

**ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
НАПН УКРАЇНИ**

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЇ:

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ ІНСТИТУТУ ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ**

Том III

**КОНСУЛЬТАТИВНА ПСИХОЛОГІЯ І
ПСИХОТЕРАПІЯ**

Випуск 16

Київ

2020

ISSN

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. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — К., 2020. — Вип. 16. Консультативна психологія і психотерапія. — 210 с.

Головний редактор:

Максименко С. Д. — дійсний член НАПН України, доктор психол. наук, професор

Заступник головного редактора:

Чепелева Н. В. — дійсний член НАПН України, доктор психол. наук, професор

Відповідальні секретарі:

Слободяник Н. В. — кандидат психол. наук (друкована версія)

Вернік О. Л. — кандидат психол. наук (електронна версія)

Редакційна колегія:

Моляко В. О., дійсний член НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Балл Г. О., член-кореспондент НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Карамушка Л. М., член-кореспондент НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Смульсон М. Л., член-кореспондент НАПН України, доктор психол. наук, професор;

Кокун О. М., доктор психол. наук, професор;

Максимова Н. Ю., доктор психол. наук, професор;

Москаленко В. В., доктор філос. наук, професор;

Швалб Ю. М., доктор психол. наук, професор;

Піроженко Т. О., доктор психол. наук, професор;

Кісарчук З. Г., кандидат психол. наук, ст. н. с.;

Музика О. Л., кандидат психол. наук, професор;

Терещук А. Д., кандидат психол. наук, ст. н. с.;

Члени міжнародної редакційної колегії

Антон Фабіан, професор, доктор габілітований, завідувач кафедри соціальної роботи, Університет Павла Йозефа Шафаріка в Кошицях (Словаччина);

Марек Палюх, професор надзвичайний, доктор габілітований гуманітарних наук, завідувач кафедри соціальної педагогіки в Інституті педагогіки Жешівського університету (Польща);

Евген Глива, професор, доктор філософських наук з психології, іноземний член НАПН України (Австралія);

Роман Трач, професор, доктор філософських наук, іноземний член НАПН України (США);

Альфред Притц, професор, доктор з психології та педагогіки, ректор університету імені З. Фройда (Австрія).

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 13 від 26 листопада 2020 р.)

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 17847-6693ПР від 10.06.2011

Збірник внесено до Переліку наукових фахових видань України в галузі психологічних наук (Наказ МОН України № 1021 від 7.10.2015 р.)

© Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020

<http://www.apppsychology.org.ua>

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. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — К. : 2020. — Вип. 16. Консультативна психологія і психотерапія. — 210 с.

У даному збірнику наукових праць розглядається доволі широке коло проблем, пов'язаних з теорією та технологіями надання психологічної/ психотерапевтичної допомоги різним категоріям дорослих і дітей, що зазнали травматизації в сучасних кризових обставинах. Обговорюються питання методів та методик психотерапевтичної допомоги постраждалим з проявами ПТСР; розвитку у громадян засобів протидії деструктивним впливам інформаційного простору; підтримки психологічного здоров'я особистості в умовах пандемії; психокорекції ігрової адиктивної поведінки в юнацькому віці тощо.

Збірник адресується фахівцям у галузі консультативної психології та психотерапії — як науковцям, так і практикам, викладачам вищих навчальних закладів, аспірантам, студентам а також усім, кого цікавлять питання психологічної, психотерапевтичної та реабілітаційної допомоги постраждалим у сучасному вітчизняному просторі.

Actual Problems of Psychology: G. S. Kostiuk Institute of Psychology NAPS Ukraine – Vol. III: Counseling Psychology and Psychotherapy – Issue 2020. – 210 p.

This collection of scientific papers examines a wide range of issues related to the theory and technology of providing psychological / psychotherapeutic care to various categories of adults and children who have been traumatized in today's crisis. The issues of methods and techniques of psychotherapeutic care for victims of PTSD are discussed; development of citizens' means of counteracting the destructive influences of the information space; maintaining the psychological health of the individual in a pandemic; psychocorrection of game addictive behavior in adolescence, etc.

The collection is addressed to specialists in the field of counselling psychology and psychotherapy, both for scientists and practitioners, for teachers of higher educational institutions, graduate students, students as well as for anyone interested in issues of psychological, psychotherapeutic and rehabilitation assistance to the victims.

ЗМІСТ

<i>Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Теоретичні основи застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії.....</i>	<i>6</i>
<i>Омельченко Я. М. Напрямки та зміст психотерапевтичної роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, що мають прояви посттравматичного стресового розладу.....</i>	<i>50</i>
<i>Лазос Г. П. Стратегії, принципи та засоби психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності у фахівців/чинь допоміжних професій.....</i>	<i>85</i>
<i>Гурлєва Т. С. «Пам'ятка для читача медіатекстів» у техніці роботи з попередження маніпулятивного впливу на особистість через призму довіри до себе.....</i>	<i>115</i>
<i>Журавльова Н. Ю. Вторинна травматизація у дружин ветеранів війни: діагностика та стратегія подолання.....</i>	<i>142</i>
<i>Литвиненко Л. І. Особливості підтримки психологічного здоров'я особистості в часи пандемії.....</i>	<i>172</i>
<i>Уркаєв В. С., Плєскач Б. В. Модифікація опитувальника К. Янг для діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами.....</i>	<i>190</i>

CONTENT

Kissarchuk Z. G., Grebin L. O. <i>The Theoretical Basis of Group Katathym Imaginative Psychotherapy Application.....</i>	6
Omelchenko Y. M. <i>Directions and content of psychotherapeutic work of a specialist with children of servicemen with manifestations of post-traumatic stress disorder.....</i>	50
Lazos G. P. <i>Strategies, principles and techniques of psychotherapeutic work on the development of resilience for specialists of helping professions.....</i>	85
Gurleva T. S. <i>"Notice for the readers of mediatexts" in the technique of preventing manipulative impact on a personal from the perspective of self-trust</i>	115
Zhuravlyova N. Y. <i>Secondary Trauma in War Veterans' Wives: Diagnostics and Suppression Strategy</i>	142
Litvinenko L. I. <i>Features of support of psychological health of the person in times of a pandemic</i>	172
Urkaev V. S., Pleskach B. V. <i>Modification of the K. Young Internet addiction test for the task – diagnosing online-games with material costs.....</i>	190

УДК 159.98 + 615.851 + 159.964

Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О.

Теоретичні основи застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії

Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Теоретичні основи застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії. Стаття являє собою розгляд групової кататимно-імагінативної психотерапії (ГКІП) як методу в контексті психодинамічних підходів до роботи з групами. Виокремлено і описано теоретичні передумови, важливі для розуміння і проведення групової КІП. Представлено багатовимірні теоретичні концепції і моделі, що є перспективними для використання в ГКІП.

Ключові слова: психодинамічний підхід, групова кататимно-імагінативна психотерапія (ГКІП), теоретичні передумови проведення ГКІП, теоретичні концепції та моделі групової психодинамічної терапії, трирівнева та сегментна моделі П. Куттера.

Кисарчук З. Г., Гребень Л. А. Теоретические основы использования групповой кататимно-имагинативной психотерапии. В статье рассматривается групповая кататимно-имагинативная психотерапия (ГКИП) как метод в контексте психодинамических подходов к работе с группами. Выделено и описано теоретические предпосылки, важные для понимания и проведения групповой КИП. Представлены многомерные теоретические концепции и модели, перспективные для использования в ГКИП.

Ключевые слова: психодинамический подход, групповая кататимно-имагинативная психотерапія (ГКИП), теоретические предпосылки проведения ГКИП), теоретические концепции и модели групповой психодинамической терапии, трехуровневая и сегментная модели П. Куттера.

Постановка проблеми. Групові форми психологічної допомоги ще з першої половини ХХ сторіччя розвивались практично в кожному з психотерапевтичних напрямів. Це зумовлено багатьма факторами: ефективністю, економічністю, особливими механізмами впливу групової роботи тощо. Кататимно-імагінативна психотерапія не стала виключенням і є унікальним майданчиком, де можуть втілюватись дві найсуттєвіші риси людини: здатність до уявлення і здатність утворювати стосунки. З 70-х років у Німеччині та з 90-х років минулого століття в Україні практикується й досліджується така форма роботи. Але кількість досліджень та методичної літератури на цю тему досить обмежена. Разом з тим потреба в осмисленні практики використання кататимних імагінацій в груповій психотерапевтичній роботі є нагальною, все більше спеціалістів отримують відповідну освіту та потребують профільної літератури з теорії та практики методу. Особливо гостро ця тема постає в останні сім – вісім років в умовах війни в Україні, коли практично все населення країни стикається зі стресовими ситуаціями та проживає їхні наслідки: посттравматичні стани, соматизацію, різні форми узалежнення, порушення оптимальних форм розвитку тощо. Ці обставини та наявність тривалого досвіду практикування та викладання групової кататимно-імагінативної психотерапії спонукало авторів до дослідження та викладу цієї теми.

Аналіз досліджень та публікацій. Як в Україні, так і в світі на цей час дослідження групового процесу в кататимно-імагінативній психотерапії є досить скромними. Існуючі публікації можна розділити на дві групи: розділи або коротка інформація в навчальних /методичних посібниках з КПТ і психотерапії загалом (1) та опис досвіду використання групової КПТ з певним контингентом клієнтів (2). Окремо стоїть книга «Групові імагінації: групова терапія з кататимними образами» Ханскарла Льюїнера, Елеонори Котт'є-Бірнбахер, Ульріха Заксе, Мартіна Вехтера («Gruppenimagination: Gruppentherapie mit der katathymen Bilderleben» Hanscarl Leuner, L.Kottje-Birnbacher U.Sachsse H.-M. Wachter) [39], де

послідовно викладаються такі теми: основи групового психоаналізу з кататимним переживанням образів, спільне кататимне переживання образів в групі, комбінація групових імагінацій кататимного переживання образів з психодрамою – інтегративна модель. В німецькомовній літературі темі групової КПП також приділяють увагу Г. Хорн, Х. Хенніг, Л. З. Фогель, Е. Фікенчер та інші [25, 34, 40].

Г. Хорн фактично створив дитячу та підліткову групову психотерапію з використанням денних сновидінь та особисто навчав українських спеціалістів в рамках багаторічного проєкту «Школа психодинамічної психотерапії дітей та підлітків» (2); Х. Хенніг довгі роки практикує та досліджує використання кататимних імагінацій в психоаналітичному сетингу як індивідуальну терапію в групі (1) [25]; Е. Фікенчер описує особливості використання методу в умовах стаціонару (2) [25]. Е. Котт'є-Бірнбахер використовує групові кататимні імагінації також в рамках коучингу (2) [10]. Окремий напрям психотерапевтичного супроводу соматичних хворих, який виходить за межі класичної групової КПП, але створений на її основі, розвивають В. Льощ, Т. Ернстлінг та інші (2); до цього ж напрямку можна віднести специфічну техніку концентративного розслаблення за А. Вільде-Кізелем та Б. Бат'єром [22]. Т. Левицька та Я. Обухов Козаровицький присвячують груповій КПП окремий розділ книги (1) [16]. М. Мельников, О. Токарева, О. Шубіна застосовують ГКПП у роботі з наркозалежними (2) [17]. Групову КПП не в терапевтичному, а в коучинговому сетингу використовує С. Баранова (2) [19].

КПП в роботі з певними категоріями пацієнтів та симптоматикою (2) активно вивчають члени Українського національного співтовариства дослідження та розвитку кататимно-імагінативної психотерапії: Яніна Омельченко (групову КПП з дітьми була застосована в експериментальній роботі: «Корекція тривожних станів молодших школярів засобами кататимно-імагінативної психотерапії» [18]) та Гелена Лазос («Психологічна корекція

негативних переживань підлітків у стосунках з батьками» [9, 14]). Оксана Шльонська досліджувала можливості використання кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з батьківською групою [27]. Зоя Кісарчук та Людмила Гребінь використовують групову КПП з особами з ознаками ПТСР.

Виклад основного матеріалу дослідження.

Основні положення теоретичної концепції КПП, системність і технічна організованість у застосуванні методу, психотерапевтичні засоби у роботі з імагінаціями тощо, які були розроблені Х. Льюїнером та його послідовниками для індивідуальної терапії [6], мають суттєве значення і для групової роботи. Разом з тим остання має специфічні відмінності як у теоретичному обґрунтуванні, так і в практиці застосування. Розглянемо це питання детальніше. При цьому спершу акцентуємо увагу на теоретичних передумовах, важливих для розуміння і проведення групової КПП (ГКПП), а саме на таких позиціях: 1) специфічні відмінності між індивідуальною та груповою КПП; 2) рамкові умови (сетинг) та норми і правила роботи групи; 3) групова динаміка, розвиток групової структури, групові ролі; 4) завдання і функції психотерапевта в групі. Далі будуть розглянуті теоретичні концепції та моделі, що є перспективними для використання в ГКПП, зокрема буде детально представлено трирівневу та сегментну моделі групового процесу П. Куттера.

1. Теоретичні передумови проведення групової КПП

1.1. Відмінності між груповою та індивідуальною КПП

Оскільки КПП ґрунтується на психодинамічних теоріях, то ці відмінності ми будемо розглядати в контексті концепцій психодинамічної парадигми, зазначаючи загальні властивості, характерні для всіх групових психодинамічних методів, і ті, які властиві саме груповій кататимно-імагінативній психотерапії, характеризуючи її специфічні можливості, порівняно з індивідуальною формою.

- Насамперед зазначимо, що як в індивідуальній, так і в груповій терапії об'єктом допомоги є окрема людина - клієнт, учасник групи. Однак, якщо в індивідуальній терапії основою психотерапевтичної допомоги є контакт однієї особи з психотерапевтом, то в груповій для впливу на особистість і поведінку учасника використовуються як уміння і навички терапевта, так і психотерапевтичний потенціал інших учасників та групи в цілому. Це є суттєвою відмінністю групової психотерапії від індивідуальної, у зв'язку з чим одним із головних завдань групового психотерапевта є *розкрити в групі сили, що сприяють розвитку подій, міжособистісної взаємодії та стосунків учасників, тобто групової динаміки* [11].

- На відміну від індивідуальної терапії з її «інтимним» характером, що сприяє *інтроспекції* та розкриттю інтроспективних можливостей людини, групова психодинамічна терапія, здійснюючись в умовах множинності учасників, які бачать і чують один одного, стимулює *інтерацію*, взаємодію учасників, їх взаємний емоційний і поведінковий вплив. Тим самим групова терапія сприяє актуалізації і розвитку інтерактивних здатностей і можливостей її учасників [24].

- В психодинамічній групі створюються умови для швидкої і достатньо глибокої *регресії* членів групи. Зміна регресивних і прогресивних переживань у групі більш очевидна, ніж в індивідуальній терапії. Терапевт має можливість акцентувати в групі різні рівні регресії, на яких працює: раціональний усвідомлюваний рівень; едипальний та доедипальний рівні перенесення [24]. Це створює можливості для виявлення та припрацювання інфантильних потреб і конфліктів учасників групи, які позасвідомо можуть проявитися у їхній взаємодії і стосунках, включаючи психотерапевта, за принципом перенесення, яке у групі набирає *мультиоб'єктного* характеру [24, 38]. За помірної регресії у груповій терапії (на едипальному рівні) часто має місце мультиперенесення, коли група розглядається як відображення сім'ї та стосунків у ній. У випадку глибокої регресії (пreedипальний рівень) група може сприйматися як материнський об'єкт

з раннього дитинства. З певної точки зору, перебіг терапії може переживатися групою як індивідуальний розвиток людини – від симбіотичних способів існування з групою до оральної залежності від неї, пошуків автономії та активності, пов'язаної із статевими відмінностями у групі.

- Група сприяє *міжособистісному навчанню* її учасників: кожний з них отримує від інших зворотний зв'язок стосовно своєї поведінки в різних ситуаціях взаємодії, дізнається, як він впливає на інших та як його бачать інші; завдяки групі він може усвідомити причини своїх дій, зрозуміти частково неусвідомлені бажання, страхи, ранні травматичні стосунки, що призвели до внутрішніх конфліктів, які позначаються на актуальній взаємодії.

- Простір групи зазвичай використовується як «майданчик» для *пробних змін у мисленні, уявленнях, поведінці тощо*. Переведення набутого у групі досвіду на позатерапевтичні ситуації здійснюються легше і скоріше, ніж переведення досвіду, отриманого завдяки індивідуальній терапії (в умовах останньої більш зріла поведінка клієнта у соціальній взаємодії виявляється пізніше, коли вона починає відповідати новій внутрішній представленості об'єктів, викликаних терапією).

Вище ми окреслили *загальні фактори* групової психодинамічної терапії, які визначають її особливості, дієвість і які проявляються також і в груповій КПТ. Розглянемо тепер *специфічні можливості*, що властиві саме груповій кататимно-імагінативній психотерапії, вказуючи разом з тим на її відмінність від індивідуальної форми.

- В ГКПТ вводиться спеціальний *фактор структурування* – *спільне кататимне переживання образів*, що дозволяє чітко розмежовувати робочі рівні групи, які розрізняються між собою ступенем регресії чи присутністю функцій Я та захисту: фаза імагінації; фази попередньої бесіди з вибором теми та першої частини бесіди після уявлення образу; фаза основної бесіди з когнітивним пропрацюванням проявлених в образах внутрішніх конфліктних змістів [38].

- В групових образах відображується як внутрішньопсихічна динаміка члена групи, так і аспекти його міжособистісної взаємодії, патерни поведінки у ній, що створює можливості для інших учасників надавати відповідний зворотний зв'язок як безпосередньо в образі, так і пізніше, вербально – під час обговорення. Міжособистісне навчання може відбуватися в групових імагінаціях і іншим чином: завдяки механізму проєкції кожен учасник може сприйняти в образі іншого «щось своє» (бажання, страх, почуття), яке до цього сам у себе не визнавав. Отже, створюється можливість для самоусвідомлення, виправлення самосприйняття, змін у поведінці.

- Мультиоб'єктне перенесення в ГКІП, яке включає і стосунки учасників з психотерапевтом, позасвідомо проявляється не тільки в їхній взаємодії поза образами, але і на *сцені групових імагінацій*, що дозволяє виявляти ранні інфантильні потреби та внутрішні конфлікти членів групи. Розвиток символів на груповому екрані полегшує доступ до глибинного змісту конфлікту, його серцевини, сприяючи пропрацюванню раннього емоційного досвіду з притаманними йому страхами та травмуючими стосунками [25, 35].

- Розгортання процесу ГКІП, поглиблення змісту групових імагінативних образів активізує емоційні переживання в групі і разом з тим формує у її членів здатність сприймати і емпатійно реагувати на важкі (тяжкі?) переживання одне одного. Учасники поступово вчаться відкрито говорити про болючий досвід, неприємні почуття, отримуючи при цьому розуміння і прийняття іншими (розвиток когезії в групі). (Когезія від лат. *Cohaesus* - зв'язаний, зчеплений) [25].

- Контрольована регресія, емоційна інтенсивність групових імагінацій та можливість пропрацювання їх матеріалу як на образному, так і на когнітивному рівні, ефекти міжособистісного навчання, внутрішньої згуртованості та когезії в групі – все це сприяє розвитку креативності учасників, підвищує їх творчі можливості у побудові міжособистісних стосунків, а також і в гармонізації внутрішньопсихічного життя [25].

Отже, зважаючи на викладені вище специфічні особливості групової кататимно-імагінативної психотерапії як психодинамічного методу, можна сказати, що в груповій КП, порівняно з індивідуальною, вводиться спеціальне сруктурування – сесія проходить як спільний процес розвитку імагінації, який включає декілька фаз і робочих рівнів. Хоча в ГКП процеси інтроспективного розвитку безумовно мають місце, більше вона, завдяки розгортанню групової динаміки, сприяє актуалізації та розвитку інтерактивних здатностей і можливостей клієнтів; їх міжособистісному навчанню як безпосередньо в спільних імагінаціях, так і на когнітивному рівні під час обговорень; формуванню в групі мультиоб'єктного перенесення, яке дозволяє виявляти і ефективно опрацьовувати ранній травматичний досвід і конфлікти членів групи із значимими об'єктами; розвитку згуртованості, довіри і уваги учасників один до одного.

1.2 Рамкові умови та правила і норми групової КП

Рамкові умови (сетинг) означають вихідні установки організації роботи психодинамічної групи і включають всі необхідні зовнішні умови і обмеження, що регламентують її проведення. До основних зовнішніх рамок належать тривалість і частота зустрічей, тривалість курсу психотерапії загалом; розмір групи; її склад та формат; приміщення для проведення групи; склад ведучих; форма оплати тощо [24, 23, 38].

В ГКП оптимальною частотою зустрічей є один раз на тиждень (інколи два) тривалістю дві – три години (хоча трапляється, що частота зустрічей може бути більш рідкою, наприклад, один раз на місяць, або приймається така форма роботи, коли група зустрічається двічі на рік на чотири - шість днів і має 10 – 18 сесій). Весь курс психотерапії складається зазвичай з 25 – 30 сеансів, хоча їхня кількість може бути більшою або меншою і залежить від особливостей учасників групи – їхнього віку, статусу, проблематики, ступеню порушення тощо.

Вважається, що найбільш зручною є КІП-група з 6 – 8 осіб, однак допустимою є і більша кількість учасників – 12 – 15 осіб. В останньому випадку рекомендується проводити групу за участю двох психотерапевтів (ведучих), що дозволяє краще відстежувати всі процеси, які відбуваються в групі, сприяти її розвитку, тримати в полі зору дії і реакції кожного учасника.

За складом психодинамічні групи поділяють на дві категорії: *гетерогенні* (учасники не однотипні за своїми особливостями) та *гомогенні* (однотипні за своїми особливостями учасники, наприклад, це - невротичні клієнти або клієнти зі схожою проблематикою, віком, статтю тощо). Як зазначає О. О. Фільц [23], на сьогодні не існує переконливих доказів щодо переваг тієї чи іншої категорії груп, однак деякі відомі аналітики [13] вважають, що, підбираючи склад групи, краще дотримуватись золотієї середини між надто гомогенною (за віком, освітою, видом розладу тощо) та надто гетерогенною групою. У такому випадку легше уникнути таких небезпек, як малопродуктивна динаміка, характерна для надмірно гомогенної групи, а також значного перенапруження терапевта, коли учасники групи дуже відрізняються один від одного (наприклад, за рівнем особистісної організації).

Психодинамічна група може мати також різний формат. Розрізняють *відкриту, закриту і напіввідкриту* групи щодо входження нових її членів. Відкриті групи не мають постійного складу учасників, останні самі визначаються, коли і як часто їм відвідувати групу. Такі групи рекомендуються переважно «новачкам», (в умовах закладів або певних проєктів) які залучаються до групової форми психодинамічного методу роботи. Головною метою відкритих груп є спільне опрацювання індивідуальних проблем та підтримання терапевтичних стосунків, що знайомить певною мірою з методом, однак не сприяє досягненню його психотерапевтичної «глибини». Закрита група передбачає постійний склад учасників, чітко визначений початок і кінець як окремої сесії, так і всього курсу

психотерапії, обов'язкову участь членів групи у всіх групових сесіях, (за виключенням форс мажорних обставин) частота яких також визначена наперед. Такі умови сприяють значній інтенсивності роботи, швидкій регресії учасників, їх інтенсивному заглибленню в переживання, що потребує відповідної підготовленості ведучого. Компромісним варіантом між першими двома є напіввідкрита група, яка більше відповідає реальній практиці роботи і дозволяє уникати як «вільності» відкритих, так і «суворих» вимог закритих груп [23].

Що стосується групової кататимно-імагінативної психотерапії, то досвід дослідників цієї форми роботи [25, 38] показує, що напіввідкритий формат групи є доволі прийнятним для ГКП, оскільки забезпечує значні терапевтичні можливості. Ситуація зміни учасників створює умови для опрацювання таких важливих для групи та кожного з її членів тем, які пов'язані із втратою; дозволяє пережити та опрацювати ранні страхи та складний досвід стосунків із сиблінгами; стимулює рефлексію копінг-механізмів кожного і групи в цілому. Але такий формат групи створює також і труднощі в роботі, оскільки з'являється (чи загострюється) проблема цілісності групи. Вихід з групи або приєднання нових учасників провокують виникнення групових фантазій чи образів, які актуалізують питання безпечного простору, підсилюють заздрість і конкуренцію між «новими» та «старими» учасниками, що суттєво ускладнює роботу психотерапевта/ів в групі.

Важливими чинниками сетингу ГКП є також приміщення, в якому вона проходитиме, і спосіб розміщення учасників. Найкраще групову роботу в КПП проводити в просторому приміщенні, де є можливість розташувати не тільки коло стільців для всіх учасників групового процесу, але й забезпечити зручне місце на підлозі всередині цього кола (спеціальне покриття, килимки, мати тощо) для тих учасників, які безпосередньо беруть участь у спільній імагінації і розташовуються там у формі зірки. Ведучий знаходиться поза цією зіркою у позиції сидячи, що

надає йому можливість ефективно провести релаксаційну вправу, яка сприяє розвитку регресії в групі, і мати умови для уважного спостереження за процесами, які відбуваються далі, під час спільного уявлення образу. Бажано, щоби приміщення, в якому проходить група було постійним, хоча в реальній практиці роботи цього не так просто досягти, особливо це стосується приміщення, де група може розташуватися у формі зірки. Разом з тим, як зазначає Е. Фікенчер, групова робота в КПП можлива і тоді, коли учасники впродовж усього часу роботи групи сидять у кріслах або на зручних стільцях [25].

Розглянемо ще одне важливе питання сетингу, що стосується складу ведучих. Для психодинамічних груп прийнятним є наявність одного або двох психотерапевтів; пара ведучих може бути гомогенною (симетричною) або гетерогенною (несиметричною); терапевти можуть бути постійними чи змінними [23]. Як показує наш практичний досвід, групову КПП бажано проводити парою ведучих (ко-терапевтами), особливо, коли розмір групи перевищує 7 – 8 осіб. Існують певні умови, яких мають дотримуватись ко-терапевти для налагодження конструктивної взаємодії в роботі з групою. Зазначимо, що одним із розповсюджених і ефективних варіантів спільної роботи називають ко-терапію симетричного типу, характерними рисами якої є: однаковий статус, досвід та освіта психологів, що працюють разом; узгодженість особистих якостей та професійних навичок; створення довірливих та шанобливих стосунків, що дозволяють постійно обговорювати проблеми спільної роботи. Перед початком роботи майбутні ко-терапевти повинні зробити наступне [11]:

- краще познайомитись один з одним як особистісно, так і професійно, якщо до цього вони не були знайомі, обговорити свої сильні та слабкі сторони та наслідки їх прояву під час ведення групи;

- обмінятися думками стосовно теоретичних та практичних засад методу та власного бачення і розуміння групового процесу; спробувати передбачити, як вплине на майбутню спільну діяльність стиль роботи кожного;
- детально обговорити мету та завдання психотерапевтичної роботи; проаналізувати особливості кожного учасника групи на основі існуючої інформації (анамнезу); виробити спільне бачення основних психотерапевтичних засобів;
- обмінятися поглядами щодо сумнівів та застережень стосовно групової спільної роботи; обговорити, як і коли вони будуть допомагати один одному, приблизно розподілити ролі; домовитись стосовно режиму обговорення групового процесу;
- узгодити власні етичні вимоги щодо роботи з групами.

Звичайно, передбачити всі розбіжності й можливі суперечності на початку роботи дуже складно; природнім є й те, що ко-терапевти можуть мати неоднакову точку зору стосовно різних ситуацій, що виникають під час групового процесу. Саме такі ситуації доцільно невідкладно обговорювати у визначений для цього час задля конструктивного вирішення розбіжностей у поглядах. Крім того, ко-терапевти повинні постійно відслідковувати та контролювати свою поведінку, особливо для запобігання конкуренції між собою (наприклад, за симпатії в групі), адже учасники можуть скористатись цим з метою маніпуляції амбіціями психологів, а група в цілому може знизити свій психотерапевтичний потенціал. [9].

Що стосується оплати за участь у групі, то вона є безкоштовною для її членів, якщо проходить у державних закладах (стаціонари, поліклініки, спеціальні психотерапевтичні та реабілітаційні центри тощо). Якщо ж група працює у схожих установах приватної практики, то оплата здійснюється за контрактом з точним встановленням і дотриманням його умов [23].

Таким чином, як бачимо, у своїй сукупності зовнішні рамкові умови (сетинг) забезпечують надійність і стабільність групового процесу, захищаючи його від деструктивного впливу позагрупових зовнішніх факторів і створюючи можливості для виникнення особливого внутрішнього простору групи, в якому власне і розгортаються основні події психотерапії [23].

Окрім зовнішніх рамок умов, процес групової КПП формується також завдяки внутрішньому його структуруванню за допомогою правил і норм проведення психодинамічної групи. Важливим правилом групового психодинамічного процесу (1) є *мінімальне його структурування*: психотерапевт уникає авторитарності і займає абстинентну позицію, тобто бере участь у групі переважно як спостерігач. В ГКПП ведучий на початку роботи вносить більше структуруючих моментів, пов'язаних з тим, що, окрім розповіді про рамкові умови та основні правила роботи, він сприяє учасникам з вибором теми і мотиву для перших імагінацій, допомагає увійти у стан розслаблення, однак у сам процес спільного розвитку образу майже не втручається, обмежуючись уважним спостереженням. У міру розвитку процесу групової КПП позиція психотерапевта набуває ще більшої абстинентності. Наступне правило групової психодинамічної терапії (2) стосується *вільних вербальних інтеракцій-взаємодій* учасників або, як це ще називають [23], *вільноплаваючої дискусії* в групі. Воно означає спонукання учасників до відкритості (щирості) у взаємних висловлюваннях, наскільки це для них можливо; в ГКПП це спонукання розповсюджується і на спільне фантазування в образах. Важливою умовою при цьому є допустимість і бажаність спілкування на будь-яку тему, але *без фізичного контакту*. Обов'язковим правилом, яке сприяє процесу саморозкриття, створюючи у членів групи відчуття захищеності та безпеки, (3) є *правило конфіденційності*, яке зобов'язує учасників не виносити матеріал, що опрацьовується в групі, за її межі. Правило (4) *утримання від соціальних контактів поза рамками групи* вводиться з метою збереження її психотерапевтичного потенціалу.

До вказаних вище загальних правил в кожній групі формуються і додаються свої правила, які встановлюють самі учасники і регулюють таким чином норми взаємодії і взаємостосунків між собою (ступінь близькості і дистанції, ставлення до схожості і відмінностей, міра прояву конкуренції, агресії і т. д.), які захищають їх від існуючих чи уявних загроз, страхів, конфліктів. Впродовж групового процесу при виникненні нових або несподіваних, складних для групи ситуацій певні норми взаємодії можуть бути зруйновані, що потребує від учасників нової узгодженості норм задля відновлення ефективності роботи групи.

Сукупність діючих у групі норм визначають її *групову культуру*. Ці норми виникають з інтеракцій учасників, що повторюються, як компроміс між задоволенням потреб і захистом від страхів. Норми різняться у різних групах. Вони залежать, зокрема, від психодинамічної структури учасників. На встановлення групових норм та формування групової культури суттєвий вплив має поведінка ведучого(чих) групи (про що йтиметься нижче).

1.3. Групова динаміка. Розвиток групової структури. Групові ролі.

В груповій психотерапії для впливу на особистість і поведінку учасника використовуються як уміння і навички терапевта, так і психотерапевтичний потенціал інших учасників та групи в цілому. *Групова динаміка*, тобто *сукупність подій, міжособистісних взаємодій та стосунків учасників, включаючи і психотерапевта*, є потужним фактором терапевтичних змін у членів групи. Розглядаючи в цілому явище групової динаміки, Р. Кочюнас [11, с.7] виокремлює в ньому три рівні: 1) окрема особистість та її внутрішньо-психічна динаміка; 2) міжособистісна взаємодія учасників групи; 3) ситуація і динаміка групи як цілого. Ці три рівні характерні для будь-якої психотерапевтичної групи, однак в залежності від теоретичної орієнтації психотерапевта і структури групи в деяких з них використовується лише один з вказаних рівнів.

Далі розглянемо прояви групової динаміки у розвитку важливих групових феноменів.

Як було зазначено вище (1.2), в психодинамічній групі, пояснивши учасникам рамкові умови та основні правила роботи у попередньому інтерв'ю або на початку першої сесії, ведучий надалі вже не здійснює ніяких структурувань: не вдається до будь-яких спонукань і ніяк нікого не підтримує. В груповій КІП, особливо на початку роботи, структурування є більш значним, однак воно регулює роботу групи насамперед на формальному рівні і майже не впливає на зміст цієї роботи, зокрема на розгортання спільної імагінацій [35, 36, 38]. Впродовж останньої психотерапевт займає позицію уважного спостереження, даючи знати про себе через так зване «терапевтичне муркотіння» [25] і включаючись у процес у виняткових випадках (наприклад, для прояснення незрозумілої символіки або у ситуації, коли учасник в образі потрапляє у емоційно важкі для нього обставини і потребує допоміжних інтервенцій).

За таких умов *розвиток групової структури* починається з певного внутрішнього *напруження* учасників: дають про себе знати приховані страхи («Чи приймуть мене у групі?», «Чи сподобаються мені інші учасники і ведучий/чі?», «Як потрібно себе поводити, щоби не осоромитися?», «Чи зможу я брати участь у спільній імагінації?», «Чи допоможе мені групова КІП ?» і т. д.), що впливають на представлення себе у групі, в тому числі в образних уявленнях, через певні висловлювання та поведінку, які є звичними для кожного у повсякденному житті. Останні викликають у інших емоційні реакції, які втілюються у їх відповідних висловлюваннях і діях (теж звичних для них). Так виникає взаємодія між учасниками і формується загальна ситуація в групі: прояснюються спільні для частини членів групи теми, погляди, поведінкові позиції, а також відмінності інших стосовно змістовних уподобань і поведінки; проявляються ознаки конфліктів, пов'язаних із стосунками; встановлюється

близькість і відстороненість між окремими учасниками, виникають почуття симпатії чи антипатії.

Важливим феноменом розвитку групової структури є також поступове формування *згуртованості* групи, ознаки якої можна помітити вже на початку роботи, коли учасники діляться проблемами свого особистого життя поза групою, висловлюють співчуття і підтримку один одному. В цілому *групову згуртованість* визначають як взаємопов'язаність учасників групи, що виявляється у відкритості та взаємній довірі один до одного, привабливості і цінності групи для її членів, бажанні залишатися у ній для спільної роботи і досягненню схожих цілей [29, 32, 11]. Виникнення і розвиток групової згуртованості розглядають як один із основних факторів психотерапевтичної дії групи, а також як необхідну умову ефективної групової психотерапії. В літературних джерелах доволі часто описують згуртованість групи як аналог «психотерапевтичного альянсу» в індивідуальній психотерапії [11, 29, 37].

Отже, в контексті розвитку групової структури як прояви внутрішнього напруження учасників в групі, так і ознаки їхньої згуртованості починають виявлятися вже на початковій стадії життя групи, однак якщо згуртованість поступово стабілізує це життя, забезпечуючи підтримку і відносну безпеку її учасників, то напруження спонукає їх іти далі – воно викликає незадоволеність собою і стосунками з іншими та прагнення змінюватись. При цьому напруження і згуртованість не є протилежними силами: психотерапевтична група потребує присутності і постійної дії обох цих факторів – як розвитку згуртованості, так і постійного виникнення напруження. [11].

У групі поступово проявляється також *рольова структура*: кожний учасник у взаємодії з іншими демонструє типові для нього зразки поведінки в мікросоціумі (активність, впевненість, енергійність чи скутість, пасивність; дружелюбність, приязність чи настороженість, стриманість тощо) і це

відображають інші учасники через свої проєкції та ідентифікації. Оскільки кожна група, згідно дослідженням Р. Шиндлера, А. Хайгл-Еверс [24, 42, 43], потребує для своєї діяльності соціодинамічного розподілення між її членами певних функціональних ролей (актуальні позиції стосовно типу участі в загальній активності групи), то ці ролі заповнюються учасниками у відповідності з характером їх прояву в групі.

Коментуючи аспект розвитку рольової структури групи, Котт'є-Бірнбахер та Заксе зауважують, що готовність взяти на себе ту чи іншу роль визначається передсвідомими прагненнями (наприклад, униканням певних страхів і прагненням до певних заохочень, зафіксованим завдяки успішним ролям у дитинстві), а також феноменами перенесення між учасниками групи. Через передачу і прийняття ролей внутрішні психічні (інтрапсихічні) конфлікти трансформуються у міжособистісні. Таким чином, соціодинамічне розподілення функцій у групі може супроводжуватися почуттями, що переживались у дитинстві [38].

1. 4. Завдання і функції психотерапевта в групі

Як уже зазначалося в 1.1, одним із головних завдань групового психотерапевта є розвиток у групі сил, що сприяють її терапевтичній ефективності. З цією метою терапевт: 1) уважно спостерігає за усіма процесами і феноменами, які мають місце у групі; 2) осмислює їх на основі знань з психодинамічної теорії і групової динаміки; 3) у разі потреби діє відповідно до ситуації – задає питання, прояснює, здійснює інші інтервенції. Отже, його основні функції – бути «спостерігачем, який інколи бере участь», психоаналітичний аналіз і тлумачення [23, 24]. Виконання цих функцій забезпечується завдяки правилу абстинентності, яке вимагає від терапевта: 1) особистої стриманості, тобто триматися ніби «поза групою» і, таким чином, не брати участь у об'єктних

стосунках в групі і не задовольняти за її рахунок власні потреби і бажання; 2) зберігати нейтралітет, тобто не оцінювати і не підтримувати жодну із сторін у спірних ситуаціях; терапевт відходить від цієї норми лише у випадках фізичного контакту між учасниками або їх надто агресивної вербальної поведінки.

Попри свою стриманість і нейтральність, терапевт впливає на встановлення і дотримання правил і норм у групі, здійснюючи, таким чином, ще одне із важливих своїх завдань – захист учасників завдяки створенню і підтриманню терапевтично ефективного клімату групи. Він слідкує за границями, коли учасники порушують групові правила і ображають інших або висувають їм надмірні вимоги. Він слідкує за тим, щоби кожний, хто хоче щось сказати, отримав таку можливість. Він повинен (за необхідності) брати на себе допоміжну функцію «Я» і прояснити бажання учасників щодо встановлення контактів чи відсторонення, претензій на лідерство чи їх відсутність. Він не повинен допускати, особливо на початку роботи, щоби розвивалися негативні перенесення і хтось з учасників потрапив у позицію ізоляції. Підтримувальна функція терапевта має батьківські і материнські аспекти: дати стійкість та витримку у суперечках, бути опорою, витримати те, що щось може бути скоєно з іншим.

Вплив терапевта на встановлення норм в групі проявляється і в тому, що учасники групи звертають увагу на його поведінку як ведучого і реагують на приховані очікування. Так, здійснюючи тлумачення, терапевт сподівається, що учасники також будуть намагатися осмислювати процеси, які протікають в них самих та в інших. Приймаючи все, що відбувається в групі і залишаючись нейтральним в оцінках, терапевт стимулює прояви вільної від оцінок позиції учасників групи. В цілому, психотерапевт є зразком певної еталонної поведінки – прийняття без осуду всього, про що говорять, диференційованого сприйняття, підтримки сильних сторін учасників, відповідальності перед самим собою та іншими, певного ступеню спонтанності і стриманості, витримання конфліктів,

розуміння і поваги до інших. Отже, він проявляється у групі і як реальна значима особа (еталонний учасник), і як досвідчений експерт-професіонал. Індивідуальність ведучого має великий вплив на розвиток культури групи, його поведінка сприяє формуванню норм, що розвивають когезію групи (аналог надійності стосунків та довіри в індивідуальній терапії).

Окрім цього, терапевт впливає на розвиток групи з точки зору змісту роботи – через увагу до певного матеріалу і те, як він з ним працює. Інтервенції терапевта можуть стосуватися: всієї групи або окремих її учасників; об'єктних стосунків; конфліктів, пов'язаних з потягами, чи конфліктів між психічними інстанціями; перенесення між учасниками групи чи перенесення на терапевта; процесами регресії; групової динаміки тощо. Він може акцентувати певні теми, прояснити і тлумачити, виявляти зв'язки, звертати увагу на те, чого уникають в групі.

Терапевт може підтримувати інтерес до певної теми, посміхаючись, перепитуючи, і, навпаки, показує, що якась тема не здається йому вельми цікавою, демонструючи відстороненість чи скепсис. Так терапевт демонструє учасникам, якої змістовна поведінка є бажаною. В результаті групі складається терапевтично ефективна система норм, яка залишає багато простору для утворення різних групових культур. Отже, терапевт має вплив на груповий процес через установлення основних норм роботи, формування групової культури, розвиток когезії групи (аналог надійності стосунків та довіри в індивідуальній терапії).

2. Теоретичні концепції та моделі, що використовуються в груповій КІП

В психодинамічній теорії групової психотерапії існує значна кількість концепцій, на основі яких досліджувались і продовжують досліджуватися

процеси, що відбуваються в групах і визначається ефективність цього виду психотерапії. Різні концепції і створені в процесі їх узагальнення моделі групової психотерапії здійснюють значний вплив на практичну роботу терапевтів – через вибір ними певних моделей для своєї роботи, прийняття принципів, що пояснюють групові процеси в цих моделях та застосування відповідних технік інтервенцій. Однак, як показують сучасні дослідження, далеко не всі моделі враховують різноплановість феноменів, які проявляються в групах, і застосовують багатовимірні підходи до їх вивчення і використання в психотерапії. В своїй роботі, присвяченій вивченню концепцій і моделей, що можна визнати як базові для застосування в груповій КПТ, ми спирались на дослідження Х. Льюїнера; А. Хайгл-Еверс, Ф. Хайгла; У. Рюгера, Г. Штаатса; П. Куттера, Т. Мюллера, І. Ялома, Р. Кочюнаса, О. Фільця, Е. Фікенчера та інш. Корисним орієнтиром для нас слугував також структурований огляд сфер групової психотерапії, що являють собою її важливі виміри, здійснений Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе [11, 13, 23, 24, 25, 29, 38].

Згідно висновків, зроблених Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе, групову психодинамічну терапію структурно можна описати за допомогою трьох вимірів: 1) *психічний рівень* або рівень функціонування психіки, що є домінуючим у певній групі, і на якому знаходяться ще три різних функціональних рівня: *рівень явних дій (маніфестних взаємодій), рівень проєкцій, рівень емоційного базису (емоційної основи, підґрунтя)*; 2) *вимір структури стосунків*, що показує, яким стосункам у групі приділяється більше уваги - між терапевтом і всією групою; між терапевтом і кожним окремим учасником; стосункам учасників групи між собою та їхнім стосункам з терапевтом; 3) *вимір часового і цілеспрямованого розвитку*, за яким відслідковується напрям і розвиток за часом процесів у групі.

2.1. Рівень функціонування психіки

Рівень явних дій. На цьому рівні мова йде про стосунки між членами групи, які стосуються реальностей взаємодії в групі: функцій і ролей, які беруть на себе окремі учасники, норм поведінки між собою, кооперації, суперництва, симпатій-антипатій і т. д.

Відомим психоаналітиком, який одним із перших зацікавився і займався цим рівнем, був Р. Шиндлер [42]. Виходячи із соціометричної теорії вивчення малих груп, вчений розробив концепцію «соціодинамічної рангової структури», в якій описав основні позиції учасників психодинамічної групи стосовно типу участі у її загальній активності.

Р. Шиндлер виокремив наступні найбільш поширені позиції-ролі: *Альфа*, *Бета* *Гамма*, *Омега*. Ці позиції динамічно взаємопов'язані, однак розрізняються своїми функціями у спільних діях, які здійснює група для подолання існуючих у ній страхів, пов'язаних із «ворожими обставинами» поза групою, від яких вона повинна захищатись.

Альфа – лідер, що підтримується більшістю учасників (рішучий, енергійний), бере на себе функцію керування і відповідальності за групу, стає виразником її ініціатив. Така позиція сприяє зміцненню «Его» і виявленню «Я».

Бета – експерт, в цілому підтримує лідера; має знання і навички, які цінує група; поводить себе по-діловому, реалістично і компетентно; інтелектуал, що може дати пораду, однак емоційно не включається в груповий процес – він ніби знаходиться поза дією групи.

Гамма – має три варіанти ролей: а) учасник, що цілком ідентифікувався з лідером(Альфа) і поводить себе, як він; б) помічник, що підтверджує або доповнює активність Альфа; в) критично налаштований Гамма: підтримує Альфа, однак контролює його поведінку стосовно відповідності узятим зобов'язанням.

В цілому гамма-позиція - це позиція, що оберігає «Его» і сприяє формуванню «Супер-Его».

Омега – анти-Альфа, представляє позицію, протилежну Альфа, поводить себе стосовно нього критично і агресивно; при цьому Омега майже ніколи не досягає успіху у реалізації своїх пропозицій чи намірів, оскільки невпевнений у своїх силах, не відчуває підтримки групи, виступаючи найчастіше у ній в ролі цапа-відбувайла. Така позиція може послаблювати «Его».

Р. Шиндлер [42, 43] досліджував питання впливу різних позицій на можливість навчання і розвитку для учасників, які займають кожен з описаних ролей. Він підкреслював, що дуже важливо тлумаченням позицій не допустити їх закріплення у членів групи і таким чином зберегти для кожного з них можливість набуття нового досвіду і розширення репертуару ролей в соціодинамічному їх розподіленні в групі.

Рівень проєкцій. На цьому рівні йдеться насамперед про стосунки перенесення, коли прикмети значущих осіб проєктуються певним учасником на об'єкти в терапевтичній групі. В таких випадках група ніби відображує для нього візерунок стосунків в батьківській сім'ї і, отже, в ній можуть опрацьовуватись його ранні конфліктні стосунки (одним із перших, хто досліджував сімейні перенесення, які відбуваються в групах, був З. Фулкс [33], концепція «групової матриці» якого включала стосунки перенесення і передбачала, зокрема, аналіз ранніх дитячих стосунків).

Крім об'єктних стосунків, можуть проєктуватися також частини Я (аспекти Супер-Я та ідеального Я, лібідонозні та агресивні імпульси, а також певні функції Я – оцінка реальності, здатності мислення, захисні механізми тощо). Завдяки такому виду проєкцій різні учасники групи можуть втілювати в собі різні психічні інстанції, у зв'язку з чим групу можна розглядати як колективну особу, що складається з різних персонажів – носіїв тієї чи іншої інстанції [23, 30].

Рівень емоційного базису. Цей рівень цікавий насамперед тим, що на ньому у станах регресії розвивається єдність в переживаннях учасників групи, яка найчастіше відчувається позасвідомо, однак може бути проявленою в групових фантазіях, в яких учасники можуть почуватися або дуже захищеними, або дуже уразливими, відчувати небезпеку. При цьому, оскільки у згаданих фантазіях більшою чи меншою мірою розпливаються індивідуальні межі, то переживається не диференційоване ставлення до інших учасників, а тільки ставлення до групи в цілому, що нагадує симбіотичне ставлення дуже маленької дитини до своєї матері. Як і мати у таких стосунках, група сприймається як щось дуже могутнє, яке може як наближати, захищати, так і травмувати, руйнувати.

Відомим дослідником, що вивчав даний емоційний рівень, був У. Біон [2], який описав три «основних допущення», що характеризують несвідомі переживання на цьому глибоко регресивному рівні: етап залежності, коли група хоче, щоби їй щось давали і захищали; етап боротьби і втечі – група відчуває загрозу; етап формування пар, на якому група переживає надію і вірить, що скоро завдяки якійсь рятівній силі зникне ненависть і руйнування. Ці основні установки є захистом від глибинних психотичних страхів, однак, оскільки страхи долаються лише частково, за цією концепцією постійно відбувається чергування вказаних трьох етапів.

Як зазначають Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе, [38] здається очевидним, що всі три описані вище функціональні рівні важливі для групової роботи, на кожному з них можуть виникати ситуації, що потребуватимуть опрацювання. Однак, кожний з цих рівнів набуває особливого значення в залежності від орієнтації групи. Так, терапевтичні групи, які ґрунтуються на глибинній психології, займаються в основному проєкціями, що виникають в групі; аналітичні групи – глибинними регресивними станами третього рівня.

2.2. Структура стосунків

Складність і переплетеність стосунків в психотерапевтичній групі постійно ставить її ведучого перед вибором: яким стосункам необхідно приділяти більше уваги. Разом з тим впродовж історичного розвитку групової терапії виокремилось декілька моделей і відповідних їм позицій у питанні пріоритетного вибору стосунків, на яких концентрується увага в групі: 1) в груповому аналізі опрацьовуються переважно стосунки між терапевтом і всією групою як колективною особою; 2) в інших психодинамічних групах основна увага приділяється аналізу кожного окремого учасника, при цьому психотерапевт працює з ним, як в індивідуальній терапії, не звертаючи особливої уваги на стосунки учасників один з одним та на групові феномени; 3) психотерапевт працює з групою як із соціальним мікрокосмосом, опрацьовуючи стосунки учасників один з одним та їхні стосунки з терапевтом.

На сучасному етапі проведення психотерапевтичних груп ситуація із виключною концентрацією на якомусь одному рівні стосунків (відповідно до певної усталеної моделі) і значним скороченням розгляду інших стосунків і групових феноменів видається такою, що неповно і неправильно відображує реальність групи і знижує її терапевтичний потенціал. У зв'язку з цим слушною, на наш погляд, є думка Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе про необхідність розглядати багатоплановість всіх феноменів у групі і застосовувати комплексні моделі, в яких однаковою мірою і адекватно ситуації враховуються психодинамічні і соціально- психологічні аспекти життя групи [38].

Далі детально розглянемо моделі одного з авторів, які є прикладом багатовимірною теоретичного підходу і які видаються цілком перспективними у використанні в груповій КПТ.

2.2.1. Трирівнева та сегментна моделі групового процесу П. Куттера

Сегментна модель Петера Куттера формувалась послідовно [12, 38]. На першому етапі автор виділив рівні функціонування учасників у груповому процесі, які у сукупності складають візерунок - діаграму функціонування групи (трирівнева модель). Групу, слідом за З. Фулксом, П. Куттер розумів як систему, субстрат або «матрицю», яка складається з індивідів, але є чимось більшим, ніж сума її складових. [12, 38]. Поверхневий рівень (I) в цих моделях означає рівень маніфестних взаємодій: поведінкові прояви учасників групи (розташування та переміщення учасників в просторі психотерапевтичної кімнати, жести, міміку тощо), явні інтеракції, реальні стосунки, рамочні домовленості, робочий альянс. За цими проявами автор пропонує відслідковувати констеляцію ролей, групову динаміку. Середній рівень (II) містить прояви перенесення та контрперенесення. За словами П. Куттера, мова йде про проєкції на психоаналітика ранніх конфліктів з первинними об'єктами дитинства. Цей рівень, в свою чергу, розділено на чотири прошарки (a, b, c, d) – різні форми перенесення в залежності від рівня функціонування особи. (Див рис. 2.) Глибинний рівень (III) означає можливість регресивного проживання анаклітичної та діатрофічної єдності («anaklitisch-diatrophische» - пригорнення та живлення). В ньому учасники терапевтичної групи несвідомо прагнуть бути долученими до психоаналітика та групи і отримати від них необхідне архаїчне «підживлення», як немовля пригортається до материнських грудей.

Повернемось до середнього рівня моделі (II), на якому диференціюються трансферентні стосунки. П. Куттер виділяє чотири прошарки проживання перенесення (Рис.2).

а) класичне невротичне перенесення або невроз перенесення, коли у особи сформовані психічні границі та є можливість об'єктних стосунків;

b) нарцисичне перенесення, що супроводжується загостренням ідеалізованих уявлень про свою особистість;

c) перенесення з розщепленням об'єкту (переважно материнського) на вкрай поганий та вкрай хороший;

d) психотичне перенесення або психоз перенесення з розмиванням границь між особами.

В сформульованій пізніше сегментній моделі Петер Куттер до трирівневої структури додає лінію часу та ставить акцент на сегментній геометрії - представлення рівня функціонування кожного з учасників в загальному візерунку групового процесу. Автор описує динаміку групового процесу для груп, які складаються переважно з невротиків, як довгий шлях від актуальних проблем, через опрацювання опору, захисних механізмів до проживання раннього дитячого досвіду немовляти та поступової прогресії до більш зрілих стадій розвитку. Доедипальні пацієнти створюють іншу динаміку з бінарними коливаннями станів групи від ідеалізацій до знецінення, розщепленням [12, 83 с.].

Як показано на Рис. 1, геометрично автор представляє свою модель у вигляді циліндра, покладеного горизонтально, де круговий перетин розділено на сектори відповідно до кількості учасників групи (в даному випадку – шість учасників), та на пошарові концентричні кола, які символізують певні стани, рівні прояву учасників на груповій терапії. Горизонтальний напрям прямокутного перетину циліндру $\rightarrow t$ означає плин часу: тривалість психотерапевтичного процесу, сталість перебування у певному стані або перипетії змін станів учасників впродовж психотерапії. Відповідно до цього терапевт має змогу здійснювати фіксацію стану окремих осіб та групи в цілому у певний момент, і це геометрично буде відображатись в нових, сегментарно та концентрично розділених кругових перетинах.

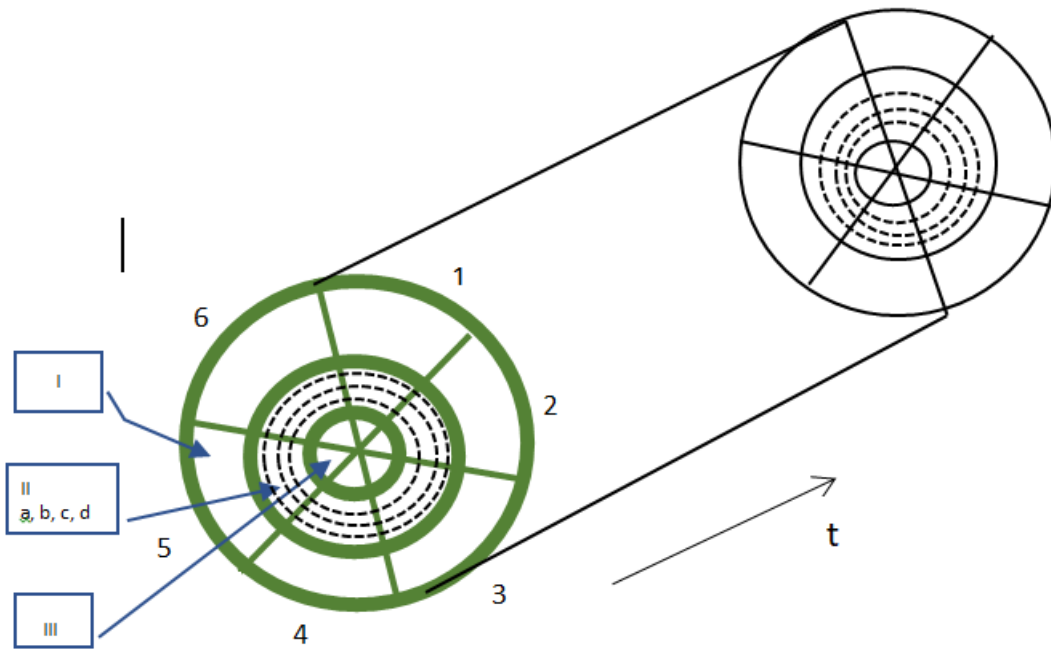


Рис. 1. Сегментна модель П. Куттера

Умовні позначки. Товстими зеленими лініями означено рівні функціонування групи в період, що розглядається, та розділення на сегменти, в яких буде відмічатись рівень функціонування в групі окремих учасників. Арабськими цифрами пронумеровано кожний сегмент, який відповідає певному учаснику групи (в реальній роботі терапевт зазвичай замість цифр пише імена або ініціали) римськими – глибину шару (заглибленість у проживання), а латинськими літерами – диференціацію другого шару на підрівні. Пунктиром (концентричні кола) означено ці підрівні перенесення в середині другого рівня функціонування групи. Літера \vec{t} та тонкі чорні прямі лінії означають часовий вимір. Чорними тонкими лініями також накреслені концентричні кола з розділенням на сегменти, що означають профіль групи у майбутньому.

Покажемо частину цієї схеми ще раз у збільшеному вигляді, щоб краще розрізнити підрівні (прошарки) перенесення на другому рівні функціонування учасників.

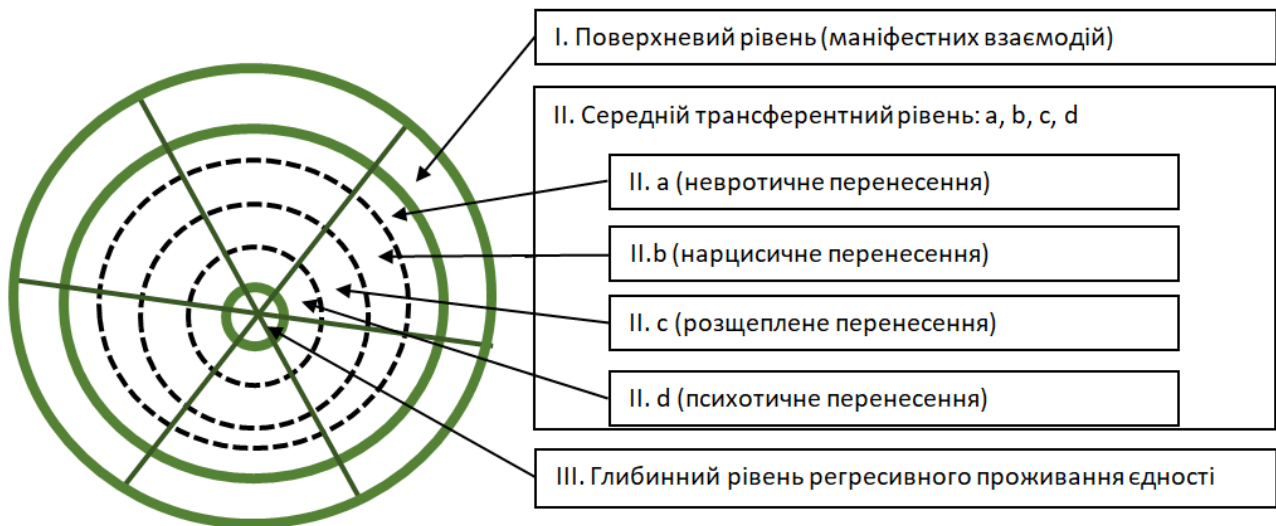
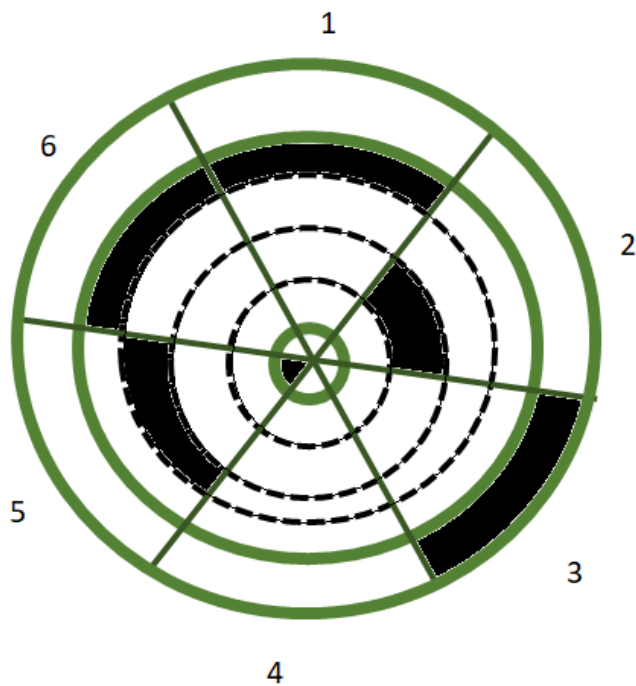


Рис. 2. Диференціація трансферентного середнього рівня: підрівні (прошарки) перенесення. (Умовні позначки як на рис. 1)

До початку сесії терапевт готує певну кількість бланків для поточної фіксації стану, рівня функціонування кожного з учасників та групи в цілому. Зрозуміло, що кількість секторів на бланку відповідає кількості учасників групи (для іншої кількості використовується інший бланк). Періодичність, з якою терапевт робить відмітки, залежить від його гіпотетичної концепції аналізу групового процесу. Це може бути кожен раз, коли змінюється стан, наприкінці кожної сесії або у відповідності до іншої схеми. Зручно підписувати сегменти відповідно до того, як розташовуються учасники в психотерапевтичному кабінеті.

Для кращого сприйняття на рис. 3 наведемо приклад заповненого бланка зі спрощеним типом бінарної фіксації: прояви або є, або відсутні. (Зауважимо, що П. Куттер використовує троїчну фіксацію станів: прояви чіткі (чорна заливка); прояви непевні, слабкі (сіре штрихування); прояви відсутні (відсутня заливка)). В наведеному прикладі пацієнти 1 та 6 на третій сесії знаходяться в невротичному перенесенні; пацієнт 2 проявляє перенесення розщеплення; пацієнт 5 – проживає нарцисичне перенесення та відчуття єдності; пацієнт 3 функціонує на рівня маніфестних взаємодій; пацієнт 4 не проявляє на цій сесії явних ознак, за якими його можна було б віднести до певного рівня.



t - наприкінці третьої сесії

Рис. 3. Груповий «візерунок» функціонування членів групи у період t3. Темний колір означає, що учасник проявляється переважно в цьому шарі, білий – проявлення відсутні.

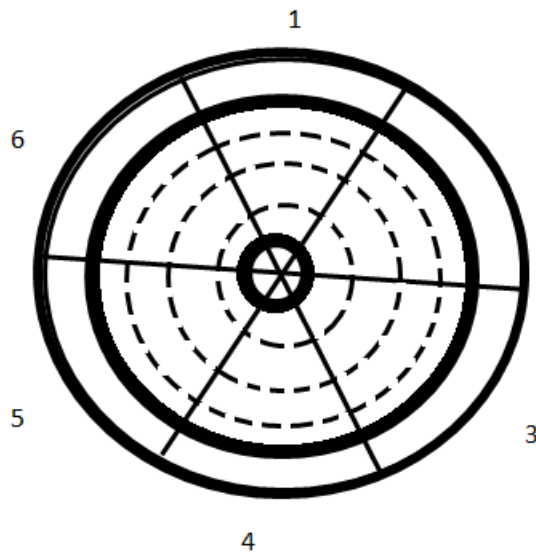
Таким чином, сегменти на цій схемі показують прояв персональних структур кожного з учасників, а їхня сукупність – діаграму, структуру групи в цілому на певному відрізку часу.

На основі сегментної моделі П. Куттера ми підготували та використовуємо бланк для фіксації та аналізу рівня функціонування групи. (Додаток 1)

У дослідженнях з групової терапії приділяється увага змінам у групі впродовж її існування. Як зазначають Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе, у більшості з них, починаючи з перших теоретичних робіт, описуються певні характеристики початку, середини і кінця групової роботи, акцентуються центральні з них, які в цілому співпадають у різних авторів, що говорить про загальну закономірність їх прояву [38].

Додаток 1.

Бланк сегментної моделі П. Куттера для групи із шести осіб.



t- Сесія № ____, дата _____
Психотерапевти _____

2 алгоритм фіксації спостережень:
після сесії, інший _____

Присутні особи:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Тема імагінації _____

2. 3. Напрямок і розвиток за часом процесів у групі

Це вимір, який передбачає відслідковування перебігу групового процесу у сенсі його розвитку за напрямом і часом, а також з точки зору співвіднесення процесу і результату.

На початковому етапі існування групи має місце певне орієнтування, встановлення контактів, з'ясування цілей, правил і норм групової роботи . Психологічно на перший план виходять очікування і страхи учасників, група сильно залежить від терапевта, сподівається на його захист і підтримку; поступово починають проявлятися важливі групові теми (З. Фулкс, П. Куттер, І. Ялом, У. Рюгер, Г. Штаатс та інш.) [33, 12, 29, 24].

Середній етап – основний етап роботи, коли група працює над конфліктами і пошуками нових можливостей для їх вирішення. Деякі автори [24] на початку цього етапу виокремлюють так звану фазу зупинки, в якій здійснюється акцент на мотивації учасників стосовно роботи один з одним (розпізнавання та

опрацювання ранніх тенденцій до припинення роботи у окремих учасників). Встановлення міцних стосунків один з одним, високий ступінь когезії в групі є необхідною умовою для поглиблення і розширення можливостей членів групи в роботі над конфліктними змістами. Теми, які опиняються в фокусі роботи групи, відповідають кризам і конфліктам, які повинні бути подолані в індивідуальному розвитку. Мова йде про інтеграцію оральних, анальних і генітальних імпульсів та про пошук свого місця в різних стосунках з близькістю і дистанцією, що змінюються, прив'язаністю і розлученням [12, 24].

На заключному етапі роботи зазвичай в фокусі уваги групи – тема її завершення [12, 24, 33]. У цей період у деяких членів групи знову прокидаються симптоми страху і суму, які необхідно опрацювати. Учасники повинні осмислити шлях, який вони пройшли з групою, оцінити, що дала їм робота в групі, які проблеми ще не вирішені, як вони бачать свої перспективи.

Отже, певні етапи (стадії, фази) та характеристики групових процесів в узагальненому вигляді представлені в літературі, однак диференційований розгляд перебігу цих процесів, в тому числі в їх співвіднесенні з результатами групової роботи, фактично відсутній, як зазначають у своєму огляді Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе [38].

Певним виключенням із зробленого висновку становлять дослідження І. Ялома [29], який, проаналізувавши різні концепції групової терапії, виокремив групові процеси, важливі для успіху терапії, і перевірів це емпірично. Дослідник визначив 11 терапевтичних факторів групової терапії: *вселення надії; універсальність проблем; повідомлення інформації; альтруїзм; коригувальний аналіз впливу батьківської сім'ї; розвиток технік спілкування з іншими людьми; імітаційна поведінка; інтерперсональний вплив; групова згуртованість; катарсис; екзистенційні фактори.*

Висновки та перспективи подальших досліджень. Теоретичне осмислення практики застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії, що було здійснено у даній статті, дозволило, по-перше, виокремити і описати теоретичні передумови, важливі для розуміння і проведення групової КП, а саме: специфічні відмінності між індивідуальною та груповою КП; рамкові умови та норми і правила роботи групи; поняття групової динаміки; розвиток групової структури, групові ролі; завдання і функції психотерапевта в групі.

По-друге, розглянуто теоретичні підходи, концепції та моделі, що є перспективними для використання в ГКП, зокрема, викладено багатовимірний підхід Е. Котт'є-Бірнбахер, У. Заксе, за яким групову психодинамічну терапію структурно можна описати за допомогою трьох вимірів: 1) психічний рівень або рівень функціонування психіки, що є домінуючим у певній групі, і на якому знаходяться ще три різних функціональних рівня: рівень явних дій, рівень проєкцій, рівень емоційного базису; 2) вимір структури стосунків, що показує, яким стосункам у групі приділяється більше уваги; 3) вимір часового і цілеспрямованого розвитку, за яким відслідковується напрям і розвиток за часом процесів у групі. Крім того, детально представлено трирівневу та сегментну моделі групового процесу П. Куттера, в основу яких теж покладено багатовимірний концептуальний підхід до аналізу групового психодинамічного процесу.

Перспектива проведеного дослідження вбачається у розробленні на основі викладених багатовимірних теоретичних концепцій операціоналізованого методичного інструментарію; аналізі емпіричного матеріалу сесій ГКП; отриманні діагностичних висновків та побудові на їх основі алгоритму терапевтичних інтервенцій.

Список використаних джерел

1. Барке У., Нор К. Кататимно-имагинативная психотерапия: учебное пособие по работе с имагинациями в психодинамической психотерапии. – М.: Когито-Центр, 2019. 397 с.
2. Бион В. Научение через опыт переживания. – М. : «Когито-Центр», 2008. 126 с.
3. Гребень Л. А. Символдрама как психотерапевтический метод работы с семьей. *Актуальні проблеми психології. Том III.: Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. – Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; – Міленіум, 2003. – Вип.2. С. 41–48.*
4. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О, Омельченко Я. М., Лазос Г. П.. Кататимно імагинативна психотерапія у вітчизняному соціокультурному контексті (теоретико-методологічні та практичні аспекти) : збірка вибраних праць. Вінниця, 2018, 504 с.
5. Кісарчук З. Теоретичні та технологічні аспекти застосування сучасних методів психодинамічної парадигми у вітчизняних соціокультурних умовах. *Актуальні проблеми психології. Том III. : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. – Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; – К. : Логос, 2014. – Вип.10. С. 5–20.*
6. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Метод кататимно-імагинативної психотерапії в контексті особливостей його викладання. *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. – Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; – К.:, 2017. – Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. С. 203–255.
7. Кісарчук З. Г., Гребінь Л.О., Омельченко Я. М. Кататимно-імагінативна психотерапія. *Основи психотерапії: навч. посіб.* / В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та інш.]; під заг. ред. К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацька. – Полтава : Алчевськ : ЦПК, 2013. С. 73-97.
 8. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О., Омельченко Я. М. Кататимно-імагінативна психотерапія як метод допомоги постраждалим дітям. *Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки.* К. 2016, С. 59-97.
 9. Кісарчук З. Г., Лазос Г. П. Модель корекції негативних переживань підлітків засобами кататимно-імагінативної психотерапії як глибинно зорієнтованого методу. *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, З. Г. Кісарчук. – К. : Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України ; К., 2010. – Вип.7. – С. 189–211.*
 10. Котье-Бирнбахер Э. Символдрама в коучинге и организованном консультировании. Котье-Бирнбахер Э., URL: https://capp.kz/cp/?page_id=512&fbclid=IwAR0wdclybjGny7tsmGQ8OeWaiB7brX3Ldo9xTueiSzSYzxVoruQ8iQUfu4Y (Дата звернення: 3.01.2021).
 11. Кочюнас Р. Групповая психотерапия: Учебное пособие для вузов. – 10-изд. М. : Академический проект, 2018. 222 с.
 12. Куттер Петер Элементы групповой терапии. Введение в психоаналитическую практику. СПб. : Б. С. К., 1998. 198 с.
 13. Куттер Петер, Мюллер Томас Психоанализ: Введение в психологию бессознательных процессов. М., Когито-Центр, 2011. 384 с.
 14. Лазос Г. П. Технології застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії (ГКІП) у роботі з підлітками *Науковий часопис НПУ імені*

М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. С. 99-108.

15. Лазос Г. П. Соціокультурна специфіка у використанні в роботі з підлітками символдраматичного тесту-мотиву «Три дерева». *Теорії і технології застосування сучасних підходів до психотерапії у вітчизняних соціокультурних умовах: монографія* / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2014. С. 38-58.
16. Левицька Т., Обухов Козаровицький Я. Символдрама: теорія і практика: навч. посіб. – Хмельницький : ХНУ, 2019. 266 с.
17. Мельников М. Е., Токарева Е. Г., Шубина О. С. Особенности применения метода символдрамы в групповой работе с наркозависимыми. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии № 2 (77)*, 2013. С. 65-69
18. Омельченко Я. М. Аналіз результатів застосування програми психокорекції дезадаптивної форми тривожних станів молодших школярів засобами кататимно-імагінативної психотерапії *Кататимно імагінативна психотерапія у вітчизняному соціокультурному контексті (теоретико-методологічні та практичні аспекти): збірка вибраних праць*. Вінниця, 2018, с. 222-253.
19. Переваги використання групової форми кататимно-імагінативної психотерапії (символдрами) в коучингу. *Зрілість та відповідальність: соціально-психологічний аспект: [монографія]* Баранова С. В. К., 2020. С. 230-262.
20. Програма підготовки фахівців УСПІ за напрямом: «Психодинамічна психотерапія з використанням кататимних імагінацій» / Кісарчук З., Гребінь Л., URL : <https://www.facebook.com/groups/404953356199183/1808840482477123/> (Дата звернення: 3.01.2021).

21. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.
22. Родина Е. Н. Исцеляющие образы. Символдрама и Имагинативная психотерапия тела в работе с психосоматическими заболеваниями. Днепр, 2018, 124 с.
23. Фільц О. Груповий аналіз як метод. *Груповий психоаналіз* Львів, 2004., с. 41-60.
24. Хайгл-Эверс А. и др. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Речь, Восточно-Европейский институт психоанализа. 2002, с. 784.
25. Хенниг Х., Фикенчер Е., Барке У., Розендаль В. Отношения и терапевтические имагинации. Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамический процесс. Таллин, 2008. 258 с.
26. Хорн Г., Шесть етапов розвитку ребенка в зеркале символдрамы. (Выступление на Международном симпозиуме по проблемам психотерапии и профилактики психических нарушений у подростков, г. Калуга, октябрь 1997 г.). *Символ и Драма. Сборник статей.* – Харьков: Регион-информ, 2000, № 1 (1), с. 18-32.
27. Шльонська О. О. Використання кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з батьківською групою. *Актуальні проблеми психології. Том III. : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. – Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; - К. Міленіум, 2007. – Вип.4. С. 225- 235.*
28. Шумакова Л. П. Кататимне переживання образів як метод психодіагностики та психокорекції сімейних стосунків. *Актуальні проблеми психології. Том III.:*

Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. – Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; – Міленіум, 2003. – Вип.2., с.138-145.

29. Ялом И. Групповая психотерапия: Теория и практика. – М., 2005. 576 с.
30. Argeiander, H., Gruppenprozesse (1972) Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
31. Arnheim R. (1967) Visual thinking. Berkeley and Los Angeles: California UP.
32. Corey G. (1990) Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy. 475.
33. Foulkes S. H., Anthony E. J. (1965) Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach. Baltimore: Penguin Books,. P. 153.
34. Horn, Sannwald, Wienand (2006) Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Ernst Reinhardt Verlag München Basel с. 251.
35. Kottje-Birnbacher, L. (1987) Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Tiefenpsychologische Arbeit und strukturierende technische Parameter. Prax Psychother Psychosom 32,. 35-45.
36. Kottje-Birnbacher, L. (1991) Mitgliederwechsel in halboffenen Gruppen als therapeutische Chance. Prax Psychother Psychosom 36,. 142-147.
37. Lakin, M., Oppenheimer, B., & Bremer, J. (1982). A note on old and young in helping groups. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19 (4), 444–452.
38. Leuner H, Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wächter M. (1986) Gruppenimagination. Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Huber, Bern / 200.
39. Leuner H. (1994) Lehrbuch des Katathym-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3 korr. Und erw. Aufl. Bern; Gottingen; Toronto; Seattle: Huber,. – 589.

40. Leuner H., Horn G., Klessmann E. (1990) *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*, 3. Aufl. Reinhardt, München
41. Sachsse, U. und L. Kottje-Birnbacher (1985): *Gruppenpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben*. in: P. Kutter (Hg.): *Methoden und Theorien der Gruppenpsychotherapie*. *Problemata* 107, Fromman-Holzboog, Stuttgart, 191-215.
42. Schindler R. (1957/58) *Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe* (Основные принципы психодинамики в группе) / *Psyche*, 11, 308-314.
43. Schindler R. (1968) *Dynamische Prozesse in der Gruppenpsychotherapie* (Динамические процессы в групповой психотерапии) / *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 2, 9-20.

References transliterated

1. Barke U., Nor K. *Katatymano-umahynatyvnaia psykhoterapyia: uchebnoe posobye po rabote s umahynatsyiamy v psykhdynamycheskoi psykhoterapyu*. – M. : Kohyto-Tsentr, 2019. 397 s.
2. Byon V. *Nauchenye cherez opyt perezhyvanyia*. – M. : «Kohyto-Tsentr», 2008. 126 s.
3. Greben L. A. *Symvoldrama kak psykhoterapevtycheskyi metod raboty s semei. Aktualni problemy psykholohii. Tom III.: Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S.D. – Instytut psykholohii im.H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy; - Milenium, 2003. – Vyp.2. S. 41–48.*
4. Kisarchuk Z. H., Grebin L. O, Omelchenko Ya. M., Lazos H. P. *Katatymano imahinatyvna psykhoterapiia u vitchyznianomu sotsiokulturnomu konteksti (teoretyko-metodolohichni ta praktychni aspekty): zbirka vybranykh prats.. Vinnytsia, 2018, 504 s.*

5. Kisarchuk Z. Teoretychni ta tekhnolohichni aspekty zastosuvannia suchasnykh metodiv psykhdynamichnoi paradyhmy u vitchyznianykh sotsiokulturnykh umovakh. Aktualni problemy psykholohii. Tom III. : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S. D. – Instytut psykholohii im.H.S.Kostiuka NAPN Ukrainy; – K.: Lohos, 2014. – Vyp.10. S. 5–20.
6. Kisarchuk Z. H., Grebin L. O. Metod katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii v konteksti osoblyvostei yoho vykladannia. Aktualni problemy psykholohii T. III : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia: Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S. D. – Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy; – K. : , 2017. – Vyp. 13. Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia. S. 203–255.
7. Kisarchuk Z. H., Grebin L. O., Omelchenko Ya. M. Katatymno-imahinatyvna psykhoterapiia. Osnovy psykhoterapii : navch.posib. / V. I. Bantser, L. O. Grebin, Z. V. Hryvul [ta insh.] ; pid zah. red. K. V. Sedykh, O. O. Filts, N. Ye. Zavatska. – Poltava : Alchevsk : TsPK, 2013. S. 73-97.
8. Kisarchuk Z. H., Grebin L. O., Omelchenko Ya. M. Katatymno-imahinatyvna psykhoterapiia yak metod dopomohy postrazhdalym ditiam. Psykholohichna dopomoha ditiam u kryzovykh sytuatsiakh: metody i tekhniky. K.2016, S. 59-97.
9. Kisarchuk Z. H., Lazos H. P. Model korektsii nehativnykh perezhyvan pidlitkiv zasobamy katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii yak hlybyнно zoriientovanoho metodu. Aktualni problemy psykholohii [T. 3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia] : zb. naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / za red. : S.D. Maksymenka, Z.H. Kisarchuk. – K. : In-t psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy; K., 2010. – Vyp.7. – S. 189 – 211.
10. Kote-Byrnbakher Э. Симвoldrama v kouchynhe y orhanyzovannom konsulyrovanyy. Kote-Byrnbakher Э., URL:

https://capp.kz/cp/?page_id=512&fbclid=IwAR0wdclybjGny7tsmGQ8OeWAIb7brX3Ldo9xTueiSzSYzxVopuQ8iQUfu4Y (Data zvernennia: 3.01.2021).

11. Kochiunas R. Hrappovaia psykhoterapyia: Uchebnoe posobyie dlia vuzov. – 10- yzd. M.: Akademicheskyyi proekt, 2018. 222 s.
12. Kutter Peter Эlementы hrappovoi terapyi. Vvedeniye v psykhoanalytycheskuiu praktyku. SPb.: B.S.K., 1998. 198 s.
13. Kutter Peter, Miuller Tomas Psykhoanalyz: Vvedeniye v psykholohyiu bessoznatelnykh protsessov. M., Kohyto-Tsentr, 2011. 384 s.
14. Lazos H. P. Tekhnolohii zastosuvannia hrappovoi katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii (HKIP) u roboti z pidlittkamy Naukovyi chasopys NPU imeni M.P.Drahomanova. Seriiia № 12. Psykholohichni nauky: Zb. nauk. prats. – K. : NPU imeni M.P.Drahomanova, 2014. S. 99-108.
15. Lazos H. P. Sotsiokulturna spetsyfika u vykorystanni v roboti z pidlittkamy symvoldramatychnoho testu-motyvu «Try dereva». Teorii i tekhnolohii zastosuvannia suchasnykh pidkhodiv do psykhoterapii u vitchyznianyykh sotsiokulturnyykh umovakh: monohrafiia / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos ta in.; za red. Z. H. Kisarchuk. K. – Kirovohrad: Imeks-LTD, 2014. S. 38-58
16. Levyt'ska T., Obukhov Kozarovytskyi Ya. Symvoldrama: teoriia i praktyka: navch. Posib. – Khmelnytskyi : KhNU, 2019. 266 s.
17. Melnykov M. E., Tokareva E. H., Shubyna O. S. Osobennosty pryimeneniya metoda symvoldramy v hrappovoi rabote s narkozavysymymy. Sybyrskyyi vestnyk psykhyatryy y narkolohyy № 2 (77), 2013. S. 65-69
18. Omelchenko Ya. M. Analiz rezultativ zastosuvannia prohramy psykhekorektsii dezadaptivnoi formy tryvoznykh staniv molodshykh shkolariv zasobamy katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii Katatymno imahinatyvna psykhoterapiia u vitchyznianomu sotsiokulturnomu konteksti (teoretyko-metodolohichni ta praktychni aspekty): zbirka vybranykh prats. Vinnytsia, 2018, s. 222-253.

19. Perevahy vykorystannia hrupovoi formy katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii (symvoldramy) v kouchynhu. Zrilst ta vidpovidalnist: sotsialno-psykholohichni aspekt: [monohrafiia] Baranova S.V. K., 2020. S. 230-262.
20. Prohrama pidhotovky fakhivtsiv USP za napriamom: "Psykhodynamichna psykhoterapiia z vykorystanniam katatymnykh imahinatsii" / Kisarchuk Z., Hrebin., URL: <https://www.facebook.com/groups/404953356199183/1808840482477123/> (Data zvernennia: 3.01.2021).
21. Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii. Metodychnyi posibnyk Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos, L. I. Lytvynenko Tsarenko L. H.; za red. Z. H. Kisarchuk. K. : TOV «Vydavnytstvo «Lohos». 207 s.
22. Rodyna E. N. Ystseliaiushchye obrazы. Symvoldrama y Ymahynatyvnaia psykhoterapiia tela v rabote s psykhosomatycheskymy zabolevanyiamy. Dnepr, 2018, 124 s.
23. Filts O. Hrupovyi analiz yak metod. Hrupovyi psykhoanaliz Lviv, 2004., s. 41-60.
24. Khaihl-Эvers A. y dr. Bazysnoe rukovodstvo po psykhoterapii // SPb.: Rech, Vostochno-Evropeiskiy ynstitut psykhoanalyza. 2002, s. 784.
25. Khennyh Kh., Fykencher E., Barke U., Rozendal V. Otnosheniya y terapevtycheskiye ymahynatsyy. Katatymno-ymahynatyvnaia psykhoterapiia kak psykhodynamycheskyi protsess. Tallynn, 2008. 258 s.
26. Khorn H., Shest etapov razvytyia rebenka v zerkale symvoldramы. (Выступленye na Mezhdunarodnom sympozyume po problemam psykhoterapii y profylaktyky psykhycheskykh narusheni u podrostkov, h. Kaluha, oktiabr 1997 h.). Symvol y Drama. Sbornyk statei. – Kharkov: Rehyon-ynform, 2000, № 1 (1), s. 18-32
27. Shlonska O.O. Vykorystannia katatymno-imahinatyvnoi psykhoterapii v roboti z batkivskoiu hrupoiu. Aktualni problemy psykholohii. Tom III. : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia: Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii

- imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S. D. – Instytut psychologii im. H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy; – K. Milenium, 2007. – Vyp.4. S. 225-235.
28. Shumakova L. P. Katatymne perezhyvannia obraziv yak metod psyhodiahnostyky ta psyhokorektsii simeinykh stosunkiv. Aktualni problemy psyhologii. Tom III.: Konsultatyvna psyhologia i psyhoterapiia : Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psyhologii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy / Za red. Maksymenka S. D. – Instytut psyhologii im.H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy; – Milenium, 2003. – Vyp.2., s.138-145.
 29. Ialom Y. Hruppovaia psyhoterapiia: Teoriia y praktyka. – M., 2005. 576 s.
 30. Argeiander, H., Gruppenprozesse, Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1972,
 31. Arnheim R. Visual thinking. Berkeley and Los Angeles: California UP, 1967
 32. Corey G. Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy. 1990. – 475 p.
 33. Foulkes S. H., Anthony E. J. *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach*. Baltimore: Penguin Books, 1965. P. 153.
 34. Horn, Sannwald, Wienand **Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen** 2006 Ernst Reinhardt Verlag München Basel
 35. Kottje-Birnbacher, L. Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Tiefenpsychologische Arbeit und strukturierende technische Parameter. Prax Psychother Psychosom 32, 1987. 35-45
 36. Kottje-Birnbacher, L.: Mitgliederwechsel in halboffenen Gruppen als therapeutische Chance. Prax Psychother Psychosom 36, 1991. 142-147.
 37. Lakin, M., Oppenheimer, B., & Bremer, J. (1982). A note on old and young in helping groups. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(4), 444–452.
 38. Leuner H, Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wächter M.: Gruppenimagination. Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Huber, Bern 1986

39. Leuner H. Lehrbuch des Katathym-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3 korr. Und erw. Aufl. Bern; Gottingen; Toronto; Seattle: Huber, 1994.
40. Leuner H., Horn G., Klessmann E.: Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen, 3. Aufl. Reinhardt, München 1990
41. Sachsse, U. und L. Kottje-Birnbacher (1985): Gruppenpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben. in: P. Kutter (Hg.): Methoden und Theorien der Gruppenpsychotherapie. Problemata 107, Fromman-Holzboog, Stuttgart, 191-215.
42. Schindler R. Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe (Основные принципы психодинамики в группе) / Psyche, 11, 1957/58, 308-314
43. Schindler R. Dynamische Prozesse in der Gruppenpsychotherapie (Динамические процессы в групповой психотерапии) / Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 2, 1968, 9-20

Kisarchuk Z. H., Grebin L. O. The Theoretical Basis of Group Katathym Imaginative Psychotherapy Application. The article provides a view of a group katathym imaginative psychotherapy (GKIP) (Group Guided Affective Imagery (GGAI)) as a method in the context of psychodynamic approaches to working with groups. Theoretical prerequisites important for understanding and conducting a group KIP are identified and described. Multidimensional theoretical concepts and models that are promising for use in GKIP are presented.

Keywords: psychodynamic approach, group katathym imaginative psychotherapy (GKIP), Group Guided Affective Imagery (GGAI), theoretical preconditions of conducting GKIP, theoretical concepts and models of group psychodynamic therapy, P. Kutter's three-level and segment models.

Відомості про авторів

Кісарчук Зоя Григоріївна, канд. психологічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, Україна. kissarchuk@ukr.net

Гребінь Людмила Олександрівна, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, психотерапевт. Київ, Україна. lyudmila_grebin@ukr.net

Kisarchuk Zoya, PhD, senior researcher, lead researcher laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine. kissarchuk@ukr.net

Grebin Liudmyla, senior researcher of laboratory of Counseling

Psychology and Psychotherapy, G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National

Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine, psychotherapist. Kiev, Ukraine. lyudmila_grebin@ukr.net

РЕФЕРАТ

Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О.

Теоретичні основи застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії.

Стаття являє собою розгляд групової кататимно-імагінативної психотерапії (ГКІП) як методу в контексті психодинамічних підходів до роботи з групами. Обґрунтовано актуальність розгляду КІП в такому аспекті в сучасній Україні, представлено огляд літератури. Виокремлено і описано теоретичні передумови,

важливі для розуміння і проведення групової КП: специфіку групової КП у порівнянні з індивідуальною; рамкові умови проведення роботи; групову динаміку, розвиток групової структури, групові ролі; завдання і функції психотерапевта в групі. Представлено багатовимірні теоретичні концепції і моделі, що є перспективними для використання в ГКП, зокрема трирівневу та сегментну моделі П. Куттера.

Ключові слова: психодинамічний підхід, групова кататимно-імагінативна психотерапія (ГКП), теоретичні передумови проведення ГКП, теоретичні концепції та моделі групової психодинамічної терапії, трирівнева та сегментна моделі П. Куттера.

УДК 364.62-47-058.6(072)

Я. М. Омельченко

НАПРЯМКИ ТА ЗМІСТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ ФАХІВЦЯ З ДІТЬМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО МАЮТЬ ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ.

Омельченко Я. М. Напрямки та зміст психотерапевтичної роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, що мають прояви посттравматичного стресового розладу. У статті розкрито специфіку психотерапевтичної роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, які мають прояви ПТСР. Представлено основну ідею, стратегію, мету, завдання, умови, алгоритм, методи та основні техніки, етапи, напрямки, послідовність роботи, відповідні мішені впливу психотехнології формування життестійкості дітей.

Ключові слова: військовослужбовці, діти військовослужбовців, посттравматичний стресовий розлад, симптоми ПТСР, життєстійкість, психотехнологія формування життєстійкості.

Омельченко Я. Н. Направление и содержание психотерапевтической работы специалиста с детьми военнослужащими, которые имеют проявления посттравматического стрессового расстройства. В статье раскрыта специфика психотерапевтической работы специалиста с детьми военнослужащих, которые имеют проявления ПТСР. Представлены основная идея, стратегия, цель, задачи, условия, алгоритм, методы и основные техники, этапы, направления, последовательность работы, соответствующие мишени влияния психотехнологии формирования жизнестойкости детей.

Ключевые слова: военнослужащие, дети военнослужащих, посттравматическое стрессовое расстройство, симптомы ПТСР, жизнестойкость, психотехнология формирования жизнестойкости.

Постановка проблеми. Проблема психологічного супроводу дітей у сучасних кризових умовах є надзвичайно актуальною. Профілактика розвитку дистресу, навчіння дітей розпізнавати негативні наслідки стресу, симптоми стресового розладу, формування їхньої здатності долати психотравму, опиратися надмірним стресовим чинникам є одним з першочергових завдань на сьогодні. Адже відомо, що соціально-економічна нестабільність у країні, масові заворушення, військовий конфлікт мають значний вплив на психоемоційний стан дорослого населення та дітей [2, 11, 12, 14]. Особливо необхідним є наукові дослідження у цьому напрямку та розробка прикладних методик для дітей, що особливо потерпають від впливу надмірних стресових чинників, одними з яких є діти військовослужбовців. Діти військовослужбовців, крім усього, безпосередньо стикаються із надзвичайними подіями, потерпають від стресового широкого соціального та близького, родинного оточення [3, 8, 10, 14].

З огляду на вищезазначене, вивчення особливостей психологічного супроводу дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життєстійкості є важливою складовою збереження ментального здоров'я даної категорії дітей.

Таким чином **метою статті** є викладення результатів пошуку специфіки, напрямку та змісту психологічного супроводу дітей військовослужбовців, що мають прояви симптомів посттравматичного стресового розладу.

Аналіз досліджень і публікацій з означеної проблематики.

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 6-ти місяців після події і зберігаються від 1-го місяця і більше [7; 8; 28; 31].

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 і незвична поведінка, прояви

аутоагресії, психосоматичні захворювання, порушення сну та апетиту, розлади прив'язаності тощо [1; 8; 16; 21; 31]. Наслідки стресу є помітними у 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].

Ряд 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* у 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 кошмарів, інтенсивних емоційних реакцій, які виникають у випадку, якщо внутрішні і зовнішні стимули нагадують про травму. При цьому, діти рідше відчувають 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, які створюють постійне напружене тло, яке деструктивно діє на них. Зокрема, вирізняються наступні *специфічні чинники надмірного стресу у дітей військовослужбовців* [18], які потенційно можуть спричиняти 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 вищезначених чинників, які можуть негативно позначатися на психоемоційному стані дитини, дослідники вирізняють певну типізацію стосунків та виховних 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, культивуваці 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 відлюдькуваті діти – надмірно тривожні. При цьому, лише менше третьої частини досліджених дітей військовослужбовців можуть керувати своєю поведінкою та досягати визнання або втілення своїх бажань в 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/життестійкості 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]. Разом з тим дослідники зазначають, що високий рівень стресостійкості особистості корелює з низьким рівнем емоційності, що, в свою чергу, 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 у 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, у першу чергу, 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 (у першу чергу, батьків) є необхідною умовою.

Виклад результатів дослідження. 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 ступеню вираженості симптоматики по вибіркам 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 відмітили такі симптоми ПТСР, які вони спостерігали у своїх дітях.

Таблиця 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 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. В 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, у першу чергу, тривожаться про самопочуття дорослих, відчують 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 розповсюженості 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*. В цілому, дані підтверджують дослідження De Young A. C. про те, що діти, порівняно з дорослими, рідше переживають флеш-беки.

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

Таблиця 2.

**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 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 по ступеню 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/травмівних обставин, який вони відчують. Цікаво, що діти відмічали симптом відчуженості у 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 провають дітей тривожитися про надійність зв'язку зі спорідненими особами*.

Як і у спостереженнях батьків, прояви *інтрузії* теж *найменше* відмічалися дітьми – зниження настрою через згадування про подію, яка сама по собі спадає на думку, відчуття того, що неприємна подія відбувається знов, негативні почуття при згадуванні про стресову подію тощо. Таким чином, відповіді дітей співпадають з 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 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 пор 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	Здригання 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 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, травмівні 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 та 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, в свою чергу, 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 по рівню та частоті 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 $U_{\text{емп}}$:

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 $U_{\text{емп}}$:

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 і однією з основних ланок у розумінні процесу розгортання/подолання дітьми військовослужбовців симптомів ПТСР. Ймовірно, 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, в свою чергу, може спричиняти стан гіперреактивності у самих дітей у вигляді посилення тривоги розлуки, втрати контакту тощо, стаючи для них додатковим і суттєвим стресовим чинником.

Беручи до уваги дані теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, нами окреслено основні напрямки та зміст психологічного супроводу дітей військовослужбовців, які мають симптоми ПТСР.

При цьому, основна стратегія психологічного супроводу 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.

Основні *психотерапевтичні умови психологічного супроводу* 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: застосування технік пропрацювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців та розвитку їхньої життєстійкості; психоедукація дорослих, їхнє навчання технікам профілактики, подолання негативних наслідків впливу надмірного стресу, симптомів ПТСР; застосування технік відновлення сприятливого родинного середовища, близького, надійного контакту, стилю спілкування у родині, спрямованого на профілактику/подолання симптомів ПТСР у дітей, розвиток їхньої життєздатності.

З огляду на вищезазначене, вирізняємо наступні *етапи, напрямки, послідовність роботи, відповідні мішені пропрацювання*.

Таблиця 4.

Напрямки та зміст психологічного супроводу дітей військовослужбовців з проявами симптомів ПТСР.

Етап психологічного супроводу	З ким здійснюється робота	Завдання етапу	Мішені пропрацювання	Основні методи та техніки
Психодіагностичний	Діти	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	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	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	Інтрактивні семінари, тренінг, техніки навчання навичок, рефлексивні питання
	Значущі дорослі: батьки чи особи, що їх замінюють	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	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 привязаність, навички гуртування	Тілесні вправи-антистрес, тілесні групові вправи-антистрес, рефлексивні питання, образні імагінації, арт-техніки, техніки навчання навичкам

	Сім'я	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 навчання навичкам
Психодіагностичний	Діти, значущі дорослі	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	Підведення підсумків, рефлексія досвіду	Завершення психотерапевтичного процесу	Інтерактивна бесіда, образні імагінації, арт-техніки

Таким чином, психологічний супровід дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життєстійкості включає в себе багатовекторне послідовне пропрацювання проблематики. Базовою умовою успішного пропрацювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців є *відновлення сприятливого психоемоційного контакту та стосунків у родині*, яке досягається через комплексну роботу у першу чергу 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.

Висновки. Отже, 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. У переважної кількості дітей військовослужбовців виявлено симптоми ПТСР, що вказує на гостроту та особливу актуальність даного явища для цієї категорії досліджуваних. Симптом 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 переважної 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 провокують складнощі контакту дорослих та дітей, викликають у останніх відчуття відстороненості, втрати близькості з батьками, надійності, сталості зв'язку, що, в свою чергу, 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. В свою чергу, 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. 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.

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 // Збірник 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. N 1 (3) [Електронний ресурс] // Режим доступа: <http://psystudy.ru/num/2009n1-3/52-kostyak3> – назва з екрану;
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. 157–16.
- 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 стилів 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 екрану
- 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. DeYounget.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 development framework for infancy and early childhood / 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, P A: 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.

Spisok vikoristanih dzherel

1. Brish K. H. Rozlady pryv'iazanosti vid teorii do terapii. Posibnyk. / Karl Haints Brish – Lviv, 2012. – 314 s.
2. Buriak O. O., Hinevskiy M. I., Katerusha H. L. Viiskovy syndrom «ATO»: aktualnist ta shliakhy vyrishennia na derzhavnomu rivni / O. O. Buriak, M. I. Hinevskiy, H. L. Katerusha // Zbirnyk naukovykh prats Kharkivskoho universytetu Povitrianykh Syl, 2015, - vypusk 2(43), s. 176-181.

3. Vynnykott D. V. Malenkye dety y ykh matery; [per. s anhl. N.M. Padalko] / Donald Vynnykott – M.: Nezavysyamaia fyрма «Klass», 2007. – 80 s. – (Byblyoteka psykholohyy y psykhoterapyy).
4. Voennosluzhashchye y ykh semy kako sobak sotsyalnaia hruppa[Elektronnyi resurs]/ Rezhym dostupu: https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=4111 – nazva z ekranu.
5. Zabelyna E. V., Kuznetsova D. K. Poniatye psykholohycheskoi rezylentnosti: osnovne teoryy/ E.V. Zabelyna, D.K. Kuznetsova // Vestnyk Cheliabynskoho hosudarstvennoho unyversyteta. – 2015. – № 1. – S. 10-13.
6. Karachevskiy A. B. Adaptatsiia shkal ta opytuvalnykiv ukrainskoiu ta rosiiskoiu movamy shchodo postravmatychnoho stresovoho rozladu / A. B. Karachevskiy // Zbirnyk naukovykh prats spivrobitnykiv NMAPO im. P. L. Shupyka. - 2016. - Vyp. 25. - S. 607-623. - Rezhym dostupu: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016_25_97.
7. Kisarchuk Z.H. Poniattia «kryza», «stres», «psykhotravma», «posttravmatychnyi stresovyi rozlad»/ Zoia Kisarchuk // Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk/ Z.H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos ta in.; za red. Z. H. Kisarchuk. – K.: TOV «Vydavnytstvo «Lohos»., 2015. – s. 8-11.
8. Kisarchuk Z. H., Omelchenko Ya. M. Spetsyfika perebihu kryzovykh staniv, psykhotravmy ta postravmatychnoho stresovoho rozladu u ditei / Zoia Kisarchuk, Yanina Omelchenko // Psykholohichna dopomoha ditiam u kryzovykh sytuatsiiakh: metody i tekhniky: metodychnyi posibnyk / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, I. M. Bila ... H. P. Lazos; za red. Z. H. Kisarchuk. – K., 2016. – s.9-21.
9. Korolchuk V. M. Psykholohiia stresostiikosti osobystosti [tekst]: dys. d-ra psykholohichnykh nauk 19.00.01 / V. M. Korolchuk. - In-t psykholohii im. H. S. Kostiuka APN Ukr. – K. 2009. – 511 ark.: rys., tabl. – Bibliohrafiia: ark. 389 – 434.

10. Kostiak T. V., Fedonyina Y. A. Psykholohycheskye osobennosti detsko-rodnytskyykh otnoshenyi v semiakh voennosluzhashchykh / T. V. Kostiak, Y. A. Fedonyina // Psykholohycheskye yssledovanya: elektron. nauch. zhurn. 2009. N 1(3) [Elektronnyi resurs] // Rezhym dostupa: <http://psystudy.ru/num/2009n1-3/52-kostyak3> – nazva z ekranu.
11. Krainiuk V. M. Psykholohiia stresostiikosti osobystosti: monohrafiia / V. M. Krainiuk. – Kyiv: Nika-Tsentr, 2007. – 432 s.
12. Kudrenko O. V., Afanasenko V. S.. Vplyv stres-faktoriv boiovoi obstanovky na psykhyku viiskovosluzhbovtiv povitrianykh syl (na osnovi dosvidu ATO) / O. V. Kudrenko, V. S. Afanasenko // Nauka i tekhnika Povitrianykh Syl Zbroinykh Syl Ukrainy, 2018, - № 2(31), s. 137-144.
13. Lazos H. P. Rezilientnist: kontseptualizatsiia poniat, ohliad suchasnykh doslidzhen / Helena Lazos // Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos ta in.; za red. Z. H. Kisarchuk. – K.: TOV «Vydavnytstvo «Lohos»., 2015. – s. 26 – 64.
14. Loktaeva S. A. Yndyvydualno-typycheskye kharakterystyky detei v semiakh kadrovykh voennosluzhashchykh / Svetlana Albertovna Loktaeva // Vestnyk unyversyteta, 2014. – s. 281-285.
15. Mishchuk S. S. Zghurtuvannia yak providna umova podolannia psykhotravmy: tradytsiinyi ta suchasnyi konteksty / Serhii Mishchuk // Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk / Z. H. Kisarchuk, Ya. M. Omelchenko, H. P. Lazos ta in.; za red. Z. H. Kisarchuk. – K.: TOV «Vydavnytstvo «Lohos»., 2015. – s. 64 – 77.
16. Mishchuk C. S. Vidchuzhenist yak tsentralnyi fenomen psykhotravmivnoho protsesu / Serhii Mishchuk // Psykholohichnyi chasopys. [Elektronnyi resurs] / Rezhym dostupu: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12> – Vyp. 5, № 12., 2019. – s. 137-151.

17. Omelchenko Ya. M. Rol pervynnykh ob'ektiv u protsesi formuvannia vnutrishnoho alhorytmu podolannia kryzovoi sytuatsii / Yanina Omelchenko // Psykholohichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk / Z.H. Kisarchuk, Ya.M. Omelchenko, H.P. Lazos ta in..; za red. Z.H. Kisarchuk. – K.: TOV «Vydavnytstvo «Lohos»», 2015. – s. 15-26.
18. Omelchenko Ya. M. Spetsyfika chynnykiv nadmirnoho stresu u ditei viiskovosluzhbovtziv/ Yanina Omelchenko // Aktualni problemy psykholohii. Zbirka naukovykh prats instytutu psykholohii imeni H.S. Kostiuka NAPN Ukrainy – T. III: Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia. – Vypusk 14 – 2018.- s. 98 – 124.
19. Omelchenko Ya. M. Znachennia typu reahuvannia na stres znachymykh doroslykh u protsesi formuvannia stresostiikosti osobystosti/ Yanina Omelchenko // Psykholohichni chasopys. [Elektronnyi resurs] / Rezhym dostupu: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12> – Vyp.5, №12., 2019. – s. 169-181.
20. Omelchenko Ya. M., Mishchuk S. S. ta insh. Sontse v kysheni: knyha-antystres / Yanina Omelchenko, Serhii Mishchuk // upor ta red.: Ya.M. Omelchenko, N.V. Sablina. – Vinnytsia: TOV «Tvory», 2020. – 52 s.
21. Prorok N. V. Osoblyvosti postkryzovoi psykholohichnoi diahnostryky ditei / N.V. Prorok // Osvita Ukrainy v umovakh viiskovoho konfliktu na Donbasi : materialy Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii (m. Lysychansk, 27 liutoho 2017 r.). – Lysychansk: FOP Chernov O. H., 2017. – S. 157–16.
22. Psykhoanalytycheskye termyny y poniatiia: slovar / [red. Barnessa Э. Mura, Bernanda D. Faina; perev. s anhl. A. M. Bakovykova, Y. B. Hrynshpuna, A. Fyltsa]. -M.: Nezavysyamaia fyрма «Klass», 2000. – 304 s.
23. Psykhodyahnostryka stressa: praktykum/ sost. R.V.Kupryianov, Yu.M.Kuzmyna // M-vo obraz. y nauky RF, Kazan. hos. tekhnol.un-t. – Kazan: KNYTU, 2012. – 212 s.
24. Sele H. Stress bez dystressa/ Hans Sele – M.: Knyha po trebovaniyu, 2012 . – 66 s.

25. Tytarenko T. M. Kryzove psykholohichne konsultuvannia: prohrama navchalnoho kursu / T. M. Tytarenko. – Akademiia pedahohichnykh nauk Ukrainy, Instytut sotsialnoi ta politychnoi psykholohii, K.: Milenium, 2009. – 64 s.
26. Torkunova O. Y., Petrovskaia M. V., Mashyn V. N. Sotsyalno-psykholohycheskye osobennosti styliv vospytanyia v semiakh voennosluzhashchykh/ O.Y. Torkunova, M.V. Petrovskaia, V.N. Mashyn// *Sovremennye problemy nauky y obrazovaniya*. – 2016, № 3.[Elektronnyi resurs] // Rezhym dostupu: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24675> – nazva z ekranu
27. Fomynova A. N. Zhyznestoikost lychnosti/ A. N. Fomynova. - MPHU, - M. : Prometei, 2012. – 121 s.
28. Fridman M. Dzh. PTSR – istoriia ta zahalnyi ohliad» / M.Dzh. Fridman// Publikatsiia tsentru PTSR Ministerstva u spravakh veteraniv SShA. Pereklad z anhliiskoi, 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. [Elektronnyi resurs] // Rezhym dostupu: https://www.researchgate.net/scientific-contributions/2111633217_KE_Fletcher – nazva z ekranu.
32. Lieberman A. F., Knorr K. The impact of trauma: a developmental framework for infancy and early childhood/ 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.

Omelchenko Y. M. Directions and content of psychotherapeutic work of a specialist with children of servicemen with manifestations of post-traumatic stress disorder. The article reveals the specifics of the psychotherapeutic work of the specialist with the children of servicemen who have manifestations of PTSD. The main idea, strategy, purpose, tasks, conditions, algorithm, methods and basic techniques, stages, directions, sequence of work, the corresponding targets of influence of psychotechnology of formation of viability of children are presented.

Key words: servicemen, children of servicemen, post-traumatic stress disorder, symptoms of PTSD, viability, psychotechnology of resilience formation.

Відомості про автора

Омельченко Яніна Миколаївна, кандидат психологічних наук, в.о. завідувачки лабораторії консультативної психології та психотерапії, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Omelchenko Yanina, PhD, head of the laboratory of counseling psychology and psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the NAPS of Ukraine, Kiev, Ukraine. yaniom587@gmail.com

РЕФЕРАТ

Омельченко Я. М.

Напрямки та зміст психотерапевтичної роботи фахівця з дітьми військовослужбовців, що мають прояви посттравматичного стресового розладу.

Профілактика розвитку дистресу, научіння дітей розпізнавати негативні наслідки стресу, симптоми стресового розладу, формування їхньої здатності долати психотравму, опиратися надмірним стресовим чинникам є одним з першочергових завдань на сьогодні.

На думку дослідників, у дітей, які пережили травмівну подію, частіше, ніж у дорослих розвивається ПТСР. 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.

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.

Психоемоційний стан дорослих є важливою і однією з основних ланок у розумінні процесу розгортання/подолання дітьми військовослужбовців симптомів ПТСР. Ймовірно, 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, в свою чергу, може спричиняти стан гіперреактивності у самих дітей у вигляді посилення тривоги розлуки, втрати контакту тощо, стаючи для них додатковим і суттєвим стресовим чинником.

Психологічний супровід дітей військовослужбовців, розвитку їхньої життєстійкості включає в себе багатовекторне послідовне пропрацювання проблематики. Базовою умовою успішного пропрацювання симптомів ПТСР у дітей військовослужбовців є відновлення сприятливого психоемоційного контакту та стосунків у родині, яке досягається через комплексну роботу у першу чергу 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.

Ключові слова: військовослужбовці, діти військовослужбовців, посттравматичний стресовий розлад, симптоми ПТСР, життєстійкість, психотехнологія формування життєстійкості.

УДК 159.964.22 + 564.62 + 615.851

Лазос Г. П.

СТРАТЕГІЇ, ПРИНЦИПИ ТА ЗАСОБИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З РОЗВИТКУ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ У ФАХІВЦІВ/ЧИНЬ ДОПОМІЖНИХ ПРОФЕСІЙ

Лазос Г. П. Стратегії, принципи та засоби психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності у фахівців/чинь допоміжних професій. У статті викладено і проаналізовано стратегії, принципи та засоби психотерапевтичної роботи, покладені в основу створення та застосування психотерапевтичного етапу психотехнології розвитку резильєнтності для фахівців/чинь допоміжних професій. До основних стратегій у запропонованій моделі належать впливи на ресурсну,

глибинну та поведінкову складові особистості фахівця/чині. На основі отриманих експериментальних даних щодо специфіки резильєнтності вітчизняних психологів/инь і психотерапевтів/ок підібрано і запропоновано психотехнології розвитку резильєнтності, спрямовані на розуміння, відчуття, розвиток та підтримання резильєнтності особистості фахівців/чинь, які працюють з різними категоріями постраждалих.

Ключові слова: резильєнтність, психотехнологія, захисні фактори, інтегративність, фахівці/фахівчині допоміжних професій, ресурс, копінг-стратегії, прив'язаність.

Лазос Г. П. Стратегии, принципы и способы психотерапевтической работы по развитию резильентности у специалистов помогающих профессий. В статье изложены и проанализированы стратегии, принципы и средства психотерапевтической работы, на основе которых создан и применяется психотерапевтический этап психотехнологии развития резильентности для специалистов помогающих профессий. К основным стратегиям в предложенной модели относятся воздействия на ресурсную, глубинную и поведенческую составляющие личности специалиста. На основе полученных экспериментальных данных о специфике резильентности отечественных психологов и психотерапевтов подобраны и предложены психотехнологии развития резильентности, направленные на понимание, ощущение, развитие и поддержание резильентности личности специалистов, работающих с различными категориями пострадавших.

Ключевые слова: резильентность, психотехнология, защитные факторы, интегративность, специалисты помогающих профессий, ресурс, копинг-стратегии, привязанность.

Постановка проблеми. Ефективність подолання психотравми у постраждалих великою мірою залежить від їх професійного супроводу

психологами/инями і психотерапевт/ками, які можуть адекватно давати раду труднощам такої роботи і витримувати інтенсивний травмівний матеріал клієнтів. Численні дослідження довели, що резильєнтність психолога/ини та психотерапевта/ки як фахівців/чинь допоміжних професій є важливою прогностичною умовою не лише для ефективності результату роботи з постраждалими різних категорій, але й для збереження власного психічного здоров'я та особистої ефективності фахівця/чини.

На основі отриманих у попередніх дослідженнях даних [6] актуалізується потреба в цілеспрямованому вивченні умов збереження психологічної стабільності та розвитку резильєнтності фахівців/чинь допоміжних професій. Створення відповідної психотехнології для допомоги фахівцям/чиням є актуальним і суспільно значущим завданням для психологічної науки і практики. Це завдання потребує інноваційних підходів до теоретико-методологічної бази, яку покладено в основу розробки алгоритму формальних заходів психотехнології з розвитку резильєнтності.

Аналіз останніх публікацій. Протягом останніх декількох десятиріч науковці продовжують досліджувати та формулювати теоретичну, доказову базу концепції резильєнтності. За цей час науковці напрацювали великий емпіричний масив досліджень цього феномену, створили теоретико-методичні моделі з детальним описом їх практичного застосування (G. Richardson, A. Masten, K. Bolton, S. Southhhwick, D. Charney та інш.) [29; 19; 13; 30].

Аналіз останніх публікацій, присвячених створенню та застосуванню психотехнологій розвитку резильєнтності, дає змогу зробити наступні висновки та умовно розділити весь накопичений масив створених технологій на дві основні групи. Отже, наразі більшість відомих психотехнологій, спрямованих на розвиток, побудову та підтримання резильєнтності, засновуються на різних конструктах резильєнтності і, відповідно, мають різні орієнтації її організації та впливу. Зокрема, велика група психотехнологій з резильєнтності базується на

розумінні резильєнтності як цілісного конструкту, що складається з окремого індивіда, сім'ї, громади та їхніх біопсихосоціальних характеристик [25; 28; 33]. Вагомими в цьому контексті є теорії «екологічної резильєнтності», що визначають резильєнтність як соціально-екологічний конструкт, котрий передбачає «зміну фокуса з індивідуальних змінних на процеси резильєнтності, актуальні в різному контексті» (окремий індивід, сім'я та близьке коло спілкування, громада, суспільство, культура тощо) [31; 32, с. 13; 7]. При такому підході наголошується, в першу чергу, на можливості розвитку резильєнтності через роботу з усіма системами та ланками, до яких належить людина [7]. Багаторівневий аналіз явищ резильєнтності, який застосовується у даному випадку, не лише охоплює всі сфери життєдіяльності особистості, а й «поздовжні траєкторії» розвитку особистості на різних її рівнях (особистому, суспільному, культурному тощо) з метою визначення ресурсів, які сприяють її резильєнтності, враховуючи всі ці рівні [11]. Зазначимо, що для такої психотехнологічної роботи необхідними є значні ресурси та певний дослідницький досвід, вона має складатися з міжгалузевої й міжвідомчої координації та компетенції всіх учасників, залучених до організації дослідження.

Серед прикладів таких психотехнологій можна навести комплексну програму з відновлення індивідуальної та суспільної резильєнтності D. Nemeth та T. W. Olivier. Цю програму було створено з метою масштабної роботи з постраждалим населенням від урагану Катрін [20]. Так само, як і авторська програма відбудови резильєнтності S. Southwick та D. Charney, що охоплює різні рівні: індивідуальний, груповий (сімейний), колегіальний (робота, колеги, кар'єра), громадський [30].

Інша група психотехнологій з розвитку резильєнтності спрямована на підвищення резильєнтних властивостей (резильєнтності) людини і орієнтована на індивідуальний рівень. Узагальнюючи теоретико-методологічні основи, покладені до розуміння резильєнтності в технологіях, що належать до цієї групи,

можна скористатись визначенням, яке пропонує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ): «резильєнтність – це здатність людини відносно добре справлятися з важкими ситуаціями та особиста ресурсність, що може розвиватися завдяки захисним факторам» [7].

Психотехнології розвитку резильєнтності з орієнтацією на роботу на індивідуальному рівні сфокусовані загалом на підтримку та розвиток сильних сторін особистості (strengths perspective), її захисних факторів, ресурсів та можливостей. Як правило, вони передбачають профілактичний фокус, тобто передбачення дій та явищ, що знижують вплив та стійкість резильєнтних факторів. Стратегії, принципи та відповідні їм психотерапевтичні кроки психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності побудовані на основі інтегративної парадигми.

Прикладами таких психотехнологій можуть слугувати програма психопрактичних заходів, створена на основі моделі соціальної резильєнтності E. Miller-Karas, яка передбачає систему вмінь емоційної саморегуляції і спрямована на розвиток та зміцнення психічної стійкості людини в несприятливих обставинах [10]; психотехнологія роботи з резильєнтністю особистості G. Richardson, створена на процесуальній моделі резильєнтності особистості [29]; програма з відновлення резильєнтності C. Osborn, в якій основний акцент робиться на ресурсній складовій особистості [26].

Отже, сучасність і актуальність теми, а також отримані в результаті дослідницької роботи дані щодо рівня резильєнтності українських психологів/инь, психотерапевтів/ок, обумовили завдання створення психотехнології розвитку резильєнтності у фахівців допоміжних професій. **Метою** даної статті є виклад стратегій, принципів та засобів психотерапевтичної роботи, покладених в основу створення та застосування психотерапевтичного етапу психотехнології розвитку резильєнтності для фахівців/чинь допоміжних професій.

Виклад основного матеріалу та результатів дослідження.

Психотерапевтична робота з розвитку резильєнтності у фахівців/чинь допоміжних професій представлена у вигляді психотехнології, яка містить розроблені теоретичні, діагностичні та психотерапевтичні етапи. Психотерапевтичний етап передбачає специфічні стратегії втручання, принципи організації процесу та засоби (методи та прийоми), які забезпечують процес розвитку резильєнтності.

У попередніх статтях ми описали феномен резильєнтності і подали її теоретичну модель, а також інтерпретували отримані експериментальні дані щодо специфіки резильєнтності фахівців/чинь, які працюють з різними категоріями постраждалих [5; 6]. На основі інтерпретації отриманих результатів у дослідженні було підбрано методи та техніки для подальшого психологічного або психотерапевтичного втручання, які будуть описані нижче.

Зазначимо, що психотехнологію розвитку резильєнтності у фахівців/чинь допоміжних професій орієнтовано на індивідуальний рівень та створено на основі інтегративного підходу, який охоплює психодинамічні, когнітивно-поведінкові, екзистенційні та інші методи й техніки. Взаємопов'язана сукупність цих методів і технік забезпечує ресурсну підтримку фахівців/чинь, трансформацію їхнього глибинного досвіду та відновлення цілісності особистості, опанування ефективними копінг-стратегіями долаття стресу та асертивною поведінкою.

Інтегративна перспектива психотехнології. Вважаємо за необхідне зупинитись на засадах інтегративності, на основі якої побудовано представлену психотехнологію. Спочатку зазначимо, що так звана інтегративна перспектива в психотерапії свідчить про загальне гнучке та інклюзивне ставлення до різних психотерапевтичних моделей [16]. За визначенням J. C. Norcross, інтегративність у психотерапії передбачає чотири можливі підходи [23]:

(1) теоретична інтеграція – інтеграція на основі поєднання трансцендентних різнобічних моделей, які створюють єдину модель. Теоретичний акцент для цього підходу є особливо важливим, адже, на противагу еkleктикам, це не тільки процес

комбінації певних методів з різних моделей і їх застосування в разі необхідності (так звана технічна еkleктика), але він передбачає пояснення зв'язку між теорією, доказами і технікою (акцент не лише на «тому, що працює», а й на тому, «чому працює») [22; 24];

(2) технічна еkleктика – використання ефективних «інгредієнтів» (методики, техніки) психотерапії з різних підходів;

(3) асимілятивна інтеграція передбачає роботу на основі однієї теоретико-методологічної моделі з можливою «легальною» інтеграцією інших за необхідності;

(4) підхід до загальних факторів, тобто зосередження на ефективних терапевтичних практиках, які є спільними для всіх підходів [17; 18; 22]. J. C. Norcross визначає орієнтацію на загальні фактори основним шляхом інтеграції різних моделей і підходів у психотерапії, він спрямований на визначення основних «інгредієнтів», які є загальними для різних методів лікування [21; 23].

Багато дослідників на основі системних досліджень описують загальні фактори, які мають орієнтувати психотерапевтичну роботу в будь-якому підході (J. Frank, 1991[14]; B. Wampold, Imel, 2015 [34]; P. Peres-Sales, 2016 [27]). Загальні фактори різних психотерапевтичних підходів, які згідно з системними дослідженнями показали позитивні результати, об'єднують наступні: здатність терапевта/ки вселяти надію та надавати альтернативний і правдоподібніший погляд на себе та світ; здатність давати пацієнтам корегувальний емоційний досвід, який допомагає їм виправити травматичний вплив їхнього попереднього життєвого досвіду; терапевтичний альянс; позитивні очікування клієнтів/ок і пацієнтів/ок від змін; необхідні корисні якості терапевтів/ок: емпатія, увага, повага. Згідно з дослідженням B. Wampold та Z. Imel перераховані фактори показали більшу дисперсію результатів (20%), ніж специфічні психотерапевтичні методи та техніки (7%), характерні для кожного психотерапевтичного методу

(наприклад, інтерпретації психодинамічної психотерапії чи когнітивна реструктуризація в когнітивно-поведінковій психотерапії) [34].

До того ж, аналіз та порівняння сучасних досліджень щодо ефективності методів та напрямів психотерапії для різних категорій постраждалих свідчать про перевагу орієнтації на *загальні фактори* психотерапії над техніками та окремими методами/напрямами психотерапії. Наразі актуальними залишається створення інтегративних протоколів лікування, які би враховували соціокультурну специфіку постраждалих та їхні особливості. Це дає змогу розглядати психотерапію як частину мультимодальних інтервенцій.

Принагідно зазначимо, що розроблена психотехнологія розвитку резильєнтності у фахівців допоміжних професій орієнтується на теоретичний підхід інтеграції та підхід до загальних факторів, передбачає загальні та специфічні фактори, які детальніше будуть розглянуті нижче.

Щодо безпосередніх засад інтегративності, які покладено в основу нашої психотехнології, то зазначимо, по-перше, що найзагальнішим фактором вибору інтегративного підходу в психотехнології розвитку резильєнтності була необхідність врахувати не стільки наші власні теоретичні позиції, скільки індивідуальні клініко-психологічні властивості особистості клієнта, а також особливості його симптомів і потреб, особливості організації процесу [2]. По-друге, інтегративна психотерапія підходить різним пацієнтам/кам, проблемам і контексту запитів, а також є чутливою до терапевтичного альянсу. По-третє, інтегративність психотехнології дає змогу здійснювати різнобічний вплив на різні фактори резильєнтності через ресурсну, глибинну та поведінкову складові, які можливо забезпечити психодинамічними, екзистенційними, когнітивно-поведінковими та іншими психотерапевтичними методами та техніками. По-четверте, інтегративні психотехнології не відривають клієнта/ку від реального життя, повсякденної практики фахівців/чинь допоміжних професій, а, навпаки, сприяють більшій заглибленості в діяльність, підвищенню творчого потенціалу,

її особистій самоактуалізації [3]. По-п'яте, інтегративні психотехнології мають високу ефективність та швидкість, що особливо важливо у соціокультурних умовах сьогодення.

Отже, запропоновану модель психотехнології створено на основі інтегративного підходу із застосуванням мультимодальних інтервенцій. Стратегічно ця психотехнологія спрямована на розуміння, відчуття, розвиток та підтримання резильєнтності особистості фахівця/чині, який/яка працює з різними категоріями постраждалих. Важливими *результатами* застосування психотехнології має стати пролонгована дія отриманого досвіду на шляху до інтеграції особистості фахівця/чині, відчуття власної резильєнтності та психологічного зростання. Вказані результати досягаються завдяки ресурсній підтримці та збалансуванню життя, відновленню відчуттів цінності та цілісності власної особистості, набуттю внутрішньої рівноваги через примирення з «привидами минулого» та розширенню системи цілей для формування цілісної картини життя через проєктування власного майбутнього та включення до цієї картини травмивного досвіду, опануванню ефективними копінг-стратегіями та асертивною поведінкою.

Засадничі позиції психотехнології. Розглянемо спочатку засадничі позиції, які було покладено в основу створення психотехнології.

Основною передумовою для проведення психотерапевтичної роботи є психодинамічна концепція прив'язаності як *універсальний* фактор лікувального впливу для всіх психотерапевтичних напрямків, включених до психотехнології. Роль психотерапевта/ки у цьому процесі можна визначити як «надійну опору», що дає змогу послідовно або паралельно опрацьовувати різні аспекти психіки клієнта/ки – фахівця/чині допоміжних професій.

Сам процес психотерапевтичної допомоги, спрямований на розвиток резильєнтності психологів/инь і психотерапевтів/ок передбачає врахування

наступних загальних та специфічних факторів. До загальних факторів ми відносимо:

- (1) запит, очікування допомоги та очікування покращення;
- (2) довіра в психотерапевтичному стосунку (до психотерапевта/ки, психотерапевтичних методів);
- (3) обґрунтована, концептуальна схема, яка є зрозумілою для клієнта/ки, пояснює його/її симптоми і визначає процедуру їх подолання;
- (4) активна участь як клієнта/ки, так і терапевта/ки в проведенні підібраної процедури;
- (5) пізнавальне навчання за рахунок інформації, яку надає психотерапевт/ка;
- (6) засвоєння та асиміляція адаптивніших форм поведінки за умови емоційної підтримки психотерапевта/ки та тренінгу навичок.

До специфічних факторів ми відносимо:

- (1) претравмівні фактори. До претравмівних факторів ми відносимо характер ранніх дитячо-батьківських стосунків; тип прив'язаності; стиль особистості; наявність важких ситуацій у період до травмування (преморбід).
- (2) фактори, пов'язані з травмуванням. До цих факторів ми відносимо тип, тривалість та контекст самого травмування. У нашому випадку – вторинного (опосередкованого через постраждалих пацієнтів/ок) травмування;
- (3) посттравмівні фактори. До вказаної групи факторів ми відносимо навколишнє середовище та оточення фахівців/чинь, їх орієнтацію на підвищення адаптації та посттравматичного зростання тощо.

До основних умов організації психотерапевтичного процесу розвитку резильєнтності належать:

- (1) урахування індивідуальних потреб та особливостей клієнта/ки та пацієнта/ки;
- (2) встановлення чітких рамок процесу;

(3) формування робочого альянсу між психотерапевтом/кою та клієнтом/ою;

(4) відповідна кваліфікація психотерапевта/ки;

(5) резильєнтність та власна пропрацьованість психотерапевта/ки.

Перші три умови є достатньо універсальними щодо організації психотерапевтичної роботи в різних підходах та різних психотехнологічних процесах, вони є достатньо повно описаними в літературі (І. Ялом, Р. Грінсон, Г. Кехеле та багато інших). Детальніше зупинимось на кваліфікації терапевта/ки та його/її резильєнтності, які ми виокремили як важливі умови для організації психотехнологічного процесу. Відповідна кваліфікація психотерапевта/ки передбачає отриману академічну психологічну освіту, а також освіту і кваліфікацію психотерапевта/ки в конкретному методі чи підході. Оскільки в основу психотехнології покладено теоретичні та практичні ідеї психодинамічної парадигми, то психотерапевт/ка обов'язково має отримати спеціалізовану освіту в психодинамічному підході, бажано з використанням імагінацій, а саме: кататимно-імагінативна психотерапія (КІП), психотерапія прив'язаності, терапія об'єктних стосунків, короткофокусна психодинамічна психотерапія, юнгіанська (аналітична) психотерапія тощо. Також до його/її компетенцій мають входити знання та навички методу соціально-психологічного тренінгу та когнітивно-поведінкового підходу. З одного боку, ця умова обмежує можливості застосування створеної психотехнології фахівцями/чинями без спеціалізованої освіти, а з іншого – допомагає досягати якості та надійності результатів, екологічності та безпечності стосунків у психотерапевтичному процесі.

Важливою умовою для організації психотехнології розвитку резильєнтності є умова резильєнтності та пропрацьованості самого/ої терапевта/ки. Якщо в терапевта/ки немає відчуття власної резильєнтності, то він/вона не зможе розпізнати, навчити та допомогти відбудувати резильєнтність у своїх пацієнтів/ок. 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/чині не тільки ефективно жити, а й бути «тут і тепер» разом зі своїм пацієнтом. З огляду на важливі фактори та ознаки резильєнтності додамо також, що для психологів/инь і психотерапевтів/ок 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 клієнта/ку, пацієнта/ку та турбуватись про себе і про нього/неї. Постійне особистісне та професійне зростання є наступною важливою навичкою фахівця/чині, що допомагає резильєнтності, так само як і застосування ефективних копінг-стратегій та уникання різноманітних адикцій [20; 6].

Аналіз теоретичних, експериментальних даних [4; 6], а також результати первинної апробації моделі надали можливість виокремити наступні *принципи* психотерапевтичного впливу на розвиток резильєнтності фахівця/чині допоміжних професій:

- (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/чині. 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/ок, так само як і власні непрожиті травми фахівців/чинь, 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/ки на цьому етапі – допомогти клієнту/ці 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/ка починає працювати глибше зі своїми переживаннями. Як було вказано 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 з допомогою емоційно-корегувального досвіду за умови надійного стосунку з терапевтом/кою. 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/ки.

3. Поведінковий вектор. Важливість психотерапевтичного впливу не лише на глибинну, а й на поведінкову складову особистості обумовлено тим, що виявлені дисфункційні прояви та реакції фахівців/чинь у відповідь на життєві проблеми та стресові ситуації впливають на рівень резильєнтності та підтримують наявні симптоми. Це відбувається шляхом закріплення неефективних копінг-стратегій, порушує якість міжособистісного стосунку, руйнує світосприйняття та самооцінку, 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/ка або ведучий/а групи має можливість самостійно вибирати відправну точку початку терапії і протягом усього процесу може 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 (рис.1):

Ресурсний вектор <==> Глибинний вектор ==> Поведінковий вектор

Рисунок 1. – схема психотехнологічної роботи розвитку резильєнтності з фахівцями допоміжних професій

На нашу думку, починаючи роботу з ресурсного вектора психотерапевтичного впливу, ми, по-перше, підживлюємо та стабілізуємо психіку клієнта/ки, 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 глибиною, 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/ки, пацієнта/ки, ці вектори можна об'єднати. Описані вектори психотерапевтичного впливу забезпечуються відповідними техніками та прийомами, які допомагають вирішити завдання щодо розвитку резильєнтності, а також сприяють посттравматичному зростанню. Розглянемо їх детальніше.

Методи та процедури психотехнології. З метою впливу на ресурсну складову психіки особистості пропонується застосовувати 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/чинь 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/инь і психотерапевтів/ок 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, КПП, 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 [15]. Під час апробації моделі психотехнології розвитку резильєнтності фахівці/чині 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 даної статті 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/а психотерапевт/ка (КПП, 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/ки. Відомо, що в атмосфері надійної прив'язаності клієнту/ці легше довіритись та розкритись терапевту/ці, через надійну прив'язаність легше опрацювати страх, послабити опір, а це, у свою чергу, 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/ок, як, наприклад, у випадку наявності ознак ВТСП (вторинний травматичний стресовий розлад), страхів, депресивних станів, з якими звертаються фахівці/чині допоміжних професій.

Отже, психотерапевт/ка на цьому етапі роботи має дотримуватись наступних стратегій та принципів, незалежно від обраного методу психодинамічної терапії:

(1) Створення умов для активації системи прив'язаності клієнта/ки до терапевта/ки;

(2) Вибір оптимальних рамкових умов психотерапії, оптимальної дистанції з клієнтом/кою у спілкуванні (залежно від типу прив'язаності) та гнучкості у стосунках;

(3) Заохочування клієнта/ки до аналізу стосунків між терапевтом/кою та клієнтом/кою, адже стосунки є віддзеркаленням реальних власних стосунків клієнта/ки, на які наклали відбиток його особистісні (суб'єктні) та батьківські репрезентанти;

(4) Стимуляція клієнта/ки 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/ка демонструє зразок ефективного поведіння при розлуці [1].

Завершення психотерапевтичного процесу глибинного етапу має відбуватися за наявності формування наступних здатностей:

- (1) ефективне співробітництво з терапевтом/кою, партнером/кою, 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/ка має набути репрезентанту надійної прив'язаності або «здобутої безпеки» [1, с.54].

Також важливо зазначити, що методи психодинамічного підходу (наприклад, психотерапія прив'язаності, терапія об'єктних стосунків, короткофокусна психодинамічна психотерапія, КІП 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/ки в тому чи іншому психодинамічному методі.

Поведінковий вектор забезпечується методами психологічного та поведінкового тренінгу, які мають на меті зміцнення самооцінки, укріплення свого бачення сенсу, цінності власного життя та роботи, пов'язаної з наданням психологічної допомоги різним категоріям постраждалих, власної асертивності та застосування ефективних копінг-стратегій додання 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/чинь мають досить приблизне уявлення про феномен резильєнтності і велику зацікавленість до 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. V. Varanowsky [12] та наших власних і складається 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 розроблено психотехнічну процедуру для підвищення власної асертивності. Цю процедуру створено на основі базових принципів проведення тренінгу асертивності. Насамперед фахівцям/чиням надається допомога в досягненні відчуття своїх меж, своїх прав (професійних та особистих) і здатності чітко заявляти про свої бажання та свої потреби. Фахівці/чині 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/чинь, які мають досвід опрацювання травматичних переживань та сформовану надійну прив'язаність, прямими показами є орієнтація на ресурсний та поведінковий психотехнологічні вектори; для фахівців/чинь, 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/чині допоміжних професій», який має наступні ознаки: сформована безпечно/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, у фахівців/чинь, 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. Розглянуто засадничі позиції, які було покладено в основу створення психотехнології: універсальний фактор (психодинамічна концепція прив'язаності), загальні та специфічні фактори. Виокремлено принципи психотерапевтичного впливу на розвиток резильєнтності фахівця/чині допоміжних професій.

До основних стратегій у нашій моделі психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності фахівців/чинь допоміжних професій належать вплив на *ресурсну, глибинну та поведінкову* складові особистості. Розглянуто техніки та прийоми, які забезпечують описані вектори психотерапевтичного впливу, допомагають розвинути резильєнтність, а також сприяють посттравматичному зростанню.

Для впливу на *ресурсну* складову психіки особистості ми запропонували застосовувати техніки та методи для збалансування особистої та професійної сфер життя, відбудови та підживлення власних ресурсів на символічному, несвідомому рівні, підвищення когнітивної та емоційної лабільності, стабілізації емоційного стану (вправи «Колесо життя» і «Священний момент»). На *глибинному* рівні ми пропонуємо застосовувати принципи і техніки психодинамічного підходу з метою корекції раннього травматичного досвіду та досвіду прив'язаності, створення безпечних стосунків. Задля впливу на *поведінкову* і когнітивну складову психіки ми пропонуємо три спеціально розроблені психотехнічні процедури. Зазначимо, що розроблена психотехнологія розвитку резильєнтності передбачає як індивідуальну, так і групову форми роботи.

Аналіз отриманих результатів застосування психотехнології з розвитку резильєнтності дав змогу окреслити «портрет резильєнтного фахівця/чині 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, у фахівців/чинь, які брали участь у апробації психотехнології, сформувався запит на посттравматичне та духовне зростання.

Список використаних джерел

1. Бріш Г. К. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Посібник. Львів : 2012. 314 с.
2. Кісарчук З. Г., Лазос Г. П. Інтегративний підхід у сімейній психотерапії та консультуванні. *Психологічна допомога сім'ї*. Книга 2. Київ: Главник, 2006. с.123-158
3. Козлов В. В. Интегративная психотерапия: стратегические моменты. Ярославль. 2000. 125.

4. Лазос Г. П. Резильєнтність психологів, що працюють з різними групами постраждалих: теоретико-методологічна модель та результати дослідження. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2019. Том. III. Вип. 15. С. 75-110.
5. Лазос Г. П. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 2-3 (17). С. 77-90.
6. Лазос Г. П. Психотехнологія з розвитку резильєнтності у психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу*: монографія. Київ. 2020. С. 135-159.
7. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб. Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». – Київ. НаУКМА. 2017. 92 с.
8. Романенко Ю. В. Сучасні психотехнології. Навчальний посібник для проведення лекційних занять для студентів спеціальності «Міжнародна інформація». – К.: ДУІКТ, 2008. 72.
9. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220.
10. Хамініч О. М. Апробація CommunityResilienceModel™ у роботі зі сприяння психологічній стійкості молоді з розлучених сімей. *Актуальні проблеми психології*. Т. I. Вип. 46, 128-134.
11. Anger A., Panter-Brick C., J. Annan. Resilience: from conceptualization to effective intervention. *Policy brief for humanitarian and development agencies*. https://www.researchgate.net/publication/263258469_RESILIENCE_FROM_CONCEPTUALIZATION_TO_EFFECTIVE_INTERVENTION_Policy_Brief_for_Humanitarian_and_Development_Agencies

12. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue. NY, 2011, 548 .
13. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis. University of Texas, 2013. 118.
14. Frank J. D. Persuasion and Healing. – Baltimore : John Hopkins University Press. 1961.
15. Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: Implications on well-being and stress // *Journal of Clinical Psychology*. 2007. 63, 1001-1019.
16. Greben D. H. Integrative dimensions of psychotherapy training. *Can. J. Psychiatry*. 2004. 49, 238–248.
17. Kozarić-Kovacić D. Integrative psychotherapy. *Psychiatr. Danub*. 2008. 20. 352–363.
18. Lambert M. J., Ogles B. M. Common factors : Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*. 2014. V.51(4). 500–4.
19. Masten A. Ordinary magic: resilience in development. New York: The Guilford press, 2014. – p.308.
20. Nemeth D., Olivier T. Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice. Academic Press, 2018. 167 .
21. Norcross J. C. (ed.). Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness. Oxford: Oxford University Press. 2011.
22. Norcross J. C., Goldfried M. R. Handbook of Psychotherapy Integration, 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press, 2005.
23. Norcross J.C. Integrative psychotherapy. Oxford, 2016. 390-394
24. Norcross J.C., Karpiak C. P., Lister K.M. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of clinical psychology*. 2005, 12/1 . V.61(12). 1587-1594.

25. Norris F. H. Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *Am J Community Psychol.* – Springer Science + Business Media. 2008. V 41(1–2). 131–134.
26. Osborn C. J. (2004). Seven salutary suggestions for counsellor stamina // *Journal of Counselling & Development*, 82. 354-36.
27. Pérez-Sales P. Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture.* V. 27(1), 2016. 1-12.
28. Pfefferbaum R. Assessing Community Resilience : An Application of the Expanded CART Survey Instrument With Affiliated Volunteer Responses [Electronic resource]. *American Behavioral Scientist.* 2014. V. 59 (2). <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002764214550295>.
29. Richardson G. E., Neiger B., Jensen S., Kumpfer K. The resiliency model. *Health Education.* 1990. 21. 33-39.
30. Southwick S., Charney D. Resilience. The Science of Mastering Life`s Greatest Challenges. Cambridge University Press. 2016. 230.
31. Tol W. A. Ecological resilience: Working with child related psychosocial resources in war-affected. *Treating Trauma- tized Children: Risk, Resilience, and Recovery.* London : Routledge. 2009. 286 p.
32. Ungar M. A Measure of Resilience with Contextual Sensitivity – The CYRM-28: Exploring the Tension Between Homogeneity and Heterogeneity in Resilience Theory and Research. *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice / Sandra Prince-Embury (Ed.).* New York, NY : Springer. 2013. 245–255.
33. Walsh F. Family Resilience: A developmental systems framework [Electronic resource]. *European Journal of Developmental Psychology.* 2016. V.13 (3). <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17405629.2016.1154035>. – Title from the screen.

34. Wampold B. E. The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings. London, Routledge, 2001. – 280 p.

References transliterated

1. Brish G. K. Rozlady pryv'iazanosti vid teorii do terapii. Posibnyk. Lviv: 2012. 314 s.
2. Kisarchuk Z. G., Lazos G. P. Integratyvnyi pidhid u simeiniy psychoterapii ta konsultuvanni. *Psychologichna dopomoga symii*. Kniga 2. Kyiv: Glavnik, 2006. s.123-158
3. Kozlov V. V. Integrativnaya psychoterapia: strategicheskie momenty. Yaroslavl. 2000. 125.
4. Lazos G. P. Resilientnost psychologiv, scho pratsuut z riznumy grupamy postragdalyh: teoretyko-metodologichna model ta resultaty doslidhennia. *Aktualni problem psychologii: Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psychologii imeni G.S. Kostyka Ukrainy*. 2019. Tom. III. Vyp. 15. s. 75-110
5. Lazos G. P. Teoretyko-metodologichna model resilientnosti yak osnova pobudovy psychotechnologii ii rozvytku. *Organizatsiyna psychologia. Ekonomichna psychologia*. 2019. № 2-3 (17). s. 77-90.
6. Lazos G. P. Psychotechnologia z rozvytku rezilientnosti u psychologiv/psychoterapevtiv, yaki pratsuut z postragdalyimi. *Tehnologii psychoterapevtichnoi dopomogy postragdalyim u podolanni proyaviv posttraumatychnogo stresovogo rozlady*: monografia. Kyiv. 2020. s. 135-159
7. Psychologichna pidtrumka v umovah nadzvychaynyh sytuatsiy : pidhid reziliens : navch.-metod. posib. Nats. un-t «Kyevo-Mohylianska akademii». – Kyiv. NaUKMA. 2017. 92 s.
8. Romanenko U. V. Suchasni psychotehnologii. Navchalniy posibnyk dlia provedennya lektziynykh zanyat dlia studentiv spetsialnosti «Mizhnarodna informatsia». – K.: DUIKT, 2008. 72.

9. Sotcialno-psychologichni tehnologii vidnovlennia osobystosti pislia travmatychnyh podiy : practychnyi posibnyk / [T. M. Tytarenko, M. S. Dvornik, V. O. Klymchuk ta in. Kropivnytskyi: Imeks-LTD, 2019. 220.
10. Haminich O. M. Aprobatsia CommunityResilienceModel™ u roboti z spryannia stiykosti molodi z rozlutchenyh simey. *Actualni problem psichologii*. T. I. Vyp. 46, 128-134.
11. Anger A., Panter-Brick C., J. Annan. Resilience: from conceptualization to effective intervention. *Policy brief for humanitarian and development agencies*. https://www.researchgate.net/publication/263258469_RESILIENCE_FROM_CONCEPTUALIZATION_TO_EFFECTIVE_INTERVENTION_Policy_Brief_for_Humanitarian_and_Development_Agencies
12. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue. NY, 2011, 548 .
13. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis. University of Texas, 2013. 118.
14. Frank J. D. Persuasion and Healing. – Baltimore : John Hopkins University Press. 1961.
15. Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: Implications on well-being and stress // *Journal of Clinical Psychology*. 2007. 63, 1001-1019.
16. Greben D. H. Integrative dimensions of psychotherapy training. *Can. J. Psychiatry*. 2004. 49, 238–248.
17. Kozarić-Kovacić D. Integrative psychotherapy. *Psychiatr. Danub*. 2008. 20. 352–363.
18. Lambert M. J., Ogles B. M. Common factors : Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*. 2014. V.51(4). 500–4.
19. Masten A. Ordinary magic: resilience in development. New York: The Guilford press, 2014. – p.308.

20. Nemeth D., Olivier T. Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice. Academic Press, 2018. 167 .
21. Norcross J. C. (ed.). Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Responsiveness. Oxford: Oxford University Press. 2011.
22. Norcross J. C., Goldfried M. R. Handbook of Psychotherapy Integration, 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press, 2005.
23. Norcross J. C. Integrative psychotherapy. Oxford, 2016. 390-394
24. Norcross J. C., Karpiak C. P., Lister K.M. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of clinical psychology*. 2005, 12/1 . V.61(12). 1587-1594.
25. Norris F. H. Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *Am J Community Psychol.* – Springer Science + Business Media. 2008. V 41(1–2). 131–134.
26. Osborn C. J. (2004). Seven salutary suggestions for counsellor stamina // *Journal of Counselling & Development*, 82. 354-36.
27. Pérez-Sales P. Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. V. 27(1), 2016. 1-12.
28. Pfefferbaum R. Assessing Community Resilience : An Application of the Expanded CART Survey Instrument With Affiliated Volunteer Responses [Electronic resource]. *American Behavioral Scientist*. 2014. V. 59 (2). <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002764214550295>.
29. Richardson G. E., Neiger B., Jensen S., Kumpfer K. The resiliency model. *Health Education*. 1990. 21. 33-39.
30. Southwick S., Charney D. Resilience. The Science of Mastering Life`s Greatest Challenges. Cambridge University Press. 2016. 230.

31. Tol W. A. Ecological resilience: Working with child related psychosocial resources in war-affected. *Treating Traumatized Children: Risk, Resilience, and Recovery*. London : Routledge. 2009. 286 p.
32. Ungar M. A Measure of Resilience with Contextual Sensitivity – The CYRM-28: Exploring the Tension Between Homogeneity and Heterogeneity in Resilience Theory and Research. *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice* / Sandra Prince-Embury (Ed.). New York, NY : Springer. 2013. 245–255.
33. Walsh F. Family Resilience: A developmental systems framework [Electronic resource]. *European Journal of Developmental Psychology*. 2016. V.13 (3). <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17405629.2016.1154035>. – Title from the screen.
34. Wampold B. E. The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings. London, Routledge, 2001. – 280 p.
- 35.

Відомості про автора

Лазос Гелена Петрівна, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця лабораторії консультативної психології і психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. м. Київ, Україна

Lazos Gelena, P. PhD, laboratory of Counselling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the of the NAPS of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

E-mail: lazos.gelena@yahoo.com^[1]

ORCID ID: *ORSID 0000-0002-8935-2664*

Lazos G.P. Strategies, principles and techniques of psychotherapeutic work on the development of resilience for specialists of helping professions. The article presents

and analyzes the strategies, principles and means of psychotherapeutic work, which are the basis for the creation and application of the psychotherapeutic stage of psychotechnology for resilience development for helping profession specialists. The main strategies in the proposed model include influences on the resource, depth and behavioral components of the professional's personality. Based on the experimental data on the specifics of resilience of the Ukrainian psychologists and psychotherapists, psychotechnology of resilience development were selected and proposed in the article. The psychotechnology are aimed at understanding, feeling, developing and maintaining the resilience of specialists who work with different categories of injured (victims).

Key words: resilience, psychotechnology, resilience factors, integrative psychotherapy, helping professions specialists, resource, coping-strategy, attachment.

РЕФЕРАТ

Лазос Г. П.

Стратегії, принципи та засоби психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності у фахівців допоміжних професій

Статтю присвячено засадам і способам психотерапевтичної роботи з розвитку резильєнтності фахівців/чинь допоміжних професій, яка зберігає психічне здоров'я та особисту ефективність, а також збільшує ефективність подолання психотравми у їхніх клієнтів/ок. *Метою* даної статті є виклад стратегій, принципів та засобів психотерапевтичної роботи, покладених в основу створення та застосування психотерапевтичного етапу психотехнології розвитку резильєнтності для фахівців/чинь допоміжних професій.

У статті проаналізовано останні публікації, присвячені створенню та застосуванню психотехнологій розвитку резильєнтності. Аналіз показав, що психотехнології поділяються на дві групи залежно від розуміння феномену

резильєнтності: 1. спрямовані на пошук ресурсів особистості на різних її рівнях (особистому, суспільному, культурному тощо); 2. спрямовані на підтримку та розвиток сильних сторін особистості, її захисних факторів, ресурсів та можливостей.

Психотехнологія містить розроблені теоретичні, діагностичні та психотерапевтичні етапи. У даній статті описано методи та техніки для психологічного або психотерапевтичного втручання і розвитку резильєнтності у фахівців/чинь, які працюють з різними категоріями постраждалих. Ці методики підібрані на основі отриманих експериментальних даних щодо специфіки резильєнтності вітчизняних психологів/инь і психотерапевтів/ок, описані в попередніх статтях. Психотехнологію орієнтовано на індивідуальний рівень та створено на основі інтегративного підходу, який охоплює психодинамічні, когнітивно-поведінкові, екзистенційні та інші методи й техніки.

Стратегічно ця психотехнологія спрямована на розуміння, відчуття, розвиток та підтримання резильєнтності особистості фахівця/чині, який працює з різними категоріями постраждалих. Важливими результатами застосування психотехнології має стати пролонгована дія отриманого досвіду на шляху до інтеграції особистості фахівця/чині, відчуття власної резильєнтності та психологічного зростання. Вказані результати досягаються завдяки ресурсній підтримці та збалансуванню життя, відновленню відчуттів цінності та цілісності власної особистості, набуттю внутрішньої рівноваги через примирення з «привидами минулого» та розширенню системи цілей для формування цілісної картини життя через проєктування власного майбутнього та включення до цієї картини травмивного досвіду, опануванню ефективних копінг-стратегій та асертивної поведінки.

У статті розглянуто засадничі позиції, які було покладено в основу створення психотехнології: універсальний фактор (психодинамічна концепція прив'язаності), загальні та специфічні фактори. Виокремлено принципи

психотерапевтичного впливу на розвиток резильєнтності фахівця/чині допоміжних професій. До основних стратегій у нашій моделі ми відносимо вплив на ресурсну, глибинну та поведінкову складові особистості фахівця/чині. Розглянуто техніки та прийоми, які забезпечують описані вектори психотерапевтичного впливу і допомагають вирішити завдання щодо розвитку резильєнтності, а також сприяють посттравматичному зростанню.

Розроблена психотехнологія розвитку резильєнтності передбачає як індивідуальну, так і групову форми роботи.

Ключові слова: резильєнтність, психотехнологія, захисні фактори, інтегративність, фахівці/фахівчині допоміжних професій, ресурс, копінг-стратегії, прив'язаність.

УДК 159.9:070

Т. С. Гурлева

**«ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЧИТАЧА МЕДІАТЕКСТІВ»
У ТЕХНІЦІ РОБОТИ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ МАНІПУЛЯТИВНОГО
ВПЛИВУ НА ОСОБИСТІТЬ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДОВІРИ ДО СЕБЕ**

Гурлева Т. С. «Пам'ятка для читача медіатекстів» у техніці роботи з попередження маніпулятивного впливу на особистість через призму довіри до себе. У статті розглядається довіра до себе як суб'єктна якість, яка визначає розвиток і саморозвиток особистості, а також суттєво впливає на її ставлення до медіаінформації. Підкреслюється роль діалогічної взаємодії психолога з клієнтом у розвитку його здатності довіряти собі під час читання різних текстів. Акцентується увага на необхідності створення технології психологічної допомоги

споживачеві ЗМІ та Інтернет-видань. Представлені основні складові майбутньої технології, до якої входить зокрема робота з оволодіння читачами знаннями про можливі маніпулятивні текстові пастки, «ключі» їх розпізнавання і тактику протидії їм, що викладено у «Пам'ятці для читача медіатекстів».

Ключові слова: «Пам'ятка для читача медіатекстів», довіра до себе як якість суб'єкта, техніка психологічної роботи, маніпулятивний вплив через текст.

Гурлева Т. С. «Памятка для читателя медиатекстов» в технике работы по предупреждению манипулятивного влияния на личность через призму доверия к себе. В статье рассматривается доверие к себе как субъектное качество, которое определяет развитие и саморазвитие личности, существенно влияет на ее отношение к медиаинформации. Подчеркивается роль диалогического взаимодействия психолога с клиентом в развитии его способности доверять себе в процессе чтения разных текстов. Акцентируется внимание на необходимости создания технологии психологической помощи пользователю СМИ и Интернет-изданий. Представлены основные составные будущей технологии, в которую входит в частности работа по овладению читателями знаниями о возможных манипулятивных медиаловушках, «ключях» их распознавания и тактике противодействия им, что изложено в «Памятке для читателя медиатекстов».

Ключові слова: «Памятка для читателя медиатекстов», доверие к себе как качество субъекта, техника психологической работы, манипулятивное влияние через текст.

Постановка наукової проблеми. В період інформаційної війни, у кризовій соціально-економічній, політичній ситуації в країні важливо, щоб психологічна допомога була посилено спрямована на розширення у громадянина уявлення про свої можливості, власну роль в особистому і суспільному житті, на формування у себе здатності бути відкритим до конструктивних змін у собі і світі. Величезне значення у розвитку і саморозвитку особистості відіграє розвиток якостей суб'єкта, зокрема довіри до себе, що сприяє також критичному ставленню людини

до інформації, різних інформаційних джерел і успішному протистоянню різноманітним медіаманіпуляціям. Актуальним є створення психологічних умов, а також розробка інструментів і технік, які сприятимуть попередженню та подоланню недовіри до себе як до особистості, а також себе-читача, схильності піддаватися маніпуляціям через медіатекст.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Довіра до світу взагалі є базове утворення, найважливіша умова нормативного психічного розвитку особистості, являється результатом активної, конструктивної, благополучної взаємодії зі світом людей, речей, природи. Дослідження довіри здійснюється у площині вивчення характеристик суб'єктності (К. Абульханова-Славська, А. Брушлинський, Б. Братусь, Ф. Василюк, В. Петровський, В. Слободчиков, В. Татенко, О. Шмельов та ін).

Визначальною характеристикою особистості, стрижневою якістю суб'єкта у сучасній психологічній науці визнається довіра до себе (Дж. Боулбі, П. Бурдье, Е. Еріксон, В. Зінченко, А. Купрейченко, Н. Кравець, Т. Скрипкіна, В. Слободчиков, В. Столін, О. Ткаченко та ін.). Ця вирішальна якість суб'єкта може по-різному проявлятися у різних сферах діяльності, але впевнено характеризує ставлення людини до себе як до особистості, до інших людей і світу, обумовлює критичне відношення до власних помилок і досягнень, досвіду, своїх переживань, думок, намірів, планів на майбутнє [4; 7; 8].

Оптимальний рівень довіри до себе передбачає глибинне відчуття своєї сутності, володіння собою, здатність до самоорганізації свого життя. До основних механізмів цього процесу можна віднести спроможність цілепокладання, усвідомлення власних можливостей, здатність формувати адекватну самооцінку та вміння спиратись на неї. Довіра до себе означає прийняття себе на різних етапах життя: «співвідносячи часові етапи життя і синтезуючи їх в єдиний особистісний досвід, вона дає людині відчуття безперервності власного буття і тимчасової цілісності». Рівень довіри до себе, як і довіри загалом, є досить

динамічним, непостійним утворенням, що забезпечує цілісність особистості, з одного боку, і розвиток, особистісні зміни – з другого (Т. Скрипкіна).

Людина, яка довіряє собі, певною мірою незалежна, позитивно орієнтована на досягнення, вона ставиться до себе і до своєї суб'єктності як до цінності, уміє враховувати минулий досвід і співвідносити його з планами на майбутнє, вибудовуючи конструктивну стратегію відносин зі світом (Н. Кравець). Адже довіра людини до світу і її довіра до себе утворюють єдину систему, вони завжди взаємозв'язані, бо людина одночасно звернена і у світ, і до себе (О. Фатхі).

Але в певних ситуаціях люди не довіряють собі або довіряють будь-кому, не усвідомлюючи шкоди від такої залежності. Крім того, підмічена певна «парадоксальність довіри», яка обумовлюється тенденціями «самопотрапляння в ситуацію ризику та обману», оскільки люди нерідко приймають рішення на шкоду власним інтересам [1, с. 25]. Довіра до себе інколи хибно розуміється як віра в себе, що стає неприйнятною для людини, бо вона не хоче сліпо підкорятися будь-чому і будь-кому, навіть собі, залишаючи «шпарину для саморозвитку». Крім того, довіра до себе може бути перебільшена, і тоді маємо справу з «удаваною або несправжньою довірою» [4]. Зауважимо, що проблема «парадоксальності довіри» певною мірою виходить із не розрізнення «інфантильної довіри» на противагу здатності до «дорослої, зрілої довіри». «Доросла довіра» спирається на знання себе, власних можливостей, знання і розуміння навколишньої дійсності, світу та передбачає відповідальність за свої дії та їх наслідки, своє життя загалом. У цьому контексті і виражена недовіра до себе і перебільшена довіра є наслідками особистісної незрілості людини. Вирішення цього питання лежить у площині подальшого особистісного розвитку, дорослішання, формування та вивірки власних цілей та цінностей, надбання навичок аналізу, узагальнення, критичного мислення, що може здійснюватися самостійно, або за допомогою і підтримкою психолога-фахівця.

Загалом недовіру до себе можна розуміти як комплексний показник психологічного неблагополуччя особистості, а саме: слабкість, незрілість, загальмованість чи невключеність особистісної активності. Недовіра до себе має властивість впливати на свідомість і поведінку людини, а також може виявлятися до медіатекстів, їх авторів, а також до себе як читача. Недовіра до медіа-текстів і їх авторів може бути викликана й посилювана невіглаством і брехнею, фальсифікацією фактів, відкритим або замаскованим маніпулюванням свідомістю, неузгодженістю інформації, яка подається, коли читач відчуває, що його, зневажаючи і принижуючи, використовують задля якоїсь мети.

Варто зауважити, що довіра до себе виявляє здатність людей до діалогу, який може здійснюватись через телебачення, радіо, пресу тощо, виступає запобіжником спробам маніпуляторів через ЗМІ агресивно і руйнівню вплинути на особистість [4]. У наукових джерелах акцентується увага на діалогічності буквеного тексту, яка мотивує читача до співбесіди, спонукає його до роздумів, що є можливим завдяки різним засобам і прийомам писемного діалогічного мовлення (В. Біблер, Н. Терновик, Л. Яковенко та ін.). Функція діалогічного тексту полягає не тільки в інформуванні, але і у розвитку особистості, на відміну від маніпулятивного тексту, який особистісному розвитку не сприяє (Н. Чепелева). Діалог – це діяння, вчинок, що є сутнісним втіленням суб'єктної активності особистостей, це така суб'єкт-суб'єктна взаємодія, коли одна людина активно розвивається сама і сприяє розвитку іншої людини (Г. Дьяконов, М. Папуча, В. Татенко та ін.). Можна говорити, що той, хто поважає себе і іншого, через діалог сприяє розвитку у опонента довіри до себе, до іншого, до всього того, що він намагається донести напряду чи опосередковано – через текст. Діалогічну позицію автора на початку комунікації можна вважати методом посилення здатності читача до протистояння маніпуляціям із ЗМІ. Людина, яка сама орієнтована на діалогічне спілкування, у принципі очікує такої ж форми комунікації і з собою, розраховує на повагу з боку співбесідника, визнання ним

права опонента на свої думки, власну інтерпретацію текстового повідомлення. Тому знання особливостей спілкування через текст (прийоми, способи, маніпулятивні пастки і гачки тощо) не тільки може підвищити рівень загальної обізнаності громадянина «Як бажано спілкуватись і що є недопустимим у спілкуванні через текст?», а й зміцнює його довіру до себе як особистості і як читача медіатекстів, а значить дає відповідь на питання «Як я маю реагувати на ті чи інші знаки маніпулювання без ризику втрати цілісності, безпеки власної особистості?».

Останнім часом численні вебінари і онлайн-курси (зокрема лекції Оксани Мороз і Юлії Крилової-Грек) спрямовані на підвищення інформаційної, медіаграмотності, на розуміння того, що українці мають знати про особливості сучасного інфопростору, як і з яких джерел можна очікувати інформаційні паски, які маніпулятивні технології можуть бути направлені на недосвідченого користувача ЗМІ та Інтернет. Сучасний користувач повинен мати уявлення про соціальні мережі, інформаційні «бульбашки» (які обмежують наші погляди) і «віруси», знати про «смачні печенькі – куки» (англ. cookie), про особливу мову ворожнечі, про «тролів», які наповнили медіапростір.

Це *одна сторона* справи – «Кого і що дивитися і читати? Чого і звідки очікувати?» «Як відрізнити медіа, які дотримуються журналіських стандартів від фейкових та маніпулятивних джерел інформації (джинса, сайти-сміттярки і т. ін.)?»

Іншою стороною підвищення медійної, інформаційно-комунікативної грамотності, на нашу думку, має стати цілеспрямована активізація внутрішніх умов, особистісної, а саме суб'єктної здатності людини споживати інформацію, оцінювати її, а також активно протистояти маніпуляціям через текстові ЗМІ та Інтернет. Важливо, щоб наші громадяни, які щодня стикаються з безліччю інформації і потерпають, усвідомлюючи це чи несвідомо, від маніпуляцій, розуміли можливі небезпеки, могли б їм безстрашно і активно протидіяти.

Так, засновниця ініціативи з інформаційної гігієни «Як не стати овочем» О. Мороз справедливо зауважує: «Все зводиться до інформації та її фільтрування. Що раніше кожен зрозуміє, що зараз наше життя напряду залежить від того, яку інформацію ми споживаємо, наскільки вона очищена від інформаційних вірусів, то меншими будуть наші втрати. І не тільки наші, а й наших дітей та онуків» [6, с.159].

Безперечно, для цього слід розширити можливості читачів отримувати знання про те, що саме і як може впливати на них через текст. Крім того, слід також враховувати право людини на задоволення особистих життєво необхідних потреб (соціальних, духовних, ментальних тощо) безпечним способом. У цьому контексті пропонуємо звернути увагу на важливість підтримки механізму самозбереження власного соціально-духовно-ментального простору від руйнівного, негативного впливу, якщо такий на особистість здійснюється. Механізм самозбереження, піклування про особистісну цілісність, упередження себе від проникнення маніпулятивного вірусу у власну свідомість, з нашого погляду, забезпечується через активацію суб'єктності особистості, за підтримкою само суб'єктної активності особистості.

Згідно з результатами дослідження (Т. Гурлева, 2015-2020 р.р.), спілкування через текстові ЗМІ і Інтернет у кризових умовах є продуктивним, розвивальним, допомагаючим за умови дотримання принципу діалогічності між автором і читачем, доведена доцільність діалогічного спілкування з усіма категоріями постраждалих від кризових подій в сучасній Україні. З'ясовано, що на сьогоднішній день спілкування з громадянами через різні ЗМІ ґрунтується здебільшого на «суб'єкт-об'єктній» основі, авторські матеріали часто-густо побудовані на базі маніпулятивних технологій впливу на свідомість сучасного медіакористувача. Втім, варто ще раз підкреслити, що *без активної позиції самого громадянина як суб'єкта у прогресі власного особистісного розвитку, у подоланні*

негативної симптоматики в результаті кризових подій, а також у протидії тиску шкідливої інформації НЕ відбувається.

Мета статті – показати значення довіри до себе у протистоянні маніпулятивним впливам масмедіа; окреслити технологію зміцнення у людини довіри до себе; представити «Пам'ятку для читача медіатекстів» у розвитку здатності довіряти собі і протидіяти медіаманіпуляціям.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Довіра взагалі розглядається як індикатор комунікативного стану усього суспільства, є маркером стосунків між різними верствами і групами населення (в сім'ї, в трудовому чи студентському колективі тощо), є індикатором ставлення людей до засобів масової інформації. Довіра вивчається у площині характеристик суб'єктності і суб'єктивності в психіці й поведінці людини. З почуттям довіри до себе пов'язане неприйняття агресивних медіаманіпуляцій, адже довіра до себе є умовою свідомого, «думаючого» ставлення людини до інформації, її споживання як суб'єктом, а не об'єктом впливу.

Недовіра пов'язана з такими почуттями і станами людини, як невпевненість у собі, підозрілість, замкненість, почуття меншовартості, несаможиттєвості, тривожність, боязкість, розгубленість, почуття смерті, стан песимізму, відчуття занедбаності (З. Карпенко, О. Осадько, Н. Тарабріна, Н. Шайда). Втім недовіра може виступати й захисним механізмом проти ворожого втручання («коли мені загрожує небезпека») у психіку, свідомість, думки, спрямування, дії людини, проти негативного впливу на її внутрішній світ і стосунки із зовнішнім світом.

Збереження власної території, індивідуального простору, зокрема, в масмедійному – вже можна вважати певною ознакою й запорукою цілісності психіки, запобіжником будь-яким спробам дезінформаторів або маніпуляторів здійснити безперешкодний тиск, ворожо вплинути на особистість, намагаючись порушити її психологічні межі, вживити вірус сумнівів, безнадії, зневіри, страху, а також відділити людину від своєї спільноти, роду, етносу, зруйнувати почуття єдності з

«Ми», зробити людину психологічно ізольованою від світу та інших людей. Негативні, деструктивні впливи масмедіа намагаються паралізувати особистісну, суб'єктну активність людини, зламати ті резерви і потенції особистості, які здатні захистити її від такого натиску, а значить зробити її піддатливою маніпулятивним впливам, не здатною «думати власним розумом», «прислухатися до свого серця і совісті», зберегти свої соціальні, етнічні, культурні «корені».

Тому опора на суб'єктність може забезпечити особистість від її руйнування і переформатування на догоду маніпуляторів, що є можливим у ході конструктивного, розвиваючого спілкування. А коли людина втрачає довіру до себе і здатність протистояти агресивному тиску, коли вона дезорієнтована у своїй інформованості і переживаннях, стає неспроможною розпізнати тонку, майже непомітну і невідчутну маніпуляцію, тоді їй необхідна підтримка з боку інших людей, а також психологічна допомога фахівця. Важливо говорити про довіру між взаємодіючими індивідами, що «робить зв'язок між ними суб'єктивним і глибоко діалогічним, а в процесі спілкування відбувається не лише й навіть не стільки процес передачі інформації, скільки взаємна згода людей приймати впливи один одного за умови, що вони ставляться до себе та до іншого, як до автономного суверенного суб'єкта активності і як до цінності» [7].

Адже діалогічний текст не тільки інформує, але й розвиває особистість, а маніпулятивний гальмує розвиток особистості, її суб'єктивних якостей, породжує сумніви і недовіру, схиляє до підлеглості, втрати особистісної відповідальності за власний вибір і поведінку, дезорієнтує. Діалог і маніпуляції, які здійснюються через текст, мають бути впізнаними громадянами, аби ефект від взаємодії був таким, який не руйнує, а захищає і розвиває особистість. За даними нашого дослідження, читачі загалом розрізняють тексти діалогічної і маніпулятивної спрямованості, можуть визначити ознаки цих текстів, так чи інакше реагують на них. Підкреслюється емоційна складова ставлення до інформації і сприйняття її: занадто емоційне ставлення читача до інформації може впливати на об'єктивний

аналіз текстів. Тому почуття і емоції в ході ознайомлення з текстом мають бути врівноважені перевіркою інформації, переконаннями у її правдивості і неупередженості – тільки тоді отримані відомості, дані, 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, викликані таким текстом, пригнічують розвиток довіри до себе як суб'єкта, розсудливого і відповідального читача, здатного керувати власними емоціями. Яскраві позитивні переживання від прочитаного у тому числі й у цілому діалогічного тексту здатні «присипати» пильність людини, яка врешті-решт може некритично довіритися автору і його порадам чи рекомендаціям. Отже, сильні емоції, як негативні, так і позитивні, які викликають будь-які тексти, здатні суттєво впливати на сприйняття і на ставлення до них.

Слід зауважити, що справний маніпулятор умисно використовує 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 читачеві дій. Тому, завдання психолога – формувати і зміцнювати довіру до себе як суб'єктної якості особистості читача, його вміння не лише розпізнавати маніпулятивний вплив через текст, але й порівнювати нові знання зі вже набутими, з інформацією, яку можна отримати з інших ресурсів, і обов'язково зіставляти з власними переконаннями, цінностями і смислами. Це посилить і довіру до себе як читача – досвідченого і відповідального. А тим, хто вступає у діалогічну комунікацію з громадянином через текст, важливо дотримуватись межі, за якою діалог вже набуває явних чи прихованих ознак маніпуляції, яка діє «проти суб'єктності» особистості, робить її залежною.

Діалогічна, суб'єкт-суб'єктна взаємодія між партнерами по спілкуванню зумовлює добровільне й активне сприймання, інтерпретацію, реалізацію та розповсюдження текстової інформації людиною (М. Бахтін, Н. Громова, В. Зливков, В. Татенко, Н. Чепелева, Н. Череповська та ін.). Створення продуктивної моделі діалогічних стосунків з населенням у мас-медійному просторі сприятиме зціленню і розвитку особистості, відновленню довіри людини до себе, інших людей, світу взагалі, а також до корисної інформації і її авторів, що, у свою чергу, підвищуватиме успішність процесу психологічної допомоги через ЗМІ та Інтернет, до якої звертаються читачі. Діалог між автором і читачем можливий за умови, коли не лише той, хто написав текст, а і той, хто його читає, відчував і брав на себе відповідальність перед собою – за сприйняття інформації, щоб її «почути», за власний розвиток, моральність, суб'єктність, а також перед іншою людиною – за зворотний зв'язок: адже автор, який з повагою і розумінням вибудовує комунікацію, зі свого боку, розраховує на взаємність.

Стосовно психолога, то йому в ході спілкування з клієнтом важливо активізувати його суб'єктну активність, звертатися до свідомості, особистої відповідальності за споживання, творче осмислення, втілення у власне життя і розповсюдження отриманої інформації серед інших людей. Саме діалог як розвиваюча ситуація здатен вивести особистість на позицію зміни своєї життєдіяльності, на шлях творчого самотворення. Засобами діалогічного тексту психолог «наснажує клієнта» на оптимістичне сприйняття дійсності, формування позитивного образу Я і власного благополучного майбутнього.

Необхідним є не тільки розрізняти і доводити до відома громадян особливості, певні тонкощі діалогічного і маніпулятивного тексту. Важливо створювати внутрішні умови для зміцнення суб'єктності особистості, спроможності сучасного громадянина критично і відповідально ставитись до самої інформації, її тлумачень, особливостей звернення автора тексту до думок,

почуттів і намірів громадянина. А діалогічна взаємодія через текст виявляє і зміцнює у читача довіру як до тексту і його автора, так і до самого себе як читача.

Допомагаючі технології мають базуватися на принципі суб'єкт-суб'єктної взаємодії психолога і клієнта, з метою розвитку суб'єктних якостей особистості, її здатності протистояти деструктивному медіавпливу, формувати критичне, оцінювальне ставлення до текстів, бути суб'єктом, а не ставати легкою здобиччю на теренах часто-густо агресивного, деструктивно діючого інформаційного простору.

На основі інтерпретації емпіричних даних нами розроблено проєкт технології психологічної допомоги читачеві у зміцненні довіри до себе в ставленні до текстової інформації, з метою попередження і протидії маніпуляціям. Проєкт включає декілька блоків: 1. надання інформації читачам про особливості маніпулятивного тексту, можливих «ключів» розпізнавання маніпулятивних пасток; 2. пропрацювання з громадянами питання про довіру і недовіру до себе, про необхідність відрізнити маніпулятивний текст від діалогічного; 3. аналіз власного досвіду читачів щодо випадків довіри-недовіри до себе і ставлення до текстів у ЗМІ; 4. вправлення респондентів у розпізнаванні текстів різних видів (маніпулятивних, діалогічних, інформаційних).

Сучасний читач має розуміти, що йому не уникнути інформаційних атак і агресивного тиску, потоків неправди і брехні в ЗМІ та Інтернет, але він має власні можливості відсіювати, відфільтровувати інформацію в медіапросторі, усвідомлювати і гартувати власні потенції, сильні сторони, суб'єктну міць, аби не піддатися руйнівному впливу [2]. Такий вплив не обов'язково той, який характеризується як маніпулятивний і містить певні технології для умисного схиблення свідомості і поведінки людини. Це не лише явні або приховані залякування, погрози, нагнітання почуттів тощо.

До руйнівного впливу можна віднести дію такого тексту, який переобтяжений відомостями і даними, що у своїй сукупності обтяжує читача

інформацією, створює хаос, викликає нервові збудження, дезорієнтацію, а також небажання перевіряти прочитане в інших джерелах. Якщо явний маніпулятивний текст дезорієнтує, схиляє до того, що важливе для маніпулятора, то обтяжений, плутаний, напівправдивий матеріал, умисно або неумисно несвоєчасно подана інформація також діють деструктивно. Ми виділяємо ще пролонгований, «розкroєний» маніпулятивний текстовий матеріал (продуманий і цільний), який у своїй моделі (в готовому «крою») залишає місце для різноманітних текстових (інформаційних, смислових, емоційних та ін.) пасток, аби продумано і майстерно зманіпулювати читачем упродовж певного часу [3, с.4]. Окремі «шматки» такого тексту можуть вибудовуватися за логікою інформаційного чи навіть діалогічного, тому загалом «розкroєний текст» не сприйматися читачем як маніпулятивний.

Серед шляхів протидії негативному впливу засобів масової інформації бачиться «становлення читача як суб'єкта», який має поважати себе як особистість і відповідати за свої наміри і вчинки, реалізацію своїх потреб. Серед здібностей, які дозволяють індивіду підтримувати почуття стабільності і цілісності, ми виділяємо довіру до себе. Для визначення рівня довіри до себе ми використали рефлексивний опитувальник Т. Скрипкіної «Довіра до себе» [8]. Як співвідноситься рівень довіри до себе з рівнем довіри до медіатекстів, а також довіри до себе-читача додатково пропонувалось респондентам визначити рівень довіри до себе в процесі ознайомлення з текстами з друкованих ЗМІ та Інтернет, і відповісти на низку питань інтерв'ю [4]. Отримані дані дослідження показали, 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 людині важко розпізнавати тонку, майже непомітну і невідчутну маніпуляцію. За даними опитувальника Т. Скрипкіної, серед опитаних нами читачів – 39 % мають високий, 56 % – середній і 5 % – низький рівень довіри до себе. Висока довіра до себе, а також до себе як читача-споживача ЗМІ мають позитивну кореляцію з довірою до діалогічних текстів.

Виходячи з того, що більшість опитаних нами читачів СМІ і Інтернет виявили середній і низький рівень довіри до себе, є необхідність зміцнити і підвищити рівень цієї якості, аби активний читач сучасних медіа міг більш свідомо, критично, відповідально ставитись до отриманої інформації, а отже і зберегти і посилити власну суб'єктність, забезпечити собі інформаційну, а отже психологічну безпеку.

Довіра до тексту (і його автора) виявляється в оцінці повідомлення як цікавого, важливого і такого, до якого можна прислухатися і використати на користь власної життєвої ситуації. Сам інтерес до повідомлення вже є актом довіри (аванс довіри), який підсилюється чи нівелюється тими особливостями мовленнєвої діяльності, які враховуються при складанні тексту (діалогічні, маніпулятивні та ін.).

Про відсутність довіри до себе можна говорити тоді, коли читач, орієнтуючись на поради і пропозиції, «виключає власну суб'єктність», авторство свого життя і своєї життєвої ситуації, коли рветься чи не підтримується зв'язок між різними «Я» у часі. Особистість, яка довіряє собі, позитивно ставиться до текстів діалогічного спрямування, навпроти, до повідомлень у текстових ЗМІ, які мають маніпулятивні характеристики, ставиться критично і негативно. Довіра до себе – це якість суб'єкта, який сам відкидає маніпулювання іншими суб'єктами взаємодії, з одного боку, і протистоїть маніпулятивним впливам – з іншого. Довіра до себе, своїх переконань і цінностей, набутого досвіду, який оцінюється як такий, що збагачує життя і розвиває власну особистість і стосунки з оточуючими («Я міг це зробити і зможу наперед!»), охоплює прийняття людиною себе в минулому, сьогодні, а також у майбутньому. «Я собі довіряю!» – те, що об'єднує «Я» у часі. Це бачення себе у перспективі і здатність без страху змінюватись, корегувати і вдосконалювати власне «Я», способи представленості себе у світі, у тому числі віртуальному.

Діалогічність між психологом і громадянином, крок один одному назустріч, «двобічна довіра», що лежить в основі такої комунікації, сприяє гармонізації стосунків між суб'єктами непрямого спілкування. Причому особливо слід говорити про «зрілу довіру» психолога чи будь-якого іншого комунікатора. Така думка справедлива тому, що «більш «зріла» форма довіри характеризується «готовністю проявляти добру волю по відношенню до партнера, і лише потім йде очікування справедливих і чесних стосунків» (А. Купрейченко, Психология доверия и недоверия, 2008).

Довіра, яку автор повідомлення викликає до себе через текст, сприяє довірчому ставленню реципієнта і до інформації, яка може допомогти йому у вирішенні наболілої проблеми чи подоланні психологічної травми. Довіряючи собі (як людині, особистості, суб'єкту), людина може активно і критично виділяти корисну і відсіювати шкідливу інформацію із ЗМІ, стверджуючи і зміцнюючи тим самим довіру до власних зусиль щодо дій і вчинків, подальших планів і їх здійснення.

Довіра до психолога і самодовіра підсилюється, коли фахівець підтримує людину у її прагненні особистісного росту, її впевненість у майбутньому, реальних діях і намірах сьогодні, враховуючи досягнуті успіхи у минулому.

Представляємо «Пам'ятку для читача медіатекстів» у техніці роботи з попередження маніпулятивного впливу на особистість через призму довіри до себе. Цей інструмент підлягатиме доповненню і уточненню.

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЧИТАЧА МЕДІАТЕКСТІВ: ЯК УБЕЗПЕЧИТИ СЕБЕ ВІД МАНІПУЛЯЦІЙ

Сучасні ЗМІ мають властивість конструктивно впливати на суспільство у цілому і на кожного окремого громадянина. Але й можуть призводити до негативних наслідків: наштотувати на певні деструктивні дії, розпалювати

конфлікти, змінювати погляди та переконання людей. Тому слід не лише аналізувати зміст прочитаного, а й помічати прийоми маніпуляції.

Про що слід пам'ятати, читаючи будь-який текст?

Заголовок як зачіпка.

Заголовок здатен не лише привернути вашу увагу до теми будь-якого тексту. Він може відвести від правильного розуміння події чи явища. Тільки прочитавши заголовок !!!, ви вже певною мірою довіряєте чи не довіряєте тому, що прочитаєте далі. Тому вже на цьому етапі – будьте обережні! Заголовок може навіть не мати нічого спільного зі змістом тексту, але вже захопить вашу увагу і здатен затягнути у вирій брехні, сумнівів, розтривожити, збити з пантелику. Згубити ваш час і орієнтування в інформаційному просторі. Це може відбутися завдяки сильній емоції, яка викликається афективним словом чи закликком, чиєюсь експресивною фразою.

Це початковий етап, на якому слід замислитися і аналітично поставитись до тексту, який ви таки вирішили прочитати.

Експлуатація потреб, інтересів і очікувань читача.

Інколи здається, що автор, який виступає зі статтею на тему, яка вас зацікавила, розуміється в ваших проблемах, і начебто поділяє ваші інтереси, погляди, очікування, тривоги, щиро співчуває вам. Це зазвичай зумовлює повагу й довіру до нього, його слів, порад і рекомендацій. Утім, автор, який стоїть за текстом, може скористатися знаннями про ваші потреби і сподівання, а також вашою відкритістю, аби прямо маніпулювати вами, чи непомітно підвести вас до певної думки.

Тож, попри всю вашу повагу до автора за схильність до вашої проблеми — пильнуйте!

Ями і терна у викладі тексту – стережись!

Філософ Сократ казав: «Заговори, щоб я тебе побачив!».

До тексту, який ви бачите, слід поставитися критично, аби не вскочити у влаштований для вас капкан. Якщо маніпулятор має на меті вас заплутати і звернути кудись «не в той бік», або спрямувати у прірву, то й таким буде його текст. Зазвичай такий текст містить вади у логіці наведення причинно-наслідкових зв'язків та використанні аргументів. Нерідко присутні непослідовність у викладанні думки та намагання переключити увагу читача на іншу тему. Маніпулятор може зіграти на ваших суперечливих емоціях, зумовити розгубленість, нав'язати враження, сформувавши потрібну думку, підвести до певних дій — бажаних/очікуваних для маніпулятора, але – увага! – несподіваних для вас.

Довіряйте собі!

Вибух емоцій – маніпулятор у захваті.

Людиною легко зманіпулювати, коли вона перебуває в стані сильних емоцій, тому маніпулятор майстерно вибудовує саме таку платформу для свого впливу. В тексті це можуть бути прийоми перебільшення, епітети, негативно забарвлені слова, наприклад, брутальні. Моторошні деталі, або роздмухана пафосність і впевненість у можливості швидкого і легкого досягнення результату, такого бажаного для читача. Все це – інструменти, які допомагають маніпулятору нав'язати вам настрій, зумовити нестримну, а інколи і руйнівну емоцію, а головне – вимкнути логіку, спровокувати агресію чи стан бездіяльності. Маніпулятор може нав'язувати якісь найменування, порівняння, асоціації, ярлики (той «дурень», а той «злодій»). Так маніпулятор намагатиметься прищепити вам свої поняття і ставлення до подій чи окремих особистостей.

Коли читаєте будь-яку інформацію, спробуйте поставити собі такі запитання: «До якої думки мене намагаються підвести? Що вкладають у мою голову? На чий млин ллють воду? Чи відповідає прочитане моїм власним уявленням?».

Є авторитет, який думає за тебе ?

Часте або настирливе звернення до авторитету (або запевнення – «так всі роблять», чи «от у тих-то це вийшло і вони щасливі!») надає тексту солідності й правдоподібності, однак чинить інформаційний тиск — змушує прийняти думку того чи іншого фахівця або експерта, не піддаючи її сумніву чи детальному аналізу. Не давайте змоги чужій думці, хоч би якою цікавою й переконливою вона була б, витіснити вашу власну. Ви маєте критично ставитися до інформації, яку споживаєте, — перевіряти, аналізувати й робити власні висновки, які, у свою чергу, мають бути також обдумані, зважені.

Факти і перевірена інформація – зброя читача!

Крапля камінь точить..., або придивляймося до дрібниць

Одним із підступних прийомів маніпулятора є маскування чи приховування, «вкраплення» брехливої чи лукавої інформації в тексті, який у цілому містить правдиві факти, які з успіхом читач може й перевірити, про що він сам більш-менш знає і в чому у принципі непогано розбирається. Така хитра вставочка може не привернути вашої уваги, але діятиме підсвідомо. Згодом ви й не помітите, як подія, яка тривожила і вимагала якихось власних зусиль, виявиться незначущою, а людина, якій ви досі не довіряли, сприйматиметься як добра і порядна.

Читайте і вчіться бачити між рядками отруту і бруд, які засмічують і впливають на ваше світосприйняття, думки і поведінку!

Воля зломлена, ви дезорієнтовані – маніпулятор досягнув мети.

Важливо, щоб інформація збагатила вас конкретними знаннями, давала простір для роздумів та власних інтерпретацій, а не спрощувала і знецінювала самостійне мислення, формування власної думки. У тому випадку, коли інформація, яку ви прочитали, завела вас у глухий кут, заплутала, підвищила рівень паніки, навіяла страх, злість, заклала чужі вам переконання, підштовхує до невластивих для вас дій (закликає до них), чи паралізує волю до інших, — найімовірніше, вами вдалося зманіпулювати.

Розмірковуюйте, опирайтеся на власний досвід!

Тихо маніпулює – тишком вполює

Коли маніпулятор злиться, кричить, залякує, гнівно критикує і звинувачує – це помітно. Такий вплив на себе читач відсторонює, активно боронить себе і відчувається впевнено, бо здатен контролювати плин своїх думок і власні почуття. Втім дії маніпулятора можуть бути тихі, наступ на вас – не помітний, навіть – м'який, турботливий, тиск на ваші слабкі місця – безболісний. «Як правильно пише!», «Можливо, він і правий!?» – подібні міркування говорять про те, що вами зманіпулювали, присипаючи, обезболюючи вашу критичність, логіку, позицію, які ще недавно були вам абсолютно зрозумілі як плід глибоких розмірковувань. Згадаймо Т. Шевченка: «Думи мої, думи мої, лихо мені з вами! Нащо стали на папері сумними рядками?». Думки – власні, натружені – справді важкі, і взагалі людині часом буває досить скрутно, несолодко. І тут маніпулятор виступає у ролі такого собі гоїтеля-зцілителя, який допоможе, втішить, підсолодить, скаже «для душі», коли «слова, як річечка тече».

Відчуєте ефект солодкого засипання та легкої дрімоти, марево негайного вирішення всіх своїх проблем – прокиньтесь... аби не потрапити в пащу хижака!

Не поспішати... і з холодною головою.

Не варто робити закупки в продуктовому супермаркеті на голодний шлунок – накупиш безліч зайвого і витратиш купу грошей. Можна обманутися, придбавши взуття вранці – ввечері, коли ви натрудите ноги за день, воно вже може бути замале. Подібно, інформаційний голод може стати причиною неконтрольованого споживання, а то й «проковтування» інформації, часто-густо непотрібної, а то й явно шкідливої, неперетравної. Маніпулятор не може силоміць змусити вас зануритися з головою у вирій інформації, аби маніпулювати вами. Але він має на увазі і тримає на прицілі ваш неспокій, жадобу до знань, щонайшвидшого вирішення ситуації, і чекає слушної нагоди, коли ви самі

дозволите йому діяти і таки «з'їсте», або хоча б «скуштуєте» те, що він запропонує.

Важливою емоцією, якою вдало керує маніпулятор, є страх. Людина, котра боїться за себе, свою родину, власне становище, опинившись у скрутці, шукає виходу, і часто готова прислухатися до лжепророків, недобросовісних радників, у тому числі і «добродійчиків» у масмедійному просторі.

Тому, перед тим як читати, варто остудити свої почуття, більш менш *заспокоїтися – і на ясну голову сприймати те, що пропонується*. Подумати, чи потрібно воно вам взагалі!

Позиція читача – над текстом.

На здатність просіювати інформацію та критично до неї ставитися впливає ступінь сформованості системи цінностей і смислів. Якщо ви орієнтовані на вищі смисли (такі як честь, гідність, любов, совість і т.д.), то повідомлення, які містять смислово мішанину, або в яких автор використовує неправдиву і агресивно подану інформацію – викликають у вас сильний супротив. Ви з сумнівом поставитеся до того, що ви читаєте. І, навпаки, ваша особистісна ціннісно-смилова дезорієнтованість, схильність залежати від авторитету можуть стати сприятливим підґрунтям для медіаманіпуляцій. Важливо нести особисту відповідальність за себе, свої думки і поведінку, за те, яку інформацію обираєш і як «пускаєш» її у своє життя.

І взагалі, щоб не дати маніпулятору жодних шансів хижо і прицільно впливати на вас — споживайте інформацію дозовано, ретельно, неспішно фільтруйте та – обов'язково – перевіряйте її.

Залишайтеся вірними собі і власним переконанням!

Визначте своє місце : Не текст володіє мною – а я читаю і оцінюю текст.

Читати все підряд – не для мене.

В часи інформаційного шквалу і безладу, тиску і майстерних маніпуляцій, варто послуговуватися інформацією, яка є нагальною, цікавою, інтелектуальною і

розважальною, але такою, що сприяє вашому розвитку, а не зводить нанівець всі ваші зусилля вибудувати себе, своє оточення, своє життя взагалі. Маніпуляція, що прихована, наприклад, в якійсь статті (а за нею – автор-маніпулятор зі своїми хижими намірами), може негативно вплинути на ваше життя. Нерозбірливе, не критичне споживання інформації, коли «поглинаєш все підряд» з усіх можливих джерел здатне розхитати споруду переконань та смислів, яка сумлінно зводилася роками чи навіть десятиліттями. Таке суцільне, наскрізне читання напружує нерви, виводить зі стану рівноваги, знижує пильність, критичність, гостроту сприймання того, що попадає на очі. Тому – варто дотримуватися інформаційної гігієни – споживати перевірене.

Спробуйте вибрати своє коло інформаційних джерел і своїх авторів. Читайте те, що є важливим для вас у даний момент життя, або має для вас особливу цікавість. Не спокушайтесь на яскраві назви, неоднозначні картинки, звабливі рекламні принади. Так ви збережете і своє психічне здоров'я, і думки будуть в згоді з розумом.

Не залишитися один-на-один з маніпулятором

Перевірка інформації передбачає використання декількох інформаційних джерел, таких, яким ви більш-менш довіряєте. І тут може бути прихована пастка. Огородивши себе від нестримного потоку інформації, ви, скажімо, умисно підтримуєтеся звички звертатися до якихось одного-двох з них. Але це оманлива безпека, бо маніпулятор обраного джерела, розуміючи вашу втому, перевантаження, зневіру, чатує, аби ви опинилися в обіймах його чарівливості і турботи. Він не відпускатиме вас, завдячуючи висвітленням актуальних фактів, чудових аналогій, порівнянь, демонстрацією співчутливості і довіри до вас як до читача, громадянина, людини. Втім лукаво і цілеспрямовано формуватиме «вашу-не вашу» думку.

Тому не обтяжуйте себе масивом інформації, але все ж таки майте для порівняння і перевірки даних декілька, вже відомих і нових, джерел.

Газета чи сайт – чуже не приживеться.

Будь-яке видання має свою внутрішню політику, і автор, матеріали якого розміщують у газеті, журналі чи на сайті, дотримується писаних й неписаних вимог і правил, аби мати «свого» постійного користувача і полонити усе більше коло нових читачів. Тому визначте видання чи авторів, яким ви більш-менш довіряєте, інформація яких є правдивою, відкритою, зрозумілою, логічною, виваженою, коли ви самі стаєте співавтором, співрозмовником, співучасником обговорюваних подій. Якщо звичне видання стало для вас «чуже», а певні статті окремих авторів перестали відповідати вашим запитам і викликають обурення, сумніви чи внутрішню незгоду з-за недостовірності, перекручування фактів чи способу спілкування – знайдіть в собі сили відшукати нове джерело інформації.

Прислухайтесь до змін, що відбуваються усередині вас і навколо. Коли старий, звичний інформаційний канал уже себе віджив – значить час його змінювати!

Не встоюєте перед тиском маніпулятора? До психолога!

Психолог не може володіти абсолютно всією і повністю достовірною інформацією, яка повсякчас змінюється і поступає з різноманітних медіаджерел. Психолог може надати поради і рекомендації щодо її сприймання і обробки, попереджає про можливість і ознаки маніпуляції, підкаже, як їй протидіяти. Він пояснить, що споживання інформації, емоційне її переживання, наміри, які вона стимулює – це вже початок певної дії, яку можна або підтримувати, або вчасно попередити, включаючи також і ваші власні зусилля.

Психолог може запропонувати дослідити більш глибокі витоки потреби в тій чи іншій інформації, що може посилити або послабити прагнення до використання певних інформаційних потоків. Робота з психологом сприятиме формуванню потреби в нових знаннях і в самостійному і відповідальному пошуку інформації. Позитивним результатом взаємодії з фахівцем, поряд із зменшенням необхідності в отриманні певної «інформаційної дози», може бути посилення

активності людини у реальному житті – на рівні прийняття рішень, конкретних дій і вчинків.

Психолог допоможе прояснити, чому ви переживаєте труднощі у розумінні того, яку і з яких джерел отримувати інформацію, як ставитися до неї, а також до себе - як до свідомого, активного, відповідального читача.

І знову – до себе!

Виходячи з власного життєвого і, зокрема, читацького досвіду ви можете погодитися чи не зовсім погодитися з тим, що запропоновано вище в цій Пам'ятці, для захисту себе від зайвої, непотрібної чи небезпечної інформації. Поради і рекомендації можуть додати, розширити, урізноманітнити ваші знання, допомогти проаналізувати і доповнити індивідуальний досвід свідомого чи інтуїтивного протистояння маніпуляціям через медіатексти, знайти і обрати «свою джерельну криницю», аби здобувати вчасну і корисну інформацію.

Але, у будь-якому разі важливо сформулювати власну думку і визначити власну позицію, особисте бачення принад і загроз перебування в інформаційному просторі, аби почувати себе в безпеці.

Адже ви самі маєте породжувати власні думки, будувати і творити своє життя!

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень з цього напрямку. Довіра до себе як ознака суб'єктності особистості може підтримуватись і зміцнюватись завдяки конструктивному медіа-середовищу. «Двобічна довіра» між автором і читачами дозволяє їм отримувати актуальну інформацію і включати такий конструктивний захисний механізм як недовіра у разі маніпулювання свідомістю читачів з боку друкованих та електронних ЗМІ.

Акцентується увага на необхідності встановлення діалогічної взаємодії психолога-автора і клієнта-читача. Зміцнення в особистості довіри до себе є одним із основних завдань психолога. Через діалог психолог може спілкуватися з

громадянами таким чином, аби долати схильність деяких з них покладатися на волю «сильного і авторитетного», натомість кріпити власну суб'єктну здатність активно творити своє життя, самостійно і відповідально впливати на його якісні зміни, довіряти собі. Діалогічна взаємодія між психологом і клієнтами у процесі надання психологічної допомоги сприяє їх опору інформаційній агресії, маніпулятивним технологіям, помагає критичному ставленню до повідомлень, думок і закликів, які лунають у просторі ЗМІ. До майбутньої технології психологічної допомоги споживачеві із зміцнення довіри до себе і здатності протидіяти текстовим маніпуляціям входить робота з оволодіння людиною знаннями про можливі маніпулятивні текстові пастки, «ключі» їх розпізнавання і тактику протидії їм, що викладено у «Пам'ятці для читача медіатекстів». *Перспективним* вбачається дослідження і впровадження в роботу психолога поєднання прийомів інформаційно-просвітницької і навчально-розвивальної діяльності з розвитку здатності читача протистояти маніпулятивним впливам через текстові ЗМІ, а також втілення таких технік в освітній процес у школах і вузах країни.

Список використаних джерел

1. Акерлоф Дж. Шиллер Р. Охота на простака. Экономика манипуляций и обмана. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2017. 320 с.
2. Гурлева Т. С. Опора на міцності особистості в умовах руйнівного медіа-простору. *Психолого-педагогічні проблеми соціалізації особистості в сучасних умовах*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 1 березня 2019 р.). Київ: Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2019. С. 147-149.
3. Гурлева Т. С. «Розкритий маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. *Соціально-психологічні проблеми суспільства*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 10 квітня 2020 р.). Київ: Таврійський національний

- університет імені В. І. Вернадського, 2020. С. 148-151. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/721316/>
4. Гурлева Т. С. Технологія психологічної допомоги громадянам у подоланні проявів ПТСР через текст у друкованих ЗМІ та Інтернет-ресурсах. *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу* : монографія. Київ, 2020. С. 159-177. URL: https://lib.iitta.gov.ua/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf (дата звернення: 24.12.2020).
 5. Кравець Н. М. Довіра до себе – суб'єктивний феномен особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2011. Вип. 26. С. 201-208.
 6. Мороз Оксана. Боротьба за правду: як мій дядько переміг брехню. Київ : Yakaboo Publishing, 2020. 160 с.
 7. Назарук О. Довіра як передумова формування позитивного соціального досвіду особистості. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2010. Т. 12. С. 216–224.
 8. Скрипкина Т. П. Психология доверия: уч. пособ. Москва: Издательский центр «Академия», 2000. 264 с.

Spisok vikoristanih dzherel

1. Akerlof Dzh. Shiller R. Ohota na prostaka. Jekonomika manipuljacij i obmana. Moskva: Mann, Ivanov i Ferber, 2017. 320 s.
2. Hurlieva T. S. Opora na mitsnosti osobystosti v umovakh ruinivnogo media-prostoru. *Psykhologo-pedahohichni problemy sotsializatsii osobystosti v suchasnykh umovakh: materialy mizhnar. nauk.-prakt. konf. (m. Kyiv, 1 bereznia 2019 r.)*. Kyiv: Tavriiskyi natsionalnyi universytet imeni V. I. Verdadskoho, 2019. S. 147-149.
3. Hurlieva T. S. «Rozkroieniі manipulyatyvniі tekst» v umovakh informatsiinoi viiny. *Sotsialno-psykhologichni problemy suspilstva: materialy mizhnar. nauk.-prakt. konf.*

- (m. Kyiv, 10 kvitnia 2020 r.). Kyiv : Tavriiskyi natsionalnyi universytet imeni V.I. Vernadskoho, 2020. S. 148-151. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/721316/>
4. Hurlieva T. S. Tekhnolohiia psikhologichnoi dopomohy hromadianam u podolanni proiaviv PTSR cherez tekst u drukovanykh ZMI ta Internet-resursakh. *Tekhnolohii psykhoterapevtychnoi dopomohy postrazhdalym u podolanni proiaviv posttravmatychnoho stresovoho rozladu: monohrafiia*. Kyiv, 2020. S. 159-177. URL: https://lib.iitta.gov.ua/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf (data zvernennia: 24.12.2020).
 5. Kravets' N. M. Dovira do sebe – sub'yektyvnyy fenomen osobystosti. Naukovi studiyi iz sotsial'noyi ta politychnoyi psikhologiyi. 2011. Vyp. 26. S. 201-208.
 6. Moroz Oksana. Borotba za pravdu: yak mii diadko peremih brekhniu. Kyiv : Yakaboo Publishing, 2020. 160 s.
 7. Nazaruk O. Dovira yak peredumova formuvannya pozytyvnoho sotsial'noho dosvidu osobystosti. *Problemy zahal'noyi ta pedahohichnoyi psikhologiyi*. 2010. T. 12. S. 216–224.
 8. Skripkina T. P. Psihologija doverija : uch. posob. Moskva: Izdatel'skij centr «Akademija», 2000. 264 s.

Hurlieva T. S. "Notice for the readers of mediatexts" in the technique of preventing manipulative impact on a personal from the perspective of self-trust. Self-trust is considered in the article as a subject quality which defines development and personal development of a person and also considerably influences their attitude to the media information. It is highlighted that dialogue-based interaction between a psychiatrist and a client plays a part in a person's ability to trust themselves while reading various texts. The article focuses attention on the necessity of creating a technique of psychological help to media and internet publications consumers. The main components of the future technique are presented, which involve the work on mastering

knowledge on possible manipulative text traps, "keys" to distinguishing and strategies to deal with them, which is dwelled upon in "Notice for the readers of mediatexts".

Keywords: "Notice for the readers of mediatexts", self-trust as a subject quality, the technique of psychological help, manipulative influence through text.

Відомості про автора

Гурлева Тетяна Степанівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

e-mail: t.s.gurleva@gmail.com

Hurlieva Tetiana Stepanivna, Candidate of Psychological Sciences, Senior Research Fellow at the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

РЕФЕРАТ

Гурлева Т. С.

«Пам'ятка для читача медіатекстів» у техніці роботи з попередження маніпулятивного впливу на особистість через призму довіри до себе

У статті розглядається довіра до себе як суб'єктна якість, яка визначає розвиток і саморозвиток особистості, а також суттєво впливає на її ставлення до медіаінформації. Про відсутність довіри до себе можна говорити тоді, коли читач, орієнтуючись на поради і пропозиції в ЗМІ, «виключає власну суб'єктність», авторство свого життя і своєї життєвої ситуації. За результатами дослідження, серед опитаних нами читачів – 39 % мають високий, 56 % – середній і 5 % – низький рівень довіри до себе (за Т. Скрипкіною). Висока довіра до себе, а також до себе як читача-споживача ЗМІ мають позитивну кореляцію з довірою до діалогічних текстів. 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.

Підкреслюється роль діалогічної взаємодії психолога з клієнтом у розвитку його здатності довіряти собі під час читання різних текстів. Акцентується увага на необхідності створення технології психологічної допомоги споживачеві ЗМІ та Інтернет-видань. Представлені основні складові майбутньої технології, до якої входить зокрема робота з оволодіння читачами знаннями про можливі маніпулятивні текстові пастки, важливість їх розпізнавати і тактику протидії їм, що викладено у «Пам'ятці для читача медіатекстів». *Перспективним* вбачається дослідження і впровадження в роботу психолога поєднання прийомів інформаційно-просвітницької і навчально-розвивальної діяльності з розвитку здатності читача протистояти маніпулятивним впливам через текстові ЗМІ, а також втілення таких технік в освітній процес у школах і вузах країни.

Ключові слова: «Пам'ятка для читача медіатекстів», довіра до себе як якість суб'єкта, техніка психологічної роботи, маніпулятивний вплив через текст.

УДК 159.98 : 615.851] : 355.1-058.833-055.2

Журавльова Н. Ю.

ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ У ДРУЖИН ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ: ДІАГНОСТИКА ТА СТРАТЕГІЯ ПОДОЛАННЯ

**Журавльова Н. Ю. Вторинна травматизація у дружин ветеранів війни:
діагностика та стратегія подолання.** Статтю присвячено експериментальному

дослідженню психоемоційного стану дружин ветеранів війни, прояву в них ознак ВТСП, здатності до емоційної регуляції. Виявлено кореляційний зв'язок між специфічними проявами ВТСП у жінок означеної категорії і рівнем їх стресостійкості. Запропоновано стратегію подолання проявів ВТСП у дружин ветеранів, орієнтовану на розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості жінок та пропрацювання їх травмівного досвіду.

Ключові слова: психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад (ПТСП), вторинний травматичний стресовий розлад (ВТСП), дружини ветеранів війни, стресостійкість, психологічна допомога.

Журавлева Н. Ю. Вторичная травматизация у жён ветеранов войны: диагностика и стратегия преодоления. Стаття посвящена експериментальному дослідженню психоемоціонального стану жён ветеранов войны, проявлений у них характерних признаков ВТСП, способности к эмоциональной регуляции. Вывявлена корреляционная связь между специфическими проявлениями ВТСП у женщин данной категории и уровнем их стрессоустойчивости. Предложена стратегия преодоления проявлений ВТСП у жён ветеранов, ориентированная на развитие индивидуально-личностных ресурсов стрессоустойчивости женщин и проработку их травматического опыта.

Ключевые слова: психологическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСП), вторичное травматическое стрессовое расстройство (ВТСП), жёны ветеранов войны, стрессоустойчивость, психологическая помощь.

Постановка проблеми. Повернення військових до власних сімей із зони бойових дій на сході України є дуже очікувана, вистраждана, сповнена хвилюваннями, сподіваннями подія для всієї родини. Разом з тим досвід війни для багатьох чоловіків не залишається назавжди на лінії фронту, а стає частиною їхнього подальшого буття, може втручатися у життя сім'ї через прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСП), впливати на стосунки у сім'ї,

психоемоційний стан близьких. 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 нерідко бере на себе відповідальність за забезпечення життєдіяльності родини загалом.

Зміна та в чималих випадках ускладнення життєвих обставин сімей ветеранів через травмівний досвід чоловіків, складнощі ресоціалізації колишніх військових спричиняє підвищені вимоги до психічних та фізичних можливостей їхніх дружин. Значною кількістю жінок означені виклики сприймаються як стресові та можуть бути підґрунтям щодо розвитку в них вторинного травматичного стресового розладу (ВТСП). Експериментальне дослідження особливостей прояву ВТСП у дружин ветеранів, з'ясування специфіки психотерапевтичної допомоги означеній категорії постраждалих у контексті розв'язання питань профілактики та подолання у них проявів ВТСП вбачається *актуальним* науковим завданням сучасної вітчизняної психологічної науки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особливості психологічної проблематики дружин ветеранів війни є предметом уваги зарубіжних і вітчизняних наукових досліджень [5; 6; 13; 14; 19; 23]. Фахівці зауважують, що можливі складнощі жінок обумовлені як накопиченням тривоги під час очікування з фронту чоловіків, так і психологічним статусом демобілізованих бійців. У значної кількості жінок спостерігається низка характерних психоемоційних утруднень: виражене емоційне і фізичне напруження, тривога, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість; жінки відчувають виснаження через напруження і конфліктність у стосунках із чоловіками; їм важко зрозуміти й прийняти зміни, що відбулися з ветеранами, жінок турбує дефіцит навичок подолання незвичних життєвих негараздів; їм важко сприймати складнощі, що виникають, знаходити адекватні рішення. Серйозною проблемою для деяких

сімей може бути виражена алкоголізація й агресивність чоловіків. Дослідники підкреслюють, що дружини ветеранів війни потребують професійної психологічної підтримки у випадку актуалізації зазначеного вище спектру переживань [3; 15; 13; 16; 17].

Емоційні утруднення дружин демобілізованих військових визначаються як прояви *вторинного травматичного стресового розладу (ВТСП) (вторинна травматизація, вторинна травма, вторинний травматичний стрес)* [14; 23]. Феномен *вторинної травми* розуміється як «стрес, що виникає в результаті допомоги травмованій людині або особі, що страждає» [19]. 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; 18; 20; 22; 23;].

Вторинний стресовий розлад як синдром практично ідентичний ПТСР, за тим винятком, що критерієм А стає непрямий вплив травмівної події через тісний контакт з основною жертвою травми [14]. Симптоми вторинної травми аналогічні симптомам безпосередньо травмованих людей: різні емоційні проблеми як то підвищення рівня симптомів депресії та тривоги, проблеми з концентрацією уваги, емоційне виснаження, 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 ВТСП 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 [22; 23]. Вважається, що людина може відчувати одне або кілька із зазначених станів одночасно.

Втома від співчуття – це стан емоційної та фізичної втоми, іноді крайнього напруження через стурбованість стражданнями тих, про кого піклуються, але не мають можливості зробити все, що хотілося б, не мають достатньо часу для власного відновлення, 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, втім 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 ВТСП у жінок.

Розглянемо теоретичні підходи до розуміння поняття **стресостійкості**, важливого для нашого дослідження з точки зору пошуку ресурсних станів особистості щодо подолання наслідків стресу. Зазначимо, що увага фахівців до питань профілактики стресу та розвитку стресостійкості пов'язана з особливим їх значенням для сучасного суспільства: загальне зростання соціально-економічного та політичного напруження призводить до підвищення вимог щодо адаптаційних можливостей людини; розвиток стресостійкості розглядається як запорука фізичного та психічного здоров'я нації [9; 15]. 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.

У пошуку підходів до подолання наслідків ВТСП у дружин ветеранів, зарубіжні дослідники звертають увагу на важливість розвитку стресостійкості жінок, вбачають посилення складових даної якості через застосування психоедукаційного навчання, оволодіння навичками подолання стрес-факторів у сімейному житті, підкреслюють важливість набуття вмінь «керувати травматичним стресом у сім'ях» [16].

Доцільність розвитку у дружин ветеранів окремих рис стресостійкості, наприклад, «здатності до саморегуляції» [4], важливість навичок емоційної регуляції [2], зауважується вітчизняними фахівцями. Разом із тим, наукове та практичне висвітлення специфіки подолання проявів ВТСП, розуміння у цьому

контексті особливостей пропрацювання травмівного досвіду жінок, значення розвитку стресостійкості в структурі їх особистості, не є достатнім і потребує більшої уваги дослідників.

Мета статті полягає у виявленні ознак ВТСП у дружин ветеранів війни, здатності жінок до емоційної регуляції; визначенні мішеней психотерапевтичного втручання у роботі з дружинами ветеранів та у побудові стратегії психологічної допомоги означеній категорії жінок із метою профілактики та подолання проявів ВТСП.

Виклад основного матеріалу та результатів експериментального дослідження. 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): вік 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 ВТСП у жінок та їх можливостей подолання наслідків вторинної травматизації застосовувались наступні методики: авторське напівструктуроване інтерв'ю; Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСП (PCL-C, цивільна версія) [10, с.139-140], Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) [3]; 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 відчували 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: не має ускладнень (відповідь: «Ні, зовсім не відчула»), помірні ускладнення (відповіді: «Деякі складнощі були», «Складнощі були»), та значні складнощі (відповіді: «Було досить складно, «Було дуже складно»). Розподіл відповідей жінок на дане питання у процентному відношенні представлено у таблиці 1.

Таблиця 1.

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

Не має 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 ВТСП), 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 2.

Таблиця 2.

Інформованість дружин ветеранів стосовно ПТСР і ВТСП

Інформованість жінок стосовно	Необізнана	Початковий рівень обізнаності	Середній рівень обізнаності	Високий рівень обізнаності
ПТСР	3 %	35 %	18 %	44 %
ВТСП	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 ВТСП 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 ВТСП теж нижчий, ніж з ПТСР. Загалом 50 % жінок мають рівень обізнаності с ВТСП менше, ніж на середньому рівні та потребують більш докладних знань з цього питання.

Наступні два питання інтерв'ю 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.

Таблиця 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 4.

Таблиця 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 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 ВТСП.

Відповіді дружин ветеранів на питання «Чи є потреба звертатись по психологічну допомогу?» у процентному відношенні розподілилися таким чином (таблиця 5).

Таблиця 5.

Потреба дружин ветеранів у психологічній допомозі

Так	Ні	Не визначилась
60 %	17 %	23 %

Отримані дані свідчать, що значна кількість жінок (60 %) відчувають 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 пропрацювання 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 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 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 7 та інтерпретуються за критеріями «низький», «середній» та «високий» ступінь прояву.

Таблиця 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.Віллінсона)* у процентному відношенні представлені у таблиці 8 та інтерпретуються за критеріями «низький», «середній» та «високий» ступінь прояву.

Таблиця 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 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 високий рівень 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).

Результати опитування за *Шкалою самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-C, цивільна версія)* у процентному відношенні представлені у таблиці 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 ВТСП у жінок (бо ознаки вторинної травми у жінок ті ж самі, що і ознаки ПТСР).

Таблиця 9.

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

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

Отримані дані свідчать про те, що 13 % опитуваних мають виражені ознаки ВТСП, 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 ВТСП і низькою стресостійкістю у жінок.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження зазначимо найбільше виражені ознаки ВТСП 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 ВТСП 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 виявилися значними), 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 в котрий 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, 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 ми розглядаємо як одну із мішеней психотерапевтичного впливу щодо подолання ВТСП в контексті психологічної допомоги даній категорії жінок.

Друга важлива мішень психологічної допомоги дружинам ветеранів, за нашим дослідженням, пов'язана з пропрацюванням травмівного досвіду постраждалих. Особливо цього формату роботи потребують жінки з високими показниками по шкалі PCL-C, тривожності, депресії, тобто з виразними ознаками ВТСП. Зауважимо, що робота з травмівним досвідом потребує застосування певних психотерапевтичних засобів, спрямованих на опрацювання саме психічної травми, і для забезпечення відповідного психотерапевтичного процесу звертаємо увагу фахівців на важливість першочергового вибору підходів та технік травмофокусованого направлення. У разі неврахування значення цільового опрацювання травми, якщо за показниками діагностики і анамнезом така робота рекомендована, покращення психоемоційного стану людина з психотравмою може не отримати. Побудова роботи з дружинами ветеранів виключно з орієнтацією на розвитку стресостійкості без врахування важливості

пропрацювання саме травмівного досвіду постраждалих може привести до обмежених результатів. Причини цього нами вбачаються у наступному. Загальні підходи до розвитку стресостійкості, у своєї більшості розробляються для людей, які не мають вираженої психічної травми (тобто здебільшого ці методи розраховані на подолання стресу, у тому числі – значного, але їх технічне забезпечення не відповідає завданням подолання травми); загальні психологічні засоби, що пропонуються для зміцнення стресостійкості, не мають достатнього потенціалу для ефективної роботи із травмівним досвідом. Тому, у роботі з дружинами ветеранів, крім розвитку стресостійкості як такої, що за нашим дослідженням є дуже важливим, вважаємо за доцільне звертати також увагу на необхідність пропрацювання травмівного досвіду жінок, якщо до цього є показання.

Проведене емпіричне дослідження дозволило ретельніше з'ясувати характер чинників ВТСП дружин ветеранів, увага до яких вже приділялася нами у попередніх статтях [5; 6]. У даній статті пропонуємо узагальнений погляд на означене питання. Так, *зовнішні* стрес-фактори ВТСП жінок пов'язані з перебуванням чоловіків у зоні бойових дій, і цей факт має вплив на певні зміни у житті їхніх дружин. Більшість жінок у час відсутності чоловіків стикаються із необхідністю самотійно вправлятися із викликами повсякденності, питаннями турботи про сім'ю, намагаючись вгамовувати постійний тиск тривоги за життя та здоров'я бійців. Після демобілізації військових стрес-фактором для багатьох жінок можуть бути прояви ПТСП, інші психоемоційні та поведінкові зміни у чоловіків внаслідок їх травмівного досвіду, складнощі адаптації ветеранів до мирного життя.

Внутрішні стрес-фактори ВТСП зумовлені найчастіше наступними особливостями, станами та характерними рисами жінок: втома від перевантаження відповідальністю за життя родини у час відсутності чоловіка, емоційна виснаженість через тривогу за його життя та майбутнє родини,

неготовність прийняти зміни у поведінці ветерана після повернення з передової, нерозуміння причин цих змін, недостатність інформованості щодо можливих наслідків бойової травми ветеранів та власної вторинної травматизації, дефіцит навичок комунікаційної компетенції та психоемоційної регуляції (особливо станів тривоги, напруження, роздратування, втоми, невизначеності), недолік 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 та відновлення власних ресурсів, відчуття недостатньої самореалізації, обмежений досвід звертання по соціальну допомогу тощо. Втома від співчуття та вигорання у дружин ветеранів ускладнюють адаптаційні процеси та поширюють спектр проявів ВТСП 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 ВТСП 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 жінок з урахуванням їх потреби у опрацюванні травмивного досвіду адекватною стратегією психологічної допомоги у подоланні проявів ВТСП.

Стратегія психологічної допомоги дружинам ветеранів війни у подоланні проявів ВТСП. На основі результатів діагностики та інтерпретації отриманих емпіричних даних розроблено *модель психотерапевтичного втручання* у роботі з дружинами ветеранів, що спрямована на розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості жінок та враховує їх індивідуальну потребу у пропрацюванні травмивного досвіду. Запропонована модель включає певні напрями та принципи роботи. Розглянемо *напрями роботи* означеної моделі:

- психоедукація з питань ПТСР та ВТСП;
- 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 вмінь 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 ВТСП, 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. Увага до розвитку саме цих складових стресостійкості є невід'ємним кроком до відновлення у випадку психоемоційної травми.

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 відрізнятися 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 в цілому, задоволення емоційних потреб (задовільні особисті стосунки) [21]. 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 нелегко 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.

Зазначимо 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 засобів для пропрацювання психічної травми. Це методи травмофокусного направлення (метод EMDR (десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання травми) рухом очей (ДПДГ)

Френсін Шапіро), Брейнспоттінг (Девід Гранд), Травмофокус (Томас Вебер), метод Пітера Левіна та ін.) та методи і техніки зорієнтовані на роботу з психотравмою психоаналітичного, когнітивно-поведінкового, екзистенційно-гуманістичного напрямів, арттерапії, тілесної терапії та ін., які можуть застосовуватись на тому чи іншому етапі опрацювання психічної травми.

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 ВТСП.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Очікування військових із зони бойових дій та період ресоціалізації демобілізованих для значної кількості дружин ветеранів сповнений відчуттям підвищених вимог до власних психоемоційних та фізичних можливостей, сприймається жінками як складний, виснажливий, стресовий. Надмірне психічне навантаження, що для більшості дружин ветеранів стає складовою їх життя у період відновлення колишніх військових, може спричинити розвиток ВТСП, подолання наслідків якого потребує професійного психологічного супроводу постраждалих.

Досліджено ознаки ВТСП жінок (виражене емоційне та 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 (виявлено взаємозалежність між вираженими ознаками ВТСП і низькою стресостійкістю у жінок). Результати проведеного дослідження дозволили специфічні прояви ВТСП у дружин ветеранів війни розглядати з точки зору дефіциту в них ресурсів стресостійкості та визначити стресостійкість важливою складовою структури особистості означеної категорії досліджуваних у контексті подолання наслідків ВТСП.

Аналіз та узагальнення отриманих емпіричних даних, теоретичний аналіз понять вторинної травматизації та стресостійкості, уточнення характеру зовнішніх та внутрішніх чинників ВТСП дружин ветеранів, уможливило визначити мішені психотерапевтичного впливу та розробити відповідну до означених мішеней стратегію подолання проявів ВТСП у дружин ветеранів. Запропонована стратегія орієнтована на розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості жінок та пропрацювання їх травматичного досвіду,

включає певні напрями (психоедукація з питань ПТСР та ВТСР; підтримка у налагодженні сприятливого психологічного клімату у сім'ї з урахуванням специфіки психоемоційних та поведінкових проявів ветеранів; розвиток навичок власної психоемоційної регуляції та комунікативної компетенції; розвиток вмінь турботи про себе і відновлення ресурсів; пропрацювання травматичного досвіду) та принципи роботи (налагодження високої якості психотерапевтичного контакту з жінками та формування умов співпраці психолога і клієнтки). **Перспектива подальших досліджень** пов'язуються з операціоналізацією методів та технік запропонованої стратегії подолання проявів ВТСР у дружин ветеранів у контексті психологічної допомоги жінкам в сучасних вітчизняних реаліях.

Список використаних джерел

1. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
2. Варлакова Є. О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції*: зб. тез доп. міжвідомчої наук.-практ. конф. Ч. 1 (м. Київ, 30 берез. 2016 р.). Київ, 2016. С. 80–83.
3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). URL: <https://neiroplus.ru/specialization/nevrologiya/shkala-hads/>
4. Денисевич Н. Ю. Моделі психологічної допомоги дружинам демобілізованих військовослужбовців. URL: [pppr_2017_5_6.pdf](#)
5. Журавльова Н. Ю. Особливості вторинної травматизації у дружин ветеранів війни: орієнтири психологічної допомоги. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2018. Том 3. Вип.14. С. 124–153.
6. Журавльова Н. Ю. Стресостійкість як фактор подолання наслідків вторинної травматизації у дружин ветеранів війни. *Актуальні проблеми психології*:

Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2019. Том 3. Вип. 15. С. 111–146.

7. Кадиров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учеб. пособ. СПб.: Речь. 2012. 448с.
8. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ: 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. 2017. 22 с.
URL: <file:///C:/Users/ASUS/Documents/Автореферат%20Михеева.pdf>
10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. Київ, 2018. Том 1. 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. Київ : Видавничий Дім “Слово”, 2017. 225 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>
12. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В.Куприянов, Ю.М.Кузьмина. Казань: КНИТУ, 2012. 212 с.
13. Рибик Л. А. Вторинний посттравматичний стресовий розлад у дружин учасників бойових дій. *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. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080512/>
15. Церковский А. Л. Современные взгляды на проблему стрессоустойчивости. *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* 2011. Том 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. Figley C. R. Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In Stamm B. H. (Ed.): *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. 1995. P. 3-28. Lutherville, MD: Sidran Press.
20. Secondary Trauma: A Therapist's Guide. URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/secondary-trauma-therapists-guide-0814135>
21. 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>
22. Vicarious Trauma. URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/vicarious-trauma>
23. 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>

References transliterated

1. Brier D., Skot K. Osnovy travmofokusovanoji psyhhoterapiji. Ljviv: Svichado, 2015. 448 s.

2. Varlakova Je. O. Rolj i misce rodyn v adaptaciji ta rehabilitaciji uchasnykiv ATO. Psykhologhichna dopomogha osobam, jaki berutj uchastj v antyterorystychnij operaciji: zb.tez dop. mizhvidomchoji nauk.-prakt. konf. Ch. 1 (m.Kyjiv, 30 berez. 2016 r.). Kyjiv, 2016. C. 80–83.
3. Ghospitaljna shkala tryvoghy ta depresiji (HADS). URL: <https://neiroplus.ru/specialization/nevrologiya/shkala-hads/>
4. Denysevyh N. Ju. Modeli psykhologhichnoji dopomoghy druzhynam demobilizovanykh vijsjkovosluzhbovciv. URL: pppr_2017_5_6.pdf
5. Zhuravljova N. Ju. Osoblyvosti vtorynnoji travmatyzaciji u druzhyn veteraniv vijny: orijentyry psykhologhichnoji dopomoghy. Aktualjni problemy psykhologhiji: Zbirnyk naukovykh pracj Instytutu psykhologhiji imeni Gh. S. Kostjuka NAPN Ukrainy. 2018. Tom 3. Vyp.14. S. 124–153.
6. Zhuravljova N. Ju. Stresostijkistj jak faktor podolannja naslidkiv vtorynnoji travmatyzaciji u druzhyn veteraniv vijny. Aktualjni problemy psykhologhiji: Zbirnyk naukovykh pracj Instytutu psykhologhiji imeni Gh. S. Kostjuka NAPN Ukrainy. 2019. Tom 3. Vyp. 15. S. 111 – 146
7. Kadirov R. V. Posstravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (PTSD): sostojanie problemi, psihodiagnostika i psihologicheskaja pomoshh': ucheb. posob. SPb.: Rech'. 2012. 448 s.
8. Krajnjuk V. M. Psykhologhija stresostijkosti osobystosti: monoghrafija. Kyiv: Nika-Centr, 2007. 432 s.
9. Miheeva A. V. Individual'no-lichnostnye prediktory stressoustojchivosti u muzhchin i zhenshin: avtoref. dis... kand.. psihol. nauk: 19.00.01. 2017. 22 s. URL: file:///C:/Users/ASUS/Documents/Автореферат%20Михеева.pdf
10. Osnovy rehabilitacijnoji psykhologhiji: podolannja naslidkiv kryzy: navch. posib. Kyjiv, 2018. Tom 1. 208 s.
11. Osoblyvosti stosunkiv «psykhoterapevt – klijent» u suchasnomu sociokuljturnomu seredovyshhi: monoghrafija /Z. Gh. Kisarchuk, Ja. M. Omeljchenko, Gh. P. Lazos

- ta in.; za red. Z. Gh. Kisarchuk. Kyjiv: Vydavnychyj Dim «Slovo», 2017. 225 s.
URL: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>
12. Psihodiagnostika stressa: praktikum / sost. R. V. Kuprijanov, Ju. M. Kuz'mina. Kazan': KNITU, 2012. 212 s.
 13. Rybyk L. A. Vtorynnyj posttravmatychnyj stresovyj rozlad u druzhyn uchasnykiv bojovykh dij. Juridychna psykhoghija. 2016. #2. S.148-158. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2016_2_16
 14. Franchyshkovych T., Stevanovych A., J'elushych Y., Roghanovych B., Klarych M., Ghrkovych Ja. Vtorychnaja travmatyzacija zhen veteranov s posttravmatycheskym stressovym rasstrojstvom. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080512/>
 15. Cerkovskij A. L. Sovremennye vzgledy na problemu stressoustojchivosti. Vestnyk Vytebskogho ghosudarstvennogho medycynskogho unyversyteta. 2011. Tom 10, #1. S. 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. Figley C. R. Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In Stamm B. H. (Ed.): *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. 1995. P. 3-28. Lutherville, MD: Sidran Press.

20. Secondary Trauma: A Therapist's Guide. URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/secondary-trauma-therapists-guide-081413> 5
21. 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>
22. Vicarious Trauma. URL: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/vicarious-trauma>
23. 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>

Zhuravlova N. U. Secondary Trauma in War Veterans' Wives: Diagnostics and Suppression Strategy. The article highlights the experimental study of psycho-emotional state of war veterans' wives, appearance of STSD signs and capability of emotional regulation in them. Here was the correlation between specific manifestations of STSD in women of the specified category and level of their stress tolerance brought out. We have proposed a strategy to suppress STSD manifestations in war veterans' wives which focuses on development of the personality-specific resources for stress tolerance in women and studying their traumatic background in depth.

Key words: Psychological trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD), secondary traumatic stress disorder (STSD), war veterans' wives, stress tolerance, psychological counselling.

Відомості про автора

Журавльова Наталія Юріївна, науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Natalia Urevna Zhuravlova, Research Fellow at the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S.Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine. e-mail: natalizhur06@gmail.com

РЕФЕРАТ

Журавльова Н. Ю.

Вторинна травматизація у дружин ветеранів війни:

діагностика та стратегія подолання.

Ускладнення життєвих обставин сімей ветеранів через перебування чоловіків у зоні бойових дій, можливі прояви ПТСР та складнощі ресоціалізації демобілізованих військових, спричиняє підвищені вимоги до психічних та фізичних можливостей їхніх дружин. Значною кількістю жінок означені виклики сприймаються як стресові та можуть бути підґрунтям щодо розвитку в них вторинного травматичного стресового розладу (ВТСР). Подолання наслідків ВТСР потребує професійної психологічної підтримки постраждалих.

У статті викладаються результати експериментального дослідження психоемоційного стану дружин ветеранів війни, прояву в них ознак ВТСР, здатності до емоційної регуляції, аналізується специфіка проблематики жінок. Досліджено ознаки ВТСР жінок (виражене емоційне та 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 (виявлено взаємозалежність між вираженими ознаками ВТСР і низькою

стресостійкістю у жінок). Результати проведеного дослідження дозволили специфічні прояви ВТСП у дружин ветеранів війни розглядати з точки зору дефіциту в них ресурсів стресостійкості та визначити стресостійкість важливою складовою структури особистості означеної категорії досліджуваних у контексті подолання наслідків ВТСП.

Аналіз та узагальнення отриманих емпіричних даних, теоретичний аналіз понять вторинної травматизації та стресостійкості, уточнення характеру зовнішніх та внутрішніх чинники ВТСП дружин ветеранів, уможливило визначити мішені психотерапевтичного впливу та розробити відповідну до означених мішеней стратегію подолання проявів ВТСП у дружин ветеранів. Запропонована стратегія орієнтована на розвиток індивідуально-особистісних ресурсів стресостійкості жінок та пропрацювання їх травмивного досвіду, включає певні напрями (психоедукація з питань ПТСП та ВТСП; підтримка у налагодженні сприятливого психологічного клімату у сім'ї з урахуванням специфіки психоемоційних та поведінкових проявів ветеранів; розвиток навичок власної психоемоційної регуляції та комунікативної компетенції; розвиток вмінь турботи про себе і відновлення ресурсів; пропрацювання травматичного досвіду) та принципи роботи (налагодження високої якості психотерапевтичного контакту з жінками та формування умов співпраці психолога і клієнтки).

Ключові слова: психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад (ПТСП), вторинний травматичний стресовий розлад (ВТСП), дружини ветеранів війни, стресостійкість, психологічна допомога.

УДК 159.9:070

Литвиненко Л. І.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДТРИМКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В ЧАСИ ПАНДЕМІЇ

Литвиненко Л. І. Особливості підтримки психологічного здоров'я особистості в часи пандемії. У статті представлено осмислення і часткове узагальнення досвіду підтримки психологічного здоров'я особистості в часи виникнення і поширення коронавірусної хвороби COVID-19. Вірус – це не тільки медична, але і психологічна хвороба, яка потребує свого вивчення і формування на цій основі адекватної поведінки і тактики психологічної протидії. Екстремальна ситуація, пов'язана з вірусом докорінно змінює спосіб життя людей і змушує адекватно адаптуватися до нових умов існування. Підтримка психологічного здоров'я направлена на самоусвідомлення особистості та цілеспрямовану поведінку, посилення власної опірності, відновлюваності, резильєнтності.

Ключові слова: пандемія, коронавірус, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), опірність, психологічна підтримка, стигматизація, самостигматизація.

Литвиненко Л. И. Особенности поддержки психологического здоровья личности во времена пандемии. В статье представлены осмысления и частичное обобщение опыта поддержания психологического здоровья личности во времена возникновения и распространения коронавирусной болезни COVID-19. Вирус – это не только медицинская, но и психологическая болезнь, которая требует своего изучения и формирования на этой основе адекватного поведения и тактики психологического противодействия. Экстремальная ситуация, связанная с вирусом, в корне меняет образ жизни людей и заставляет адекватно адаптироваться к новым условиям существования. Поддержка психологического

здоров'я направлена на осознание личности и целенаправленное поведение, усиление собственной сопротивляемости, восстанавливаемости, резильентности.

Ключевые слова: пандемия, коронавирус, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), устойчивость, психологическая поддержка, стигматизация, самостигматизация.

Постановка проблеми. Внаслідок надзвичайних подій, які відбуваються в усьому світі впродовж останнього року, пов'язаних з виникненням і поширенням коронавірусної хвороби COVID-19, гостро постає потреба в дослідженні даного питання, щоб ефективно долучатися до соціально-психологічної підтримки, супроводу цілих соціальних груп населення, до зниження негативних наслідків пандемії.

Пандемія є актуальною загрозою, що здійснює не лише безпосередній вплив, але й зумовлює довгострокові наслідки, що виходять за межі ризиків, безпосередньо пов'язаних із впливом самої хвороби. У численних дослідженнях фіксують зростання таких симптомів психологічного нездоров'я як тривожність, зростання неспокою, невпевненості в завтрашньому дні, підвищення загального напруження, депресія, посттравматичний стрес, горе, зловживання наркотичними речовинами, гнів, самостигматизація, суїцидальність та психоз серед тих, хто одужав. У багатьох зростає відчуття безпорадності, незахищеності. Щоденні тривожні новини про пандемію, невпинне зростання з кожним днем кількості заражених, померлих призводять до поступової втрати почуття стабільності, впевненості в майбутньому. Такі стани були зафіксовані як під час так і після нещодавніх пандемій, таких як тяжкий гострий респіраторний синдром 2003 року (ГРВІ); 2009 свинячий грип (H1N1); 2014–2016 вірус західноафриканська Ебола та у 2015–2016 роках Вірус Зіка [16].

Ситуація з коронавірусом намагається змінити наш спосіб життя і сама по собі є дуже сильним джерелом стресу. Це змінює наш розпорядок дня, наш

спосіб спілкування, навчання та роботи. Є люди, які стикаються з серйозними екзистенційними труднощами.

Масштабна глобалізація перетворила хворобу в загальнолюдську проблему, виступає серйозним випробуванням для людської цивілізації. Усвідомлення сенсу наших дій додає нам сил та витривалості. Спільні дії багатьох держав і пов'язані з ними карантинні обмеження мають одну остаточну мету – зберегти людські життя. В країнах свідомо самоактуалізуються все нові і нові заходи з протидії пандемії – від різноманітних обмежень в індивідуальній та суспільній поведінці до мобілізації наявних особистісних та державних ресурсів. Обмін ресурсами, досвідом і знаннями є нашим єдиним шансом на перемогу. Ефективним засобом проти пандемії буде не ізоляція, а співпраця, згуртування спільнот та окремих груп людей, взаємна підтримка і співчуття, взаємодопомога.

Теоретичні питання. Аналіз досліджень і публікацій з означеної проблеми. Різноманітні загрози сучасного світу безперечно впливають на стан психологічного здоров'я особистості. Аналізуючи особливості психологічної допомоги особистості в часи пандемії, слід звернутися до аналізу стресогенних факторів та механізмів дії стресу.

Відомо, що, реакції людей на фактори середовища обумовлені сукупністю як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Серед них є біологічно обумовлені особливостями нервової системи, а також такі психологічні чинники як ранній дитячий досвід, батьківські сценарії, особистісні особливості, рівень самооцінки, установки та цінності особистості, особливості її соціального оточення, соціальні умови та умови праці, минулий досвід переживання подібних ситуацій. Не менш важливими видаються і чинники, пов'язані з когнітивною оцінкою загрози, наприклад сензитивність, вміння аналізувати свій стан [14].

Велика кількість чинників та факторів, що є стресогенними, спонукала науковців виділити «універсальні» стресові ситуації, що є такими для всіх чи

більшості категорій людей. Дж. Вайтц вважає ситуації, які вимагають прискореної обробки інформації, містять шкідливі стимули оточуючого середовища, несуть усвідомлену загрозу порушення фізіологічних функцій (хвороби, безсоння), є прикладом ізоляції чи примусового утримання, остракізму, групового тиску та розчарування. М. Франкенхойзер вважає такими й ситуації в яких неможливо контролювати події, а Р. Лазарус підкреслює, що у стресовій ситуації існує загроза найважливішим для людини цінностям та цілям [14]. Водоп'янова Н. Є. стресовими ситуаціями називає умови зміненого існування і кризові ситуації [2]. Зокрема такі, коли діяльність висуває надто високі чи надто низькі вимоги до організму людини (недостатнє навантаження чи його надмірність), ситуації пов'язані з професіональним розвитком, кар'єрним зростанням, оцінкою професіональної компетентності, конфліктні ситуації в організаціях. Класифікуючи стресори, Щербатих Ю. В. звертає увагу на такі параметри як міра підконтрольності стресора (від можливості безпосереднього та значного впливу, можливості впливати опосередковано до практичної не підконтрольності людині цих факторів), об'єктивність та суб'єктивність стресорів. Хоча чіткого розмежування між ними провести не вдається [14].

Одним із наслідків перебування в невизначеній ситуації є тривога. При інфекційних пандеміях спостерігаються всі типи тривоги: непатологічна, патологічна та фармакологічна. Непатологічна тривога, сила якої відповідає мірі загрози здоров'ю, є важливим адаптивним механізмом, оскільки сигналізує про небезпеку та спонукає до відповідних дій. Цей вид тривоги притаманний всьому населенню. Однак у його частини виникає невротична тривога у вигляді астеничних, тривожних, депресивних та фобічних симптомів, паніки та специфічних страхів, наприклад, коронофобії, танатофобії, демофобії. У хворих на коронавірус фіксують прояви органічної тривоги. Іншим видом тривоги є психотична тривога. Спостерігається і фармакологічна тривога, що виникає при

тривалому прийомі чи відміні фармакологічних препаратів, що використовуються для лікування інфекції [15].

Загалом пандемію можна охарактеризувати як потужний стресор, що має різноплановий та різнорівневий характер. Він включає безліч чинників на які ми можемо впливати та невідконтрольних нам, об'єктивних за характером впливів та таких, що є результатом суб'єктивного сприймання ситуації.

Науковці підкреслюють недостатню вивченість даної проблеми. Однак фіксують і ряд цікавих особливостей, що можуть бути враховані в процесі організації психологічної допомоги особистості в часи пандемії. Зокрема це ті, що стосуються впливу окремих стрес факторів, їх сприймання та короткострокових і віддалених прогнозів наслідків пандемії.

Так за даними [16], що базуються на аналізі інших досліджень, детермінанти стресу включають тривалий період карантину, страх заразитися інфекцією, почуття розчарування і нудьги, недостатню кількість інформації та матеріалів, стигматизацію та фінансові втрати. Встановлено також, що втрата доходу, непрацездатність та неадекватне страхування та компенсація тісно пов'язані з гострими та хронічними емоційними переживаннями та психологічними розладами.

Юрьєва Л. Н, Шустерман Т. І., аналізуючи ризики пандемії COVID-19 для психологічного благополуччя та психічного здоров'я, значимими називають ефекти впливу ЗМІ, карантину, соціального дистанціювання та соціальної ізоляції. Карантин, соціальне дистанціювання та соціальна ізоляція викликають проблему неорганізованого вільного часу, сенсорну депривацію і обмеження простору, зниження рухової активності, постійну взаємодію з обмеженим колом людей (часто однією особою). Вказані особливості тягнуть за собою зростання насилля, збільшення кількості розлучень, залежних від алкоголю та психоактивних речовин. Не менш важливим видається зростання кількості

девіантних форм поведінки (правопорушення, агресивні та аутоагресивні форми поведінки).

Розповсюдженим чинником стресу є стигмація, від якої страждають особистості з ознаками респіраторних інфекцій, їх оточення та медичні працівники. Вони знаходяться під впливом не лише зовнішньої стигми, але й самостигмації. Соціальне неприйняття і нехтування, навіть у м'яких формах, має хворобливий та сумний вплив на людей. Психологічні наслідки такої соціальної травми можуть існувати навіть довше, ніж травми фізичної. Стресовий вплив інфекційної хвороби тут пояснюється вимогами міжособистісної ізоляції, існуванням самої загрози хвороби та стурбованістю з приводу можливого зараження близьких, друзів. Як наслідок, медичні працівники знаходяться у ситуації меншої доступності соціальної та сімейної підтримки, що важлива для пом'якшення стресу. У разі захворювання зміна ролі від постачальника медичних послуг на пацієнта викликає серйозні проблеми адаптації, розчарування та безпомічність та заважає медичним працівникам звертатися за допомогою [13], змушує «тримати обличчя».

Тож однією із найбільш вразливих категорій населення в часи пандемії стають медичні працівники, які несуть у багато разів вище стресове навантаження. Вони знаходяться не лише під впливом зазначених чинників, але й під тиском надмірного психічного навантаження та і просто перевантаження медичних закладів, потрапляють у ситуації морального вибору [15]. До групи найуразливіших в плані розвитку психічних розладів пов'язаних із пандемією за різними даними належать літні люди, безхатченки, робочі-мігранти, психічно хворі, вагітні жінки [15].

Поки не зовсім розуміло, які з описаних факторів найбільше впливають на психологічне здоров'я особистості і те як вони взаємодіють між собою. Вивчення їх впливу на особистості та їх взаємодії продовжується. Однак встановлено, що короткотермінові психологічні наслідки Covid-19 переважно

пов'язані з впливом засобів масової інформації та поганою комунікацією, тоді як довгострокові очікуються в результаті економічних та особистих втрат [16]. Так встановлено, що інтенсивний і одночасно багатоканальний вплив ЗМІ через інтенсивний потік як точних, так і фальшивих новин, що висвітлюють швидкість розповсюдження вірусу, наслідки зараження, кількість померлих, економічні втрати, а також правил поведінки, обмежень, прогнозів призводять до психоемоційної дестабілізації особистості, викликають почуття розгубленості, невпевненості та паніки [16]. Стурбовані коронавірусом, можуть посилено шукати відповідну інформацію, що може посилити переживання стресу. Широке висвітлення в ЗМІ в же пережитих колективних травм також посилює симптоми стресу. Встановлено, що ті особистості, що зайняті більше ніж дві години на добу пошуком інформації про COVID-19, мають більшу ймовірність перебувати у психологічному дистресі. Однак телебачення як пасивна форма сприймання інформації є слабшим предиктором психологічного дистресу ніж читання друкованих новин [16].

Найдьонова Л. А. називає ряд медіапсихологічних феноменів (тривожний інформаційний вир, перенасичення медіапотоками, поляризація та консервація негативного спілкування), що значно впливають на емоційний стан як окремих особистостей так суспільства. Однак слід підкреслити і зворотне. На даний момент ми можемо констатувати: формування практики надання дистанційної психологічної допомоги, бум дистанційної освіти, розширення практики вебінарів та відеоконференцій, розвиток груп взаємопідтримки, індивідуального консультування онлайн, що безперечно позитивно впливає на психологічний стан окремої особистості та соціум вцілому.

Встановлено, що очікувані психологічні наслідки COVID-19 не пов'язані з наявністю в оточенні хворих на коронавірус, ні з державною політикою з жорсткими рекомендаціями щодо соціального дистанціювання, такими як закриття підприємств та барів/ресторанів, або заборонаю будь-яких зборів [16].

Вони не є єдиними чинниками, які необхідно вивчати в рамках дослідження наслідків епідемії для психічного здоров'я. Хоча цим факторам приділяється значна увага – і це важливо [16].

Ми вважаємо, що в даному разі, передбачаючи віддалені наслідки пандемії, слід звернутися до ідей особистісно-ситуаційного підходу, що підкреслює взаємовплив особистості та середовища. Згідно транзактним концепціям стресу така взаємодія обумовлює динаміку розвитку стресу як в напрямку адаптації і збереження здоров'я, так і в напрямку розвитку функціональних розладів [1; 2]. Слід зазначити, що середовищем зазвичай називають сукупність умов, зовнішніх сил та стимулів, що впливають на індивіда [11]. Результатом активної взаємодії особистості та середовище є ситуація. Згідно ідеям Д. Магнуссона, вплив ситуації опосередковується сприймаюче-когнітивними системами індивіда. Вітчизняні дослідники, зокрема Леонтьев О. М., для опису життєвого значення для суб'єкта об'єктивних обставин і дій особистості в ній використовує поняття особистісного смислу. Розповсюдженим розумінням ситуації є її опис як когнітивного конструкту особистості, що відображає частину об'єктивної реальності, в певному просторі, часі і певному соціальному контексті [11].

Такий ракурс погляду на проблему дозволяє дещо змінити погляд на проблему психологічної допомоги особистості в умовах пандемії. Розглядати особистість не як пасивну жертву зовнішніх стрес-факторів, а як активного суб'єкта взаємодії із структурними елементами ситуації, що має певну стресогенність і залежить від сприймання та когнітивної оцінки ситуації як стресової, акцентуватися на проблемі емоційного стресу та можливості його подолання.

Загалом окреслені особливості переживання стресу в умовах пандемії вказують на важливість надання психологічної та психіатричної допомоги населенню. Зокрема, науковці, спираючись на аналіз літератури, вказують на

значення постійної оцінки правдивості інформації, підвищення соціальної підтримки, дестигмації особистостей що перехворіли чи знаходяться на карантині, максимального наближення соціуму до «нормального життя», максимального використання онлайн зв'язку [12]. Оскільки суспільство досить сильно піддається впливу новин, що транслюються через ЗМІ, то слід зазначити важливість регуляції та контролю неофіційної інформації. Встановлено, що особистості, які отримують інформацію із офіційних джерел, менше підпадають дії стресу [12].

Адаптація до середовища вимагає як зміни вимог середовища, так і особистісного розвитку [2]. У цьому плані можемо констатувати, що пандемія не тільки змінила наш звичний спосіб життя, але й виявила дефіцит навичок самопомоги, самопідтримки та, загалом, психогігієни, що стимулювало психологів до створення системи психоедукаційних програм, застосування в умовах пандемії методик кризового консультування. Актуальними стали методичний супровід фахових спільнот та посилення науково методичної співпраці фахівців [3]. Науковці, виходячи із практики, вказують і на важливі принципи надання психологічної допомоги: інформування суспільства про загальні наслідки пандемії; мотивування населення до прийняття стратегій профілактики захворювань та зміцнення здоров'я; доступність медичної допомоги; навчання населення стратегіям вирішення проблем; розширення прав та можливостей пацієнтів з COVID-19 та тих, хто про них піклується; надання психіатричної допомоги медичним працівникам. Ефективними визнаються такі стратегії як створення груп спеціалістів, кваліфікованих в галузі роботи з емоційними розладами, навчання медичного персоналу базовим навичкам збереження психічного здоров'я, використання онлайн опитувань, онлайн консультації та навчання самопомозі та інше [12].

Підтримки психічного здоров'я для медичних працівників в час пандемії COVID-19. Зараз увесь світ переживає непрості часи, і кожен з нас так чи інакше

відчуває на собі стрес від надзвичайних подій, які мають значний вплив на наше психічне здоров'я. Таким чином, ми опинилась у ситуації, коли з одного боку на нас тисне сам вірус, а з іншого боку різні заходи, які нам потрібно виконувати, щоб протистояти хворобі і її поширенню.

Медичні працівники належать до особливої вразливої групи, яка з самого початку пандемії по теперішній час перебуває під значним навантаженням внаслідок пандемії та ситуації в охороні здоров'я в Україні. Ці люди працюють на передовій, вони кожен день воюють із коронавірусом, ризикують життям, переповнені співчуттями і переживаннями, піддаються тривалому травматичному стресу. Умови, в яких працюють медичні працівники можуть посилювати тривогу, сприяти емоційному вигоранню, погіршувати фізичне та психічне здоров'я.

В умовах психічного напруження у суспільстві, пов'язаного з COVID-19, захист медичних працівників, піклування про медичних працівників повинне стати чи не найважливішою темою сьогодення, з метою гармонізації їх психологічного стану і здоров'я. Успішний досвід роботи Кризового центру медико-психологічної допомоги, який був створений при Інституті психології імені Г. С. Костюка дозволив швидко зорганізуватися великій команді волонтерів-психологів із різних громадських об'єднань та державних закладів, які створили телефонну Лінію підтримки для медпрацівників. Команду представляють психологи, психотерапевти з різних ГО та ДУ: Інститут психології імені Костюка НАПН України, Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України, «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» МОЗ України», ГО Інститут психодрами сучасної психології та психотерапії (ІПСД) та інші, які, починаючи з 2014 року, мають досвід роботи зі стресом, травмою. Наші фахівці багато працювали на Майдані, в госпіталях, були на передовій. Більшість і зараз працює з ветеранами або військовослужбовцями.

Частина нашої команди має досвід роботи на Телефоні довіри з 1989 року по теперішній час.

Команда психологів готова бути групою підтримки для медпрацівників та надавати їм якісну психологічну допомогу безкоштовно і конфіденційно. Також необхідна психологічна допомога була запропонована їх близькому оточенню (чоловіку чи дружині, дітям, батькам).

У кризовому стані людина переживає емоційну напругу, хвилювання, тривогу, почуття провини. Вона відчуває безпорадність та безсилля, неможливість самотійно знайти вихід із складної ситуації, страждає від депресії, вважає, що криза ніколи не скінчиться, а становище не покращиться. Людина намагається знайти вихід, але афективна дезорганізація мислення ускладнює планування діяльності, спрямованої на подолання несприятливої ситуації. Той, хто потрапив у ситуацію кризи відчуває гостру потребу в емоційній підтримці та інтелектуальній допомозі, це зумовлює більшу (порівняно із станом психологічної рівноваги) підлеглість особистості психокорекційному впливу.

У випадку кризової ситуації важливо, щоб хтось був поруч, у даному випадку ним є телефонний консультант, співпричетний до переживань іншого. Іншому він віддає своє прийняття, турботу, вміння слухати і відповідати. Надаючи психотерапевтичну допомогу людям у кризовому стані, працівник телефонної служби ставить собі дві принципові задачі. Перша полягає у зменшенні до певної міри проявів емоційної напруги на період кризи; друга – у мобілізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості.

Гаряча Лінія для медпрацівників дає можливість: просто поговорити, зняти емоційну напругу; розповісти про свій страх, хвилювання або переживання. Консультанти можуть дати зрозуміти, що почуття стресу – нормальне, і нам всім потрібно активно діяти, щоб впоратися зі складними емоціями, зменшенням тривоги і страху. Консультанти допомагають людям адаптуватися до ситуації і знаходити певний баланс; осмислити те, що

відбувається; зберегти внутрішню стабільність та формувати індивідуальні стратегії і тактики свідомої психологічної протидії загрозі.

Спочатку проекту для консультацій волонтери пропонували номери своїх власних мобільних телефонів, були складені графіки роботи і відправлені офіційні листи на 300 лікарень, які визначені для роботи з Covid-19 на ім'я головного лікаря. У такому режимі служба пропрацювала близько місяця. Зараз, завдяки спонсорській підтримці, ми маємо єдиний номером 0800, який підключений до віртуальної автоматичної станції. Це дає можливість координатору зі свого комп'ютера кожен день робити переадресацію на номери консультантів, згідно з графіком роботи. Чергування проводиться з домівки консультантів. Також, маючи єдиний номер, у нас з'явилася можливість давати цей номер для реклами в загальному доступі (використовуючи всі інтернет ресурси, друковані видання, ТВ).

З моменту об'єднання команда волонтерів обмінюється досвідом, формуючи єдиний підхід в роботі, спрямований саме на роботу з медиками і їх сім'ями. Гаряча лінія, яка працює щодня з 14.00-02.00, це первинний напрям роботи. Другий напрямок – психотерапевтичний супровід медпрацівників, який працює паралельно з першим, в форматі онлайн-зустрічей. Для цього вибирається зручний для всіх додаток аудіо / відео та рекомендуються найбільш якісні і захищені ресурси (скайп, Мессенжер, Viber, Zoom та інш.). У дистанційному консультуванні волонтери дотримуються тих же етичних принципів, що і в очних консультаціях.

Третій напрям – це онлайн інфо-сесії для медпрацівників на різні теми підтримки психогігієни, первинної психологічної самопомоги, профілактики вигорання і багато інших.

Всі фахівці мають сертифікацію за результатами додаткового навчання конкретного методу психологічної допомоги у вигляді неформальної освіти

відповідно до стандартів і за освітніми програмами міжнародних професійних співтовариств.

Телефонне консультування базується на принципах “кризової інтервенції”, запропонованих у 1967 році В. Хаусменом і Д. Ріочем: невідкладність допомоги, близькість ситуації, взаємовідповідальність, соціальна підтримка, позитивне підкріплення.

Висновки: Пандемія COVID-19 має доволі складний характер перебігу, ми все ще мало знаємо про сам вірус, але про нього вже є точна і достовірна інформація. Описові характеристики вірусу, що атакує, та його вплив на організм людини вченими вже досить добре описані і багато груп вчених з різних країн продовжують працювати над пошуком рішення цього питання.

Багато спеціалістів говорять про те, що для успішної протидії пандемічній загрозі потрібно поєднати, в першу чергу, зусилля медицини і психології. Тому досвід психологів в роботі з наслідками стресу має велике значення на сьогоднішній день. В умовах психічного напруження, пов’язаного з хронічним перебігом коронавірусної пандемії, з метою покращення психологічного стану, доречними будуть всі засоби перевірені часом, які спрацьовують в ситуації катастрофи та кризи: наукові та соціокультурні надбання. В своєму досвіді ми маємо глибокі переконання, що будь-яка катастрофа (в даному випадку пандемія) має початок і кінець. І для того, щоб зберегти себе і перемогти ми повинні бути згуртованими, використовувати власні ресурси і підтримку інших людей. Присутність людини, яка може вислухати і бути причетною до того болю, який переживає людина в стражданні – одна з найсуттєвіших умов виходу із кризи. Мартин Бубер писав, що «присутній інший» у важкі хвилини дає надію.

Цінності, які декларують консультанти «Телефону довіри», співзвучні з основними положеннями екзистенційно-гуманістичного та діалогічного підходів. Оскільки більшість абонентів знаходиться в стані психологічної кризи, консультування вибудовується на «принципах кризової інтервенції».

Список використаних джерел

1. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
2. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Досвід переживання пандемії Covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії covid-19 і карантину» / [за наук. ред. М. М. Слюсаревського, Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської]. – К.: ІСПП НАПН України, 2020. – [електронне видання]. – 121 с.
4. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. – СПб.: Речь, 2012. – 448 с.
5. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації – Київ: Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017 (а). – 216 с.
6. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
7. 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.
8. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. – К., 1994. – 260 с.
9. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер. – Львів: Видавництво Українського католицького університету, Свідчадо, 2014. – 120 с.
10. 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., С. 108

11. *Психология социальных ситуаций* : хрестоматия / сост., ред., пер. на рус. язык Н. В. Гришина. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
12. Островский Д. И., Иванова Т. И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы). Омский психиатрический журнал. 2020; 2-1S (24) С.4-10 // <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19-na-psihicheskoe-zdorovie-cheloveka-obzor-literatury>
13. Туркулец С. Е., Туркулец А. В., Листопадова Е. В., Сокольская М. В. Социальная стигматизация в период пандемии // Социодинамика. – 2020. – № 5. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=32945
14. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
15. Юрьева Л. Н., Шустерман, Т. И. Пандемия COVID-19: риски для психологического благополучия и психического здоровья. Український вісник психоневрології, 2020 Т.28 (Вип. 2). С. 5-10. <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/cc8/cc8fa2d7506bce949031f7dea3303deb.pdf>
16. Piltch-Loeb R., Merdjanoff A., Meltzer G. Anticipated mental health consequences of COVID-19 in a nationally-representative sample: Context, coverage, and economic consequences Preventive Medicine Volume 145, April 2021, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521000256?via%3Dihub>

References transliterated

1. Bodrov V. A. *Psikhologicheskiy stress: razvitiye i preodoleniye*. – М.: PER SE, 2006. – 528 s.
2. Vodop'yanova N. Ye. *Psikhodiagnostika stressa*. – SPb.: Piter, 2009. – 336 s.

3. Opyt perezhivaniya pandemii Covid-19: distantsionnyye psikhologicheskiye issledovaniya, distantsionnoye psikhologicheskaya podderzhka: materialy onlayn-seminarov 23 aprelya 2020 «Opyt karantina udalennaya psikhologicheskaya pomoshch' i podderzhka» i 15 maya 2020 «Distantsionnyye psikhologicheskiye issledovaniya v usloviyakh pandemii covid-19 i karantina »/ [pod nauk. red. N. N. Slyusarevskogo, L. A. Naydonovoy, A. L. Voznesenskoy]. – M.: ISPP APN Ukrainy, 2020. – [elektronnoye izdaniye]. – 121 s.
4. Kadyrov R. V. posttravmaticheskoy stressovoye rasstroystvo (PTSD): sostoyaniye problemy, psikhodiagnostika i psikhologicheskaya pomoshch': uchebnoye posobiye / R. V. Kadyrov. – SPb.: Rech', 2012. – 448 s.
5. Rukovodstvo MPK po psikhicheskomu zdorov'yu i psikhosotsial'noy podderzhki v usloviyakh chrezvychaynoy situatsii – Kiyev: Univ. izd-vo PUL'SARY, 2017 (a). – 216 s.
6. Malkina-Pykh I. G. Ekstremal'nyye situatsii / I. G. Malkina-Pykh. – M.: Izd-vo Eksmo, 2005. – 960 s.
7. Mikhaylov B. V., Chugunov V. V., Kazakova S. Ye. i dr. Posttravmaticheskiye stressovyye rasstroystva: Uchebnoye posobiye / Pod obshch. red. prof. B.V. Mikhaylova. – M.: KHMAPO, 2013. – 224 s.
8. Mokhovikov A. N. Telefonnoye konsul'tirovaniye. – M., 1994. – 260 s.
9. Myuller M. Yesli vy perezhili psikhotravmiruyushchuyu sobytiye / Martina Myuller. – L'vov: Izdatel'stvo Ukrainskogo katolicheskogo universiteta, Svidchado, 2014. – 120 s.
10. Psikhologicheskaya pomoshch' postradavshim v rezul'tate krizisnykh travmaticheskikh sobytii: metodicheskoye posobiye / S. G. Kisarchuk, YA. M. Omel'chenko, G. P. Lazos, L. I. Litvinenko, Tsarenko L. G.; pod red. S. G. Kisarchuk. – M.: OOO Izdatel'stvo «Logos». – 207 s. 108
11. Psikhologiya sotsial'nykh situatsiy: khrestomatiya / sost., Red., Per. ukr. yazyk N. V. Grishina. – SPb.: Piter, 2001. – 416 s.

12. Ostrovskiy D. I., Ivanova T. I. Vliyaniye novoy koronavirusnoy infektsii COVID-19 na psikhicheskoye zdorov'ye cheloveka (Obzor literatury). Omskiy psikhiatricheskikh zhurnal. 2020; 2-1S (24) S. 4-10 // <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-novoy-koronavirusnoy-infektsii-covid-19-na-psihicheskoe-zdorovie-cheloveka-obzor-literatury>
13. Turkulets S. Ye., Turkulets A. V., Noyabr'skaya Ye. V., Sokol'skaya M. V. Sotsial'naya stigmatizatsii v period Pandemiya // sotsiodinamiki. – 2020. – № 5. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=32945
14. Shcherbatykh YU. V. Psikhologiya stressa i metody korrektsii. – SPb.: Piter, 2006. – 256 s.
15. Yur'yeva L. N., Shusterman, T. I. Pandemiya COVID-19: riski dlya psikhologicheskogo blagopoluchiya i psikhicheskogo zdorov'ya. Ukrainskiy vestnik psikhonevrologii, 2020 T. 28 (Vyp. 2). S. 5-10. <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/cc8/cc8fa2d7506bce949031f7dea3303deb.pdf>
16. Piltch-Loeb R., Merdjanoff A., Meltzer G. Anticipated mental health consequences of COVID-19 in a nationally-representative sample: Context, coverage, and economic consequences Preventive Medicine Volume 145, April 2021, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521000256?via%3Dihub>

Lytvynenko L. I. Features of maintaining the psychological health of the individual during a pandemic. The article presents an understanding and partial generalization of the experience of maintaining the psychological health of the individual at the time of the emergence and spread of coronavirus disease COVID-19. The virus is not only a medical but also a psychological disease that requires its study and formation on this basis of adequate behavior and tactics of psychological counteraction. The extreme situation associated with the virus radically changes people's way of life and forces them to adequately adapt to new living conditions. The

support of mental health is aimed at self-awareness of the individual and purposeful behavior, strengthening of own resistance, regenerability, resilience.

Key words: pandemic, coronavirus, post-traumatic stress disorder (PTSD), resistance, psychological support, stigmatization, self-stigmatization.

Відомості про автора:

Литвиненко Людмила Іванівна – науковий співробітник, психолог-консультант лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, керівник Кризового центру медико-психологічної допомоги, м. Київ, Україна.

Liudmyla Lytvynenko, Research Fellow at the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S.Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Head of Crisis Center medical and psychological assistance. Kyiv, Ukraine. Тел. моб.: +38068 94 60 319 e-mail: zudaluli@gmail.com

РЕФЕРАТ

Литвиненко Л. І.

Особливості підтримки психологічного здоров'я особистості в часи пандемії

У статті представлено осмислення і часткове узагальнення досвіду підтримки психологічного здоров'я особистості в часи виникнення і поширення коронавірусної хвороби COVID-19, що охопила весь світ і Україну. Всі заходи вжиті владою більшістю сприймаються як сигнал тривоги, таким чином «розхитується» психологічний стан суспільства.

Під час перебігу цієї надзвичайно складної, масштабної коронавірусної катастрофи з'явилися нові випробування для людини. Передусім серйозним викликом це постає для медичної інфраструктури та громадян як потенційних пацієнтів. В статті наводяться дані щодо наукового розуміння стресу, пандемії;

представлений досвід роботи команди волонтерів психологів на «Гарячій телефонній лінії для медпрацівників».

Підтримка психологічного здоров'я направлена на самоусвідомлення особистості та цілеспрямовану поведінку, посилення власної опірності, відновлюваності, резильєнтності.

УДК 159.9.072

Уркаєв В. С., Плєскач Б. В.

МОДИФІКАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА К. ЯНГ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОНЛАЙН-ІГОР З МАТЕРІАЛЬНИМИ ВИТРАТАМИ

Уркаєв В. С., Плєскач Б. В. Модифікація опитувальника К. Янг для діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами. В статті обґрунтовується доцільність створення методу для діагностики захоплення онлайн-іграми з матеріальними витратами. Наводиться модифікований для цих задач Тест Інтернет-залежності К. Янг. Створений інструмент отримав назву Методика діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами. Наведені дані, які свідчать про високу надійність, дискримінативність та валідність методики. Факторна структура модифікованої методики схожа на дані отримані К. Янг для оригінального тесту. Отримані в процесі вивчення конструктної валідності фактори можна пов'язати з феноменологічними особливостями властивими хімічним та нехімічним залежностям, що підтверджує валідність методики. Запропонована критеріальна норма, яка дозволяє відокремлювати осіб

захоплених онлайн-іграми з матеріальними витратами на рівні девіації від звичайних споживачів ігор.

Ключові слова: Інтернет-залежність, захоплення онлайн-іграми, Тест Інтернет-залежності К. Янг, діагностика захоплення онлайн-іграми з матеріальними витратами, надійність та валідність методики.

Уркаев В. С., Плєскач Б. В. Модифікація опросника К. Янг для діагностики онлайн-ігр з матеріальними тратами. В статті обосновується целесообразність створення методу для діагностики увлечення онлайн-іграми с матеріальними тратами. Приводиться модифіцированный для этих целей Тест Інтернет-зависимости К. Янг. Созданный инструмент получил название Методика діагностики онлайн-ігр с матеріальними тратами. Приводятся данные подтверждающие высокую надежность, дискриминативность и валидность методики. Факторная структура модифицированной методики похожа на данные полученные К. Янг для оригинального теста. Полученные в процессе изучения конструктивной валидности факторы можно связать с феноменологическими особенностями, которые характерны для химических и нехимических зависимостей, что подтверждает валидность методики. Предложена критериальная норма, которая позволяет отделить лиц, увлеченных онлайн-іграми, на уровне девиации от обычных пользователей игр.

Ключевые слова: Інтернет-зависимость, увлеченность онлайн-іграми, Тест Інтернет-зависимости К. Янг, діагностика увлечення онлайн-іграми с матеріальными тратами, надежность и валидность методики.

Постановка проблеми і актуальність дослідження. Сучасні смартфони на операційній системі «Android» та «Apple iOS» дозволяють не лише користуватись телефонним зв'язком, а і мають можливості співставні з підключеним до мережі Інтернет персональним комп'ютером. Через означені причини комп'ютерні онлайн-ігри стали ще більш доступними та популярними. Онлайн-ігри для смартфонів та айфонів, з часом, істотно змінились. Зокрема, ці

ігри доступні для безкоштовної установки. Проте, після інсталяції гри пропонується (за певну плату, через інтернет-банкінг) відключити рекламу. Ці ігри швидко викликають у користувача занурення в гру, емоції конкурентного змагання з іншими учасниками онлайн гри та, користуючись цим, пропонують користувачу придбати різноманітні модифікації (апгрейди) для ігрових персонажей, що наближає перемогу персонажа гри в ігрових сюжетах. В свою чергу, придбання модифікацій ще більше прив'язує користувача до комп'ютерної гри.

В існуючих методиках діагностики не враховується сучасний аспект комп'ютерних онлайн-ігор (нав'язування модифікацій, які необхідно придбати), що посилюють прив'язаність користувача до гри. Це ставить задачу по оновленню існуючих психодіагностичних інструментів у відповідності до особливостей сучасних онлайн ігор.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. О. С. Осуховська пише, що надмірне перебування в мережі Інтернет, як у середовищі знаходження віртуальних казино, є фактором ризику до розвитку лудоманії [12, с. 82]. Схожої думки дотримуються такі вчені як: М. В. Бредихіна та С. І. Табачніков [1; 16]. Агресивна реклама азартних ігор та позитивний досвід оплати через Інтернет (наприклад, при купівлі модифікацій для онлайн-ігор), на нашу думку, ще більше підсилюють ймовірність ігрової залежності. Тому, доцільним є створення психодіагностичного інструменту який враховує сучасні аспекти онлайн-ігор. Такий інструмент може бути корисним при вивченні схильності до азартних ігор, яка виникає під впливом захоплення онлайн-іграми.

В науковій літературі традиційно розрізняються два поняття: комп'ютерна залежність та Інтернет-залежність. Під терміном «комп'ютерна залежність» розуміється в основному залежність від ігор на комп'ютері, який знаходиться в конкретному місці (дома чи в спеціалізованому клубі) та не використовує для гри підключення до Інтернету [15, с. 11; 13]. Термін «Інтернет-залежність» виник

завдяки роботам К. Янг [6]. В. І. Євдокімов відзначає, що існує п'ять основних видів інтернет-залежності: 1) залежність від соціальних контактів через мережу Інтернет; 2) компульсивна потреба в мережі Інтернет з метою: гри у віртуальні азартні ігри, здійснення покупок в Інтернеті, участі в різноманітних аукціонах та онлайн біржах; 3) нав'язлива потреба шукати інформацію через мережу Інтернет, без конкретної мети (web-серфінг); 4) нав'язлива гра в комп'ютерні ігри, програмування чи хакерство; 5) кіберсексуальність (нездоланий потяг до відвідування порносайтів, заняття кіберсексом, спілкування на спеціалізованих сайтах «для дорослих» з приводу сексу [6, с. 69]. Більшість існуючих психодіагностичних методик призначено для діагностики інтернет-залежності, одним із різновидів якої є залежність від онлайн-ігор. А. Н. Столяренко, Н. В. Кочетков дійшли висновку, що необхідно: 1) диференціювати онлайн-ігри від інтернет-залежності (створити відповідні методи діагностики); 2) диференціювати залежності від онлайн-ігор та комп'ютерних ігор [15, с. 11; 10, с. 150]. Схожої думки дотримується О. Є. Войскунський, який відмічає тенденцію відокремлювати (в загальному терміні Інтернет-залежність) залежність від онлайн-ігор та від сервісів, які надають можливість спілкуватись [4].

На сьогоднішній день, спрямованих на діагностику залежності від онлайн-ігор методик існує не достатня кількість [10]. Зазвичай, діагностується інтернет-залежність та певна її специфіка, в нашому випадку, залежність від онлайн-ігор [3, с. 5]. Тестів, які враховують можливі витрати в процесі онлайн-ігор в доступній нам літературі не знайдено. Тому, **метою статті є:** 1) модифікація одного з існуючих психодіагностичних методів для вивчення захоплення онлайн-іграми, які мають матеріальні витрати; 2) вивчення валідності та надійності запропонованої модифікації; 3) обговорення можливих нормативних значень на основі критеріального підходу.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Одним з основних тестів, який використовуються для діагностики Інтернет-залежності, є

адаптований В. О. Лоскутовою Тест Інтернет-залежності К. Янг (Internet addiction test, IAT) [18; 11; 14, с. 153]. Через ряд причин, ця методика також належить до тестів, які найбільш часто модифікуються. Зокрема, відома здійснена Г. В. Грішиною модифікація методики К. Янг для діагностики залежності від комп'ютерних ігор у молодших підлітків [5]. Запропонована Н. В. Кочетковим Методика діагностики залежності від онлайн-ігор – включає в себе запитання методики К. Янг [10, с. 154].

IAT створений на основі теоретично виділених критеріїв, за якими можна діагностувати залежність від Інтернету. До них відносяться наступні: 1) нав'язливі думки про використання інтернету; 2) використання інтернету з метою отримати задоволення або – уникнути існуючих реальних проблем; 3) наявність невдалих спроб контролювати або обмежувати кількість часу використаного на Інтернет-активність; 4) брехні з приводу часу, який витрачений на перебування «онлайн»; 5) наявність негативних переживань при недоступності Інтернету; 6) наростання проявів дезадаптації в результаті захоплення Інтернетом (фізіологічної, соціально-психологічної, особистісної) [7, с. 55]. Виділені К. Янг критерії Інтернет-залежності використовуються також для діагностики залежності від азартних ігор та залежності від онлайн-ігор [7; 5, с. 50].

Здійснена К. Янг факторизація методики виявила існування шести факторів, які визначають відповіді на запитання тесту:

1. Надмірна цінність Інтернету (особа очікує та мріє про час, коли буде можливість вийти в Інтернет; приховує своє захоплення мережею від інших; присутня втрата звичних інтересів; Інтернет стає єдиним способом отримання задоволення; захоплення стає способом втечі від життєвих проблем та викликів).

2. Надмірне використання, неможливість обмежити та контролювати час своєї активності в Інтернеті. Вчена відзначає, що надмірне захоплення також пов'язано з тим, що особа буде відчувати емоційний дискомфорт при відміні залежності (депресію, тривогу або злість).

3. Соціальні наслідки захоплення Інтернетом – ігнорування зобов'язань по роботі або навчанню через нездатність обмежити час витрачений на перебування «онлайн».

4. Мрії та фантазії (очікування, передчуття) про момент входу в Інтернет.

5. Втрата контролю часу, яких витрачається на гру (на нашу думку, вказує на виникнення толерантності до нехімічної адикції).

6. Реальна соціальна взаємодія (спілкування) підміняється віртуальними стосунками [18, с. 5].

Як можна побачити, утворені фактори відповідають основним симптомам хімічних та нехімічних залежностей.

Оскільки, критерії для діагностики Інтернет-залежності та залежності від онлайн-ігор є однаковими ми лише модифікували інструкцію та зміст запитань, щоб вони стосувалися онлайн-ігор та грошових витрат на них. Модифікований Тест Інтернет-залежності К. Янг був нами названий Методика діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами, її стимульний матеріал представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Стимульний матеріал Методики діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами.

Інструкція.					
Вам пропонується відповісти на запитання, які призначені для оцінки міри захоплення онлайн-іграми. Для відповіді на запитання оберіть найбільш точну із запропонованих альтернатив та напишіть «+» у відповідній клітинці.					
Питання	Ніколи	Іноді	Регулярно	Часто	Постійно
1. Ви помічаєте, що проводите за грою, яка вимагає фінансових витрат, більше часу, ніж мали намір?					

2. Чи ви нехтували домашніми справами, щоб подовше пограти?					
3. Ви надаєте перевагу грі, замість необхідного спілкування з близькою людиною?					
4. Чи заводите знайомства з іншими гравцями, перебуваючи в грі?					
5. Роздратовуєтеся через те, що навколишні цікавляться кількістю часу і коштів, витрачених на гру?					
6. Чи відзначаєте ви, що перестали робити успіхи в навчанні або роботі, так як занадто багато часу проводите в грі?					
7. Ви перевіряєте можливість взяти участь у грі раніше, ніж зробите щось інше, більш необхідне?					
8. Чи відзначаєте ви, що знижується продуктивність праці (навчання) через захоплення грою?					
9. Ви займаєте оборонну позицію і приховуєте, коли вас питають про часові/фінансові витрати на гру?					
10. Чи блокуєте думки, які вас турбують, про вашу реальне життя, думками про гру?					
11. Чи помічаєте себе у передчутті чергової гри?					
12. Ви відчуваєте, що життя без гри нудне, порожнє і безрадісне?					
13. Чи ви сваритесь, кричите або іншим чином висловлюєте свою прикрість, коли хтось намагається відволікти вас від гри?					
14. Ви нехтуєте сном, залишаючись у грі?					
15. Ви передчуваєте як будете у грі, перебуваючи поза грою?					
16. Ви кажете собі: "Ще трохи", перебуваючи в грі?					
17. Зазнаєте поразки в спробах скоротити час і фінансові витрати на гру?					
18. Чи намагаєтесь приховати кількість часу і фінансових затрат на гру?					
19. Замість того, щоб вибратися куди-небудь з друзями, ви обираєте гру?					
20. Чи відчуваєте депресію, пригніченість або роздратованість, будучи поза грою і відзначаєте, що цей стан проходить, як тільки ви опиняєтесь в грі?					

Обстежена вибірка склала 156 осіб раннього юнацького віку (віком 16 – 17 років), які були студентами Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного. Дослідження проводилось протягом 2017 – 2018 років.

Привласнення балів за відповіді на опитувальник. В оригінальному тесті К. Янг (та його адаптації В. О. Лоскутовою) відповіді на кожне запитання оцінюються за 5-бальною шкалою. Відповідно, привласнюються наступні бали: «Ніколи» = 1 бал; «Іноді» = 2; «Регулярно» = 3; «Часто» = 4; «Постійно» = 5. Проте, після отримання емпіричних даних за модифікованою методикою було встановлено, що 44% опитаних обрали відповідь «Ніколи» на всі 20 запропонованих запитань. А тип розподілу, за сумою всіх запитань тесту, не є розподілом Гауса, є асиметричним типом, який можна віднести до розподілу χ^2 Пірсона. Звичайно, такі результати є очікувані, оскільки, більшість осіб не мають залежності від онлайн-ігор. Проте, ці результати означають, що ми не можемо використати міри центральних тенденцій для оцінки результатів тесту.

Але, оскільки, кожне запитання тесту стосується однієї з ознак залежності результату тесту можуть бути оцінені як відповідність певному критерію (критеріальні норми) [8, с. 228]. В такому випадку, для оцінки результату тесту, нам потрібна лише знати чи зустрічається певна поведінка (симптом) у опитаного, чи він – відсутній.

В нашому дослідженні, ми дотримуємось критеріального підходу до оцінки результатів Методики діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами. Відповідно, відповіді за методикою рекомендуємо оцінювати наступним чином: «Ніколи» = 0 балів; інші відповіді («Іноді», «Регулярно», «Часто», «Постійно») = 1 бал. Тому, всі інші обчислення виконані в цій роботі здійснені на основі оцінки кожного запитання методики по дихотомічному принципу.

Надійність методики оцінювалась на основі оцінки внутрішньої узгодженості на основі коефіцієнта альфа Кронбаха. Перевірка показала, що методика має високу узгодженість ($\alpha = 0,912$). Оцінка надійності на основі

розділення тесту на дві шкали (утворені з парних та непарних запитань) також показала високу надійність [8, с. 173]. Так, кореляція між двома версіями методики мала високий рівень достовірності ($r = 0,863$ при $p < 0,001$). Ретестова надійність методики не вивчалась.

Дискримінативність Методики діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами розрахована за формулою Фергюсона є оптимальною ($\sigma = 0,81$) [8, с. 204].

Валідність перевірялась на основі вивчення кореляцій з двома іншими методиками, для оцінки конструктної валідності тесту був проведений факторний аналіз методики. Двома іншими методами виступили: Індекс важкості проблем з азартною грою (Н. J. Wynne, М. М. Важенин) та методика Адиктивна ідентичність (Н. В. Дмитрієва) [2; 17; 9, с. 305]. В табл. 2 представлені кореляції між модифікованим тестом К. Янг та двома іншими методиками.

Як видно з табл. 2, модифікований тест К. Янг корелює зі змінами ідентичності, які характерні для всіх видів залежностей (Н. В. Дмитрієва). Також, запропонована методика корелює зі скринінговою методикою

Таблиця 2

Кореляції між Методикою діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами з тестами для діагностики адикції

Методики між якими вивчався кореляційний зв'язок	
	Методика діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами
Адиктивна ідентичність	$r = 0,24; p < 0,05$
Індекс важкості проблем з азартною грою	$r = 0,64; p < 0,001$

для виявлення залежностей від азартних ігор. Кореляція є дуже високою, що свідчить про існування коморбідності між захопленням азартними іграми та інтересом до онлайн-ігор з матеріальними витратами. Отримані кореляції підтвердили, що запропонований метод стосується області залежностей, пов'язаний з іграми та з витрачанням грошей на ці ігри.

Для вивчення конструктивної валідності було проведено декілька серій факторних аналізів з використанням різних методів обертання та двох типів шкал: бінарної та інтервальної (привласнення балів за шкалою Лайкерта).

Найбільш вдалим, для інтерпретації результатів, ми вважаємо факторний аналіз проведений на основі дихотомічної шкали (відповідь: так/ні) з використанням методу виділення факторів «Принципові компоненти» та способу обертання «Варімакс». На основі критерію Кайзера було виділено п'ять факторів, які пояснили 66 % варіацій значень змінних. Після обертання, утворені фактори могли відтворити 53 % кореляцій між змінними. Факторні навантаження після обертання представлено в табл. 3 (значення менше 0,34 не подавались).

Згідно з представлених в таблиці факторних навантажень утвореним факторам можна дати наступні назви:

Таблиця 3

Результати факторного аналізу Методики діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами: виділені фактори та їх навантаження

Номера запитань модифікованої методики та його загальний зміст	Номера виділених факторів та їх навантаження після обертання				
	1	2	3	4	5
1. Гра вимагає більше часу			0,380	0,682	
2. Нехтування справами		0,749			
3. Обмеження спілкування	0,389	0,739			
4. Знайомство з інш. Гравцями	0,664			0,377	

5. Захист свого Я				0,814	
6. Негатив. соц. Наслідки	0,544	0,483			
7. Очікування гри		0,580	0,355		0,470
8. Спад продуктивності праці		0,714			
9. Оборонна позиція				0,725	
10. Втеча від проблем	0,491		0,390		
11. Передчуття гри	0,715				0,359
12. Відчуття нудьги без гри	0,408		0,700		
13. Дисфорія при перешкод.	0,434		0,551		
14. Ігнорув. фізіолог. Потреб		0,394	0,611		
15. Очікування гри	0,582				0,359
16. Брак контролю			0,692		
17. Брак контролю					0,803
18. Оборонна позиція				0,408	0,667
19. Негатив. соц. Наслідки	0,408	0,408	0,386		
20. Негатив. психол. наслідки			0,455		0,531

Фактор 1 «Цінність гри: фантазії про гру, втеча від проблем, нове спілкування без обмежень». До фактору віднесені запитання: 4, 6, 10, 11, 15, 19. Внутрішня узгодженість: $\alpha = 0,838$.

Фактор 2 «Наростання негативних наслідків захоплення онлайн-іграми». До фактору віднесені запитання: 2, 3, 6, 7, 8, 14 19 ($\alpha = 0,856$).

Фактор 3 «Наростання толерантності: потреба в додатковій стимуляції». До фактору віднесені запитання: 1, 12, 13, 14, 16, 20 ($\alpha = 0,786$).

Фактор 4 «Оборонна позиція: наростання соціальної дезадаптації». До фактору віднесені запитання: 1, 5, 9, 18 ($\alpha = 0,764$).

Фактор 5 «Наростання толерантності: труднощі вольового контролю». До фактору віднесені запитання: 7, 17, 18, 20 ($\alpha = 0,750$).

Оскільки виділені фактори добре описують феноменологічні особливості хімічних та нехімічних залежностей – результати факторного аналізу підтверджують валідність методики.

Критеріальні нормативні значення. Основна основне завдання критеріальних тестів – діагностувати (виділяти) певну задану групу [8, с. 228]. Ще при початку роботи над модифікацією тесту нас цікавила його здатність виявляти осіб, які захоплені онлайн-іграми з матеріальними витратами на рівні девіації. Тому, ми зосередились на пошуку значень, які дозволяють відокремлювати звичайну онлайн гру від поведінки, що відхиляється.

За основу було прийняті нормативні значення за Г. В. Старненбаум, який пропонує діагностувати проблемне захоплення Інтернетом, за методикою К. Янг, при позитивній відповіді на 7 (і більше) запитань [14, с. 153]. Оскільки запитання тесту стосуються ознак (критеріїв) залежності, присутність 33 % критеріїв здається достатньою для діагностики захоплення онлайн-іграми на рівні девіації.

Отже, для доведення точності критеріальної норми нам потрібно отримати результати, що значення більше 6,5 балів за Методикою діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами виявляє достовірно високі значення за іншими методиками.

Співставність способу обчислення результатів за Г. В. Старшенбаумом та К. Янг. Особи молодшого юнацького віку, які позитивно відповідають на 7 і більше запитань Методики діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами в середньому отримують 37,1 бал за цим же методом з типом відповіді на запитання за шкалою Лайкерта. Одночасно з цим, особи, які позитивно відповіли на 1 – 6 запитань вивчаємої методики, отримують в середньому значення 21,47 балів. Відмінність є статистично-достовірною ($F = 248,3, p < 0,001$; $T = - 7,83, p < 0,001$).

Таким чином, особи які позитивно відповідають на 7 і більше запитань запропонованої нами методики можуть бути оцінені як респонденти з легкою ступеню (mild level) залежності від онлайн ігор згідно значень К. Янг. Так, легкий рівень діагностується, коли значення є 31 та більше балів [18]. В обстеженій нами вибірці, 16,7% юнаків отримали значення за запропонованою методикою більше 6,5 балів (оцінка за дихотомічною шкалою).

Здатність запропонованої норми виявляти групу з високими значеннями за тестом Адиктивна ідентичність. Респонденти, які отримали за Методикою діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами більше 6,5 балів в середньому отримують 320,4 балів за шкалою Адиктивна ідентичність. Особи, які отримують менше 6,5 балів, за вивчаємою методикою, в середньому мають 290 балів за шкалою Адиктивна ідентичність. Відмінність є статистично-достовірною ($F = 10,32, p < 0,01$; $T = - 3,21, p < 0,01$). Отже, значення більше 6,5 балів за модифікованим тестом К. Янг виявляє респондентів з вираженими порушеннями ідентичності, які свідчать про існування схильності до залежності.

Здатність запропонованої норми виявляти респондентів з високим ризиком залежності (девіацією) від азартних ігор. З метою вивчення здатності запропонованих норм розрізняти респондентів зі схильністю до азартних ігор був використаний Індекс важкості проблем з азартною грою (PGSI). Юнаки, які отримали за Методикою діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами менше 6,5 балів в середньому отримали 0,4 бали за методикою PGSI. Респонденти, які отримали більше 6,5 балів за вивчаємою методикою в середньому отримали 4 бали за PGSI. Відмінність є статистично достовірною ($F = 56,3, p < 0,001$; $T = - 4,0, p < 0,001$). Оскільки значення за PGSI в 3 – 7 балів оцінюється як середній ризик гемблінгу отримані дані слід розуміти, що значення вище 6,5 балів за модифікованою методикою виявляє респондентів більш схильних до гемблінгу [17]. На теоретичному рівні, значення вище 6,5 балів можна пов'язати з присутнім захопленням онлайн-іграми на рівні девіації.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Запропонована модифікація Тесту Інтернет-залежності К. Янг була названа нами Методика діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами. Запропонована методика показала високу надійність, дискримінативність та валідність. Для оцінки результатів діагностики були запропонована критеріальна норма 6,5 балів. Респонденти, які мають більше 6,5 балів оцінюються нами як захоплені онлайн-іграми на рівні девіації. Оскільки обстежена вибірка складалась з осіб раннього юнацького віку запропоновані норми є репрезентавними саме на цю вікову категорію.

Перспективами подальших досліджень є вдосконалення нормативних значень за методикою. А саме: 1) перевірка можливості використовувати запропоновані норми у вибірках юнаків та дорослих; 2) розробка критеріальних значень, які відокремлюють девіацію та існуючу залежність від онлайн-ігор з матеріальними витратами.

Список використаних джерел

1. Бредихина М. В. Педагогическая профилактика игровых зависимостей у подростков в общеобразовательном учреждении : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Нижний Новгород, 2007. 22 с.
2. Важенин М. М. Метод диагностики игровой зависимости. Минск : Респ. науч-практич. центр психического здоровья, 2014. 9 с.
3. Важенин М. М., Голубева Т. С., Григорьева И. В., Можарова К. Ю. Метод диагностики компьютерной зависимости у подростков и молодежи. Минск : Республиканский научно-практический центр психического здоровья, 2015. 17 с.
4. Войсунский А. Е., Митина О. В., Гусейнова А. А. и др. Диагностика зависимости от интернета и сравнение методических средств. *Медицинская*

психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 4 (33). URL: <http://mprj.ru> (Дата звернення: 20.06.2020).

5. Гришина А. В. Тест-опросник степени увлеченности младших подростков компьютерными играми. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.* 2014. № 4. С. 131 – 141.
6. Евдокимов В. И., Литвиненко О. В. Методические аспекты диагностики развития Интернет-зависимости. *Вестник психотерапии.* 2008. № 25 (30). С. 68 – 75.
7. Карабанов А. П., Шарковский Д. М. Современное состояние проблемы измерения интернет-зависимого поведения. *Вестник Иркутского государственного университета. Серия Психология.* 2018. Т. 26. С. 53 – 62. <https://doi.org/10.26516/2304-1226.2018.26.53>
8. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов / под. ред. Л. Ф. Бурлачука; пер. с англ. Е. П. Савченко. Киев : ПАН ЛТД, 1994. 283 с.
9. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология: настольная книга. Москва : Институт консультирования и системных решений, 2012. 536 с.
10. Кочетков Н. В. Социально-психологические аспекты зависимости от онлайн-игр и методика ее диагностики. *Социальная психология и общество.* 2016. Т. 7, № 3. С. 148 – 163.
11. Лоскутова В. А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18. Новосибирск, 2004. 21 с.
12. Осуховская Е. С. Результаты исследования игровой аддикции у лиц молодого возраста. *Архів психіатрії.* 2011. № 1 (64). С. 82 – 87.
13. Петров А. А., Ворсина О. П. Клинический случай зависимости от компьютерных игр, коморбидной эмоционально-неустойчивому расстройству личности импульсивного типа. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2018. № 4 (101). С. 68 – 73.

14. Старшенбаум Г. Независимость. Как избавиться от психологической или химической зависимости. Москва : АСТ, 2018. 229 с.
15. Столяренко А. Н. Отличия зависимостей от компьютерных и интернет-игр. *Медицина психология*. 2018. № 3. С. 11 – 14.
16. Табачников С. І., Осуховська О. С., Харченко Є. М. та інші. Поширеність ігрової залежності серед підлітків та молоді України та її вплив на психічне здоров'я цього контингенту населення. *Архів психіатрії*. 2014. № 3 (78). С. 111 – 114.
17. Wynne H. J. Introducing the Canadian problem gambling index. URL : https://www.researchgate.net/publication/228460062_Introducing_the_Canadian_problem_gambling_index (Дата звернення 20.06.20).
18. Young K. S. Internet addiction test (IAT) Manual. URL : <https://cyberpsy.ru/wp-content/uploads/2018/02/iat-manual.pdf> (Дата звернення: 20.06.2020).

References transliterated

1. Bredihina M. V. Pedagogicheskaja profilaktika igrovyh zavisimostej u podrostkov v obshheobrazovatel'nom uchrezhdenii: avtoref. dis. ... kand. ped. nauk : 13.00.01. Nizhnij Novgorod, 2007. 22 s.
2. Vazhenin M. M. Metod diagnostiki igrovoj zavisimosti. Minsk : Resp. nauch-praktich. centr psihicheskogo zdorov'ja, 2014. 9 s.
3. Vazhenin M. M., Golubeva T. S., Grigor'eva I. V., Mozharova K. Ju. Metod diagnostiki komp'juternoj zavisimosti u podrostkov i molodezhi. Minsk : Respublikanskij nauchno-prakticheskij centr psihicheskogo zdorov'ja, 2015. 17 s.
4. Vojskunskij A. E., Mitina O. V., Gusejnova A. A. i dr. Diagnostika zavisimosti ot interneta i sravnenie metodicheskikh sredstv. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* 2015. № 4 (33). URL: <http://mprj.ru> (Data zvernennya: 20.06.2020).

5. Grishina A. V. Test-oprosnik stepeni uvlechnosti mladshih podrostkov komp'juternimi igrami. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija*. 2014. № 4. S. 131 – 141.
6. Evdokimov V. I., Litvinenko O. V. Metodicheskie aspekty diagnostiki razvitija Internet-zavisimosti. *Vestnik psihoterapii*. 2008. № 25 (30). S. 68 – 75.
7. Karabanov A. P., Sharkovskij D. M. Sovremennoe sostojanie problemy izmerenija internet-zavisimogo povedenija. *Vestnik Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija Psihologija*. 2018. T. 26. S. 53 – 62. <https://doi.org/10.26516/2304-1226.2018.26.53>
8. Kline P. A handbook of test construction: introduction to psychometric design. London: Methuen, 1986. 259 p.
9. Korolenko C. P., Dmitrieva N. V. Addiktologija: nastol'naja kniga. Moskva: Institut konsul'tirovanija i sistemnyh reshenij, 2012. 536 s.
10. Kochetkov N. V. Social'no-psihologicheskie aspekty zavisimosti ot onlajn-igr i metodika ee diagnostiki. *Social'naja psihologija i obshhestvo*. 2016. T. 7, № 3. S. 148 – 163.
11. Loskutova V. A. Internet-zavisimost' kak forma nehimicheskikh addiktivnyh rasstrojstv: avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.00.18. Novosibirsk, 2004. 21 s.
12. Osuhovskaja E. S. Rezul'taty issledovanija igrovoj addikcii u lic molodogo vozrasta. *Arxiv psy`xiatriji*. 2011. № 1 (64). S. 82 – 87.
13. Petrov A. A., Vorsina O. P. Klinicheskij sluchaj zavisimosti ot komp'juternyh igr, komorbidnoj jemocional'no-neustojchivomu rasstrojstvu lichnosti impul'sivnogo tipa. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. 2018. № 4 (101). S. 68 – 73.
14. Starshenbaum G. NeZavisimost'. Kak izbavit'sja ot psihologicheskoy ili himicheskoy zavisimosti. Moskva: AST, 2018. 229 s.
15. Stoljarenko A. N. Otlichija zavisimostej ot komp'juternyh i internet-igr. *Medy`chna psy`xologiya*. 2018. № 3. S. 11 – 14.

16. Tabachnikov S. I., Osuxovs`ka O. S., Xarchenko Ye. M. ta insh. Poshy`renist`igrovoyi zalezhnosti sered pidlitkiv ta molodi Ukrayiny` ta yiyi vply`v na psy`xichne zdorov'ya cz`ogo konty`ngentu naseleennya. *Arxiv psy`xiatriyi*. 2014. № 3 (78). S. 111 – 114.
17. Wynne H. J. Introducing the Canadian problem gambling index. URL: https://www.researchgate.net/publication/228460062_Introducing_the_Canadian_problem_gambling_index (Data zvernennya: 20.06.2020).
18. Young K. S. Internet addiction test (IAT) Manual. URL: <https://cyberpsy.ru/wp-content/uploads/2018/02/iat-manual.pdf> (Data zvernennya: 20.06.2020).

Urkayev V. S., Pleskach B. V. Modification of the K. Young Internet addiction test for the task – diagnosing online-games with material costs. In the article substantiates the feasibility of creating a method for diagnosing the capture of online games with material costs. Internet addiction test by K. S. Young that was modification for this tasks is given. The created tool was called the Method of diagnostics of online-games with material costs. In the article presents the results of study, which indicate high reliability, discriminatory power and validity of the method. The factor structure of the modified method is similar to the results obtained by K. Young for the original test. The factors obtained in the process of studying construct validity are related with the phenomenological features characteristic of chemical and non-chemical addictions, that confirms the validity of the method. Proposed a criterion-based norm which allows to separate persons captured by online-games with material costs at the level previous to addiction from ordinary consumers of games.

Key words: Internet addiction, captured by online-games, K. Young Internet addiction test, diagnostics of online-game addiction with material costs, reliability and validity of the method.

Відомості про авторів:

Плескач Богдан Вадимович, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; e-mail: pleskach.bogdan@gmail.com

Pleskach Bogdan Vadymovych, PhD, senior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

Уркаєв Вадим Сергійович, молодший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. e-mail: 9279588@gmail.com

Urkaev Vadym Serhiyovych, junior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

РЕФЕРАТ

Уркаєв В. С., Плескач Б. В.

Модифікація опитувальника К. Янг для діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами

В статті обґрунтовується доцільність створення методу для діагностики захоплення онлайн-іграми з матеріальними витратами. В якості основи, для розробки такого методу, обраний Тест Інтернет-залежності К. Янг; оскільки: він має чітку теоретичну структуру, проте окремі запитання методики та саме поняття залежності від Інтернету є застарілими. В статті подається створена для поставлених задач модифікація тесту К. Янг, яка отримала назву Методика діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами.

Психометричні характеристики методики вивчались на вибірці із 156 осіб раннього юнацького віку (віком 16 – 17 років), які на момент дослідження були студентами Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного.

Оскільки результати за розробленою методикою мали асиметричний тип розподілу був застосований критеріальний підхід до розуміння відповідей на конкретні запитання та, в цілому, до оцінки результатів тестування. З цією метою відповіді на запитання оцінювались в дихотомічній шкалі (так/ні).

Проведені дослідження показали високу надійність (внутрішню узгодженість, стабільність двох частин тесту) та дискримінативність. Валідність тесту перевірялась на основі вивчення кореляцій з двома іншими методами: Індексом важкості проблем з азартною грою та методикою Адиктивна ідентичність. Отримані кореляції підтвердили, що запропонований метод стосується області залежностей, пов'язаний з іграми та з витрачанням грошей на ці ігри.

В статті представлені результати факторного аналізу запитань методики, який здійснений з метою вивчення конструктної валідності модифікованого тесту. Встановлено, що факторна структура Методики діагностики онлайн-ігор з матеріальними витратами є схожою на дані отримані К. Янг для оригінального тесту. Отримані в процесі вивчення конструктної валідності фактори можна пов'язати з феноменологічними особливостями властивими хімічним та нехімічним залежностям, що підтверджує валідність методики.

На основі дихотомічного способу оцінювання результатів відповіді на конкретні запитання тесту, була запропонована критеріальна норма, яка дозволяє відокремлювати осіб захоплених онлайн-іграми з матеріальними витратами на рівні девіації від звичайних споживачів ігор. Так, осіб, які отримують менше 6,5 балів, слід оцінювати як звичайних споживачів онлайн ігор. Осіб, які отримали більше 6,5 балів слід оцінювати як захоплених онлайн-іграми з матеріальними витратами на рівні девіації. Емпірично показано, що: 1) особи зі значеннями

більше 6,5 балів мають виражені порушення ідентичності, які свідчать про існування схильності до залежності (методика Адиктивна ідентичність); 2) виявляє респондентів з високим ризиком розвитку залежності від азартних ігор.

Перспективами подальших досліджень є вдосконалення нормативних значень за методикою. А саме: 1) перевірка можливості використовувати запропоновані норми у вибірках юнаків та дорослих; 2) розробка критеріальних значень, які відокремлюють девіацію та існуючу залежність від онлайн-ігор з матеріальними витратами.

Ключові слова: інтернет-залежність, захоплення онлайн-іграми, Тест Інтернет-залежності К. Янг, діагностика захоплення онлайн-іграми з матеріальними витратами, надійність та валідність методики.