджуванні очікувань клієнтів та виборі вправ мають враховуватись провідні особистісні риси: тривожно-унікаючі, емоційно-лабільні, шизоафективні тощо. Психологічні вправи, які застосовуються, можна класифікувати на певні блоки, які спрямовані на вирішення конкретних завдань запропонованої технології.

На початку роботи, для структурування процесу психологічної допомоги, потрібно, щоб клієнт зрозумів, які зміни необхідні для вирішення його проблеми і в якому

напрямі має відбуватись робота. Для цієї мети застосовуються вправи блоку «проекування позитивних змін» [15, с. 189].

Для роботи над переосмисленням та повторним переживанням травматичних подій використовуються техніки блоку «десенсибілізації травматичних спогадів» [15, с. 190]. Перед проведенням технік цього блоку обов'язковим є тестування МКВ Люшера на наявність тривожного стану. При присутній тривозі техніки цього блоку не проводяться. Для зменшення тривоги використовуються вправи блоку «стабілізації психологічного стану» [15, с. 187].

З метою покращення соціальної адаптації використовуються вправи блоку «модифікації поведінки» [15, с. 194].

Домашні завдання даються з метою стимулювання роботи над собою. Такі завдання можуть сприяти переосмисленню травматичних ситуацій та збільшенню рівня саморозуміння, розвивати саногенні навички релаксації тощо [15, с. 194].

Апробація ефективності запропонованої програми здійснювалась нами на основі порівняння результатів тестування за методикою IES-R на початку роботи та через 3–9 зустрічей (тижнів) у запропонованій технології. Якщо на початку роботи середнє значення за Загальною шкалою становило 84 бали, то після роботи – 61 бал. Отримані дані свідчать про успішність запропонованої програми при наданні психологічної допомоги переселенцям з проявами ПТСР. Достовірність відмінностей, у значеннях за шкалою IES-R, наближається до статистично-значимого рівня за критерієм Стюдента для пов'язаних вибірок ($p=0,06$). Через невеликий обсяг вибірки (12 осіб) – доцільним є подальше вивчення ефективності запропонованої технології.

Висновок. Проведене дослідження дозволяє зробити наступні підсумки. В якості теоретичної основи технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним із подолання проявів ПТСР можна використати пояснення цього розладу, як пов'язаного з порушенням інтеграції травматичного досвіду. На рівні теорії розрізняється три різновиди травматизації, яка пов'язана: з травматичними ситуаціями до переселення, які були в основі цього рішення; з травматичним переживанням дискримінації та культурного шоку після переселення, що ймовірно пов'язано з вибором стратегії адаптації за типом сепарації-маргіналізації; з травматичним уявленням про свою колишню соціальну ідентичність, що ймовірно пов'язано із застосуванням адаптації за типом асиміляції. В емпіричному дослідженні отримані підтверджуючі дані стосовно дисоціативної природи окремих проявів ПТСР у переселенців. Також у дослідженні виявлені закономірності, врахування яких може сприяти: розвитку найбільш сприятливих для психологічної допомоги стосунків (позитивне перенесення); покращенню адаптації внутрішньо переміщеної особи (ідентифікація з психологом, як представником місцевого населення). Запропонована діагностична модель дозволяє оцінювати міру прояву ПТСР, ступінь адаптації, важливі для психологічної роботи закономірності. Розроблена психокорекційна складова спрямована на наступні аспекти: уявлення клієнтів про психологічні зміни, які мають відбутись для покращення психологічного функціонування; переосмислення та повторне переживання травматичної ситуації; поведінкові зміни, які сприяють адаптації. Апробація запропонованої програми показує її ефективність у зменшенні проявів ПТСР. Перспективами подальшого дослідження

є розширення проблемних аспектів, на які спрямована розроблена програма. Так, доцільною здається робота з психологічними рисами, які можуть покращити здатність переселенців до адаптації: низький рівень авторитаризму та ригідності, толерантність до невизначеності, готовність до змін (О. Є. Блинова). Також перспективним є подальше вивчення: можливості використання в психологічній допомозі, спрямованій на покращення соціальної адаптації, особливостей ідентифікації переселенця з психологом; ефективності технології, що розробляється.

Список використаних джерел

1. Балусєва О. В., Аракєлова І. О. Дискримінація внутрішньо переміщених осіб в Україні : архетипна природа. *Публічне урядування*. 2016. № 2. С. 48–58.
2. Беляєва Н., Жданова-Неділько О. Організаційно-педагогічні умови адаптації внутрішньо переміщених студентів до університетського середовища. *Витоки педагогічної майстерності* : зб. наук. праць Полтавського націон. педагог. унів. імені В. Г. Короленка. 2016. Вип. 17. С. 29–34.
3. Блинова О. Є. Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: Психологічні науки. 2016. Вип. 3, Т. 1. С. 111–117.
4. Блинова О. Є. Соціально-психологічні засади адаптації вимушених мігрантів. *Актуальні проблеми психології*. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2016. Т. 9, Вип. 9 С. 58–66.
5. Бундало Н. Л., Короленко Ц. П. Диссоціативные нарушения и психологические защиты при хроническом посттравматическом стрессовом расстройстве различной степени тяжести. *Психиатрия*. 2007. Т. 9. С. 73–89.
6. Виртц У., Цобели Й. Жажда смысла: человек в экстремальных ситуациях: пределы психотерапии / пер. с нем. Н. А. Серебренниковой. Москва : Когито-Центр, 2012. 328 с.
7. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху: монографія / Новікова О. Ф. та інш. Київ : НАН України, 2016. 448 с.
8. Дембiцький С. С. Рiвень психологiчного дистресу як показник адаптованостi внутрiшньо перемiщених осiб: динамiка змiн (2016–2018 рр.). *Українське суспiльство : монiторинг соцiальних змiн* : зб. наук. праць. 2018. Вип. 6 (20). С. 372–378.
9. Допомога сiм'ям внутрiшньо перемiщених осiб. *Мережа центрiв соцiальних служб для сiм'ї, дiтей та молодi*: веб сайт. URL : <https://ssm.kiev.ua/допомога-сiм-ям-впо/> (дата звернення: 17.06.20).
10. Дуб В. Г. Адаптація студентів-переселенців до вищого навчального закладу. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Психологія. 2016. Т. 2. Вип. 2. С. 36–40.
11. Карагяур К., Виноградова О., Бондаренко А., Бадер М. Стан інтеграції та соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб в Україні на прикладі Одеської області. *БФ Право на захист*: веб сайт. URL : <http://r2p.org.ua/wp-content/uploads/2019/01/3-Stan-integratsiyi-ta-sotsialnoyi-adaptatsiyi-VPO-v-Ukrayini.pdf> (дата звернення: 17.06.20).

12. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни. *Всемирная организация здравоохранения*: веб сайт. URL : https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf?ua=1 (Дата звернення: 11.06.20).

13. Панов М. С. Теоретико-методологічні засади професійної реадaptaції внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*: збірник наукових праць. 2020. № 1, Т. 3. С. 93–97.

14. Плєскач Б. В., Уркаєв В. С. Суб'єктивний образ спеціаліста та його значення для розвитку психотерапевтичних стосунків з внутрішньо переміщеними особами. *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 3. Вип. 14. С. 153–190.

15. Плєскач Б. В., Уркаєв В. С. Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, спрямованої на подолання травматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2019. Т. 3. Вип. 15. С. 171–206.

16. Плєскач Б. В. Застосування психосемантичних методів для оцінки ідентифікації переселенця зі значимим представником приймаючого населення. *Технології розвитку інтелекту*. 2020. Т. 4, № 2 (27). URL : http://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/504 (Дата звернення: 02.07.20).

17. Плєскач Б. В. Діагностика соціокультурної адаптації, модифікація методики Дж. Беррі. *Стратегічні напрямки розвитку науки: фактори впливу та взаємодії*: матер. міжн. наук. конф. (Т. 2), 22 травня, 2020 рік. Суми: МЦНД, 2020. С. 123–127.

18. Плєскач Б. В. Особливості психотерапевтичних стосунків з вимушено переселеними особами. *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2015. Т. 3. Вип. 11. С. 74–94.

19. Посттравматическое стрессовое расстройство / под. ред. В. А. Солдаткина. Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2015. 624 с.

20. Психотерапевтическая энциклопедия / под. ред. В. Д. Карвасарского. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 944 с.

21. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посібник для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та інші. Київ : Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

22. Савінов В. В. Вплив плейбек-театру на особистість, що переживає наслідки травматичних подій. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : зб. статей за матер. укр.-пол. наук. семінару (Київ, 20–21 червня 2015). Київ : Міленіум, 2015. С. 133–143.

23. Слюсаревський М. М., Блинова О. Є. Психологія міграції: навчальний посібник. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 244 с.

24. Солдатова Г. У., Шайгерова Л. А., Калиненко В. К. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности. Москва : Смысл, 2002. 479 с.

25. Спринська З. В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С. 50–56.

26. Сьомкіна І. С. Соціально-педагогічна робота з сім'ями вимушених переселенців: стан та перспективи. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2015. № 11. С. 102–105.

27. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.

28. Топчий М. В., Чурилова Т. М. Стресс как объект научной рефлексии. Ставрополь : НОУ ВПО СКСИ, 2009. 312 с.

29. Фролов Ю. П. И. П. Павлов и его учение об условных рефлексах. Москва : Биомедгиз, 1936. 239 с.

30. Черепкин Е. С. Диссоциативный подтип посттравматического стрессового расстройства. Разрушение мифов о резистентности. *Новости психиатрии и нейронаук*. 2018. Вып. № 4. С. 177–182. URL: http://smu.psychiatr.ru/wp-content/uploads/2018/05/Psy_Neuro_4-crypt1.pdf (Дата звернення : 05.06.20)

31. Эриксон Э. Детство и общество. Санкт-Петербург : Речь, 2002. 416 с.

32. Berry J. W. (2007) Acculturation strategies and adaptation. In J. E. Lansford, K. Deater-Deckard, and M. H. Bornstein (Eds.), *Immigrant families in contemporary society*. Guilford Press. Pp. 69–82.

33. Oberg K. Cultural shock : adjustment to new cultural enviroment. *Practical anthropology*, 1960. No. 7. Pp. 177–182.

34. WHOQOL-BREF scoring syntax. *University of Washington*: веб сайт. URL : http://depts.washington.edu/seaqol/docs/Wq_bref.txt (Дата звернення : 11.06.20).

РОЗДІЛ VI.

ПСИХОТЕХНОЛОГІЯ З РОЗВИТКУ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ У ПСИХОЛОГІВ/ПСИХОТЕРАПЕВТІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ

6.1. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку

Концептуалізація понять та огляд сучасних досліджень. Серед основних ресурсів та потенцій, які закладені у психіку людини та забезпечують їй стійкість у подоланні стресів, дедалі більшу зацікавленість викликає феномен резильєнтності. Термін «резильєнтність» загалом пов'язаний зі здатністю психіки відновлюватися після несприятливих умов. Дослідження останніх 30 років доводять, що резильєнтність – це багатомірне явище, на яке впливає вік та час, стать та соціокультурне середовище, досвід ранніх дитячо-батьківських стосунків та емоційний інтелект тощо.

Розуміння того, як і яким чином деякі люди здатні вистояти, відновитися і навіть психологічно зрости, зміцніти після складних життєвих негараздів або катастроф, є особливо важливою темою для психологів та психотерапевтів, працівників допоміжних професій. Вивчення особливостей людської спроможності до психологічної позитивної адаптації в несприятливих обставинах може допомогти фахівцям з психічного здоров'я створювати спеціальні психотехнології для психопрофілактики та розвитку резильєнтності, життєстійкості, стресостійкості; розвитку здатності самостійно долати стресові ситуації тощо.

Оскільки термін «резильєнтність» активно впроваджується в психологічну науку, зазначимо, що цей термін увійшов до психологічного лексикону з фізики, де він позначає властивість матерії набувати початкової форми після деформації, отриманої в результаті тиску (опір матеріалів). Отже, типовим прикладом визначення резильєнтності є визначення Ф. Лозеля: резильєнтність – це здатність людини або соціальної системи вибудовувати нормальне, повноцінне життя в складних умовах. Науковець підкреслює, що незважаючи на простоту визначення цього поняття, концепція резильєнтності є набагато ширшою, ніж просто поняття «подолання». Ця концепція передбачає і позитивний результат, який досягається попри високий ризик (наприклад, коли людині доводиться долати багато факторів, що викликають стрес та напругу), і збереження основних властивостей особистості під час небезпеки, і повне відновлення після травмування та досягнення успіху згодом. Додамо також, що багато науковців розглядають процес резильєнтності саме з цієї точки зору: не лише досягнення гомеостатичної рівноваги після травматичних подій, а й вихід із певним «приростом» – вивіщенням функціональних компетенцій (посттравматичне зростання) [4; 39].

Серед досліджень, присвячених вивченню та концептуалізації феномену резильєнтності, наразі окреслились дві тенденції щодо розуміння цього явища. Одна група дослідників схильна визначати резильєнтність як певну характеристику особистості, яка прита-

манна тій або іншій людині (наприклад, J. R. T. Davidson, V. M. Payne, K. M. Connor) [18]. Інші дослідники розглядають резильєнтність як динамічний процес, який змінюється з часом, обставинами (D. Cicchetti, N. Garnezy, S. S. Luthar, A. Masten) [21; 25; 26]. Коментуючи таку розбіжність у підходах щодо визначення резильєнтності, А. Masten радить науковцям застосовувати обережно необхідну термінологію. З метою узгодження понять вона пропонує у тих випадках, коли йдеться про сталу особистісну рису, використовувати термін *resiliency*, а коли досліджується сам процес реагування на стресові події – *resilience* [26]. Вітчизняним науковцям залишається, з огляду на складність перекладу термінів, уточнювати додатково, як розглядається резильєнтність у тому чи іншому дослідженні.

У наших попередніх статтях ми детально проаналізували основні підходи до визначення даного терміна та зробили огляд сучасних досліджень феномену резильєнтності [3], тому в межах даного розділу подамо лише основні серед уживаних у дослідженнях визначення. Ці дефініції охоплюють різні підходи та теоретичні дискурси щодо цього феномену, подаємо їх у таблиці в хронологічному порядку (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Приклади визначень резильєнтності

Автор, публікація	Визначення
Wagnild G. M., Young H. M. (1993) <i>Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. // Journal of Nursing Measurement, # 1, p. 165</i>	Резильєнтність – це персональна характеристика особистості, яка модерує або пом'якшує негативні наслідки стресу і сприяє адаптації.
Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. (2000) <i>The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. – Child development, # 71. – p. 543</i>	Резильєнтність – це динамічний процес, що охоплює позитивну адаптацію в контексті пережитих значних життєвих негараздів.
Connor K. M., Davidson J. R. (2003) <i>Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale. – Depression and Anxiety, # 18. – p. 76</i>	Резильєнтність втілює особистісні якості, які дають змогу людині зростати перед лицем невдач.
Bonnano G. A. (2004) <i>Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? – American psychologist, # 59. – p. 21</i>	Резильєнтність – це складний, багатовимірний і динамічний за своєю суттю комплекс особливостей людини.
Neman R. (2005) <i>APA's resilience initiative. // Professional psychology: research and practice, # 36. – p. 227</i>	Резильєнтність – це здатність людини адаптуватися перед обличчям трагедії, травми, різних негараздів та до постійних життєвих стресорів.
Fergus S., Zimmerman M. A. (2005) <i>Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. // Annual review of Public Health, #26, pp. 399</i>	Резильєнтність – це процес подолання негативних наслідків впливу травмивних подій, успішної боротьби з травмивними наслідками після цих подій та уникнення негативних траєкторій життя та розвитку, що пов'язані з ризиком.

American Psychological Association (2010) <i>The road to resilience. Washington DC.</i>	Резильєнтність – це процес адаптації людини в умовах виснаження, травмування, після трагедій, загроз; за умови перебування в постійних джерелах стресу (наприклад, проблеми в сім'ї та у стосунках, серйозні проблеми зі здоров'ям, постійні стреси на робочому місці та фінансові негаразди).
Bolton K. (2013) <i>The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis. – The University of Texas. – p. 3</i>	Резильєнтність – це гіпотетичний набір захисних факторів, які захищають людину від дезадаптації після стресового впливу.
Masten A. (2014) <i>Ordinary magic: resilience in development. – New York: The Guilford press. – p. 308</i>	Резильєнтність – це здатність (потенційна або проявлена) динамічної системи успішно пристосовуватися до порушень, які загрожують функціонуванню системи, життєздатності або розвитку; позитивна адаптація або розвиток у контексті негативного впливу.

Варто також звернути увагу на ще одне питання концептуалізації феномену резильєнтності – питання узгодження понять, оскільки ми стикаємося з проблемою перекладу цього терміна та його коректного перенесення у вітчизняну психологічну науку. Незважаючи на те, що дослідження проблеми резильєнтності є досить популярними останнім часом у російських і українських дослідженнях, сам термін не лише по-різному перекладається, а й ототожнюється з термінами «стресостійкість», «життєстійкість», «життєздатність». Так, В. Мазілов, А. Махнач, А. Лактіонова, О. Рильська у своїх дослідженнях твердо відстоюють позицію щодо синонімічності понять «резильєнтність» і «життєздатність» [8; 10]. При цьому, як влучно зазначає О. М. Хамініч, контекст терміну «життєстійкість» є «не чутливим до вже знайдених механізмів резильєнтності, а контекст «життєздатність» – надто широкий щодо системних зв'язків резильєнтності на всіх рівнях життєздатності» [11, с. 165]. Адже той зміст, який вкладається у контекст терміна «життєстійкість» (С. Мадді, Д. Леонт'єв та ін.), охоплює значно ширше коло життєвих ситуацій, з якими стикається людина, а саме: смислоутворення, творчі задачі та ситуації виклику і вибору, нестандартні та надситуативні задачі, тому термін «життєстійкість» має розглядатися як феномен, що визначає людину у взаємодії зі світом у цілому [5; 7].

Актуальність і важливість для практики проблеми резильєнтності підтверджується великою кількістю досліджень, які протягом останніх десятиріч збагачують науковий доробок. Ці дослідження прийнято розглядати крізь призму чотирьох хвиль, під час яких змінювались фокус та методологія, поглиблювалося вивчення тих чи інших факторів резильєнтності [33-34]. Більшість досліджень першої хвилі було зосереджено на пошуку та описі тих внутрішніх і зовнішніх резильєнтних якостей особистості, які допомагають їй впоратися та пережити складні життєві ситуації. Друга хвиля досліджень характеризується зміщенням фокусу вивчення та виокремлення захисних фак-

торів до дослідження процесів досягнення резильєнтності. Третя хвиля досліджень зосереджувалася на розширенні уявлень про резильєнтність як динамічний процес, який допомагає людям у знаходженні та підтримці власної траєкторії розвитку до позитивної адаптації і відновлення. Четверта хвиля характеризується ще більшим між-дисциплінарним взаємопроникненням. Дослідники досягли консенсусу щодо визначення резильєнтності як багатовимірної концепції, яка має не лише суто психологічні виміри, але й біологічні фактори та фізіологічні особливості (К. Bolton, 2013; G. Richardson, 2002; A. Masten, 2014).

Наразі науковці продовжують досліджувати та формулювати теоретичну, емпірично доказову базу концепції резильєнтності (A. Masten, 2014; К. М. Connor, J. R. Davidson, 2003; G. Richardson, 2002; D. Nemeth, 2018; S. Southwick, 2016 та багато ін.). Вже створено велику емпіричну базу досліджень цього феномену, а також теоретико-методичні моделі з детальним описом практичного застосування (G. Richardson 1990, 2002; A. Masten 2014; К. Bolton 2013; S. Southwick, D. Charney, 2016 та ін.); виявлено значні кореляційні зв'язки між резильєнтністю та різними резильєнтними факторами особистості (M. Rutter, 1985; К. Bolton, 2013; O. Hjemdal, O. Friborg, 2006; A. Masten, 2014). Зазначимо, що останнім часом з'являється дедалі більше досліджень з вивчення ранніх етапів розвитку дитини у зв'язку із важливими механізмами, які закладаються в ранньому віці та відіграють важливу роль у функціонуванні дорослої людини (J. Bowlby, 1980; M. Main, 1985; M. Rutter, 1985 та ін.).

Отже, підсумовуючи викладені теоретичні міркування, можна описати феномен резильєнтності через наступні положення. Резильєнтність – це, насамперед, біопсихосоціальне явище, яке охоплює особистісні, міжособистісні та суспільні переживання, і є природним результатом різних процесів розвитку протягом певного часу. Вона загалом пов'язана зі здатністю психіки відновлюватися після несприятливих умов і залежно від фокусу та предмета дослідження може розглядатися і як певна характеристика особистості, притаманна тій або тій людині, і як динамічний процес змін. Резильєнтність залежить від багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів. Останнім часом з'являється все більше досліджень, що поглиблюють розуміння формування ресурсу резильєнтності, пов'язаної з характером якості ранніх дитячо-батьківських стосунків і типом/стилем прив'язаності. Резильєнтність відіграє першочергову роль у здатності та формуванні посттравматичного стресового зростання особистості.

Теоретична модель резильєнтності. Більшість науковців схильні розглядати теоретичну модель резильєнтності за допомогою трьох центральних конструкцій: фактори ризику; захисні фактори (фактори резильєнтності); фактори вразливості [14; 33]. Захисні (резильєнтні) фактори та фактори вразливості – це певні властивості (характеристики) особистості та ресурси навколишнього середовища, які впливають на позитивну чи негативну реінтеграцію особистості після впливу стресових подій, тобто на резильєнтність або дезадаптацію [33]. Науковці описують їх на суспільному (на рівні громади), родинному та індивідуальному рівнях. Так, наприклад, лояльне ставлення до епізодів булінгу або насильства у школі з боку відповідальних осіб, дорослих може класифікуватися як фактор вразливості, тоді як створення екологічного, комфортного і вихованого середовища в школі буде яскравим прикладом захисних, резильєнтних

факторів на суспільному рівні. Сімейний вплив може бути фактором вразливості при алкоголізмі у батьків, наявності опікунів, психічно хворих батьків тощо, тоді як чуйний догляд батьків та надійна сформована прив'язаність може бути важливим захисним фактором для резильєнтності особистості. На індивідуальному рівні можна розглядати таку характеристику, як відповідальність або самоефективність у якості захисного фактору і, навпаки, низький рівень самоефективності як фактор вразливості.

Наразі існує багато досліджень щодо захисних факторів, які формують індивідуальну резильєнтність. Ми зауважили, що в літературі переважно описуються і досліджуються захисні фактори, ніж, наприклад, фактори вразливості. Також термін захисні фактори часто застосовується взаємозамінно з іншими термінами, в т. ч. «захисні механізми», «позитивні характеристики особистості», «резильєнтні фактори» тощо. Достеменно вивченими з них є наступні: емоційний інтелект, наявність позитивних стосунків з оточенням, адекватна самооцінка, впевненість у своїй ефективності, розуміння сенсу та цінності життя і професійної діяльності тощо. У наших попередніх статтях ми подаємо детальний перелік резильєнтних факторів із віковими особливостями їх формування [3]. Водночас вважаємо актуальними дослідження таких резильєнтних факторів, як характер ранніх дитячо-батьківських стосунків та тип (стиль) прив'язаності, які опишемо детальніше у наступному підрозділі.

Отже, теоретичну модель резильєнтності, прийняту в нашому дослідженні, можна представити у вигляді динамічної моделі, яка складається з чотирьох послідовних фаз: конфронтація з факторами ризику (з травмивними подіями); активація захисних факторів та факторів вразливості; взаємодія між захисними факторами та факторами вразливості; створення резильєнтності або вихід у дезадаптацію (рис. 6.1).

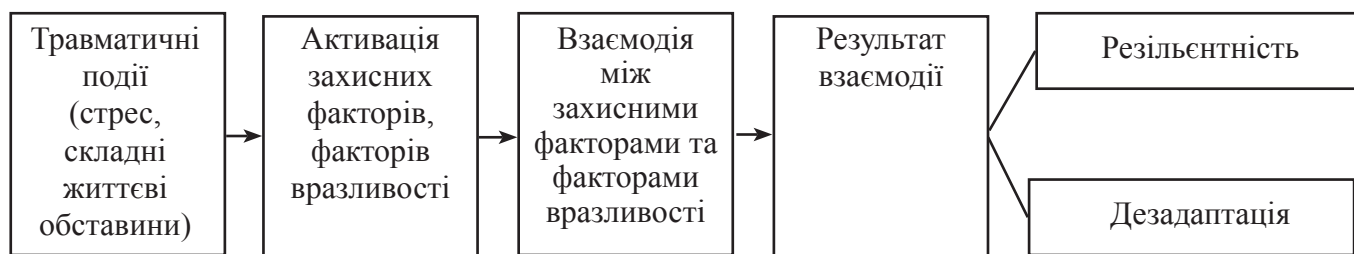


Рис. 6.1. Модель резильєнтності.

Запуск процесу резильєнтності зазвичай починається з моменту порушення так званого біопсиходуховного гомеостазу людини під впливом різних травмивних факторів. При цьому «біопсиходуховний гомеостаз» (термін, запроваджений G. Richardson) – це той стан людини, за якого вона фізично, психологічно та духовно пристосувалася до тих обставин, які склалися в її житті на певний момент часу (при цьому вони можуть бути як добрими, так і поганими) [14; 33]. Іншими словами, це адаптований стан людини, в якому вона перебуває (інколи його позначають як «зона комфорту»). Тут варто зазначити, що «зона комфорту» в даному випадку означає лише ситуацію/позицію, до якої людина пристосувалася, вона для неї є знайомою чи звичною, навіть якщо ця позиція не є комфортною. Отже, після впливу травмивних подій і порушення «біопсиходуховного гомеостазу» активується комплекс захисних факторів. На цьому

етапі відбувається ідентифікація цих факторів та перевірка їх наявності. Протистояння травмічним факторам спричиняє наступну фазу – взаємодію між захисними факторами та факторами вразливості. За визначенням К. Bolton, взаємодія цих факторів є складним багатовимірним процесом, який відрізняється протягом життя залежно від обставин та стану людини, що опинилася в стресових (травмічних) обставинах [14]. І саме ця взаємодія спричиняє завершальну фазу, на якій відбувається або не відбувається реінтеграція (тобто відновлення). Наприклад, якщо людина має достатній набір захисних факторів, які ефективно протистоять факторам ризику і нейтралізують фактори вразливості, то результатом цієї взаємодії буде резильєнтність (реінтеграція), а якщо у людини бракує захисних факторів, то наслідком може бути її подальша дезадаптація.

Важливо також зазначити, що подана лінійна модель резильєнтності відображає лише одну подію, описує певний окремий процес, що спричиняє (або не спричиняє) резильєнтність, а з кожним новим життєвим викликом цей процес повторюється. Водночас у житті кожної людини існує безліч як руйнівних, так і реінтеграційних можливостей для зростання, які можуть відбуватися одночасно. Процес створення резильєнтності може відбутися за лічені секунди, а може потребувати багато років, щоб адаптуватися до травмічних подій і реінтегруватися.

Стиль прив'язаності як фактор резильєнтності. Як ми зазначали вище, окрему увагу серед сучасних досліджень резильєнтних факторів заслуговують дослідження факторів, пов'язаних із якістю ранньої прив'язаності. Тісна прив'язаність, яка формується у віці немовляти, відіграє велику роль у процесах створення системи ефективних психічних захистів у дитини [1]. За даними довготривалих аналітичних досліджень, саме чинник надійної прив'язаності стимулює розвиток і вдосконалення просоціальних моделей поведінки. Тим самим надійна прив'язаність забезпечує стабільність дитячої психіки та її здатності опиратися негативним стресовим факторам, тобто формує основи резильєнтності.

Так, у своїх дослідженнях захисних факторів резильєнтності особистості М. Rutter виявив, що наявність безпечних стосунків між дитиною та хоча б одним із батьків підвищує самооцінку дитини, і саме це, ймовірно, має захисний ефект і закладає основи резильєнтності [35]. Подальші дослідження емоційної стабільності дітей, а також їхньої здатності долати стресові психічні навантаження, тобто резильєнтності, одночасно підтверджують, що попри негативні впливи діти залишаються і надалі психологічно здоровими та стресостійкими завдяки цій «надійній» особі, котра здатна перешкодити декомпенсації їхньої психіки в умовах стресу [1; 19; 40]. Дослідження D. Nemeth та T. W. Olivier вибірки постраждалих від урагану Катріни (2005 рік, штат Луїзіана) показали, що люди, евакуйовані разом із близькими, навіть із домашніми тваринами, набагато легше й скоріше адаптувалися до нових умов тимчасового перебування в спеціальних таборах, а згодом подолали травмічні події і повернулися до нормального життя «без ушкоджень», ніж ті, яких евакуювали поодиночки, без партнерів та людей з близького кола [29].

Група науковців під керівництвом О. С. Калмикової виявила, що ненадійні типи прив'язаності (занепокоєння, уникання) мають значимі взаємозв'язки з проявом психопатологічних (у тому числі посттравматичних) симптомів. Тим самим було доведе-

но взаємозв'язок типу якості прив'язаності людини з її здатністю протистояти стресогенним та психотравмівним подіям у житті [2].

Дослідження, які базуються на теорії прив'язаності, довели, що система стилів прив'язаності дорослих, маючи глибоко індивідуальний контекст, базується на трьох джерелах: ранні дитячо-батьківські стосунки (з початком у пренатальному періоді); стосунки з однолітками в підлітковому віці (переважно романтичні); актуальні стосунки прив'язаності в дорослому віці [15; 19; 24]. З огляду на це, починаючи з 1980-х років, дослідження стилів прив'язаності перейшли в площину досліджень прив'язаності близьких стосунків дорослих людей. Зокрема вже відомо, що подібні емоційні зв'язки простежуються і в процесі близьких стосунків між дорослими людьми, маючи такі самі особливості, як у дитини з матір'ю [23; 24]. При цьому, як зазначають автори дослідження, емоційний зв'язок між дорослими людьми, на противагу до прив'язаності немовляти до матері, має симетричний характер: обидва дорослих є джерелом відчуття безпеки та комфорту одне для одного. Тому науковці емпіричним шляхом виокремили інакші, але схожі з виділеними у ранньому дитячому віці, стилі прив'язаності – надійний та ненадійний, до якого відносяться такі типи, як занепокоєння та уникання [13; 19; 24; 40].

Наразі науковий доробок у цьому контексті поповнюється новими результатами досліджень щодо особливостей прив'язаності в дорослому віці та їхнього зв'язку з різними психологічними проявами та симптомами. Зокрема, у своїх дослідженнях R. G. Moulder та J. J. Hunter розглядають три можливі механізми впливу стилю прив'язаності на виникнення психосоматичних та психічних захворювань. Ненадійна прив'язаність, за їхніми даними, призводить до порушення процесу регуляції стресу, застосування зовнішніх регуляторів афекту та нехтування захисними видами поведінки [27]. R. E. Taylor, T. Marshall та A. Mann дослідили, що люди з небезпечними типами прив'язаності (уникання, тривожність) набагато частіше, ніж люди з надійним стилем прив'язаності, жалілися на незрозумілі з медичної точки зору симптоми. Так само масштабні лонгітюдні дослідження довели, що небезпечні стилі прив'язаності збільшують рівень сприйняття стресу та можуть впливати на інтенсивність і тривалість фізіологічної реакції на стрес [20; 38].

Отже, сформований тип/стиль прив'язаності впливає на психологічну стійкість людини щодо психічної травми, психосоматичних і психічних симптомів. За визначенням відомого американського психолога Дж. Ардена, надійна прив'язаність, сформована у дитинстві, слугує найкращим «термостатом» для регулювання стресу і показником резильєнтності людини.

6.2. Діагностичні процедури дослідження резильєнтності та її основних факторів. Результати апробації

Дослідження як методів діагностики, так і характеристик резильєнтності психологів/психотерапевтів тривало протягом 2019 року. Модель діагностичного етапу дослідження складалася з наступних процедур: підбір та обґрунтування психодіагностичних методик; апробація системи діагностичного інструментарію та обґрунтування її доцільності; інтерпретація отриманих даних, висування гіпотез щодо мішеней психотерапевтичного впливу. В результаті до комплексу психодіагностичних

процедур увійшли методики, які показали свою ефективність. Зокрема, було застосовано:

(1). Шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона CD-RISK-25 (К. Connor, J. Davidson, 2003). За визначенням науковців, саме ця шкала є найбільш чутливою для виявлення показників ефективності психотерапевтичних і тренінгових процедур для розвитку резильєнтності. Також ця шкала вважається найбільш адекватною у виявленні повного конструкту резильєнтності [17]. Зазначимо, ми отримали офіційний дозвіл на застосування цієї методики від її авторів (Kathryn M. Connor, M. D. від 06.06.2019). Результати апробації шкали довели доцільність її застосування на вітчизняній вибірці.

(2). Питальник «Резильєнтні фактори особистості» (К. Bolton, 2014). Методика спрямована на визначення резильєнтних факторів та факторів ризику особистості за наступними шкалами: позитивний погляд на життя, самостійність, альтруїзм, турбота про себе, самосприйняття, усвідомлення смислів, цілеспрямованість, досвід долаття труднощів, досвід близьких стосунків. Варто зазначити, що при всій цінності отриманих показників, процедури ретестової надійності та конвергентної валідності цієї методики ще в процесі, тому ми з обережністю будемо посилались на результати, отримані за даною методикою. Водночас первинна апробація методики показала, що частина респондентів розглядає як незрозумілі шкали «альтруїзм» та «усвідомлення смислів».

(2). «Досвід близьких стосунків». З метою виявлення взаємозв'язку типів прив'язаності з рівнем розвитку резильєнтності у психологів, психотерапевтів доцільно застосовувати питальник «Досвід близьких стосунків» (ECR) (К. Бренан, С. Кларк, Ф. Шейвер) [16; 6]. Методика спрямована на вивчення особливостей емоційної прив'язаності людини у стосунках з близькими людьми. Доцільність використання даної методики обґрунтована тим, що методика є адаптованою, її можна застосовувати як окрему (основну) методику дослідження, так і в складі батареї методик.

(3). «Опитувальник SACS (С. Хобфол)». Особистісний опитувальник SACS було застосовано для вивчення стратегій і моделей копінг-поведінки як типів реакцій особистості для долаття стресових ситуацій. Доцільність використання даної методики обґрунтована, тому що, по-перше, стратегії та моделі копінг-поведінки є визнаним корелятом резильєнтності; по-друге, методика має значне поширення серед науковців, що дає змогу порівнювати результати та стандартизувати її застосування [9].

(4). Авторський питальник «Особливості моєї психологічної/психотерапевтичної роботи з постраждалими» (Г. П. Лазос, 2019) розроблено з метою збору загальної інформації про фахівців (вік, стаж, спеціалізація, відвідання супервізійних груп, проходження власного психотерапевтичного досвіду тощо), діагностики актуального стану фахівців, виявлення специфічних факторів, які впливають на резильєнтність фахівців та особливості ресурсної підтримки.

Математична обробка даних здійснювалась за допомогою комп'ютерного пакета статистичних програм SPSS (версія 22). Для статистичної обробки та аналізу даних використовувались методи описової статистики, кореляційний аналіз, однофакторний аналіз ANOVA.

Вибірка. У дослідженні брали участь 70 фахівців (психологи, психотерапевти, травматерапевти) жіночої статі, різного віку та досвіду роботи ($n=70$). На основі отрима-

них статистичних даних можна схарактеризувати вибірку наступним чином. По-перше, більшість фахівців, які працюють із наслідками травмування у постраждалих, є жінками середнього віку (від 30 до 65 років, 50 % вибірки відносяться до групи «40–50 років») зі стажем роботи за спеціальністю «психолог» понад п'ять років і більше (середній стаж 12 років). Переважна більшість психологів отримали додаткову освіту по роботі з травмою (68 %), тоді як 17 % фахівців такої освіти не мають і 15 % наразі в процесі навчання. Більшість психологинь/психотерапевток з нашої вибірки працюють з військовослужбовцями (ветеранами АТО, військовими), меншість – з тимчасово переселеними особами. Цікавими є дані щодо отримання фахівцями власного досвіду та постійної супервізійної підтримки: більшість опитаних фахівчинь не мають досвіду опрацювання своїх переживань шляхом власної психотерапії (72 %), такий досвід мають лише 28 %. Порівняно з дослідженням, яке проводилося у 2015–2017 роках, показники змінилися несуттєво (не мали досвіду 77 %, мали 23 %) [4].

Розглянемо спочатку основну симптоматику фахівців, асоційовану з ознаками ВТСП (вторинний травматичний стресовий розлад), які з'явилися через надання допомоги різним категоріям постраждалих.

Таблиця 6.2.

Симптоматика, асоційована із ВТСП

Емоційні труднощі	Когнітивні труднощі	Соціальні труднощі
Тривожність 85 %	Проблеми із запам'ятовуванням, концентрацією уваги 71 %	Порушення особистих меж 75 %
Складнощі у заспокоєнні 67 %	Проблеми толерування невідомого 63 %	Проблеми з довірою у стосунках 67 %
Коливання настрою 79 %	Проблеми з прийняттям рішень 69 %	Складність в отриманні допомоги 69 %
Низька толерантність до фрустрацій 60 %	Ознаки бінарного та ригідного мислення 64 %	Імпульсивність 54 %
Гіперсенситивність до незначного стресу 70 %		Агресивність 78 %
Пригнічення інтенсивних переживань (позитивних/негативних) 86 %		Уникнення проблем 61 %

Коментуючи подану таблицю, зазначимо, що до неї потрапили лише ті симптоми/групи симптомів, які мали більше, ніж 60 % представлення серед групи опитуваних. За S. W. Porges, ці симптоми можуть розглядатися як ознаки травмагенезу, вказуючи на глибші джерела їх формування в біографічному контексті, а також означати знижений рівень індивідуальних адаптаційних механізмів і резильєнтності [32].

Перейдемо до розгляду питання щодо визначення рівня резильєнтності у фахівців, які брали участь у нашому дослідженні. Вітчизняні фахівці мають загалом середній рівень розвитку резильєнтності з тенденцією до її збільшення ($M = 70,09$, $SD = 12,805$).

При цьому важливо зазначити, що отримані дані повністю співвідносяться з даними (показниками) авторів методики К. Connor, J. Davidson. Це дає змогу надійніше покладатися на коректність адаптації методики на українській вибірці та отримані за її допомогою показники.

Таблиця 6.3.

Рівні розвитку резильєнтності

	Рівні розвитку			
	<i>високий</i>	<i>середній</i>	<i>низький</i>	<i>дуже низький</i>
Рівень резильєнтності	37,1	42,9	20,0	0,0

Незважаючи на відсутність у респондентів дуже низького рівня показників резильєнтності, отримані результати щодо розподілу за рівнями її розвитку – 20 % низьких показників у групі – свідчать про наявність певних проблем серед фахівців. Зазначимо, що за результатами попередніх досліджень саме 20 % фахівців, які приєдналися до волонтерської психологічної допомоги на початку 2014 року, емоційно вигоріли і залишили не тільки роботу, а й професію [4]. Додамо також, що на рівні тенденції вдалось виявити наступне: чим старшим є фахівець, тим нижчим є його показник рівня резильєнтності ($p < 0,05$). Імовірно, середній та старше середнього вік фахівців, відсутність постійної супервізійної підтримки та недостатня кількість годин власного досвіду опрацювання життєвих проблем чи конфліктів так само вплинули на отримані показники низького рівня резильєнтності.

Автори діагностичної методики К. Connor, J. Davidson не радять проводити додаткові методи оцінювання. Водночас можна загально оцінити відповіді респондентів з оцінювання певних факторів резильєнтності, закладених у саму методику, і таких, які мають найбільше представлення у респондентів нашої вибірки. Передусім звертає на себе увагу такий фактор, як наявність безпечних стосунків – «тісна, захищена прив'язаність до інших осіб». Цей фактор разом із фактором застосування ефективних копінг-стратегій отримали максимальні бали у відповідях за шкалою CD-RISK (65 % та 68 % відповідно). З огляду на виявлені важливі фактори резильєнтності для психологів, психотерапевтів, розглянемо результати наступної методики, яка прицільно досліджує якість прив'язаності фахівця до його близького оточення.

Перш ніж перейти до розгляду отриманих даних, зазначимо наступне. Конструкт прив'язаності в дорослому віці коректніше розглядати у вигляді двофакторної моделі, в якій типи прив'язаності формуються завдяки поєднанню ступеня занепокоєння з приводу стосунків прив'язаності та ступеня уникання стосунків прив'язаності [13; 23]. К. Bartholomew, L. M. Horowitz визначають занепокоєння у стосунку як стан, пов'язаний зі страхом бути покинутим близькою людиною, уникання – зі ступенем дискомфорту, який відчуває людина від психологічної близькості з партнером. Поєднання низьких показників занепокоєння з приводу близьких стосунків та їх уникання властиве надійному стилю прив'язаності. У будь-якому разі високі показники уникання або занепокоєння вказують не лише на ненадійну прив'язаність, а й, як свідчать сучасні дослідження, корелюють з такими симптомами та характеристиками особистості, як депресія, тривожність, відчуття самотності, психосоматизація тощо [13].

Отримані результати оцінки основних статистичних параметрів тесту за методикою «Досвід близьких стосунків» представимо в таблиці.

Таблиця 6.4.

Описові статистики за типами/стилями прив'язаності за методикою «Досвід близьких стосунків» (N=70)

Субшкала	M	SEM	SD	Sk.	SE _{Sk}	Ku	SE _{Ku}
Уникання	41,74	1,303	10,905	,557	,287	-,071	,566
Занепокоєння	41,83	1,594	13,335	,491	,287	-,085	,566

Примітка. M – середнє арифметичне, SEM – стандартна похибка середнього, SD – стандартне відхилення, Sk. – асиметрія, SE_{Sk}. – стандартна похибка асиметрії, Ku. – ексцес, SE_{Ku}. – стандартна похибка ексцесу.

Нагадаємо, що до нашої вибірки потрапили фахівці тільки жіночої статі, і порівняння отриманих показників із показниками загальної жіночої європейської вибірки свідчить про наступне: респонденти з нашої вибірки мають майже однакові показники за субшкалою «Занепокоєння» і нижчі, ніж середні показники, за субшкалою «Уникання». Виявлені відмінності можна пояснити передусім через призму професійної діяльності. Імовірно, уникання стосунку включає в себе певну відчуженість та застосування механізмів захисту, адже ризик «інфікуватися» стражданнями і болем клієнтів несе в собі небезпеку і професійні ризики для фахівчинь. Нейтральна позиція є тут не лише професійним елементом, а й безпечною стратегією. Більше того, імовірно, такі показники можуть бути пояснені віковою особливістю. Незважаючи на те, що середні показники за двома субшкалами є майже однаковими, результати за субшкалою «Занепокоєння» показали вагомні кореляційні зв'язки з віком фахівців. Результати кореляції за Пірсоном доводять виражений позитивний статичний зв'язок між віком та типом прив'язаності «занепокоєння» ($r = ,332, p < 0,01$), а саме: чим вищий вік, тим більше відчувається занепокоєння у стосунку. Імовірно, досвід близьких стосунків, безпосередньо сам вік фахівців (середній вік – 45 років) більше викликають занепокоєння як від самого стосунку, так і щодо партнера в цьому стосунку. Актуалізація страху бути відчуженим у стосунку, що є суттю стилю прив'язаності занепокоєння, може також бути пов'язана як із можливою безпосередньою втратою партнера (хвороба, вік тощо), тривалою або актуальною сепарацією з уже дорослими дітьми, відсутністю отримання повноцінного власного досвіду опрацювання сепараційних та травматичних подій у власному житті, так і зі специфікою роботи, під час якої відбувається контакт з різними категоріями постраждалих, з їхніми травматичними історіями та історіями втрат. Оскільки вибірка складається з професійних психологів/психотерапевтів, страхи, пов'язані зі втратою стосунку та можливістю бути покинутим (у т. ч. клієнтом), є постійно актуальними і мають бути опрацьованими протягом професійної підготовки та набуття досвіду роботи.

Перейдемо до розгляду наступного важливого фактору, який впливає на рівень резильєнтності, – ефективні копінг-стратегії. За С. Хобфолом, залежно від ступеня конструктивності копінг-стратегії і моделі поведінки можуть сприяти або не спри-

яти успішності подолання професійних стресів, так само як і впливати на збереження здоров'я та здорової робочої атмосфери в колективі. Науковці довели, що «здорове» подолання стресу є активним і просоціальним (Adler, 1939; Erickson, 1968; Sullivan, 1953). Активне подолання разом із позитивним використанням соціальних ресурсів підвищує стресостійкість людини (Hobfoll, Lerman, 1989). Розглянемо результати, отримані на нашій вибірці (див. табл. № 6.5).

Таблиця 6.5.

Описова статистика моделей подолання за методикою «SACS» (N=70)

	M	SD	Min	Max
Асертивні дії	18,85	2,707	13	25
Вступ до соціального контакту	22,85	2,568	16	27
Пошук соціальної підтримки	24,79	4,559	16	41
Обережні дії	19,79	3,849	6	26
Імпульсивні дії	18,73	2,181	14	24
Уникнення	17,15	3,060	9	23
Непрямі дії	16,42	3,099	8	22
Асоціальні дії	12,88	3,444	7	22
Агресивні дії	15,13	3,185	9	23

Примітка. M – середнє арифметичне, SEM – стандартна похибка середнього, SD – стандартне відхилення, Sk. – асиметрія, SESk. – стандартна похибка асиметрії, Ku. – ексцес, SEKu. – стандартна похибка ексцесу.

Так, аналіз отриманих даних показує, що по вибірці в цілому найбільший рівень оцінки отримала така модель поведінки подолання стресу, як «пошук соціальної підтримки» (M = 24,79; SD= 4,559). Це, своєю чергою, кореспондується з даними, отриманими за методикою «CD – RISC» Коннора-Девідсона. Особливості цього типу стратегії полягають у тому, що вона, по-перше, належить до просоціальних і активних стратегій подолання стресу, визначається як ефективний тип копінг-стратегій; по-друге, отримані показники вказують на високий рівень прояву копінг-стратегій. Важливо, що фахівці допоміжних професій вміють і використовують такі моделі поведінки для профілактики та, у разі необхідності, при доланні стресових ситуацій в актуальному житті, і відповідно можуть навчити їх використанню інших (клієнтів, пацієнтів).

На другому місці опинилась модель поведінки «вступ до соціального контакту» (M = 22,85; SD = 2,568), що теж належить до групи просоціальних стратегій подолання стресу і має показники середнього рівня прояву копінг-стратегій. Третє місце посідає пасивна стратегія подолання «обережні дії» (M = 19,79; SD = 3,849), яка так само має показники середнього рівня прояву. Імовірно, загальний по вибірці середній рівень резильєнтності пов'язаний також і з використанням неефективної стратегії «обережності». З одного боку, професія психолога, психотерапевта, особливо при роботі з травмою, характеризується аналітичністю, обережністю та неспішністю. Фахівці мають бути підготовленими та заспокоєними перед початком роботи. Водночас, якщо ця

стратегія подолання стресу зберігається і в актуальному житті, коли необхідно реагувати активно і вчасно, то вона не сприяє ефективному подоланню стресу.

Найменші показники та найнижчий ступінь прояву отримали такі моделі копінг-поведінки, як «асоціальні дії» ($M=12,88$; $SD=3,444$) та «агресивні дії» ($M=15,13$; $SD=3,185$). Це, відповідно, доводить професійність і зрілість фахівчинь з досліджуваної вибірки.

Коментуючи загалом використання копінг-стратегій серед фахівців з досліджуваної вибірки, можна зауважити наступне: найвищі рівні прояву отримали активні та просоціальні стратегії; пасивні стратегії («непрямі дії», «уникнення»), прямі стратегії («імпульсивні дії») мають показники середнього рівня прояву; непрямі стратегія («маніпулятивні дії») та асоціальні – «асоціальні дії», «агресивні дії» – відповідно мають загалом по вибірці найменший рівень прояву.

Результати статистичної обробки даних щодо зв'язку між рівнем резильєнтності, досвідом близьких стосунків та використанням різних моделей копінг-поведінки показують прямі і зворотні статистично значущі зв'язки між різними факторами. Розглянемо докладніше основні виявлені зв'язки. Рівень резильєнтності виявився пов'язаним із такими факторами, як тип прив'язаності («уникання близьких стосунків», «занепокоєння»); модель копінг-поведінки («асертивні дії», «вступ до соціального контакту»). Так, за вибіркою в цілому визначено, що існує зворотний статистично значущий зв'язок між рівнем резильєнтності фахівця та типом прив'язаності «уникання близьких стосунків» ($r=-406$, $p<0.001$) і типом «занепокоєння» у стосунку ($r=-291$, $p<0.05$). Отже, можемо констатувати, що такі ненадійні стилі прив'язаності у стосунку в дорослому віці знижують загалом рівень резильєнтності фахівця, тобто чим більшими є показники цих стилів, тим нижчим є показник рівня резильєнтності. При цьому також виражений статистично вагомих позитивний зв'язок між визначеними двома стилями прив'язаності ($r=238$, $p<0.05$). Це свідчить про те, що підвищення показників «занепокоєння» у стосунках підвищує, що є цілком зрозумілим, рівень «уникання близьких стосунків». «Уникання» як тип прив'язаності виявився найбільш чутливий до показників рівня резильєнтності, що ще раз підтверджує важливість стосунку та можливості соціального контакту під час стресових подій у житті. Виявлені результати підтверджують гіпотезу про важливість набуття надійної прив'язаності у стосунку, який формується з ранніх років життя людини, що є в її подальшому розвитку надійним захисним фактором подолання стресу та сталої резильєнтності.

Щодо виявленого статистично вагомого зв'язку між застосуванням ефективних копінг-стратегій з боку фахівців та рівнем резильєнтності, то результати виявилися цілком очевидними: чим вищими є показники моделей копінг-поведінки «асертивні дії» ($r=614$, $p<0.001$) та «вступ до соціального контакту» ($r=257$, $p<0.05$), тим вищим є рівень резильєнтності. Отримані дані підтверджують результати відомих досліджень (С. Хофбол, С. Лерман та ін.).

Коментуючи решту виявлених статистично значущих зв'язків, можна зазначити наступне. Пасивна стратегія копінг-поведінки «уникнення» має зворотний зв'язок з «асертивними діями» ($r=-302$, $p<0.01$) та «вступом до соціального контакту» ($r=-287$, $p<0.05$) – чим вищими є показники асертивності в поведінці та безпосереднього вступу до соціального контакту, тим нижчими є показники «уникнення». Водночас, чим

вищими є показники копінг-поведінки «пошук соціальної підтримки» ($p < 0.01$), тим нижчими є показники «агресивних дій» ($r = -0.428$, $p < 0.001$) та «уникання» прив'язаності у стосунках ($r = -0.395$, $p < 0.01$). Очікуваним і таким, що не потребує додаткового пояснення, виявився виражений позитивний зв'язок між такими моделями копінг-поведінки, як «уникнення» та «непрямі дії» і «асоціальні дії»; між «асоціальні дії» та «агресивні дії»; «імпульсивні дії» мають позитивний зв'язок із «асоціальними діями» та «агресивними діями», а також пов'язані з таким типом прив'язаності, як уникання у стосунках; чим вищими є показники «агресивних дій», тим вищими показники такого типу прив'язаності, як занепокоєння.

Отже, як бачимо з наведених даних, фахівці з досліджуваної вибірки мають загалом середній рівень розвитку резильєнтності з тенденцією до її збільшення. Водночас 20 % фахівчинь мають низький рівень резильєнтності, що унаочнює проблему, пов'язану зі збереженням психологічного здоров'я у фахівців допоміжних професій. Рівень резильєнтності взаємопов'язаний із такими факторами, як стиль/тип прив'язаності (чим вищими є показники ненадійної прив'язаності, тим нижчими є показники рівня резильєнтності), а також із застосуванням активних та просоціальних стратегій копінг-поведінки («асертивні дії», «вступ до соціального контакту»), які підвищують її рівень. Також визначилася наступна тенденція зв'язку показників резильєнтності з віком: чим старшими за віком є фахівці, тим нижчими є показники резильєнтності, тим вищими є показники занепокоєння в стосунках, тим менше фахівці користуються такою моделлю копінг-поведінки, як уникнення. Отримані результати дозволяють виділити наступні мішені втручання, які покладено в основу створення психотехнології: підсилення захисних факторів резильєнтності через психотерапевтичну роботу з ненадійними типами прив'язаності (уникання, занепокоєння), навички застосування ефективних копінг-стратегій долаття стресу та підвищення асертивності.

6.3. Стратегії, принципи та засоби психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності у фахівців – психологів/психотерапевтів

Створення психотехнологій так само, як і розроблення досліджень з резильєнтності, базується на ухваленій науковцями теоретичній моделі резильєнтності. Розглянемо стисло приклади ефективних психотехнологій резильєнтності, які розробили науковці та практики на основі вже описаних моделей і теоретичних конструктів резильєнтності. Це допоможе не лише осягнути багатомірність та спрямованість різних підходів, а й надасть повну картину щодо практичних підходів у цьому контексті.

Авторська програма відбудови резильєнтності S. Southwick та D. Charney охоплює різні рівні: індивідуальний, груповий (сімейний), колегіальний (робота, колеги, кар'єра), громадський. Так, на індивідуальному рівні вони пропонують наступні мішені для впливу: підтримка оптимізму; опрацювання страхів; формування стійкого морального компасу; опанування релігійних та духовних практик; надання та прийняття соціальної підтримки; розумовий, емоційний, фізичний тренінг; підвищення емоційної та когнітивної гнучкості; знаходження сенсу життя та цілей зростання. Так само автори

пропонують психотехнічні методи впливу на основі еклектичної моделі психотерапії та тренінгу. Наприклад, одне з найважливіших завдань психотехнології відновлення та розвитку резильєнтності полягає в пошуку сенсу життя, роботи та надання їм цінності. Автори відносять ці процеси до ресурсної складової та, спираючись на власний досвід роботи з американськими ветеранами сучасних воєн, рекомендують застосовувати методи логотерапії за В. Франклом [37].

Психотехнологію роботи з резильєнтністю особистості пропонує у своїх працях G. Richardson. Посилаючись на власну процесуальну модель резильєнтності, автор вважає, що основою будь-якої психотерапевтичної роботи має бути пошук індивідуальних резильєнтних факторів у клієнта з метою їх подальшого розвитку. Такий вид терапії, на думку автора, полягає у проходженні крізь захисні шари психіки – інтелектуалізації і раціоналізації, заперечення та гніву, щоб нарешті виявити «вроджену резильєнтність клієнта». Такий, власне психодинамічний, підхід є можливим за умови досвіду відчуття власної резильєнтності самим психотерапевтом. Також на початку роботи G. Richardson пропонує процедуру пояснення і прояснення клієнтові бажаного кінцевого результату, а саме: якщо людина націлена на посттравматичне зростання як головний результат відбудови власної резильєнтності, то ця робота буде мати свій особливий набір психотехнік на противагу тим, хто націлений лише на подолання наслідків стресу, тобто повернутись до так званої «попередньої зони комфорту». На його думку, психотехнологія має містити психоедукаційні процедури, під час яких варто звертати увагу на важливі для загальної життєстійкості людини елементи (резильєнтні фактори): дитячий досвід та ресурсні спогади, довіра до власної інтуїції, шляхетність та альтруїзм тощо [33-34]. На противагу цьому підходу С. Osborn у своїй програмі з відновлення резильєнтності робить основний акцент на ресурсній складовій особистості. Автор пропонує фокусуватися на підсиленні ресурсів людини, щоб сприяти її стійкості до життєвих негараздів, замість того, щоб зосереджуватись на її негативних станах та їх дослідженні (ПТСР, виснаження, вигорання тощо) [30].

Останні дослідження А. Masten розширили палітру можливих психотехнічних впливів для розвитку резильєнтності завдяки розумінню адаптаційних процесів особистості та розвитку її компетенцій. Так, наприклад, за даними авторки, особистісна компетентність може бути підвищена чи розвинена за допомогою спеціально підібраних процедур у тренінгу, так само як і прив'язаність, що пов'язана з ранніми етапами дитячого розвитку, може бути підсилена завдяки спеціальним психодинамічним технікам роботи [26].

У своїх рекомендаціях щодо програми з досягнення та підтримання індивідуальної резильєнтності Darlyne G. Nemeth та Tracy W. Olivier прицільно розглядають роль сім'ї як невідмінної частини психосоціального розвитку, «як універсального ключа до навколишнього середовища, де резильєнтність має можливість розвиватися та процвітати» [29, с. 89]. Виходячи з того, що виникнення травматичних ситуацій протягом раннього дитинства обов'язково призводить до порушення резильєнтності в дорослому віці, авторки пропонують діагностувати і корегувати проблеми, пов'язані з резильєнтністю на кожному з етапів розвитку (класифікація за Н. Hendrix, 1992), пов'язуючи їх із сімейними афективними проблемами, які призводять до афективних порушень у

дітей. У разі виникнення травматичних подій важливо розуміти регресію, адже люди регресують на нижчі стадії розвитку з метою опанування тих чи тих випробувань, які трапляються у дорослому житті. Розуміння власної поведінки та емоцій допомагає зрозуміти, до якої стадії відбулася регресія, що орієнтує кроки подальшого психотерапевтичного втручання [29].

Важливо також додати, що D. G. Nemeth та T. W. Olivier роблять акцент на обов'язковому підтриманню резильєнтності у клініцистів, що, власне, є цікавим з огляду на наше дослідження. Наведемо головні ідеї та «резильєнтні навички», закладені в програму з підтримання резильєнтності у клініцистів. По-перше, фахівець має бути резильєнтним та «пропрацьованим». Якщо клініцист не відчуває своєї резильєнтності, він не зможе розпізнати, навчити, допомогти відбудувати резильєнтність у пацієнтів. Так само тут ідеться про опрацювання під час власної психотерапії своїх травм, важких життєвих ситуацій, фрустрацій, отриманих під час раннього дитячого досвіду. Це допомагає фахівцю не тільки ефективно жити, а й бути «тут і тепер» разом зі своїм пацієнтом. Для психологів і психотерапевтів важливо бути ефективними у власних актуальних стосунках, так само як і розпізнавати й розуміти свої стани та можливості їх опрацювання чи отримання допомоги. Важливо вміти турбуватися про самих себе: відпочинок, сон, їжа, зовнішній вигляд, прагнення до балансу в усіх сферах життя. Важливо також навчитись слухати себе, слухати пацієнта та турбуватись про себе і про нього. Постійне особистісне та професійне зростання є наступною важливою навичкою фахівця, так само як застосування ефективних копінг-стратегій, відмова від уникнення, стоїцизму та різноманітних адикцій [29].

Як бачимо, більшість розглянутих психотехнологій побудовані на еклектичних засадах комбінації різних психотерапевтичних методів і методик. Сучасні психотехнології резильєнтності також містять духовні практики, медичні і фізичні процедури, рекомендації щодо здоров'я та харчування.

Модель психотерапевтичної допомоги фахівцям допоміжних професій для розвитку резильєнтності. Запропонована модель психотехнології створена на основі інтегративного підходу із застосуванням мультимодальних інтервенцій. Стратегічно ця психотехнологія спрямована на розуміння, відчуття, розвиток та підтримання резильєнтності особистості психолога/психотерапевта. Важливими *результатами* має стати пролонгована дія отриманого досвіду на шляху до інтеграції особистості фахівця, відчуття власної резильєнтності та психологічного зростання. Вказані результати досягаються завдяки ресурсній підтримці та збалансуванню життя, відновленню відчуттів цінності і цілісності власної особистості, набуттю внутрішньої рівноваги через примирення з «привидами минулого» та розширенню системи цілей для формування цілісної картини життя через проектування власного майбутнього та включення до цієї картини травмивного досвіду, опануванню ефективних копінг-стратегій та асертивної поведінки.

Розглянемо спочатку засадничі позиції, які було покладено в основу створення психотехнології. Процес психотерапевтичної допомоги для розвитку резильєнтності передбачає врахування наступних *загальних та специфічних факторів*. До *загальних факторів* ми відносимо: (1) запит, очікування допомоги та очікування покращення; (2) довірчі терапевтичні стосунки; (3) обґрунтована, концептуальна схема, яка є зро-

зумілою для клієнта, пояснює його симптоми і визначає процедуру їх подолання; (4) активна участь як клієнта, так і терапевта в проведенні підібраної процедури; (5) пізнавальне навчання за рахунок інформації, яка надається психотерапевтом; (6) засвоєння та асиміляція більш адаптивних форм поведінки за умови емоційної підтримки психотерапевта та тренінгу навичок. До *специфічних факторів* ми відносимо: (1) претравмівні фактори (тобто характер ранніх дитячо-батьківських стосунків; тип прив'язаності); (2) фактори, пов'язані з травмуванням (тип, тривалість, контекст); (3) посттравмівні фактори (навколишнє середовище та оточення, орієнтація на підвищення адаптації, посттравматичного зростання тощо).

До основних *умов* організації психотерапевтичного процесу розвитку резильєнтності належать: (1) урахування індивідуальних потреб та особливостей клієнта/пацієнта; (2) встановлення чітких рамок процесу; формування робочого альянсу між психотерапевтом та клієнтом; (3) відповідна кваліфікація психотерапевта; (4) резильєнтність психотерапевта. Основною передумовою для проведення психотерапевтичної роботи є концепція прив'язаності як *універсальний* фактор лікувального впливу для всіх психотерапевтичних напрямків, включених до психотехнології. Роль психотерапевта у цьому процесі можна визначити як «надійну опору», що дає змогу послідовно або паралельно опрацювати різні аспекти психіки клієнта.

Аналіз теоретичних, експериментальних даних, а також результати первинної апробації моделі надали можливість виокремити наступні *принципи* психотерапевтичного впливу на розвиток резильєнтності: (1) розуміння впливу травм розвитку на резильєнтність; (2) орієнтація на корекцію раннього дитячого досвіду; (3) орієнтація на розуміння та диференціацію власних емоційних станів; (4) орієнтація на духовні аспекти; (5) орієнтація на засвоєння та асиміляцію більш адаптивних форм поведінки.

До основних *стратегій* у нашій моделі ми відносимо вплив на ресурсну, глибинну та поведінкову складові особистості фахівця. Вказані стратегії закладені у вектори психотерапевтичної роботи і визначають наступне:

1. Ресурсний вектор. Ресурси – це позитивне цілісне самовідчуття, що дозволяє особистості зберігати власну стійкість та цілісність перед обличчям небезпеки та дезінтеграції, яке містить як соматичні, так і психічні відчуття. Центральне завдання для запуску процесу психічного відновлення (після травм, зниження адаптаційних можливостей тощо) є створення безпеки та ресурсів. Симптоми травмованих клієнтів так само, як і власні непрожиті травми фахівців, стають джерелом тригерів, які запускають процес постійної ретравматизації, а завдяки власним внутрішнім і зовнішнім ресурсам у особистості відновлюється здатність до саморегуляції своїх станів. Ресурсне наповнення також допомагає підійти до наступного етапу – глибинного опрацювання травматичних переживань та корекції раннього досвіду прив'язаності, адже саме ресурси надають можливість клієнту доторкатися до травматичного переживання, зберігаючи при цьому внутрішню рівновагу. Основна мета психотерапевта на цьому етапі – допомогти клієнту відновити внутрішній та зовнішній контроль, підвищити емоційну стабілізацію, досягти збалансованості життя та роботи завдяки ресурсному підживленню, створити безпечний простір для подальшого глибинного опрацювання й інтеграції досвіду ранніх дитячо-батьківських стосунків.

2. Глибинний вектор. На цьому психотерапевтичному етапі клієнт починає працювати глибше зі своїми переживаннями. Як було доведено вище, саме надійна прив'язаність є вагомим фактором резильєнтності. Отже, важливу психотерапевтичну цінність має той факт, що стабільність дитячої прив'язаності може змінюватись протягом життя під впливом різних захисних факторів та факторів ризику, так само як і за допомогою емоційно-корегувального досвіду за умови надійного стосунку з терапевтом. Відомо, що природа травматичних спогадів та взаємовідносин рідко буває лінійною, тому важливим завданням цього етапу є інтеграція та трансформація досвіду ранніх дитячо-батьківських стосунків (так зване примирення з привидами минулого та їхня інтеграція в актуальний досвід), корекція ненадійних типів прив'язаності та опрацювання актуальних стосунків у житті клієнта.

3. Поведінковий вектор. Важливість психотерапевтичного впливу не лише на глибинну, а й на поведінкову складову особистості обумовлено тим, що виявлені дисфункціональні прояви та реакції фахівців у відповідь на життєві проблеми та стресові ситуації впливають на рівень резильєнтності та підтримують наявні симптоми. Це відбувається шляхом закріплення неефективних копінг-стратегій, впливу на якість міжособистісного стосунку, руйнування світосприйняття та самооцінки, що є визнаними факторами ризику. На цьому етапі уявляється можливим проводити роботу щодо критичного переосмислення свого сприйняття дійсності та своєї поведінки, зміни дисфункційних, негативних прикладів поведінки і мислення на більш ефективні і реалістичні, що сприятиме покращенню емоційного стану. На цьому етапі роботи відбувається остаточний процес інтеграції, самовизначення себе у сфері важливих стосунків та професійної діяльності.

Важливо зазначити, що вказані три вектори психотерапевтичної роботи можна розглядати як певну систему координат, де вони співіснують одночасно. Залежно від кожного конкретного випадку індивідуальної або групової роботи, психотерапевт/ або ведучий групи має можливість самостійно вибирати відправну точку початку терапії і протягом всього процесу має змогу переміщатися в цій системі координат, опиняючись ближче то до одного, то до іншого вектору, використовуючи різні техніки. Первинна апробація психотехнологічного процесу виявила, що ефективною виявилася наступна схема роботи:

ресурсний вектор $\Leftarrow \Rightarrow$ глибинний вектор \Rightarrow поведінковий вектор

На нашу думку, починаючи роботу з ресурсного вектора психотерапевтичного впливу, ми, по-перше, підживлюємо та стабілізуємо психіку клієнта, активуємо ресурси, що слугує базисом для подальшого глибинного опрацювання конфліктів, травм і складних життєвих ситуацій, зменшуємо прояви негативних станів і створюємо довірливу атмосферу, робочий альянс. По-друге, ресурсна складова безпосередньо пов'язана з глибинною, особливо в тих випадках, коли йдеться про архаїчне та символічне підживлення (наприклад, техніки КПП), відбувається регрес у минуле за спогадами ефективного опанування травматичних ситуацій або стосунків, приємними спогадами про підтримку та любов первинних об'єктів, тому, залежно від тактики та стану клієнта/пацієнта, ці вектори можна об'єднати. Описані вектори психотерапевтичного впливу забезпечуються відповідними техніками та прийомами, які допомагають вирі-

шити завдання щодо розвитку резильєнтності, а також сприяють посттравматичному зростанню. Розглянемо їх детальніше.

З метою впливу на ресурсну складову психіки особистості пропонується застосувати техніки та методи, за допомогою яких можна збалансувати сфери особистого та професійного життя, відбудувати власні ресурси, отримати підживлення власних ресурсів на символічному, несвідомому рівні, підвищити когнітивну та емоційну лабільність, стабілізувати емоційний стан. Так, гарною відправною точкою психотехнологічної програми відновлення резильєнтності у фахівців може бути інвентаризація та ідентифікація їхніх власних ресурсів на фізичному, емоційному, інтелектуальному, поведінковому, соціальному та духовному рівнях. З метою діагностики в даному випадку може бути використана діагностична вправа «Колесо життя» («Пиріг життя»), яка допомагає визначити наявність рівноваги між життєвими цінностями та пріоритетами в житті, сфери життя, які є знеціненими і на які варто звернути увагу [36]. Часто уживаною практикою для віднайдення ресурсу у психологів/психотерапевтів є процедура «культивування священних моментів», незалежно від духовного чи релігійного світогляду людини. Прикладом застосування цієї процедури є вправа «Священний момент». Залежно від методу, в рамках якого ця вправа відбувається (арт-терапія, КП, майндфулнес тощо), результати вправи можуть призвести до трансцендентних станів, станів ресурсного наповнення і відновлення. Так само ця техніка може сприяти усвідомленню та укріпленню цілей та сенсу життя і професійної діяльності [22]. Під час апробації моделі психотехнології розвитку резильєнтності фахівці з нашої вибірки описували «священні моменти» як дотики до чогось дорогоцінного, заповітного, сповненого ресурсом та життям. Почуття подяки часто супроводжувало священні моменти і тим самим підвищувало цінність роботи, особливо в тих випадках, коли відчай у роботі з постраждалими затоплював смисли роботи та загалом життя, допомагало вгамувати почуття образи і провини.

Існують багато технік і різних практик, за допомогою яких можна вплинути на емоційний, фізичний та духовний добробут, сприяти відновленню почуття рівноваги. У межах даного розділу ми не маємо на меті подавати вичерпний перелік цих інструментів, а скоріше показати можливості для створення та наповнення психотехнології різними психотерапевтичними засобами, якими володіє або яким навчений психотерапевт (КП, арт-терапія, тілесно орієнтована терапія, майндфулнес, тілесні, дихальні, духовні практики, медитації тощо).

На глибинному рівні з метою корекції раннього травматичного досвіду та досвіду прив'язаності, створення безпечних стосунків застосовуються принципи і техніки психодинамічного підходу. Як ми зазначали вище, на цьому етапі особливо вагомим є фактор створення надійної прив'язаності до терапевта. Відомо, що в атмосфері надійної прив'язаності клієнту легше довіритись та розкритись терапевту, через надійну прив'язаність легше опрацювати страх, послабити опір, а це, своєю чергою, забезпечує ефективність реалізації психотерапевтичних методик та «вільного обміну сигналами із середовища стосунків» (1, с. 95). Надійна прив'язаність особливо важлива з огляду на симптоматику клієнтів, як, наприклад, у випадку наявності ознак ВТСР, страхів, депресивних станів, з якими звертаються фахівці допоміжних професій.

Отже, психотерапевт на цьому етапі роботи має дотримуватись наступних стратегій та принципів, незалежно від вибраного методу психодинамічної терапії: (1) створення умов для активації системи прив'язаності клієнта до терапевта; (2) вибір оптимальних рамкових умов психотерапії, оптимальної дистанції з клієнтом у спілкуванні (залежно від типу прив'язаності) та гнучкості у стосунках; (3) заохочування клієнта до аналізу стосунків між терапевтом та клієнтом, адже стосунки є віддзеркаленням реальних власних стосунків клієнта, на які наклали відбиток його особистісні (суб'єктні) та батьківські репрезентанти; (4) стимуляція клієнта до порівняння актуальних відчуттів і переживань з тими, які переживав у дитинстві; (5) акцентування на зміні актуальності болісних репрезентантів суб'єктних і об'єктних стосунків у минулому під час аналогічних стосунків у теперішньому житті; (6) інтерпретація констеляції тих стосунків, які виникають навколо окремих симптомів (наприклад, різні прояви порушення сну), що є основними індикаторами та етіологічними факторами для запуску актуальної симптоматики; (7) обережне завершення психотерапевтичного процесу, при якому терапевт демонструє зразок ефективного поводження при розлуці [1].

Завершення психотерапевтичного процесу глибинного етапу має відбуватися за наявності формування наступних здатностей: (1) ефективне співробітництво з терапевтом, партнером, колегами; (2) формування та підтримка близьких стосунків, які приносять задоволення; (3) витримування амбівалентних переживань; (4) адекватне сприйняття іншого як іншого; (5) співчуття та турбота про іншого; (6) диференціація власних потреб та вміння їх задовольняти; (7) здатність прийняти закінчення (втрату) терапевтичних стосунків. Загалом клієнт має набути репрезентанту надійної прив'язаності або «здобутої безпеки» [31, с. 54].

Також важливо зазначити, що методи психодинамічного підходу (наприклад, психотерапія прив'язаності, терапія об'єктних стосунків, короткофокусна психодинамічна психотерапія, КПТ тощо) рівною мірою можуть бути ефективними в короткотривалій (навіть терапії одного сеансу), терапії середньої тривалості та довгостроковій терапії. Нагадаємо лише, що основною умовою в застосуванні цих методів є обов'язкова фахова підготовка терапевта в тому чи іншому психодинамічному методі.

Поведінковий вектор забезпечується методами психологічного та поведінкового тренінгу, які спрямовані на зміцнення самооцінки, укріплення свого бачення сенсу та цінності власного життя і роботи, пов'язаної з наданням психологічної допомоги різним категоріям постраждалих, власної асертивності та застосування ефективних копінг-стратегій долаття стресу, асиміляції отриманого досвіду тощо. З метою впливу на поведінкову і когнітивну складову ми пропонуємо застосування психотренінгу, який містить, по-перше, низку психоедукаційних процедур. Ці процедури передбачають надання інформації щодо резильєнтності, як і яким чином вона формується, що на неї впливає тощо. За нашими первинними даними апробації психотехнології, більшість фахівців мають досить приблизне уявлення про феномен резильєнтності і велику зацікавленість щодо пізнання цієї теми.

По-друге, ми пропонуємо спеціально розроблену психотехнічну процедуру, якій ми дали робочу назву «Резильєнтність при роботі з травмою». Ця процедура базується на результатах досліджень J. E. Gentry, A. B. Varanowsky [12] та наших власних і скла-

дається з двох частин: (1) Визначення професійної місії. Метою цієї частини психотехнічної процедури є усвідомлення своєї професійної місії задля укріплення сенсу і цінності своєї роботи – надання психологічної допомоги постраждалим. (2) Створення власного плану резильєнтності. Метою другої частини є створення власного стратегічного плану на шляху до відновлення, який містить варіанти технік саморегуляції, усвідомлення інтенцій щодо професійного розвитку та вибраної місії; навички дбайливого ставлення до себе; можливість просити про допомогу, акцептувати підтримку та бути залученим до професійних спільнот.

По-третє, спеціально розроблена психотехнічна процедура для підвищення власної асертивності. Цю процедуру створено на основі базових принципів проведення тренінгу асертивності. Насамперед фахівцям надається допомога в досягненні відчуття своїх меж, своїх прав (професійних та особистих) і здатності чітко заявляти про свої бажання та свої потреби. Фахівці мають навчитися переходити від режиму «страждання в тиші» до виявлення незадовільних ситуацій і вирішення їх ефективним шляхом, залучаючи професійну спільноту або найближче оточення, навчитися ефективно проявляти свої емоції (наприклад, відчуваючи незначне роздратування в різних ситуаціях, вирішувати цю ситуацію, не доводячи до вибухів гніву).

Розроблена психотехнологія розвитку резильєнтності передбачає як індивідуальну, так і групову форми роботи. Психотехнологія побудована таким чином, що залежно від результатів діагностичного дослідження існує можливість диференційованого підходу до вибору вектора психотерапевтичного втручання. Для фахівців, які мають досвід опрацювання травматичних переживань та сформовану надійну прив'язаність, прямими показами є орієнтація на ресурсний та поведінковий психотехнологічні вектори; для фахівців, які згідно з діагностичними показниками не мають досвіду безпечної (надійної прив'язаності), мають неопрацьований власний травматичний досвід, необхідною є орієнтація на глибинний (психодинамічний) вектор.

Первинна апробація психотехнології виявила наступне. По-перше, аналіз отриманих результатів застосування психотехнології з розвитку резильєнтності надав можливість окреслити «портрет резильєнтного фахівця допоміжних професій», який має наступні ознаки: сформована безпечна/надійна прив'язаність; здорові стосунки (наявність близьких друзів, партнерів, колег); навички самоконтролю, регулювання емоцій; усвідомлення сенсу і цілей життя та роботи; професійна, особиста компетентність; постійний професійний розвиток. По-друге, від фахівців, які брали участь у апробації психотехнології, сформувався запит на посттравматичне та духовне зростання. З огляду на отримані результати вважаємо необхідним розширити завдання та психотехнічні процедури запропонованої технології.

Висновки. Проблема резильєнтності особистості є достатньо новою і надзвичайно актуальною в сучасних умовах. Переважна більшість науковців визначають резильєнтність як процес позитивної адаптації в умовах негараздів, травм, трагедій або значного стресу. Залежно від фокусу та предмета дослідження резильєнтність може розглядатися як певна характеристика особистості, притаманна тій або тій людині, а також як динамічний процес.

Аналіз сучасних теоретичних досліджень показує, що науковці пропонують розглядати теоретичну модель резильєнтності за допомогою трьох центральних конструк-

цій: фактори ризику, захисні фактори, фактори вразливості. Модель резильєнтності, прийнята в нашому дослідженні, складається з чотирьох окремих фаз: конфронтація з факторами ризику (з травмівними подіями); активація захисних факторів та факторів вразливості; взаємодія між захисними факторами та факторами вразливості; створення резильєнтності або вихід у дезадаптацію.

За результатами психодіагностичного дослідження виявлено, що фахівці допоміжних професій мають загалом середній рівень розвитку резильєнтності з тенденцією до її збільшення. Низький рівень резильєнтності мають 20 % психологів/психотерапевтів, що унаочнює актуальність створення спеціальних психотехнологічних процедур з метою підвищення у них резильєнтності та убезпечення фахівців від негативних психоемоційних станів та дезадаптації. Рівень резильєнтності взаємопов'язаний із такими факторами, як стиль/тип прив'язаності (чим вищими є показники ненадійної прив'язаності, тим нижчими є показники рівня резильєнтності), а також застосування активних та просоціальних стратегій копінг-поведінки підвищує рівень резильєнтності фахівців.

На основі інтерпретації отриманих емпіричних даних визначено мішені психотерапевтичного втручання: підсилення захисних факторів резильєнтності через психотерапевтичну роботу з ненадійними типами прив'язаності (уникання, занепокоєння), які проявились у фахівчинь як фактори вразливості; навички застосування ефективних копінг-стратегій долаання стресу, підвищення асертивності. Запропоновано модель психотехнології розвитку резильєнтності, створену на основі інтегративного підходу з застосуванням мультимодальних інтервенцій. Ця модель психотехнології передбачає три основні вектори психотерапевтичного втручання: ресурсний, глибинний і поведінковий, кожен з яких забезпечується відповідними техніками.

Список використаних джерел

1. Бріш Г. К. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Посібник / Карл Гайнц Бріш. Львів : 2012. 314 с.
2. Калмыкова Е. С. Опыты исследования личной истории: научно-психологический и клинический подходы. М. : Когито-Центр, 2012. 182 с.
3. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень // *Актуальні проблеми психології*. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. К. : 2018. – Вип. 14. С. 26–64.
4. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів волонтерів – психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими // *Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія* / З. Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 154–176.
5. Леонтьев Д. Многоуровневая модель взаимодействия с неблагоприятными обстоятельствами : от защиты к изменению / Д. Леонтьев // *Материалы III Международной конференции*. Кострома, 26–28 сент., 2013. С. 258–261.
6. Сабельникова Н. В. Опросник привязанности к близким людям / Н. В. Сабельникова, Д. В. Каширский // *Психологический журнал*. 2015, Т. 36. № 4. С. 84–97.

7. Мадди С. Смыслообразование в процессе принятия решений / Сальваторе Р. Мадди // *Психологический журнал*. Т. 26, № 6. 2005. С. 87–99.
8. Махнач А. В. Жизнеспособность как междисциплинарное понятие / А. Махнач // *Психологический журнал*. 2013. Т. 34. № 5. С. 69–84.
9. Опросник «SACS» (С. Хобфолл). Электронный ресурс. http://pksvu.ru/sites/default/files/course_materials/Methodika_SACS.pdf. Назва з екрана.
10. Рыльская Е. Психологическая структура жизнеспособности человека: синергетический аспект / Е. Рыльская // *Известия Российского государственного педагогического ун-та А. И. Герцена*. 2011. № 142. С. 72–83.
11. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? / О. М. Хамініч // *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки». Вип. 6, Т. 2, 2016. С. 160–165.
12. Baranowsky, A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry – NY, 2011. 548 p.
13. Bartholomew, K., Horowitz, L. M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991, V. 61. pp. 226–244.
14. Bolton, K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis / K. Bolton. University of Texas, 2013. 118 p.
15. Bowlby, J. (1980) Attachment and loss: Loss: Sadness and depression. NY: Basic books.
16. Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview // *Attachment theory and close relationships* / Eds. J. A. Simpson, W. S. Rholes. NY : Guilford Press, 1998. pp. 46–76.
17. Connor, K. M., Davidson, J. R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale // *Depression and Anxiety*. 2003. # 18. p. 76.
18. Davidson, J., Payne, V., Connor, K. Trauma, resilience, and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder // *International Clinical Psychopharmacology*, 2005. # 20. pp. 43–48.
19. Easterbrooks, M. A., Goldberg, W. A. Security of attachment to mother and to father during toddlerhood: Relation to children's sociopersonality functioning during kindergarten // *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. – Chicago: University of Chicago Press, 1990. pp. 221–244.
20. Fraley, R. C., Shaver, P. R. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions // *Review of General Psychology*. 2000. V. 4. pp. 132–154.
21. Germezy, N., Masten, A. The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology // *Child development*. 1984. # 55. pp. 97–111.
22. Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: Implications on well-being and stress // *Journal of Clinical Psychology*, 63. pp. 1001–1019.
23. Hazan C., Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. V. 52. pp. 511–524.
24. Kenny, M. E., Sirin, S. R. Parental attachment, self-worth, and depressive symptoms among emerging adults // *Journal of Counselling and Development*, 2006. V. 84. pp. 61–71.

25. Luthar, S. S. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work / S. S. Luthar, D. Cicchetti, B. Becker // *Child development*. 2000. #71. pp. 543–562.
26. Masten, A. Ordinary magic: resilience in development / Ann Masten. New York: The Guilford press, 2014. – 308 p.
27. Maunder, R. G., Hunter, J. J. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease // *Psychosomatic Medicine*, 2001. # 63. pp. 556–567.
28. Neman R. APA's resilience initiative // *Professional psychology: research and practice*. 2005, # 36. p. 227.
29. Nemeth, D., Olivier, T. Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice / Darlyne Nemeth, Tracy W. Olivier. Academic Press, 2018. 167 p.
30. Osborn, C. J. (2004). Seven salutary suggestions for counsellor stamina // *Journal of Counselling & Development*, 82. pp. 354–364.
31. Pearson, J. L., Cohen, D. A., Cowan, P. A. (1994). Earned and continuous-security in adult attachment: relation to depressive symptomatology and parenting style // *Development and Psychopathology*. № 6, pp. 359–373.
32. Porges, S. W. (2007) The polyvagal perspective // *Biological psychology*, 74 (2). pp. 116–143.
33. Richardson, G. E., Neiger, B., Jensen, S., Kumpfer, K. The resiliency model // *Health Education*. 1990. №. 21. pp. 33–39.
34. Richardson, G. The metatheory of resilience and resiliency / Glenn E. Richardson // *Journal of clinical Psychology*. 2002. Vol. 58 (3). pp. 307–321. DOI 10.1002 / jclp. 20020.
35. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective. Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology /J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H (Eds.). New York, NY: Cambridge University Press, pp. 181–214.
36. Sadler-Gerhardt, C., Stevenson, D. When it all hits the fan: helping counsellors built resilience and avoid burnout // Paper based on a program presented at the 2011 ACES conference, Nashville.
37. Southwick, S., Charney, D. Resilience. The Science of Mastering Life's Greatest Challenges / Steven M. Southwick, Dennis S. Charney. Cambridge University Press, 2016. 230 p.
38. Taylor, R. E., Marshall, T., Mann, A. (2012) Insecure Attachment and Frequent Attendance in Primary care: A longitudinal Cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK General Practices. *Psychological Medicine*, 42 (4), pp. 855–864.
39. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // *Psychological Inquiry*. №15. 2004. pp. 1–18.
40. Thompson, R. A. Early attachment and later development: familiar questions, new answers // *Handbook of attachment* / Eds. Cassidy J., Shaver P.R. New York: Guilford Press, 2008. pp. 348–365.

РОЗДІЛ VII.

ТЕХНОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ГРОМАДЯНАМ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ ПТСР ЧЕРЕЗ ТЕКСТ У ДРУКОВАНИХ ЗМІ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСАХ

Проблема психологічної допомоги населенню, яке є активним читачем сучасної текстової продукції, в кризових умовах є надзвичайно актуальною. Це зумовлено, з одного боку, загостренням інформаційної небезпеки – інформаційні атаки, руйнівні деструктивні впливи, тривалі маніпуляції людьми, які страждають від хронічних стресових чинників і мають виражену посттравматичну симптоматику. У зоні уваги перебувають також ті прояви ПТСР, які не є основними, а які можна віднести до так званих неосновних, вторинних, супутніх. З другого боку, важливість даного дослідження пояснюється тим, що на сьогодні хоч і є напрацювання про необхідність упереджувачих заходів від руйнівного медіавпливу на людей, усе ж відсутні чіткі стратегії і технології подолання негативних наслідків травмівних обставин для громадян, які є читачами ЗМІ.

Психологи безпосередньо, або залучаючи до цього журналістів й інших авторів медіатекстів, можуть допомогти інфоспоживачам в орієнтуванні в медійному просторі, виборі належної інформації, ставленні до різних інформаційних джерел і конкретного матеріалу, а також до себе як відповідального читача. Така стратегія сприятиме громадянинові у тому, аби отримувати із ЗМІ важливі для себе відомості і водночас не потрапити під вплив маніпуляцій. Оволодіння уміннями допомагаючого, розвиваючого тексту сприятиме активізації суб'єктних якостей особистості читача, критичнішому ставленню до медіатекстів, вирізненню ознак їх руйнівного впливу, а, значить, і регуляції та врівноваженню психічного стану, подоланню проявів ПТСР, які, поряд з іншими факторами, спричинені або посилені інформаційним тиском і маніпуляціями.

В сучасній науковій літературі досить вичерпно представлена психологія читача, його ставлення до інформації, у тому числі маніпулятивної, особливості текстів, їх впливу на свідомість людини, питання діалогу, зокрема через текст, як співтворчості, підвищення медіаграмотності, комунікативної, авторської і читацької компетентності громадян [2; 6; 7; 9; 14; 15; 18; 22; 28; 32 та ін.]. Дослідження проблеми розроблення та застосування технології психотерапевтичної допомоги постраждалим з проявами ПТСР базується на принципі «суб'єкт-суб'єктної» взаємодії фахівця з травмованими у стосунках співучасті, співробітництва, діалогової взаємодії [17; 24].

В попередніх дослідженнях нами було з'ясовано коло проблем населення України, які можуть бути обговорені за допомогою друкованих ЗМІ; виявлено особливості діалогічної взаємодії медіа-психолога і населення, окреслено деякі аспекти спілкування «психолог-населення» через друковані засоби масової інформації. Спілкування психолога з населенням через текстові ЗМІ визнається як опосередковане, заочне, непряме; за формою воно може бути: а) інформативне; б) діалогічне, конструктивне, гума-

ністичне; в) маніпулятивне, деструктивне, негуманістичне. Особливості спілкування психолога з населенням через ЗМІ розглядаються з позицій гуманістичного напрямку в психології і психотерапії, що зумовлює суб'єкт-суб'єктну взаємодію між комунікантами [9]. Доведена ефективність діалогічного спілкування з громадянами в кризових умовах на протидію маніпулятивному спілкуванню, що має ознаки підкорення, схиляння до некритичного прийняття прямих вказівок на те, що і в який спосіб слід робити, як саме діяти [7; 9; 10]. На часі постає необхідність у наукових розробках технології психологічної допомоги читачеві у подоланні проявів ПТСР через друкований текст у ЗМІ.

Мета дослідження, яке покладено в основу даного розділу, – теоретично обґрунтувати методичні «підмурки» створення технології психологічної допомоги громадянам у подоланні проявів ПТСР через медіатекст. Основним завданням дослідження є визначення особливостей і причин посттравматичних проявів, які властиві сучасному споживачеві медіаінформації і можуть бути враховані при побудові методики їх подолання і попередження. У якості неосновного прояву ПТСР обрана недовіра до себе, яка, гіпотетично, може бути тісно пов'язана з нездатністю протидіяти руйнівному впливу, зокрема через брак розвитку таких якостей, як довіра до себе, відповідальність, автономність, діалогічність.

Методи дослідження: теоретичний аналіз проблеми; метод стандартизованого інтерв'ю; оригінальний метод тематичного малюнка ставлення читача до медіатексту; рефлексивний опитувальник для визначення довіри до себе – Т.П. Скрипкіної (додатково пропонувалось дати відповідь на питання «Довіра до себе в ході ознайомлення з текстами з друкованих ЗМІ та Інтернет», яке не використовувалось у підрахунку рівнів довіри), тести для виявлення інших ознак суб'єктності читача – рівня суб'єктивного контролю (РСК) О. М. Еткінда, О. О. Голинкіної і Е. Ф. Бажина, автономності-залежності («Автономність-Залежність») Г. С. Пригіна; кількісний і якісний аналіз, узагальнення результатів дослідження. Статистичний аналіз даних проводився у програмному середовищі R v4.0.1. Були застосовані методи описової статистики та метод ієрархічної кластеризації кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками (метод «ICULST» пакету «psych»). В емпіричному дослідженні загалом брало участь 43 громадянина-читача друкованих, текстових ЗМІ (38 з них опитані за усіма методиками).

7.1. Психологічна характеристика сучасного читача медіатекстів в умовах інформаційного тиску і медійної маніпуляції

Сучасний читач – це поняття, яке об'єднує усіх без винятку громадян, які звертаються до різноманітних інформаційних джерел, до будь-яких текстів, які несуть актуальні і важливі відомості, мають інформаційну, виховну, орієнтуючу, спрямовуючу властивість. Читачем у нинішніх травматичних умовах є окрема людина або група осіб, які отримали психологічні травми, страждають від ПТСР, перебувають на межі захворювань, що спричинені цими травмами, або мають лише певні їх симптоми. Читачем можна вважати загалом населення України, яке перебуває у стані війни з зовнішнім

агресором, у складних політико-економічних умовах, в травмівних обставинах пандемії коронавірусу і карантину.

Будь-який читач потребує інформації, яка загалом має наступні ознаки: є правдивою, сприяє наближенню до істини; відповідає запитам, інтересам і потребам громадян; допомагає розібратися у проблемі, знайти з неї вихід; є своєчасною, доступною, цікавою; має йти від автора, який уже засвідчив себе як професіонал, який може аргументовано і виважено, з повагою до читача, запропонувати варіанти вирішення назрілих питань або постановки нових.

Враховуючи специфіку первинних і вторинних проявів ПТСР у різних груп травмованих осіб (переселенці, ветерани бойових дій, поранені тощо, див. попередні розділи монографії), вітчизняний читач може бути більш або менш критичним до інформації, більш або менш інформованим (обізнаним) з того чи іншого питання, у нього більшою чи меншою мірою можуть бути сформовані якості суб'єкта, які, і ми акцентуємо на цьому, впливають на сприймання інформації, ставлення до неї як до корисної або шкідливої. Читач може довіряти або не довіряти медіаінформації чи окремим її джерелам. Спільним для всіх читачів є те, що кожен, хто звернувся до ЗМІ, має в цьому потребу і прагне її задовольнити. І завдання психолога – сприяти тому, аби читач отримав відомості про те, що його цікавить, і при цьому не зазнав будь-яких психічних ушкоджень чи підсилення тих травм, які в нього є, крім того, отримав допомогу, зміцнивши власні позиції – погляди, переконання, життєві орієнтири, впевненість у завтрашньому дні тощо.

На який текст орієнтований сучасний читач? За теоретичним дослідженням [7; 9], вітчизняний читач розраховує здобути інформацію про те, що його цікавить, а також отримати можливість роздумувати, аналізувати, сперечатися, шукати нових можливостей, висувати власну і приймати іншу точки зору, приходити до певного консенсусу – тобто орієнтується на діалогічне спілкування. Менша частка громадян бажає одержати конкретні поради, рекомендації, але це, зазвичай, у тих випадках, коли вимагаються негайне вирішення проблеми, чіткі виважені дії і т. д. Втім, діалогічна взаємодія є найпріоритетнішою формою комунікації, на що ми зосередили свою увагу в побудові технології консультативної допомоги людині у профілактиці і подоланні проявів ПТСР, а саме – недовіри до себе.

Негуманною формою впливу, що здійснюється шляхом омани, спокушання людини до вигідних ініціаторові дій і вчинків, є маніпулювання [22; 29]. Механізми маніпулятивного впливу ефективно діють там, де вони не зустрічають опору, де людина «дозволяє» маніпулювати собою, покладаючись не на власні переконання, особисту відповідальність, совість, пошук істини, а на зовнішній авторитет. Таке некритичне підпорядкування впливовим людям, чужій думці виявляє брак зрілої суб'єктності, а також провокує деградацію особистості, нівелювання, а то й знищення її здатності бути суб'єктом свого життя. Як свідчать наукові дослідження, у навіюваної людини зменшуються індивідуальні розумові здібності, уніфікуються інтереси, відчуття та мислення, що ще більше уможливорює маніпулювання її свідомістю та поведінкою [29, с. 13].

Недовіра як ознака ПТСР. Психологічний портрет сучасного читача буде не повним, якщо його змалювати без поєднання з рисами, які забезпечують і виявляють чи-

тацьку компетентність громадянина. Наші дослідження засвідчили [9], що така риса особистості, як автономність, пов'язана зі здатністю читача, а також автора тексту, до діалогічної взаємодії. Достатньо високий рівень особистісної автономності громадян вимагає від редакторів видань високого рівня сформованості саме цієї якості, аби досягти діалогічності спілкування автора і читача. У зв'язку з тим, що й опитані редактори, і громадяни України у більшості орієнтовані на діалогічне спілкування через друковані ЗМІ, то від психологів ще дужче очікується діалогічна спрямованість, уміння і навички такої взаємодії, аби надавати якісну психологічну допомогу, сприяти здатності людей орієнтуватися у медіаінформації, протистояти маніпулятивним впливам, які, своєю чергою, можуть викликати і поглиблювати прояви ПТСР.

Така якість суб'єкта, як довіра людини до себе, по-різному може проявлятися у різних сферах діяльності, але вона впевнено характеризує ставлення до себе як до особистості, до інших людей і світу, критичне відношення до власних помилок і досягнень, досвіду, своїх переживань, думок, намірів, планів на майбутнє [8; 9; 11; 13]. Довіра чи недовіра може проявлятися до текстів зі ЗМІ, до себе як споживача медіаінформації. Довіра як психологічне ставлення передбачає готовність здійснювати певні дії, які сприяють активній взаємодії між комунікатором і реципієнтом. Для їх успішної комунікації, вважають учені, необхідне знання форми втілення інформації, яка має бути близькою їм обом, а значення, які входять в цю інформацію, повинні мати схожі особистісні смисли, інакше вона не буде правильно сприйнята і зрозуміла останнім [12, с. 63, 492]. Втім, помічена певна «парадоксальність довіри», яка зумовлюється тенденціями «самопотрапляння в ситуацію ризику та обману», оскільки люди часто приймають рішення на шкоду власним інтересам [1, с. 25]. Це враховується нами під час розгляду особливостей довіри, причин неадекватної довіри чи недовіри до себе і до медіаінформації.

Ми припускали, що подолання недовіри до себе як прояву ПТСР у сучасного читача можливе за умови зміцнення довіри до себе як суб'єктної якості, що сприятиме свідомому ставленню громадянина до маніпулятивних текстів, які, з одного боку, виявляють недовіру до себе і пов'язані з нею такими якостями, як екстернальний локус контролю, несамостійність, недіалогічність, з іншого – провокують появу і загострення цих та інших проявів.

7.2. Діагностика ознак і причин ПТСР у читача: процедура проведення і аналіз результатів емпіричного дослідження

Недовіра до себе й інші, пов'язані з нею, прояви ПТСР. Необхідно наголосити, що для ПТСР характерні як основні [14; 17], так і неосновні, непрямі, другорядні чи додаткові симптоми [5; 14]. Супутніми щодо основних груп симптомів називаються, наприклад, такі: втрата довіри до світу, людей, до самого себе, почуття провини, травмованому не хочеться підтримувати дружні зв'язки з «минулого» життя, заводити нові стосунки, спостерігається певне відчуження від суспільства, втрата сенсу життя. Серед віддалених проявів ПТСР, зокрема у дітей, характерними є напади роздратування, експресивна плаксивість, уникнення контактів, сепараційна тривога, недовіра, почуття безперспективності та імпульсивність [16]. Недовіра як неосновний прояв ПТСР відображена у складі наступних визначень: «віддалені прояви», «серед наяв-

ної симптоматики у дітей» (Ю. С. Бучок); «інші психічні явища» (Р. П. Попелюшко); «компоненти травматичного досвіду» (Л. Г. Матвієць); «інші післястресові явища» (О. Г. Сиропятов, Н. О. Дзеружинська); «недовіра у ветеранів як наслідок зверхпильності, що призводить до депресії і розвитку ПТСР» (Є. В. Підчасов); «залишкові прояви симптомів посттравматичного стресового розладу у підлітків» (І. Д. Поспелова); «інші психічні прояви» (К. Фастовець), «є основні і є інші психічні явища» (В. І. Коростій та ін.), «додаткові симптоми» (О. І. Романчук).

Так, комплекси неосновних симптомів приховують у своєму переліку такий неблагополучний прояв посттравматичного стресового розладу, як недовіра. Сучасні громадяни перебувають у стані недовіри до себе, людей і світу, стосунків, власного майбутнього, а також до інформації, яка надходить з різноманітних джерел масової комунікації, виявляють безвідповідальність і некритичність щодо спожитої медіаінформації, підлеглість зовнішньому впливу, що може викликати стан напруження, тривоги, нестабільності. Тому найсуттєвішим проявом ПТСР у читача ми розглядаємо саме недовіру до себе.

Причини недовіри до себе: суб'єктна площина. Науковцями дослідження довіри здійснюється у площині вивчення характеристик суб'єктності (К. О. Абульханова-Славська, Б. С. Братусь, Ф. Ю. Василюк та ін). Недовіру до себе ми розуміємо як комплексний показник психологічного неблагополуччя особистості – це слабкість, незрілість, загальмованість чи невключеність особистісної активності як суб'єкта. Згадаймо, М. Мамардашвілі зауважував, що «ніяка сила зовнішніх подій не вирішить наших проблем, якщо ми самі не ангажовані на їх вирішення.» [цит. за 27, с. 180]. Принципову роль у процесі становлення суб'єкта відіграє така «інтелектуальна метакогніція, як рефлексія» [28]. Суб'єкт, за В. О. Лефевром, є «істота, яка рефлексує» [20, с. 155]. Рівень довіри до себе, вважає Т. П. Скрипкіна, у загальному підсумку, пов'язаний з індивідуальними можливостями самореалізації, є одним із показників психологічного здоров'я особистості, здатністю самостійно здійснювати вибір і ставити цілі [27, с.139–140]. І ще, довіра до себе – це специфічне суб'єктне новоутворення особистості, яке пов'язане з іншими внутрішньоособистісними новоутвореннями, такими, як самовідношення, локус контролю, рівень самореалізації [27, с.146; 36, с. 216].

До якостей, які виступають ресурсом особистості, необхідним у тому числі для протистояння агресивним медіавпливам, ми відносимо також відповідальність, автономність, діалогічність [11]. Відповідальність, інтернальний локус контролю сприяє пошуку і знаходженню нових сенсів, постановці перспективних життєвих завдань [31]. Внутрішня відповідальність характеризується орієнтацією особистості на власну совість як єдиний авторитет, регулює реалізацію в життя найвищих життєвих смислів [7]. Автономність забезпечує формування власної життєвої позиції і особистої думки щодо себе, інших людей, тієї чи іншої події. Діалогічність є показником і умовою взаємоприйняття, взаємодовіри між партнерами комунікації, виступає антиподом маніпулятивному спілкуванню. Під час діалогічної взаємодії відбувається відкриття індивідом сутнісних смислів, що є важливою умовою для розвитку особистості як суб'єкта, особливо у кризових умовах [9]. Довіра до себе виявляє здатність людини до діалогу, стримує намагання будь-кого через ЗМІ агресивно і руйнівно впливати на особистість [8; 10; 11].

Дослідження ставлення читачів до діалогічного і маніпулятивного текстів, довіри/недовіри до себе як до читача і до особистості в цілому, було доповнено і частково порівняно з результатами вивчення довіри до себе й інших якостей особистості, які характеризують її суб'єктність, а саме: автономність, інтернальний локус контролю, діалогічність.

Діагностичне дослідження, основні результати. Процедура авторського інтерв'ю містила знайомство, визначення мети, низку запитань, представлених блоками, а саме:

Перший блок

1. Як часто Ви звертаєтесь до друкованих (текстових, буквених) джерел для отримання інформації (Інтернет, газети, журнали, т. ін.)? Відповідь: завжди, часто, рідко, ніколи.

1а) Які джерела чи джерело є пріоритетними особисто для Вас?

2. Відмітьте на лінійці цифру, що відповідає тому, наскільки Ви довіряєте отриманій інформації від 0 (не довіряю) до 10 (повністю або абсолютно довіряю):

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Другий блок

3. Чи відчуваєте Ви, що текст, який Ви читаете, справляє діалогічний або маніпулятивний вплив? Так. Ні. Не завжди.

4. На окремому аркуші паперу намалюйте кольоровими олівцями (чи фломастерами) «Діалогічний текст», на другому – «Маніпулятивний текст».

Поясніть два зображення за пунктами, а саме:

1 етап.

1) Що, по-Вашому, означає діалогічний текст? Його ознаки.

2) Що отримуете через діалогічний текст? Виберіть чи назвіть потрібне: знання; очікувану інформацію; конкретні вказівки; інше.

3) Що Ви відчуваєте, коли читаете діалогічний текст? Які переживання він викликає?

4) На які дії Вас спонукає діалогічний текст? (що хочеться зробити, як діяти?)

5) Що означає колір чи кольори, яким (якими) зображено діалогічний текст?

2 етап.

1) Що, по-Вашому, означає маніпулятивний текст? Назвіть його ознаки.

2) Що отримуете через маніпулятивний текст? Виберіть чи назвіть потрібне: знання; очікувану інформацію; конкретні вказівки; інше.

3) Що Ви відчуваєте, коли читаете маніпулятивний текст? Які переживання він викликає?

4) На які дії Вас спонукає маніпулятивний текст? (що хочеться зробити, як діяти?)

5) Що означає колір чи кольори, яким (якими) зображено маніпулятивний текст?

Третій блок

5. Порівняйте два тексти – діалогічний і маніпулятивний – і відмітьте на лінійці від 0 до 10 рівень довіри:

1) до *діалогічного* тексту: 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Поясніть, чому Ви поставили саме таку позначку

2) до *маніпулятивного* тексту: 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

Поясніть, чому Ви поставили саме таку позначку.

6. Опишіть текст, якому б Ви довіряли абсолютно.

Четвертий блок

Тепер зосередьтесь, будь ласка, на своїй особистості.

7. Наскільки Ви *довіряєте собі як особистості*? Поставте позначку на лінійці:

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

1) Поясніть, чому Ви поставили саме таку позначку.

2) Чого саме бракує, щоб довіряти собі як особистості абсолютно?

8. Наскільки Ви *довіряєте собі як читачеві* будь-якого друкованого тексту?

Поставте позначку на лінійці: 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

1) Поясніть, чому Ви поставили саме таку позначку?

2) Чого саме бракує, щоб довіряти собі як читачеві абсолютно?

9. Якщо у Вас виникли думки чи побажання щодо проблеми, яка розглядалася нами в інтерв'ю (ставлення до себе як до читача, особливості маніпулятивного і діалогічного тексту, хто або що стоїть за текстом та ін.), та її вирішення, поділіться, будь ласка.

У дослідженні брали участь 34 жінки і 9 чоловіків, від 18 до 70 років (середній вік 46 років), різної освіти, в основному міські жителі. За даними інтерв'ю, респонденти звертаються до джерел текстової інформації: «завжди» – 15 %, «часто» – 63 %, «рідко» – 22 %; серед найбільш популярних джерел виявився Інтернет – 75 %, все інше – 25 % – паперові носії.

На Рис. 1 показаний емпіричний розподіл рівнів довіри до ЗМІ (Рис.1, діаграма а)). Пунктирна вертикальна лінія відповідає загальному середньому значенню за трьома змінними. З рисунку видно, що розподіл довіри до маніпулятивного тексту вирізняється з-поміж інших. Більшість опитаних суттєво менше довіряє маніпулятивному тексту (Третій блок, питання 5).

До себе як до особистості (питання 7) відповіді опитаних розділились таким чином (Рис.1, діаграма б)): до себе як до особистості показники вищі, ніж до себе як до читача, що пояснюється респондентами як: недостатність джерел, мало часу на порівняння інформації, нетерпимість до протилежних думок, брак досвіду, низький рівень довіри до ЗМІ.

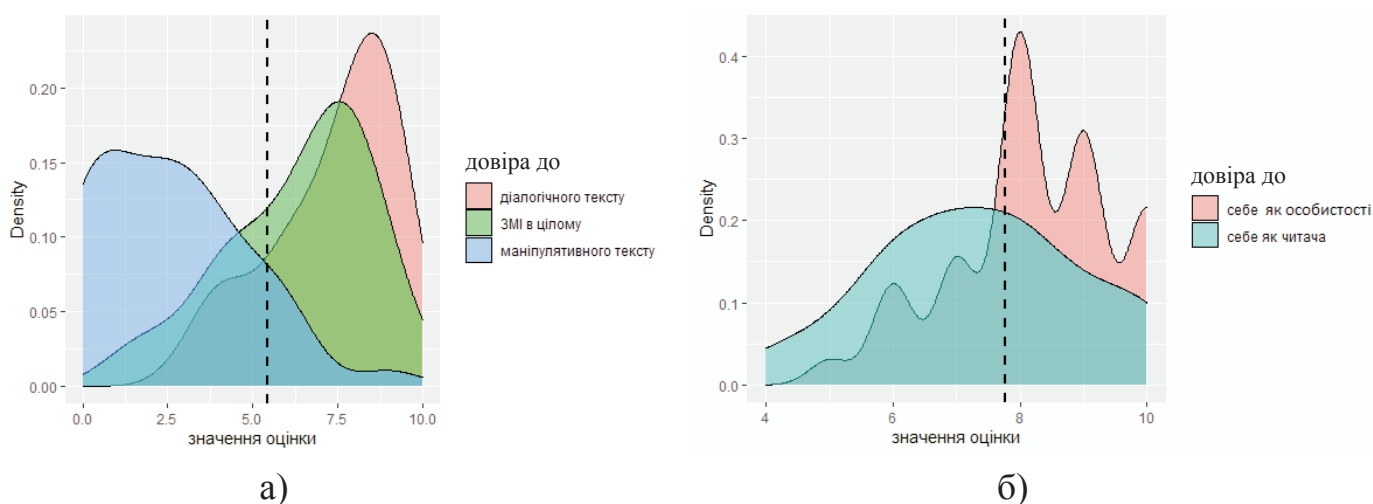


Рис. 7.1. Діаграми функцій розподілу показників довіри до:
а) медіатекстів; б) до себе.

Отримані емпіричні дані засвідчують: медіаінформація, інформаційні джерела не користуються абсолютною довірою більшості опитаних читачів; більшість досліджуваних «відчувають» діалогічний чи маніпулятивний вплив тексту (відповідь «Так» дали 46 %, «Не завжди» – 54 %, «Ні» – 0 %).

Процедура інтерв'ю (Другий блок запитань) включала також авторську *проективну методик*у «Діалогічний і маніпулятивний текст зі ЗМІ: моє ставлення», пропозицію висловити власну думку щодо розглянутої проблеми (питання 9). Доведено, що проективні методики посіли надійне місце в науці і діагностико-корекційному процесі, застосовуються до дітей і дорослих [11; 25].

Процедура проведення малюнкової методики. Респонденту пропонувалось намалювати діалогічний і маніпулятивний текст, з якими доводиться стикатися у ЗМІ та Інтернет-виданнях, і відповісти на низку запитань (Другий блок, питання 4). Матеріали для роботи: кольорові олівці або фломастери, два аркуші паперу А-4. Повністю інтерв'ю з малюнковою методикою займає 45-60 хвилин часу. Метою застосування тематичного малюнка було: 1) отримати розуміння певних видів медіатекстів, а саме – діалогічного і маніпулятивного тексту; 2) дослідити причини позитивного чи негативного ставлення до кожного з таких текстів, що уточнювалося в процесі інтерв'ю; 3) виявити почуття, переживання щодо прочитаного тексту, конкретні наміри чи дії після взаємодії з текстом. Тобто розглянути ставлення до текстів за когнітивним, емоційним (або емоційно-почуттєвим) і поведінковим компонентами. Відповіді на питання 1-го і 2-го етапу додатково характеризували ставлення читача до діалогічного та маніпулятивного текстів за цими складовими. Ми припускали, що чим більш чітка різниця є між різними видами текстів у кольорі, формі і за змістом, тим більша ймовірність читача не потрапити «на гачок» маніпулятора, виявити недовіру до його інформації.

Серед опорних елементів аналізу інтерпретацій досліджуваними своїх малюнків були задіяні щонайменше наступні: зміст, форма, колір.

За змістом. Маніпулятивність тексту пояснюється як: «тиск на свідомість», «рамки, які встановлює маніпулятор», включення певних слів і висловів (на кшталт «треба», «повинні»), намагання отримати «владу над читачем». Маніпулятивний текст характеризується як такий, що «заплутує», має декілька тем, що не дає змогу зосередитися на якійсь одній, розібратися у своїх думках. Діалогічність визначалась через такі показники: текст цікавий, зрозумілий, логічний, викладені послідовні думки, текст «не набридає», залишає простір для власних умовиводів, свободи у думках, не порушує власних кордонів, автор «не заграє, а спілкується на рівних», «присутня одна конкретна думка, на якій слід зосередитися, все компактно». Діалогічний текст несе правдиву інформацію, сприймається як «свій», він допомагає, заспокоює.

За кольором. Зображення тексту у темному (чорному, коричневому тощо) кольорі трактується як трудність розуміння та небажання прислухатися і читати такий текст, коли «хочеться забути» (вказує на наявність маніпуляції). Переважання в малюнку темних кольорів інтерпретувалося опитаними як бажання відторгнути інформацію, почуття приниження і тиску. Зображення ж у світлих і яскравих (що виявляє діалогічне спілкування між автором і читачем) трактується як бажання читати текст, прислухатися до думки автора, коли текст є зрозумілим, наснажує, а автор «поважає читача»,

хочеться читати подібні тексти і конкретного автора (чи певне видання). Переважанням у малюнку світлих кольорів (жовтого, голубого тощо) читачі пояснюють своє спокійне і доброзичливе ставлення, позитивне сприйняття тексту.

За формою зображення діалогічних текстів представляють собою «рівних за позицією людей», упорядковані кольорові рядки або сходинки, сонце, щирі очі, голубе небо, що асоціюється з простором думки, «відчуттям того, що ти сам вирішуєш, як думати і діяти» тощо. Діалогічний текст – це «чистота – вода, зелень, повітря; свобода, усмішка, викликана прочитаним». Маніпулятивний текст зображується таким, який відштовхує, «трощить мізки», колючим куцем, гнівним оком, масною чорною крапкою, ґратами, які «сковують думку і волю». Тракується як небажання взаємодіяти з текстом (його автором).

Інтерпретація малюнків свідчить, що процес «перетравлення» інформації іде не через самі факти, конкретну інформацію, а скоріш через емоційне сприйняття матеріалу «як він до мене доноситься», «може насторожити й озлобити», або «викликати довіру». Важливо: під час пояснення малюнків опитані часто називали такі переживання від стикання з маніпулятивним текстом, як гнів, напруження, почуття неприязні, роздратування (про це свідчить також натиск олівця, товщина ліній на малюнку). Це співвідноситься з даними про супутні поряд з недовірою, віддалені прояви ПТСР [4; 5; 11; 14; 16; 19 та ін.]. Такі пояснення, як то: «Маніпулятивний текст вживлюється і травмує мізки», наводять на думку, що маніпуляції через ЗМІ можуть загострювати або навіть викликати окремі прояви. І навпаки, діалогічні тексти здатні допомогти читачеві «вийти» з невпевненості і заплутаності, зрозуміти власні потреби, інтереси, очікування і проблеми, замислитись про шляхи їх вирішення, укріпити довіру до себе як до читача і як до особистості. Опитані фіксували увагу на тому, що такий текст заспокоює, врівноважує думки і почуття. Значить, *діалогічний медіатекст може впливати психотерапевтично на людину, яка перебуває у посттравматичному стресовому стані, а також попереджувати його негативні прояви.*

Прикметно, що взаємодія з медіатекстом сприймається більшістю читачів як спілкування саме з людиною, автором тексту (діалогічний текст як спілкування «однакових за розміром осіб на певній дистанції», маніпулятивний текст, коли «той, хто більший за розміром, намагається домінувати, тиснути»). Тобто діалог відбувається з автором тексту, який має певну мету, обирає той чи інший стиль спілкування, форму подачі інформації (маніпуляція, діалог, інформування). Той, хто веде діалог, – «чесний, доносить правду, допомагає тобі міркувати», маніпулятор же намагається «відвернути від справжнього», «бреше і лукавить». Ідеальний текст у цілому схожий на діалогічний, але має ще такі характеристики, як, наприклад: «текст, якому б я повністю довіряв, дає свободу для розвитку власної думки, але не змушує до спілкування».

Цікаво розглянути і пояснити деякі помічені нами суперечності. Так, маніпулятивний текст майже завжди виступає зі знаком «—», у той же час діалогічний – інколи уступає місце інформативному тексту, недіалогічному. Втім, дехто з читачів сприймає діалогічний текст як «примушення до діалогу», що викликає бажання усамітнитися («краще просто дати інформацію, дані, цифри, статистику»). А маніпулятивний текст не завжди такий, що явно тисне, але який «потихеньку підштовхує». Не завжди на-

стійні поради і вказівки сприймаються читачами як маніпуляції, особливо без долі критичності до змісту повідомлення, що деколи пояснюється рівнем довіри до автора текстового продукту чи інформаційного джерела. Буває, зауважує читач, «гарна стаття, але за нею – неправда», що може свідчити про маніпулятивну статтю, вибудовану за принципами діалогу. Тож факт зловживання діалогічними прийомами доречно розглядати як певну маніпуляцію.

Помічена певна особливість зображень, що вказує на специфічний підхід читача до оцінки текстів. Виділено такі *групи зображень*: а) як *текст чи рядки* – зображено текст і особливості його передачі (малюнки, що відтворюють рядки, – рівні, зрозумілі, чи, навпаки – криві, ламані); б) як *образи живої і неживої природи*, що пов'язано скоріш з переживаннями тексту, його впливу на читача (непосильний тягар, грати, що тиснуть, закручений клубок ниток, машинний пристрій, або ж квіточки з метеликами, сонечко, вітерець, що освіжає, промениста зірка); в) як *спосіб взаємодії* – спілкування двох людей чи будь-яких істот, одні з них зберігають дистанцію і виглядають рівними, спокійними, другі – вказують на нерівність – один вище за іншого, чи давить на партнера, вживлює важкі думки. Виявлено також наступне: одні читачі зображують і діалогічний, і маніпулятивний тексти в якийсь один із описаних способів (чи текст, чи елементи природи, чи спосіб спілкування) (Рис. 7.2, 7.3, 7.4).

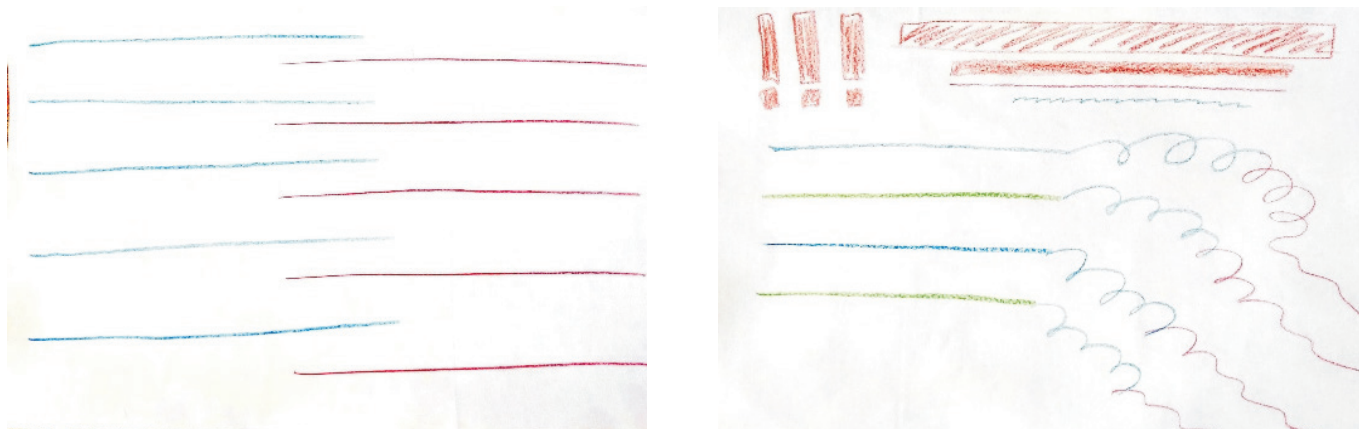


Рис. 7.2. Малюнок діалогічного (ліворуч) і маніпулятивного (праворуч) тексту (Наталія, 42 роки, вища освіта, менеджер).

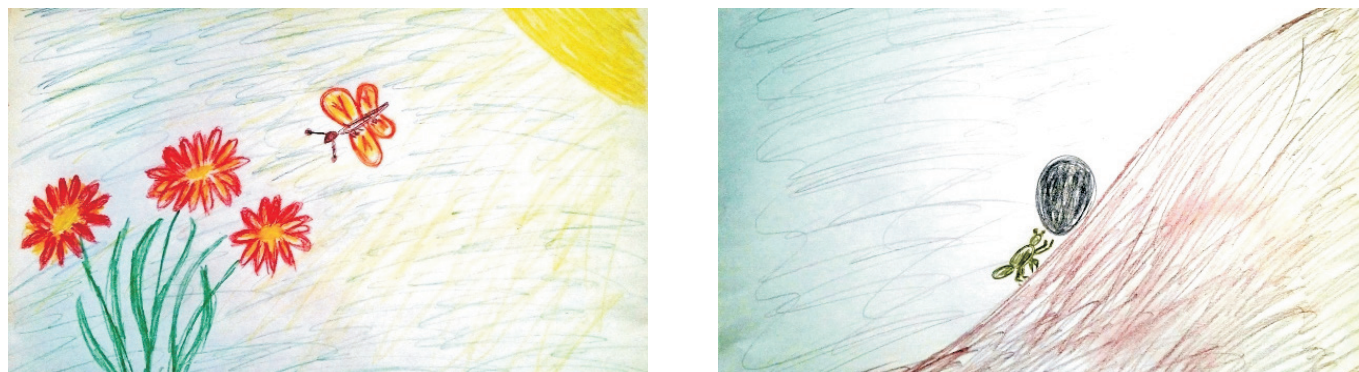


Рис. 7.3. Малюнок діалогічного (ліворуч) і маніпулятивного (праворуч) тексту (Наталія, 58 років, вища освіта, освітянка).



Рис. 7.4. Малюнок діалогічного (ліворуч) і маніпулятивного (праворуч) тексту
(Володимир, 70 р., вища освіта, працюючий пенсіонер).

Рідше – один текст зображено одним чином, другий – будь-яким іншим [11, с. 237]. Зображення вказують на те, що саме для читача є пріоритетним у сприйнятті тексту і також доводять доцільність виділених нами структурних складових ставлення до нього (когнітивна, емоційна, поведінкова складова).

Малюнкова методика дозволяє психологу встановити, на що орієнтований читач в момент ознайомлення з медіатекстом, і те, що саме можна йому запропонувати, на чому варто зосередитись. Наприклад, якщо людина цілком або здебільшого емоційно сприймає текст, то варто звернути її увагу на можливий вплив інформації на її розуміння змісту тексту, на наміри та поведінку після прочитаного, щоб більш об'єктивно оцінити своє ставлення до тексту і його можливий вплив на себе.

Згідно з відповідями на інтерв'ю (питання 4: етап 1, 2); етап 2, 2)) більшість респондентів від маніпулятивного тексту отримують конкретні вказівки, а від діалогічного – знання й очікувану інформацію, або й інше, що підтверджує дані нашого більш раннього дослідження щодо причин вибору текстів діалогічного або маніпулятивного спрямування [9]. На 9 питання відповіли лише кілька чоловік, але воно було поставлене, по-перше, для відчуття читачем рівності спілкування, підтвердження того, що діалог, не лише через текст, а й у безпосередньому спілкуванні, є не фарсом, а необхідною умовою розкриття своїх думок, формування власної точки зору на проблему, повага до співбесідника. По-друге, ця інформація виявилась корисною для визначення форми корекційної роботи, яка може бути прийнятною для читача ЗМІ. Зокрема, ми отримали такі поради від наших партнерів по комунікації: «Добре було б вчити людей розрізняти ці тексти, щоб тобою не маніпулювали», «Доречно розглянути конкретний маніпулятивний і діалогічний тексти».

Одне з наших припущень полягало у тому, що низька довіра до маніпулятивного тексту виявить високий рівень довіри до себе, а також до себе як до особистості й – до читача. І, відповідно, висока довіра до себе покаже певну недовіру людини до того, що вона читає. Важливим було довести також зв'язки між довірою до себе й іншими якостями суб'єкта, що впливає на ставлення до медіатекстів. Дані у цілому підтвердили ці припущення. Розглянемо кореляційні зв'язки між показниками використаних

методик. На основі кореляційних зв'язків показників інтерв'ю, опитувальника «Довіри до себе» [27], тесту вивчення РСК [23] і рівня автономності за тестом «Автономність-залежність» [26] за допомогою методу ICUST пакету «psych» побудовано ієрархічну кластерну модель – дендрограму, на якій виокремлені кластери та «факторні» навантаження на них (Рис. 7.5).

Для кластерів наведені рівні внутрішньої надійності (альфа Кронбах) та показник бета (найнижче значення показника надійності при найбільш невдалому розділенні кластеру навпіл). На дугах вказані «факторні» навантаження складових кластерів. Від'ємні навантаження позначено червоним кольором. Кластер вищого рівня об'єднує усі залучені змінні та його можна розглядати як нову шкалу з достатньо високою внутрішньою надійністю (альфа = 0.76). Дані показують позитивні кореляційні зв'язки між довірою до себе, інтернальним локусом контролю і автономністю особистості. Встановлено негативну кореляцію між довірою до себе і довірою до маніпулятивного тексту, а також позитивний зв'язок між довірою до себе як читача і довірою до діалогічного тексту, тобто діалогічністю (Рис. 7.6).

Отримані дані показують, що неприйняття маніпуляцій пов'язане з почуттям довіри до себе, яка є умовою свідомого ставлення людини до інформації зі ЗМІ, її споживання як суб'єктом, а не об'єктом впливу. Та інколи людина виявляє нездатність протистояти агресивному тиску, розпізнавати тонку, майже непомітну і невідчутну маніпуляцію. За даними рефлексивного опитувальника Т. П. Скрипкіної, серед опитаних нами читачів (41 чол.) – 39 % мають високий, 56 % – середній і 5 % – низький рівень довіри до себе. Значна кількість громадян, які продемонстрували середній і низький рівні довіри до себе, свідчить про наявність, по-перше, певних вад суб'єктності, по-друге, ознак травми, що може впливати на сприйняття медіатекстів або підсилюватись останніми, якщо вони мають маніпулятивну спрямованість. Висока довіра до себе, а також до себе як читача-споживача ЗМІ мають позитивну кореляцію з довірою до діалогічних текстів (див. Рис. 7.5, 7.6).

За кореляційними зв'язками (Рис. 7.6) видно, що недовіра до себе найбільше виявляє себе у сфері взаємостосунків з підлеглими і тими, що стоять вище, а довіра до себе – у професійній сфері (де людина, напевно, досягла певних успіхів, набула знань і вмінь, які сприяють розвитку цієї якості).

Відмінною від суб'єктної довіри до себе пропонуємо вважати так звану несправжню, «вдавану довіру до себе» [8], за якої людина може неправильно трактувати медіаінформацію, легко, без сумніву і перевірки своїх знань і відчуттів, піддаватися маніпуляціям, некритично засвоювати насаджувані цінності і зразки поведінки. Джерелом вдаваної довіри до себе може бути зовнішній авторитет, залежність від нього, навіювані ним норми і уявлення, а не власні переконання, відповідальність, автономність та інші якості, які визначають людину-суб'єкта. Читачі, які виявляють вдавану довіру до себе, часто маніпулятивними («брехливими») вважають дійсно правдиві тексти і їх джерело, бо вони, на думку авторитетів, «не гідні уваги», а діалогічними вбачають ті, які насправді є маніпулятивними, але яким читач вже довіряє.

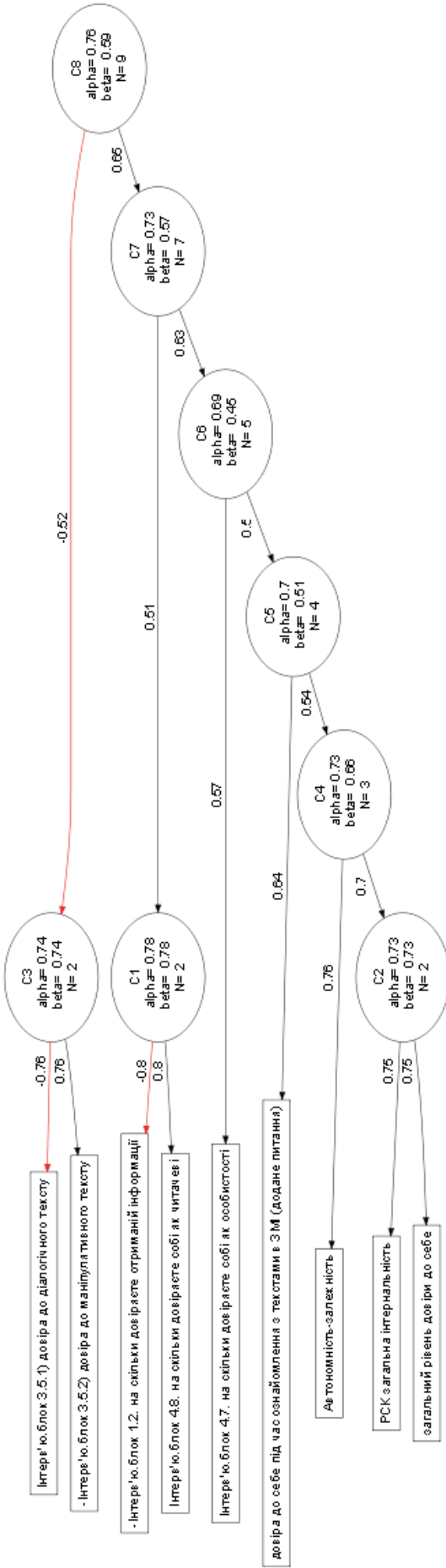


Рис. 7.5. Дендродіаграма. Кластеризація змінних за кореляційними зв'язками.

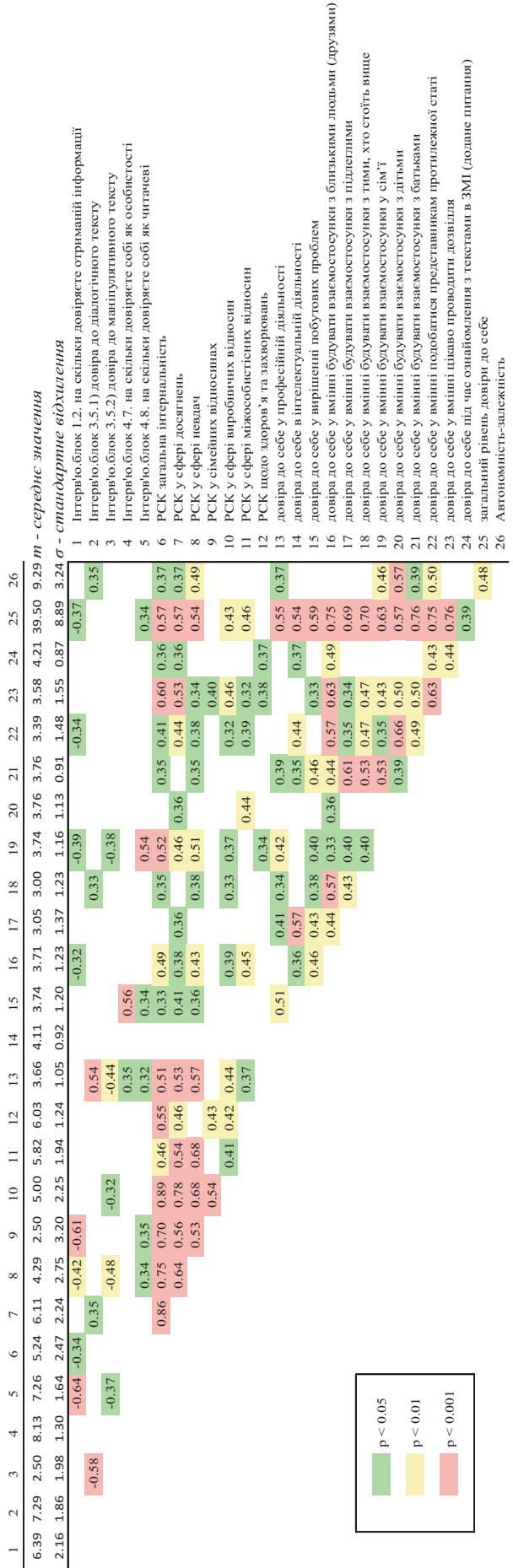


Рис. 7.6. Описові статистики досліджуваних змінних та кореляційні зв'язки між ними. (n=38)

Занадто емоційне ставлення читача до інформації може впливати на сприйняття, на недостатньо об'єктивний аналіз текстів. Тому, на нашу думку, почуття і емоції в ході ознайомлення з текстом мають бути врівноважені перевіркою інформації, переконаннями у її правдивості і неупередженості – тільки тоді нові знання можуть бути прийнятими, аргументовано визнаними корисними і за бажання втіленими у життя. Гнів, роздратування, неприємні почуття від спілкування з маніпулятивним текстом, сильне психоемоційне збудження, спровоковані ним, можуть викликати ілюзорну довіру до тексту і його автора, але при цьому пригнічувати розвиток довіри до себе як суб'єкта, розсудливого і відповідального читача, здатного керувати власними емоціями.

Справний маніпулятор вміє використовувати мовленнєві і писемні засоби, які властиві діалогічному спілкуванню через текст, але при цьому передає оманливу, брехливу інформацію, перекручуючи знання людини, дезорієнтуючи її, схиляє до виконання запропонованих ним дій. Тому завдання психолога – формувати і зміцнювати саме суб'єктні якості громадянина, його вміння не лише розпізнавати маніпулятивний вплив, але й порівнювати нові знання зі вже набутими, з інформацією, яку можна отримати з інших ресурсів, зіставляти з власними переконаннями, цінностями і смислами.

7.3. Психологічна допомога громадянам у ставленні до текстової медіаінформації в контексті подолання проявів ПТСР

Принципи і напрямки психологічної допомоги. На основі інтерпретації емпіричних даних розроблено проєкт технології психологічної допомоги читачеві у подоланні недовіри до себе, що включає певні принципи і напрямки. На основі гуманістичного підходу в психології і психотерапії, можна виділити такі *принципи* у побудові технології психологічної допомоги читачеві: діалогічність; суб'єктність, підхід до клієнта як до суб'єкта, а не об'єкта впливу; значимість й активізація суб'єктних властивостей людини; принцип взаємовідповідальності автора тексту і читача.

Докладніше щодо принципів психологічної роботи з громадянином-читачем медіатекстів. Технологія психологічної допомоги читачеві у подоланні недовіри до себе, яка базується на принципі суб'єкт-суб'єктної взаємодії комунікатора і реципієнта через текст, спирається на такі суб'єктні якості особистості, як відповідальність, автономність, діалогічність, її здатність протистояти деструктивному медіавпливу. Технологія спрямована на формування критичного, оцінювального ставлення людини до медіатекстів, аби бути суб'єктом, а не ставати легкою здобиччю на теренах часто-густо агресивного, деструктивно діючого інформаційного простору. Діалог між автором і читачем можливий за умови, коли не лише той, хто написав текст, а і той, хто його читає, відчував і брав відповідальність перед собою – за сприйняття інформації, щоб її «почути», за власний розвиток, моральність, суб'єктність, – а також перед людиною, яка вступає у діалог, за зворотний зв'язок: адже автор спрямований на спілкування, він з повагою і розумінням вибудовує комунікацію і, зі свого боку, очікує на взаємність, тобто надіється на відповідь (на свої сподівання, почуття, а не тільки на змістовну частину повідомлення, її розуміння). Відповідальність є суб'єктною якістю особистості, а взаємовідповідальність – основою суб'єкт-суб'єктних, діалогічних стосунків між людьми. Такі стосунки є дієвими та розвиваючими між автором писемного,

буквеного, друкованого тексту і читачем, через слово. «Почутість як така, – акцентує М. М. Бахтін, – вже діалогічне відношення. Слово хоче бути почутим, мати відповідь і знову відповідати на відповідь, і так ad infinitum» [3, с. 322].

В часи інформаційної війни, явної і прихованої дезінформації населення, важливо роз'яснювати читачам особливості опосередкованого спілкування, маніпулятивних загроз і пасток, аби забезпечити особистість від непроханого, ворожого втручання у її свідомість. Важливим є знання і розпізнавання читачами технік і ознак тонкого, непомітного, завуальованого, пролонгованого, але чітко зрежисованого маніпулювання [1; 8; 10; 11; 21; 28; 29], яке діє «проти суб'єктності» особистості. Коли, як пише В. О. Татенко, суб'єкт впливу ніби вдається до пропозитивних механізмів, а насправді намагається обмежити свободу об'єкта чи підпорядкувати його своїй волі [30]. Варто не зачаровуватись будь-якими принадами тексту (привабливе оформлення, якісь «цікавинки» тощо), а бути критичними до нього. Натомість, діалогічна взаємодія через текст виявляє і зміцнює у читача довіру як до тексту і його автора, так і до самого себе як читача і особистості.

Врахування особливостей ставлення читачів до медіатекстів може допомогти психологу, який виступає у друкованих засобах масової інформації і в мережі Інтернет, створювати діалогічні тексти, які сприятимуть розвитку особистості сучасного українця, а також критичності до «слова і букви» в інформаційному просторі. Адже грамотність читання й переосмислення медіатекстів допомагає, зауважує W. J. Potter, відповісти на запитання: «Ким я стаю, коли я бачу це?» [33]. Психолог може запропонувати читачеві навчитися аналізувати текст, співвідносити його зміст із власними внутрішніми переконаннями, а форму подачі – зі своїми поглядами на прийнятну комунікацію з дотриманням інформаційної безпеки. Психологу в ході спілкування важливо звертатися до свідомості громадянина, активізації його суб'єктної активності, особистої відповідальності за споживання, творче осмислення і розповсюдження отриманої інформації. Необхідним є не тільки доводити до відома громадян особливості, певні тонкощі, так би мовити, «чистого» діалогічного і маніпулятивного тексту. Важливо створювати внутрішні умови для зміцнення суб'єктності особистості, спроможності сучасного громадянина критично і відповідально ставитись до інформації. Головним в оцінці того чи іншого виду впливу має виступати користь чи шкода для особистості, її розвитку і особистісного самовдосконалення.

Технологія психологічної допомоги читачеві містить такі напрямки.

1. Пропрацювання питання про недовіру до себе як неосновний прояв ПТСР. Попередження недовіри до себе включає: діагностику рівня довіри до себе та інших суб'єктних якостей читача; допомогу людині в усвідомленні своїх характеристик і особливостей орієнтування у текстах різної спрямованості; розширення усвідомлення клієнтом власних можливостей як особистості, суб'єкта життя, а також як «думаючого» читача сучасних ЗМІ; розвиток розуміння, вмінь і навичок діалогічного спілкування через текст.

2. Допомога читачеві у розвитку критичного мислення, вміння відрізнити маніпулятивний текст від діалогічного: бачити причинно-наслідкові зв'язки; відрізнити емоції від фактів та більш спиратися на останні; аналізувати джерело інформації і т. д. Технічними засобами набуття цих навичок можуть бути: аналіз власного досвіду читачів щодо

випадків довіри-недовіри до себе і ставлення до текстів у ЗМІ; вправління у розпізнаванні текстів різних видів. Передбачається як індивідуальна, так і групова робота (взаємообмін досвідом довіри/недовіри до себе і медіатекстів розширює можливості кожного учасника краще розуміти тексти і реагувати на способи взаємодії автора з читачем).

3. У зв'язку з тим, що, на нашу думку, діалогічний медіатекст може впливати психотерапевтично на людину, яка перебуває у посттравматичному стресовому стані, попереджувати його негативні прояви, у перспективі передбачена робота з підвищення діалогічної, текстової компетенції психологів та ін. (форма: семінари, тренінги, лекції).

Апробація запропонованої моделі здійснювалась через надання психологічної допомоги десяти громадянам, що є читачами друкованих ЗМІ (із загальної кількості опитаних, що повністю пройшли процедуру психодіагностики), які погодились на виявлення і зміцнення особистісної і читацької довіри до себе. З кожним громадянином було проведено від п'яти до шести зустрічей, завдяки яким ця процедура була піддана деякій корекції. На етапі апробації спостерігались певні позитивні зрушення у рівні довіри до себе як особистості й до читача, у ставленні до різних медіатекстів, у розумінні особливостей діалогічного і маніпулятивного впливу через текст, що дозволяє зробити висновок про відповідність даного проекту завданням дослідження.

Висновки. Ключовою і визначальною характеристикою особистості, джерелом її саморозвитку є суб'єктність. Серед суб'єктних якостей у даному розділі зроблено акцент на довірі до себе, яка має властивість впливати на свідомість і поведінку людини, а також виявляється у довірі/недовірі читача до медіатексту. Брак довіри до себе розглядається як непрямий прояв ПТСР. Стандартизоване інтерв'ю виявляє зв'язки між довірою до себе, довірою до себе як до особистості і читача, а також вибором людиною маніпулятивного чи діалогічного тексту для отримання інформації. Малюнкova методика вивчення ставлення громадян до маніпулятивних і діалогічних медіатекстів допомагає отримати: розуміння обстежуваними читачами діалогічного і маніпулятивного текстів; дослідити особливості і причини позитивного чи негативного ставлення до кожного з таких текстів, що уточнювалося в процесі інтерв'ю; виявити почуття, переживання щодо діалогічного і маніпулятивного тексту, а також конкретні наміри чи дії після взаємодії з текстом. Встановлено позитивні кореляційні зв'язки між довірою до себе, інтернальним локусом контролю і автономністю особистості. Показана негативна кореляція між довірою до себе і довірою до маніпулятивного тексту, а також позитивний зв'язок між довірою до себе як читача і довірою до діалогічного тексту. Підкреслено значення діалогічної взаємодії через текст для подолання у читача недовіри до себе як неосновного прояву ПТСР, а також супутніх йому негативних станів, для зміцнення у громадянина довіри до себе як суб'єктної якості. Результати теоретичного дослідження й апробації діагностичних методів покладено в основу проекту технології психологічної допомоги читачеві у зміцненні довіри до себе.

Список використаних джерел

1. Акерлоф Дж. Охота на простака. Экономика манипуляций и обмана / Джордж Акерлоф, Роберт Шиллер; [пер. с англ. Э. Кондуковой]. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2017. 320 с.

2. Балл Г. О. Раціогуманістична орієнтація в методології людинознавства / Г. О. Балл. К. : Видавництво ПП «СКД», 2017. 204 с.
3. Бахтін М. Проблема тексту в лінгвістиці, філології та інших гуманітарних науках. Слово. Знак. Дискурс / М. М. Бахтін: Антологія світової літературно-критичної думки ХХ ст. / За ред. М. Зубрицької. Львів : Літопис, 1996. С. 318–323.
4. Бондаревська І. О. Феномен довіри в економічних та міжетнічних відносинах (аналіз зарубіжних досліджень) / І. О. Бондаревська // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : Фенікс, 2015. Т. 11, Вип. 12. С. 42–50.
5. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування / Ю. С. Бучок // Український вісник психоневрології. Т. 22, вип. 3 (80), 2014. С. 42–47.
6. Громова Н. М. Психологія діалогічної взаємодії автора газетного тексту і читача / Н. М. Громова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. : С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 13. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2011. С. 48–58.
7. Гурлева Т. С. Діалогічне спілкування психолога у просторі друкованих ЗМІ у відновленні та розвитку особистості в кризових умовах / Т. С. Гурлева : Актуальні проблеми психології Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія, 12, 2016. С. 61–74. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/708478/>
8. Гурлева Т. С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах / Т. С. Гурлева // Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія, 14 (3), 2018. С. 191–213. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/716097/>
9. Гурлева Т. С. Особливості спілкування психолога з населенням через друковані засоби масової інформації у кризових соціокультурних умовах / Т. С. Гурлева: Видавничий Дім «Слово», Київ, Україна, 2017, С. 193–221. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/709806/>
10. Гурлева Т. С. «Розкroєний маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни / Т. С. Гурлева // Соціально-психологічні проблеми суспільства: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. К. : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2020. С. 148–151.
11. Гурлева Т. С. Ставлення читача до медіатексту через призму довіри до себе як суб'єктної якості / Т. С. Гурлева // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; К. : Логос, 2019. Вип. 15. Консультативна психологія і психотерапія. С. 227–250.
12. Доверие и недоверие в условиях развития гражданского общества / отв. ред. А. Б. Купрейченко, И. В. Мерсияновой. М. : Издательский дом НИУ ВШЭ, 2013. 564 с.
13. Доверие в социально-психологическом взаимодействии: коллективная монография / Под ред. Т. П. Скрипкиной. Ростов-на-Дону, 2006. 356 с.
14. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: Довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н. В. Пророк, С. А. Гончаренко, Л. О. Кондратенко та ін., за ред. Н.В. Пророк. Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2015. 84 с.

15. Євдокимова Н. О. Дорога змін: ефективне спілкування у кризових умовах життя: посібник із психології для «чайників» / Н. О. Євдокимова, В. Л. Зливков, С. О. Лукомська. Миколаїв, 2016. 116 с.

16. Журавльова Н. Ю. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій / Н. Ю. Журавльова, Т. С. Гурлева // Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21–22 лютого 2020 р.). Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113–117.

17. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад» / Зоя Кісарчук // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. С. 8–11.

18. Ковтика Т. Я. Мовленнєвий етикет – показник загальної та професійної культури / Т. Я. Ковтика, М. О. Стахів // Філософсько-психологічні аспекти духовності: довіра як основа змін в економіці та суспільстві : Зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конференції з міжнародною участю «Філософсько-психологічні аспекти духовності: довіра як основа змін в економіці та суспільстві», 19 лютого 2016 р. [Текст] / за ред. В. П. Мельник; відповід. за вип. В. В. Яцура, Н. І. Жигайло. Львів : СПОЛОМ, 2016. С. 116–118.

19. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. 2015. № 6 (76). С. 59–71.

20. Лефевр В. А. Высшие ценности и формальная теория выбора / В. А. Лефевр // Вопросы философии, 2012, № 4. С. 154–157.

21. Луман Н. Реальность массмедиа / Н. Луман; [пер. с нем. А. Ю. Антоновского]. М. : Праксис, 2005. 256 с.

22. Методы деятельности СМИ в условиях становления гражданского общества : монография / И. М. Дзялошинский. М. : Пульс, 2001. 279 с.

23. Опросник уровня субъективного контроля УСК / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткин. М., 1993.

24. Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

25. Підготовка психолога-практика до використання малюнка в діагностико-корекційному процесі (психодинамічний підхід) : навч. посібн. / уклад. Н. В. Гриньова. Умань : Візаві, 2014. 174 с.

26. Прыгин Г. С. Психология самостоятельности: Монография / Г. С. Прыгин. Ижевск, Набережные Челны: Изд-во Института управления, 2009. 408 с.

27. Скрипкина Т. П. Психология доверия : Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. П. Скрипкина. М. : Издательский центр «Академия», 2000. 264 с.

28. Смульсон М. Л., Мещеряков Д. С., Назар М. М. Розвиток інтелекту і суб'єктності дорослих у віртуальному просторі // Професійна педагогіка і андрагогіка: актуальні питання, досягнення та інновації: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф. (м. Кривий

Ріг, 20–21 листопада 2017р.) / [за ред. О. О. Лаврентьевої, Т. М. Мішеніної]. Кривий Ріг, 2017. С. 113–115.

29. Сугестивні технології маніпулятивного впливу: навч. посіб. / [В. М. Петрик, М. М. Присяжнюк, Л. Ф. Компанцева, Є. Д. Скулиш, О. Д. Бойко, В. В. Остроухов] ; за заг. ред. Є. Д. Скулиша. 2-ге вид. К. : ЗАТ «ВІПОЛ», 2011. 248 с.

30. Татенко В. Соціально-психологічні механізми впливу людини на людину / В. Татенко // Соціальна психологія. 2003. № 1. С. 60–72.

31. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму / Т. М. Титаренко. URL: <https://msu.edu.ua/psychologiya-teoriya-i-praktika/titarenko-t-m-sposobi-pidvishhennya-psichologichnogo-blagopoluchchya-osobistosti-shho-perezhila-travmu/>

32. Чепелева Н. В. Текст і читач: посібник / Н. В. Чепелева. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 124 с. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/10285/>

33. Potter W. J. Media Literacy. Thousand Oaks / W. J. Potter. London : Sage Publication, 2001. 423 p.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Кісарчук Зоя Григорівна – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Омельченко Яніна Миколаївна – кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Лазос Гелена Петрівна – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Гурлева Тетяна Степанівна – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Плескач Богдан Вадимович – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Гребінь Людмила Олександрівна – старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Журавльова Наталія Юріївна – науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Литвиненко Людмила Іванівна – науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Уркаєв Вадим Сергійович – молодший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Наукове видання

**ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПОСТРАЖДАЛИМ У ПОДОЛАННІ ПРОЯВІВ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ**

Монографія

За редакцією З. Г. Кісарчук

Підписано до друку 04.09.2020.

Формат 60x84/8. Авт. арк 10.

ТОВ «Видавничий Дім «Слово»
04071, м. Київ, вул. Олегівська, 36
(свід. серія ДК №1289 від 20.03.2003 р.)
Тел. (044)462-48-63, (067)448-33-67
e-mail: vd_slovo@ukr.net