

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ДИГУН ІРИНА СЕРГІЇВНА

УДК 159:364.2:[9364-787.2]

ДИСЕРТАЦІЯ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ
ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС-ФАКТОРІВ

19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



_____ / І.С. Дигун

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор

Завацька Наталія Євгенівна

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Дигун І.С. Соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля МОН України. Київ, 2023.

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми визначення соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів і здійснено такі висновки.

Теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми дослідження показав, що психологічна реабілітація постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів – це цілеспрямований і обґрунтований вплив на провідні особистісні структури для створення умов щодо повноцінного розвитку і функціонування таких осіб. Виходячи з цього, комплексна реабілітація осіб, які пережили дію екстремальних стрес-факторів, є цілісною і специфічною системою методів психологічної допомоги, завдяки доцільно обраному й ретельно задіяному психологічному впливу у відповідній ситуації. Наголошується, що провідною умовою успішності реабілітаційних заходів виступають знання особливостей розвитку особистості, яка пережила дію екстремальних стрес-факторів, і можливих, внаслідок цього, труднощів, а також розуміння психологічної природи механізмів дії на психіку постраждалих відповідних реабілітаційних методів і прийомів та їх наслідків.

Проведено порівняльний аналіз індивідуально-типологічних та соціально-психологічних особливостей постраждалих (за індивідуально-

особистісним, емоційно-афективним, діяльнісно-поведінковим аспектами) внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та виявлено їх взаємозв'язок із копінг-стратегіями (запобігання, безперервного неспокою, когнітивного переоцінювання, нерезистентності до стресових переживань, оцінки цільової проблеми, десенсибілізації). З'ясовано взаємозв'язок показників когнітивно-стильових особливостей (полезалежності та понятійної диференційованості) з особистісними рисами, патернами поведінки та їх перебіг в умовах дії стрес-фактору, а також досліджено специфіку поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що утворюють патерни поведінки стильових рис «оптимальних» та «неоптимальних» копінг-стратегій в умовах дії екстремальних стрес-факторів.

Встановлено, що «оптимальні» копінг-стратегії, які застосовують військові, складаються з двох кластерів (психологічних типів): «Активні диференційовані конформні екстраверти» та «Полenezалежні недиференційовані екстраверти»; «неоптимальні» копінг-стратегії, складаються з трьох кластерів (психологічних типів): «Імпульсивні диференційовані екстраверти», «Недиференційовані нестабільні полenezалежні», «Упевнені в собі полenezалежні».

«Оптимальні» копінг-стратегії, які застосовують переселенці, вирізняють два кластери (психологічні типи): «Емоційно стабільні диференційовані», «Консервативні недиференційовані»; «неоптимальні» копінг-стратегії переселенців поєднуються у єдиний патерн, що увиразнюється у двох кластерах (психологічних типах): «Конформні ригідні недиференційовані», «Стримані диференційовані».

Отже, результати математико-статистичного аналізу й психологічної інтерпретації емпіричних даних уможливили виокремлення двох кластерів (психологічних типів) «оптимальних» копінг-стратегій постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: екстраверсія з високим рівнем

понятійної диференційованості; інтроверсія з низьким рівнем понятійної диференційованості.

Визначено та систематизовано соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів у внутрішньоособистіному, міжособистісному та організаційно-впроваджувальному векторах.

Внутрішньоособистіний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів представлено індивідуально-типологічними та соціально-психологічними особливостями особистості постраждалого, що виявляються в аспекті її провідної тенденції, інтегральним показником якої є патерн поведінки стильових рис за групами «оптимальних» та «неоптимальних» кластерів копінг-стратегій.

Міжособистісний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів висвітлюється відносинами з ближнім оточенням і суспільством в цілому, що проявляються через їх ставлення до військовослужбовців та переселенців; взаємодією з фахівцями; особливостями особистісного простору.

Організаційно-впроваджувальний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів визначається соціально-психологічним впливом професійної діяльності фахівців, зумовленим особливостями застосування сукупності методів психологічної і психотерапевтичної допомоги та впливом особистості фахівця на процес реабілітації постраждалих загалом.

Ефективність та оптимізація психореабілітаційного процесу постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів забезпечується всебічним урахуванням виявлених соціально-психологічних умов перебігу їх психологічної реабілітації.

Розроблено інтегровану соціально-психологічну програму реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та проведено

оцінку її ефективності. У запропонованій програмі, яка містила методологічний, змістовий та технологічний компоненти, психологічний вплив спрямовувався у напрямку підтримки постраждалих (емоційної, екзистенційної, смислової), подолання психоемоційних травмуючих станів і переживань (тривожності, самотності, почуття провини, образи, агресивності), внутрішньоособистісних конфліктів (мотиваційних, рольових, ціннісних), негативного «Я-образу» (неадекватної самооцінки та рівня домагань, невпевненості у собі), кризи ідентичності (персональної та соціальної) та на підвищення соціально-психологічної адаптації, налагодження конструктивної комунікації, міжособистісної взаємодії і успішної інтеграції постраждалих у соціум. Серед формувальних заходів, задіяних в інтегрованій програмі реабілітації, дієвими виявилися: соціально-психологічний тренінг корекції емоційних станів із використанням музикотерапії та тренінг соціальної адаптованості з задіянням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ; арт-терапія, психологічний дебрифінг й індивідуальна терапія, з задіянням технік експозиційної гіпнотерапії та методу десенсибілізації (EMDR) та ін.

Ефективність програми доведена зниженням проявів симптомів емоційної травми, тривожності, депресії, поряд із підвищенням тенденції до оптимальних копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору, а також зростанням показників самоорганізації та розвитку стресостійкості, стабільності психічної організації, усталеності до складних ситуацій та обставин; показників психодинамічних властивостей (сенситивності, нейротизму, саморегуляції тощо); інтелектуальної та мисленнєвої діяльності; особистісних властивостей (впевненості у собі, ціннісного ставлення до себе, інших, світу тощо).

Ключові слова: особистість, стрес-фактор, екстремальні умови, реабілітація, соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих.

Dyhun I.S. Socio-psychological conditions for the rehabilitation of victims of extreme stress factors. – Qualification scholarly work published as manuscript.

The dissertation for the scientific degree of the Candidate of Psychological Sciences, speciality 19.00.05. Social Psychology, Psychology of Social Work. Volodymyr Dahl East-Ukrainian National University Ministry of Education of Ukraine. Kyiv, 2023.

The dissertation research provides a theoretical generalisation and solution to the problems of socio-psychological conditions for the rehabilitation of victims as a result of extreme stress factors and draws the following conclusions.

The theoretical and methodological analysis of scientific approaches to the research problem has shown that the psychological rehabilitation of victims of extreme stress factors is a targeted and meaningful impact on the leading personality structures in order to create conditions for the full development and functioning of these individuals. On this basis, the comprehensive rehabilitation of people who have experienced extreme stress factors is a holistic and specific system of methods of psychological support, thanks to an appropriately selected and carefully applied psychological influence in the given situation. It should be emphasised that the most important prerequisite for the success of rehabilitation measures is knowledge of the developmental characteristics of an individual who has experienced extreme stress factors and the difficulties that may arise as a result, as well as an understanding of the psychological nature of the mechanisms of action of the relevant rehabilitation methods and techniques on the corresponding rehabilitation methods and techniques and their consequences.

A comparative analysis of the individual-typological and socio-psychological characteristics of victims of extreme stress factors was carried out and the sample was differentiated. The main determinants of the system of individual-typological and socio-psychological characteristics of victims of extreme stressors and their relationship with coping strategies (prevention, constant anxiety, cognitive reappraisal, non-resistance to stressful experiences, evaluation of the target

problem, desensitisation) were identified. The relationship between the indicators of cognitive and stylistic characteristics (field dependence and conceptual differentiation) with personal characteristics, behavioural patterns and their course under the influence of a stress factor was clarified. In addition, the peculiarities of the combination of personal and cognitive traits that form behavioural patterns of “optimal” stylistic traits and “non-optimal” coping strategies under the influence of extreme stress factors were investigated.

It was found that the “optimal” coping strategies used by the military consist of two clusters (psychological types): “Active differentiated conforming extroverts” and “Field-independent undifferentiated extroverts”; “suboptimal” coping strategies consist of three clusters (psychological types): “Impulsive differentiated extroverts”, “Undifferentiated unstable field dependents”, “Self-conscious field-independent”.

The “optimal” coping strategies used by immigrants are divided into two clusters (psychological types): “Emotionally stable differentiated”, “Conservative undifferentiated”; “non-optimal” coping strategies of immigrants are summarised into a single pattern expressed in two clusters (psychological types): “Conforming, rigid, undifferentiated”, “Reserved, differentiated”.

The results of the mathematical-statistical analysis and the psychological interpretation of the empirical data thus made it possible to distinguish between two clusters of “optimal” coping strategies (psychological types) of people who are affected by extreme stress factors: Extraversion with a high degree of conceptual differentiation; Introversion with a low degree of conceptual differentiation.

The socio-psychological conditions for the rehabilitation of victims of extreme stress factors in the vectors of intrapersonal, interpersonal and organisational implementation are defined and systematised.

The intrapersonal vector of rehabilitation conditions for victims of extreme stress factors is represented by the individual-typological and socio-psychological characteristics of the victim's personality, manifested in the aspect of their leading

tendency, the integral indicator of which is the behavioural pattern of stylistic characteristics according to groups of “optimal” and “non-optimal” clusters coping-strategies.

The interpersonal vector of rehabilitation conditions for victims of extreme stress factors is emphasised by relations with the immediate environment and society as a whole, manifested in attitudes towards military personnel and displaced persons, interaction with professionals and the characteristics of personal space.

The organisational and implementation vector of the conditions for the rehabilitation of victims of extreme stress factors is determined by the socio-psychological impact of the professional activity of specialists, which is determined by the peculiarities of the application of a set of methods of psychological and psychotherapeutic support and the influence of the specialist's personality on the process of rehabilitation of victims in general.

The effectiveness and optimisation of the psycho-rehabilitation process of victims of extreme stress factors is ensured by taking into account the identified socio-psychological conditions of the course of their psychological rehabilitation.

An integrated socio-psychological rehabilitation programme for victims of extreme stress factors was developed and its effectiveness evaluated. In the proposed programme, which included methodological, substantive and technological components, the psychological impact was directed towards supporting the victims (emotional, existential, meaningful), overcoming psycho-emotional traumatic states and experiences (anxiety, loneliness, guilt, resentment, aggressiveness), intrapersonal conflicts (motivational, role, value conflicts), negative "self-image" (inadequate self-esteem and degree of harassment, self-doubt), identity crisis (personal and social) and improvement of social and psychological adjustment, development of constructive communication, interpersonal interaction and successful integration of victims into society. Among the formative measures of the integrated rehabilitation programme, the following

have proven to be effective: socio-psychological training to correct emotional states with the help of music therapy and social adjustment training with the use of psycho-corrective body-oriented exercises; art therapy, psychological debriefing and individual therapy with the use of exposure hypnotherapy techniques and the method of desensitisation (EMDR), etc.

The effectiveness of the programme is demonstrated by the reduction of symptoms of emotional trauma, anxiety and depression, together with the increase in the tendency to use optimal coping strategies to experience the effects of the stress factor, as well as by the increase in indicators of self-organisation and the development of stress resistance, stability of mental organization, resilience to difficult situations and circumstances; indicators of psychodynamic characteristics (sensitivity, neuroticism, self-regulation, etc.); intellectual and thoughtful characteristics (sensitivity, neuroticism, self-regulation, etc.); intellectual and mental activity; personal characteristics (self-confidence, values towards oneself, others, the world, etc.).

Keywords: *personality, stress factor, extreme conditions, rehabilitation, socio-psychological conditions for the rehabilitation of victims.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях:

1.1. Дигун І.С. Комплексний підхід до реабілітації осіб, які пережили дію стрес-фактору. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 2 (40). С. 201-211.

1.2. Дигун І.С. Соціально-психологічні чинники впливу стрес-фактору на особистість в екстремальних умовах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 1 (45). С. 362-373.

1.3. Дигун І.С. Соціально-психологічні особливості переживання дії стрес-фактору особистістю. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.; Ніжин: ПП Лисенко, 2020. Т. ІХ, Вип. 13. С. 676-685.

1.4. Popovych I., Kosmii M., Hrys A., Hoi N., Dyhun I., Hoian I., Nosov P. Pre-competition expectation profiles among junior athletes in the context of altered sporting conditions. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023. Vol. 23. Issue 10. P. 2551-2562. DOI:10.7752/jpes.2023.10293 (Scopus) (*Особистий внесок авторки полягає у розкритті очікувань особистості у контексті дії екстремальних умов життєздійснення*).

1.5. Бурлакова І.А., Федорова О.В., Дигун І.С., Федоров А.Ю. Соціально-психологічні засоби самоменеджменту психологічного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 67-80. (*Особистий внесок авторки полягає у визначенні засобів самоменеджменту постраждалих в аспекті збереження їх психологічного здоров'я*).

1.6. Дигун І.С., Журба А.М., Гейко Є.В., Журба М.А., Завацька Н.Є. Ефективність інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 26-37. (Особистий внесок авторки полягає у розкритті концептуальних основ інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів).

Статті у матеріалах науково-практичних конференцій:

2.1. Дигун І.С. До проблеми реабілітації постраждалих від дії стрес-факторів різного генезу. *Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 167-169.

2.2. Дигун І.С. Особливості дебрифінгу у подоланні наслідків дії екстремальних стрес-факторів. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами V Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і студентів* (м. Київ, м. Сєверодонецьк, 24-25 листопада 2016 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 236-238.

2.3. Дигун І.С. Роль наративів у подоланні негативних наслідків стресових розладів. *Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти: зб. наук. статей за матеріалами XVII Міжнародної науково-практичної конференції* (Монреаль, 30-31 грудня 2018 р.). Монреаль: СРМ «ASF», 2018. С. 126-128.

2.4. Дигун І.С. Засоби арт-терапії у здоров'язбереженні та реабілітації постраждалих від екстремальних стрес-факторів. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 28-29 листопада 2019 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 145-147.

2.5. Дигун І.С. Побудова інтегрованої програми реабілітації постраждалих від екстремальних стрес-факторів. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2021. С. 135-137.

2.6. Дигун І.С. Психологічні особливості реабілітації постраждалих внаслідок дії стрес-факторів. *Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 16 травня 2023 року). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 21-25.

2.7. Дигун І.С. Психокорекція стрес-фактору засобами арт-терапії. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього: зб. наук. статей за матеріалами Щорічного наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 12 червня 2023 року). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 24-26.

ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС-ФАКТОРІВ	23
1.1. Поняття стрес-фактору та його наслідків у науковій психологічній літературі	23
1.2. Специфіка надання психологічної допомоги постраждалим, які пережили дію стрес-фактору	48
1.3. Сучасні підходи до комплексної реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів	58
Висновки до розділу	111
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС-ФАКТОРІВ	113
2.1. Принципи побудови та процедура емпіричного дослідження	113
2.2. Порівняльний аналіз індивідуально-типологічних та соціально- психологічних особливостей постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів	116
2.3. Визначення та систематизація соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес- факторів	136
Висновки до розділу	162
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС- ФАКТОРІВ	168
3.1. Методологічні принципи розробки та реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів	168
3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формульовального етапу дослідження	186
Висновки до розділу	196
ВИСНОВКИ	199
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	203

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні соціально-економічні та суспільно-політичні зміни актуалізували проблему вивчення впливу на людину екстремальних стрес-факторів. При цьому надвагомою вбачається соціально-психологічна оцінка дії таких факторів, особливо у вимірі питання реабілітації постраждалих та умов її ефективності. У зв'язку з цим, комплексний та інтегрований підхід до висвітлення феноменології реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, постає наразі як першочерговий.

Констатовано, що вагомі та актуальні проблеми сучасної психологічної науки і практики пов'язані з дослідженнями соціально-психологічних наслідків впливу дії стрес-факторів високої інтенсивності на особистість, яка перебуває в умовах різних, за своїм характером, катастрофічних подій (Н. Агаєв, Є. Гейко, В. Клименко, О. Кокун, Н. Лозінська, В. Остапчук, І. Пішко, О. Шевяков та ін.). Наголошується, що імовірність відчутти травматичну дію екстремального стрес-фактору у теперішніх умовах історичних подій та глобальних перетворень, виявляється найбільш прогнозованою для багатьох осіб, що викликає значний інтерес та затребуваність соціальним середовищем наукових досліджень, присвячених зазначеній тематиці.

Особливе значення у сучасних реаліях має окрема форма екстремального стрес-фактору, зокрема воєнний стрес, що має різну термінологію, як-то: «швейцарська хвороба» (Дж. Хофер), «нервовий шок» (Ж.-М. Шарко), «військовий невроз» (З. Фрейд), «посттравматичний стресовий розлад» (М. Горовіц), «травматичні неврози війни» (А. Кардінер). Крім того, у сучасній науковій парадигмі активно поширюється поняття «травматичного стресу», висвітлення якого відбувається через його семантичне поле, проблеми залежності рівня реакції від інтенсивності

стресору; уведення почуття провини у реєстр посттравматичних симптомів; вплив соціально-політичної ситуації у суспільстві (Д. Бреслау, Е. Горовіц, О. Пітман та ін.) і зростання міжнародної терористичної активності й небезпеки поширення цього явища.

Показано, що реабілітація постраждалих внаслідок зазначених чинників виявляється першочерговим завданням наукової і практичної психології. При цьому система реабілітації постраждалих через екстремальні події зосереджується, передусім, на спільних зусиллях психологів, психотерапевтів та інших фахівців щодо відновлення та збереження здоров'я таких осіб.

Таким чином, актуальність даного дослідження завважається потребою у розробці дієвої системи реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, як в аспекті наукової соціально-психологічної позиції, так і у векторі теоретико-практичних запитів суспільства, що зумовило вибір теми дисертаційного дослідження: *«Соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів»*.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в рамках комплексних науково-дослідних тем кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля «Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі», «Соціально-психологічні основи розвитку адаптаційного потенціалу особистості засобами інноваційних психотехнологій в умовах трансформаційних змін сучасного суспільства». Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (протокол № 4 від 25 грудня 2015 р.).

Об'єкт дослідження – процес реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Предмет дослідження – соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично визначити соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

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

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів у науковій літературі.

2. Здійснити порівняльний аналіз індивідуально-типологічних та соціально-психологічних особливостей постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та провести диференціацію вибірки.

3. Визначити та систематизувати соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

4. Розробити інтегровану соціально-психологічну програму реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та оцінити її ефективність.

Теоретико-методологічну основу дослідження становили: принципи системно-цілісного (В. Бочелюк, С. Гарькавець, Є. Гейко, А. Коваленко, З. Карпенко, І. Пасічник та ін.), суб'єктно-діяльнісного (Г. Костюк, О. Лісовий, С. Максименко, В. Роменець та ін.), системно-структурного (А. Кононенко, О. Кононенко, Л. Сердюк, О. Шевяков та ін.) підходів у психології; концепції розвитку особистості як активного суб'єкта життєдіяльності (І. Гоян, Т. Титаренко, В. Турбан, Н. Чепелева та ін.) та її адаптації до соціальних умов (Ю. Бохонкова, Н. Завацька, В. Корнієнко, О. Литвиненко, О. Лосієвська, Л. Пілецька, Р. Шевченко та ін.); положення когнітивно-поведінкової терапії про реабілітацію постраждалих від емоційної травми (Дж. Герман, М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг та ін.); теорія комплексної допомоги при ПТСР (І. Батраченко, В. Завацький, О. Кокун,

Б. ван дер Колк, Н. Лозінська, Дж. Найп, В. Остапчук, І. Пішко, Р. Шварц та ін.); положення психотерапії емоційних травм (К. Росс, Дж. Рубін, Ф. Шапіро, та ін.), когнітивно-біхевіоральної терапії (П. Можни, Я. Прашко, М. Шлепецькі та ін.) та діалектико-поведінкової терапії (Дж. Брантлі, Дж. Вуд, М. Маккей та ін.); положення і принципи активних соціально-психологічних форм і методів роботи (О. Блискун, А. Борисюк, Н. Добровольська, Ю. Завацький, З. Ковальчук, Г. Побокіна, М. Тоба, Т. Яценко та ін.).

Методи дослідження:

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз наукових концепцій та поглядів з проблеми дослідження соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (теоретичне моделювання, методи порівняння, систематизації, узагальнення); наукова інтерпретація і синтез емпіричних даних;

– *емпіричні*: спостереження, бесіда, структуроване інтерв'ю (на вивчення суб'єктивного ставлення до дії стрес-фактору й оцінки ступеня його впливу на емоційний стан та внутрішню гармонію особистості (В. Вінокур)); психодіагностичні методики (шкала оцінок відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity Rating Scale (Д. Корн, Л. Максфілд, Н.Дж. Сміт, Р. Стікголд), комплексний копінговий опитувальник (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг), шкала депресії, тривоги і стресу – 21 (DASS-21), тест-опитувальник для визначення самоствавлення особистості (В. Столін, С. Пантілеєв), методика діагностики показників та форм агресії Басса-Даркі, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (ШРОТ), методика «Q-сортування» (Q-sort) (В. Стефансон), методика діагностики типологій психологічного захисту (Р. Плутчик, в адаптації Л. Вассермана, О. Єришева, О. Клубової та ін.), опитувальник для вивчення копінг-поведінки (Е. Хейм), 16-факторний опитувальник Р. Кетелла, стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СМДО) (Л. Собчик),

методика діагностики рівня співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах (О. Фанталова);

– *статистичні*: результати емпіричного дослідження опрацьовувалися з використанням методів математичної статистики з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 21.0).

Організація і база дослідження. Дослідження проводилось упродовж 2015-2023 років на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Сєвєродонецьк, м. Київ), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми), Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» (м. Запоріжжя).

Вибірку склали 205 респондентів різної статі (військовослужбовці (103 особи) та вимушені переселенці (102 особи)), які постраждали внаслідок дії екстремальних стрес-факторів різного генезу.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечена методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних позицій, використанням взаємодоповнювальних методів, що відповідають меті та завданням дослідження, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісних та якісних методів аналізу отриманих емпіричних даних, використанням методів математичної статистики.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

– *вперше*: виокремлено провідні детермінанти системи індивідуально-типологічних та соціально-психологічних властивостей постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та їх взаємозв'язок із копінг-стратегіями (запобігання, безперервного неспокою, когнітивного переоцінювання, нерезистентності до стресових переживань, оцінки цільової

проблеми, десенсибілізації); *визначено* показники когнітивно-стильових особливостей (полезалежності та понятійної диференційованості) у взаємодії з особистісними рисами постраждалих, патернами поведінки та їх перебіг в умовах дії стрес-фактору; *виявлено* специфіку поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що утворюють патерни поведінки стильових рис за групами «оптимальних» та «неоптимальних» кластерів (психологічних типів) копінг-стратегій постраждалих в умовах дії екстремальних стрес-факторів; *визначено та систематизовано* соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (у внутрішньоособистіному, міжособистісному та організаційно-впроваджувальному векторах);

– *розкрито*: концептуальні й змістовно-процесуальні засади інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, із визначенням провідних складових її ефективної реалізації, через запровадження інноваційних соціально-психологічних технологій за методологічним, змістовим, технологічним компонентами;

– *поглиблено та уточнено*: уявлення про соціально-психологічну структуру та умови комплексної реабілітації постраждалих, які пережили дію екстремальних стрес-факторів;

– *набули подальшого розвитку*: погляди на специфіку функціонування складових, що перешкоджають дії негативних наслідків стрес-фактору (соціокультурної, соціо-психо-біологічної, соціо-поведінкової).

Теоретичне значення дослідження полягає у визначенні та обґрунтуванні соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів на засадах системно-цілісного суб'єктно-діяльнісного, системно-структурного підходів; поглибленні психологічних знань про систему ціннісних ставлень особистості до себе, інших і світу в екстремальних умовах дії стрес-фактору; виокремленні

принципів, методів, прийомів й психотехнологій організації реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування психодіагностичного інструментарію для виявлення соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів; у розробці змісту та апробації інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. Теоретично та емпірично обґрунтовані положення дисертації можуть використовуватися з метою розробки програм соціально-психологічної допомоги в умовах дії екстремальних стрес-факторів; як методичне забезпечення психодіагностики, психологічного консультування, психопрофілактики, психокорекції та психотерапії у роботі з постраждалими внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та бути рекомендовані для впровадження у Центрах психологічної та медико-соціальної реабілітації, соціально-психологічної допомоги, соціальної адаптації, відновлювального лікування та ін.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Київ) (довідка № 242/36 від 24.03.2023 р.), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми) (довідка № 2208-2 від 22.08.2023 р.), Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ) (довідка № 27-09-23Ф від 27.09.2023 р.); у навчально-науковий процес Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (довідка № 243/15.16 від 28.03.2023 р.), Хмельницького національного університету (довідка № 29 від 31.08.2023 р.), Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (довідка № 01-01-960 від 28.08.2023 р.), Буковинського державного медичного університету (довідка № 13/н-17-15 від 04.09.2023 р.), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» (м. Запоріжжя) (довідка № 01-22/322 від 22.08.2023

р.) і використовуються у процесі викладання освітніх компонент та спецкурсів «Соціальна психологія», «Психологія соціальної роботи», «Психологія особистості», «Технології розвитку адаптаційного потенціалу особистості» та ін.

Особистий внесок авторки. Розроблені наукові положення та отримані результати емпіричного дослідження є самостійним внеском авторки у визначення та систематизацію соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. В опублікованих зі співавторами працях доробок авторки становить 60%. Розробки та ідеї, що належать співавторам, у дисертації не використовуються.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення дисертаційної роботи було представлено на науково-практичних конференціях, семінарах-тренінгах, круглих столах різного рівня, зокрема на *міжнародних*: III науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм» (Сєверодонецьк, 2015 р.), V науково-практичній конференції молодих учених, аспірантів і студентів «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Київ, Сєверодонецьк, 2016 р.), XVII науково-практичній конференції «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти» (Монреаль, 2018 р.), VI-VII науково-практичних конференціях «Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм» (Сєверодонецьк, 2019 р., 2021 р.), VII-VIII науково-практичних конференціях «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Сєверодонецьк, 2019 р., 2021 р.), з *міжнародною участю*: науково-практичній конференції «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи» (м. Київ, 2023 р.); *всеукраїнських*: науково-практичній конференції «Психолінгвістичні засади етикетного та конфліктного

дискурсів» (Івано-Франківськ, 2023 р.), VII науково-практичній конференції «Харківський осінній марафон психотехнологій» (Харків, 2023 р.), семінарах-тренінгах «Формування резильєнтності (життєстійкості), як особистий ресурс в умовах війни» (Київ, 2023 р.) та «Удосконалення комунікативних здібностей: технології розвитку soft skills» (Київ, 2023 р.), круглих столах «Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати» (м. Київ, 2023 р.) та «Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього» (Київ, 2023 р.); доповідалися та обговорювалися на розширених засіданнях кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (2015-2023 рр.).

Публікації. Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 13 публікаціях авторки, з яких 6 статей у наукових фахових виданнях із психології (з них 3 статті – у наукометричних виданнях, 1 з яких проіндексована у наукометричній базі Scopus), 7 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 140 найменувань (з них 50 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 218 сторінках, із них 202 сторінки основного тексту. Робота містить 19 таблиць на 14 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС-ФАКТОРІВ

1.1. Поняття стрес-фактору та його наслідків науковій психологічній літературі

Поняття «стрес-фактор» потребує пояснення у відповідних термінах. Варто зазначити, що одним з найбільш значущих стресорів є воєнна ситуація, яка відбувається в Україні [6; 7 та ін.]. Загалом, адаптаційні можливості людини в умовах війни пов'язані з її винахідливістю, життєстійкістю, особистісною адаптивністю та потенційною цінністю. Звісно, стійкість до несприятливих зовнішніх впливів проявляється у «руйнуванні бар'єрів адаптації» та перевищенні особистісного адаптаційного потенціалу [3; 5; 8 та ін.].

Таким чином, ми говоримо про вплив стресорів, що відображається в невротичних розладах, зниженні комунікативної активності та загостренні психосоматичних розладів. Крім того, виникають різноманітні особистісні зриви та порушення механізмів саморегуляції. По-перше, слід зазначити, що ставлення людини до впливу стресора (від перебільшеного до ігнорування) може бути використано для визначення зниження самокомпетентності за таких станів.

Тому спочатку розглянемо посттравматичний стресовий розлад. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, який відображає характерні симптоми, що виникають після пережитого

інтенсивного стресу (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, четверте видання [DSM-IV] [20; 91; 92]; Американська психіатрична асоціація) [15; 16; 18; 19]. Ці симптоми включають стійку серію повторюваних подій, образів, думок і почуттів, які викликають сильний емоційний дистрес, постійне уникнення пов'язаних з травмою подразників, заціпеніння, блокування емоційних реакцій і підвищену напруженість і збудження [32; 33; 35 та ін.]. Розлад зазвичай триває більше місяця і викликає клінічно значущі емоційні стани та порушення в роботі та соціальному житті.

Люди, які проявляють симптоми цього діагностичного рівня, пережили травматичну подію, що загрожує життю, і відчують страх перед досить інтенсивними симптомами, навіть безпорадність і страх, під час відтворення такої події. Якщо тривалість симптомів не перевищує трьох місяців, фахівці вважають такі симптоми (гострим) ПТСР; якщо тривалість симптомів перевищує три місяці, розлад вважається хронічним. Симптоми можуть проявлятися через місяці або навіть роки після травми. Такі випадки називають відстроченим ПТСР [38; 40; 41; 42 та ін.].

Більшість людей, які пережили травму, з часом одужують. Однак у меншості людей симптоми ПТСР розвиваються і, якщо їх не лікувати, можуть призвести до серйозних і стійких психічних розладів [44; 46; 47 та ін.].

Таким чином, ПТСР характеризується постійним проявом:

- 1) повторюваних та нав'язливих спогадів про подію;
- 2) повторюваних снів про подію;
- 3) поведінки, ніби подія сталася знову;
- 4) інтенсивними тривожними переживаннями, спричиненими зовнішніми або внутрішніми обставинами;
- 5) фізіологічними реакціями на стимули або ситуації, які нагадують про подію.

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

- намагання уникати думок, почуттів і розмов про подію;
- намагання уникати діяльності, місць і людей, пов'язаних з подією;
- нездатність пригадати важливі аспекти події;
- значне зменшення участі в діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- відчуття відчуженості, дистанціювання від інших людей;
- обмеження спектру емоційних переживань;
- почуття зменшення життєвих перспектив, що супроводжується значущою нестачею планування майбутнього [42; 51; 52 та ін.]. Крім того, з'являються симптоми збудження, яких не було до травматичної події;
- труднощі з засинанням або сном;
- дратівливість або спалахи гніву;
- труднощі з концентрацією уваги;
- підвищений рівень напруженості, гіперактивність, постійне очікування небезпеки або неодноразове переживання небезпечних для життя ситуацій;
- підвищена реакція на страх.

Цікаво, що не всі люди, які пережили травму, страждають від ПТСР [56; 57; 59 та ін.]. Наприклад, дослідження Н. Бреслау показало, що майже 25% людей, які пережили травматичні події, пізніше відчувають наслідки ПТСР, причому у багатьох (9%) розвиваються довготривалі захворювання [98; 99 та ін.]. Дослідження Ф. Норріса виявило 5% поширеність ПТСР у жінок з хронічним ПТСР [126]. У дослідженні Р. Кесслера 8% мали ПТСР протягом життя [116].

Зрозуміло, ПТСР частіше зустрічається в «групах ризику». Так, дослідження проблем адаптації ветеранів В'єтнаму вперше показали, що солдати платять найвищу психологічну ціну за воєнні дії: у 30% з 3,1 млн.

ветеранів В'єтнамської війни діагностовано ПТСР. Через 15 років після закінчення війни 15% з них все ще страждають від ПТСР [106; 107 та ін.].

Ті, хто пережив насильство, також перебувають у групі ризику. За даними дослідження Д. Кілпатрік, 13% американських жінок протягом життя зазнавали сексуального насильства. Майже у третини з них розвивається посттравматичний стресовий розлад. Зазначено, що 4% американських жінок страждають від ПТСР, пов'язаного з сексуальним насильством [117].

Епідеміологічні дослідження показують, що існують гендерні відмінності в переживанні травми та розвитку ПТСР. Так, понад 60% чоловіків і 50% жінок відчувають негативний вплив травматичних подій. При цьому жінки (12%) більш схильні до розвитку ПТСР, ніж чоловіки (6%). Іншими словами, дані вказують на гендерні відмінності у вразливості до ПТСР, які можуть бути пов'язані з біологічними, психологічними та соціальними відмінностями. Також може існувати прямий зв'язок між типами травм, пережитих чоловіками та жінками. Наприклад, жінки в десять разів частіше піддаються сексуальному насильству, а чоловіки вдвічі частіше піддаються загрозливим травматичним подіям, нападам і нещасним випадкам [12; 19 та ін.].

Дослідження Н. Бреслау показало, що жертви насильства мають найвищий рівень ПТСР. Однак найпоширенішою причиною ПТСР (31%) є раптова і несподівана смерть близької людини, що пов'язано з високою поширеністю таких травматичних подій (60%). Виявлено, що ПТСР у жінок триває довше, ніж у чоловіків, найчастіше понад шість місяців (74%), і довше, якщо травматична подія сталася безпосередньо з людиною. У цьому дослідженні були виявлені расові відмінності у виникненні ПТСР [98; 99].

Таким чином, ПТСР є дуже поширеним. У більшості випадків експерти констатують, що в клінічній практиці значна кількість людей пережила травматичну подію і тому звертається за допомогою. У зв'язку з цим постає питання об'єктивної діагностики та оцінки ПТСР [67; 68; 69 та ін.].

Інструменти діагностики психічного здоров'я зазвичай оцінюють на основі їхньої діагностичної цінності (тип валідності критерію, який стосується здатності тесту передбачати діагностичний стан). Визначення діагностичної цінності тесту включає три етапи [53; 57 та ін.].

По-перше, обирається «золотий стандарт». У психологічних дослідженнях це здебільшого діагноз, встановлений на основі клінічного інтерв'ю, але також може бути отриманий шляхом витоку інформації.

Крім того, «золотий стандарт» і новостворений тест застосовують до експериментальної групи учасників. Потім перевіряється діагностична значущість або нормальність розподілу даних, тобто його здатність передбачати діагноз, визначений Золотим стандартом. Оцінка оптимальної нормальності тесту може передбачити максимальну кількість діагностованих або недіагностованих випадків для основної вибірки.

Крім того, учасникам експериментальної групи було запропоновано Золотий стандарт і нещодавно розроблений тест. Потім діаграми розсіювання були протестовані для визначення їх діагностичної значущості, нормальності, тобто їх здатності передбачати діагноз, як це визначено Золотим стандартом. Найкраща оцінка нормальності тесту може передбачити максимальну кількість діагностованих або недіагностованих випадків для основної вибірки [39; 40; 51 та ін.].

Всі існуючі методи вимірювання психічних розладів далекі від досконалості. Існує дві основні міри похибки тестування: хибнопозитивні та хибнонегативні результати. Хибнопозитивні результати виникають тоді, коли пацієнт має вищі показники, ніж у нормі, але насправді не є хворим. Хибнонегативні результати виникають, коли пацієнт має показники нижче норми, але насправді хворий.

Діагностична цінність зазвичай виражається в термінах чутливості та специфічності тесту. На практиці ці показники враховують помилки прогнозування. Чутливість - це міра точності позитивного результату, тобто

ймовірність того, що людина з розладом набере більше балів, ніж у нормі. Специфічність – це істинна негативність тесту, тобто ймовірність того, що людина без розладу отримає результат нижчий за встановлену межу. Якщо тест має багато хибнонегативних результатів, чутливість є низькою, а якщо тест має багато хибнопозитивних результатів, специфічність є низькою.

Використовуючи такі інструменти, тести слід обирати на основі їхніх психометричних властивостей.

Тепер представимо деякі типові психодіагностичні методи для виявлення симптомів ПТСР [32; 39 та ін.].

Шкала впливу подій (IES-R переглянута) Шкала впливу подій (IES) була розроблена Л. Horowitz et al. і пізніше переглянута Weiss і Marmar шляхом додавання субшкали гіперактивності відповідно до критерію D для ПТСР [94; 103 та ін.]. Перша версія цього опитувальника включала лише субшкали «Вторгнення» та «Уникнення» і «Відхід», але потребувала доопрацювання, щоб краще відповідати діагностичній картині. Необхідна додаткова інформація про надійність і валідність оновленої версії, оскільки автори надали деякі первинні дані; як найпоширеніший вимірник ПТСР, оригінальний IES мав хорошу психометричну валідність. Подібні дослідження психометричних властивостей переглянутої шкали забезпечать її подальше використання в клінічних і дослідницьких цілях.

Місісіпська шкала ПТСР, пов'язаного з війною, розроблена Kiani та ін., складається з 35 пунктів і була розроблена для вимірювання ПТСР [57; 67 та ін.]. Ці пункти були відібрані з оригінального набору з 200 пунктів, розроблених експертами відповідно до критеріїв DSM-III для цього розладу. Місісіпська шкала має відмінні психометричні властивості: $\alpha=0,94$, надійність при повторному тестуванні після тижневого інтервалу 0,97; використовуючи 107-бальний поріг, Місісіпська шкала довела свою високу чутливість (0,93) і специфічність (0,89).

Шкала ПТСР Кіна з ММРІ-2 [57; 106 та ін.]. На основі форми R Мінесотського багатофакторного особистісного опитувальника (ММРІ) була емпірично виділена шкала ПТСР Кіна (Keane PTSD Scale, КР) з ММРІ-2 для діагностики ПТСР, що складається з 46 пунктів. У коментарях до цієї шкали зазначено, що за допомогою КР було правильно діагностовано 82% з 200 учасників дослідження. Подальші дослідження підтвердили цей висновок у учасників бойових дій.

Опитувальник посттравматичного стресу Пенна був розроблений Гембергером і складається з 26 пунктів. Його психометричні властивості були підтверджені на великій кількості постраждалих від травми, а специфічність порівнянна з Місісіпською шкалою, але чутливість значно нижча. Її використовували переважно на вибірці пацієнтів-чоловіків, жертв нещасних випадків, ветеранів та психіатричних пацієнтів [106].

Шкала посттравматичної діагностики (ПТСР), розроблена Е. Фоа та ін. на основі визначення симптомів ПТСР у DSM-III, складається з 17 запитань для визначення типу травматичної події, яку пацієнт пережив до ПТСР [106]. Пацієнту ставлять 12 запитань, щоб визначити тип травматичної події, пережитої до ПТСР. Потім пацієнтів запитують, яка з подій, пережитих ними за останній місяць, занепокоїла їх найбільше. Після цього вони самостійно оцінюють свою реакцію на цю подію, щоб визначити, чи потрапляє ця подія в категорію А1 або А2.

Потім пацієнти вказують частоту кожного з 17 симптомів за останні 30 днів за чотирибальною шкалою. Насамкінець, пацієнтів просять оцінити власні порушення у дев'яти сферах діяльності. Шкала була валідизована на різних вибірках, включаючи ветеранів війни, жертв нещасних випадків, тих, хто пережив напад, та інших жертв травм. Психометричний аналіз показав високий рівень продуктивності. Загальний індекс внутрішньої узгодженості $\alpha=0,92$, а надійність між тестами була високою ($\kappa=0,74$) з інтервалом у два-три тижні. Кореляція між тестами також становила 0,83 для тяжкості

симптомів; порівняно з діагнозом ПТСР за шкалою SCID, рівень узгодженості становив 82% з $\kappa=0,65$, чутливістю тесту 0,89 і специфічністю 0,75. Очевидно, що ця шкала самозвіту вигідно відрізняється від шкали SCID. Цей інструмент самозвіту є корисним для скринінгу та діагностики симптомів ПТСР.

Опитувальник симптомів ПТСР PCL (PTSD Checklist) розроблений дослідниками Національного центру ПТСР у Бостоні; він існує у двох варіантах: один для громадян цивільних, а другий для військових [67]. Шкала має 17 пунктів, що мають діагностичні критерії за DSM-III, що оцінюються за 5-бальною шкалою Лікерта. Везерс із співавторами перевіряли психометричні характеристики цієї шкали й виявили високу внутрішню узгодженість ($\alpha=0,97$), відмінну тест-ретестову надійність, що перевірялася через 203 дні (0,96) та високу кореляцію з іншими вимірюваннями ПТСР: 0,93 з Міссісіпською шкалою, 0,77 зі шкалою РК і 0,90 з IES-R. Бланчард із співавторами використовували PCL для дослідження людей, які пережили автокатастрофи, й виявила кореляцію з CAPS 0,93, її загальна діагностична ефективність у порівнянні з іншими популяціями на сьогодні не відомі.

Контрольний список ПТСР (PCL) був розроблений дослідниками Національного центру ПТСР у Бостоні і доступний у двох версіях - для цивільних осіб і для військовослужбовців. Шкала складається з 17 пунктів, включаючи діагностичні критерії DSM-III, і оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта; Weathers et al. перевірили психометричні властивості шкали і виявили високу внутрішню узгодженість ($\alpha=0,97$), відмінну повторну надійність (0,96) після 203 днів тестування і високу кореляцію з іншими ПТСР. Кореляція шкали з Міссісіпі склала 0,93, зі шкалою RC - 0,77 і з IES-R - 0,90; Blanchard та ін. використовували PCL у дослідженні жертв дорожньо-транспортних пригод і виявили кореляцію 0,93 зі шкалою CAPS; було виявлено, що PCL добре корелює з IES-R і IES-R.

Лос-Анджелеський опитувальник симптомів (Los Angeles Symptom Checklist, LASC) складається з 43 пунктів і оцінюється за шкалою Лайкерта [106]. Опитувальник використовували в дослідженнях із різними групами населення (чоловіки та жінки, дорослі та підлітки, які пережили різні види травм). King et al. перевірили психометричні властивості LASC і виявили, що він має високу внутрішню узгодженість ($\alpha=0,88-0,95$) і надійність при тестуванні з двотижневим інтервалом. Перевагами LASC є кілька варіантів оцінювання (безперервний або дихотомічний) і включення багатьох супутніх характеристик, ознак дистресу і функціональних проблем King et al. використовували тільки 17-пунктовий індекс ПТСР і порівняли його з SCID, при цьому чутливість становила 0,74, специфічність – 0,77, а загальна кореляція – 76%. Використання опитувальників у багатьох галузях клінічної практики та досліджень добре узгоджується з наявними даними. Вони також можуть використовуватися для вимірювання симптомів ПТСР, коли структуроване діагностичне інтерв'ю не є можливим або практичним.

За винятком деяких відмінностей у використовуваних методах і підходах, багато опитувальників взаємозамінні, оскільки одержувані дані стабільні. При виборі конкретного заходу рекомендується перевірити дані, отримані на вибірці для цього заходу. У цьому разі точність і ефективність використовуваного тесту будуть максимальними.

Згідно з DSM-IV, найважливішими клінічними проявами ПТСР є [20; 57; 67; 68 та ін.].

I. Травматична подія наполегливо повторюється в переживаннях одним (або кількома) з таких способів:

1. Подія, пов'язані з нею образи, думки і сприйняття багаторазово і нав'язливо відтворюються, викликаючи сильний емоційний дистрес.
2. Повторюються важкі сни, пов'язані з цією подією.
3. Утруднення у діях або відчуттях, начебто травматична подія переживається заново (включно з відчуттями «повторного переживання»),

ілюзіями, галюцинаціями, дисоціативними епізодами – «флеш беками» (зокрема тими, що виникають у стані сп'яніння)).

4. Інтенсивні переживання труднощів, спричинені зовнішніми або внутрішніми обставинами, які нагадують або символізують травматичну подію.

5. Фізіологічні реакції на зовнішні або внутрішні ситуації.

II. Постійне уникнення пов'язаних із травмою стимулів, блокування емоційних реакцій.

I. Емоційні реакції, заціпеніння (що не спостерігалось до травми).

Визначається наявністю трьох (або більше) з таких ознак.

1. Спроби уникнути думок, почуттів і розмов, пов'язаних із травмою.

2. Спроби уникати дій, місць і людей, які викликають спогади про травму.

3. Спроби уникнути травми.

3. Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

4. Виражена втрата інтересу до раніше значущої діяльності або неучасть у ній.

II. Діяльність.

1) почуття відстороненості або ізоляції від оточуючих.

2) зниження емоційної експресії (наприклад, нездатність відчувати любов).

3) почуття невпевненості в завтрашньому дні (наприклад, відсутність надії на кар'єру, шлюб, дітей, довге життя).

III. Стійкі симптоми наростаючої інвалідності (відсутні до травми).

Це визначається наявністю принаймні двох із таких симптомів.

1. Труднощі із засинанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Труднощі з концентрацією уваги.

4. Підвищена тривожність, підвищена пильність і постійне очікування загрози.

5. Підвищена лякливість.

Необхідною умовою діагностики ПТСР є встановлення тривалості початку ПТСР [67; 68; 85 та ін.]. ПТСР діагностується як посттравматичний стресовий розлад.

Не менш важливими умовами для постановки діагнозу є:

- стан має викликати клінічно значущий дистрес або погіршення самопочуття;

- стан має спричиняти клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших значущих сферах життя.

Наразі існують різні підходи до визначення типів ПТСР [39; 40 та ін.]. А. Городокін класифікує ПТСР таким чином [15]. Гострі симптоми проявляються менш ніж через три місяці, хронічні – більш ніж через три місяці, а відтерміновані – більш ніж через шість місяців після травми.

ПТСР виникає через кілька місяців; у деяких випадках ПТСР триває роками і стає хронічним. ПТСР може тривати роками і переходити в хронічні зміни особистості.

Виокремлюють такі типи ПТСР: гострі симптоми виникають упродовж кількох місяців після травми та тривають не більш як 6 місяців; хронічні симптоми з'являються після 6 місяців і тривають більш як 6 місяців; відтерміновані симптоми з'являються після латентного періоду (місяці або роки) та тривають понад 6 місяців [39; 40; 53 та ін.].

Крім того, деякі автори перераховують так звані вторинні ознаки ПТСР [57; 62; 67; 68; 91 та ін.]. До них належать алкоголізм, наркоманія та токсикоманія, суїцидальні думки та схильність до суїцидальних спроб, депресія, серцево-судинні захворювання, болі різної етіології, сексуальна дисфункція та девіантна поведінка. Таким чином, психологічні наслідки участі в бойових діях проявляються по-різному за змістом, формою та

динамікою. Визначається особистісною структурою та поведінкою ветерана. Негативні наслідки психотравми інтегруються як загальний симптом і формують клінічну картину посттравматичного стресового розладу – патологічного психічного розладу.

Крім того, ПТСР – це конструкт, що має радше соціальну, ніж клінічну спрямованість [39; 57 та ін.]. Це концепція. Не випадково, що проблема виникла після того, як вона була локалізована і «не прийнята» суспільством. Не випадково, що проблема виникла після воєн (В'єтнамської та Афганської), які не були «прийняті» суспільством [97; 98; 99 та ін.].

Саме тому, що з'явилася можливість виокремити, вивчити і забезпечити мінімальний рівень соціальної та державної підтримки відносно невеликій кількості ветеранів.

Важливо також зазначити, що ПТСР, хоча і є «особистою поразкою», частіше зустрічається у військовослужбовців «збройних сил, які воюють» [106; 107 та ін.].

Важливо також зазначити, що хоча «особиста поразка» (моральна) відноситься до солдатів сторони, що «перемогла», ПТСР частіше трапляється в солдатів «армій, які брали участь у війні» [106].

Це також відноситься до солдатів сторони, що «перемогла». Важливим є сам факт «поразки» (катастрофа своїх ідеалів, зміна уявлень про «добро і справедливість»), що створює для учасників принципово іншу соціальну і психологічну ситуацію, негативна проєкція якої може поширюватися на їхнє життя і життя їхніх близьких. Ті самі (часто неусвідомлені або активно негативні) почуття «нез'ясовної провини» (перед загиблими товаришами, вбитими мирними жителями тощо) і «вкрай невдячне» ставлення суспільства (яке розглядає тих, хто воював, як «агресорів», «окупантів» тощо) негативно впливають на морально-етичні якості учасників бойових дій.) чинять негативний вплив на морально-психологічний стан учасників бойових дій, провокуючи виникнення «ідіосинкратичних» посттравматичних розладів і

відповідних (щодо суспільства) «захисно-протестних» форм поведінки значною мірою [106 та ін.].

Профілактика та реабілітація людей, які зазнали впливу стресу, мають здійснюватися задовго до початку захворювання [111; 113 та ін.]. Крім того, її успіх багато в чому залежить від зміни ставлення суспільства (ЗМІ, державних установ) до учасників бойових дій, якості професійного добору та підготовки учасників бойових дій, обмеження тривалості їхнього перебування в екстремальних умовах і своєчасного виявлення осіб зі схильністю до розвитку психічних розладів. Для розв'язання завдання виявлення військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу можна використати Місісіпський бойовий опитувальник PTSD (США), який придатний для застосування в різних умовах тестування [39 та ін.].

Під час психологічного аналізу цієї проблеми виникає питання про бойовий стрес або стрес війни [2; 16 та ін.]. Це форма стресу, що виявляється як стан психічного напруження в осіб, які перебувають у зоні військових дій або в зоні бойових дій, які використовують свої особистісні ресурси для адаптації до умов військових дій.

Для військовослужбовців же бойовий стрес є чинником, що мобілізує всі людські ресурси для забезпечення адаптації до небезпечних ситуацій [2 та ін.]. Цей процес відбувається під впливом тривалого впливу стресорів. Дійсно, соціально-психологічна складова стресу впливає на адаптацію (стійкість або нестійкість) до бойової обстановки.

Крім того, слід зазначити конструктивний або неконструктивний вплив бойового стресу на індивідів, схильних до бойового стресу. Загалом поняття «бойовий стрес» розглядають як інтегративне соціально-психологічне утворення, тобто стан психічного напруження того, хто переживає, використовує потенційні ресурси.

О. Блінов зазначає, що бойовий стрес мобілізує фізичні та психологічні ресурси, щоб психіка могла нормально функціонувати в трьох середовищах: зовнішньому щодо бою (діяльності), зовнішньому щодо соціальної групи та внутрішньому щодо особистості. Цей процес відбувається в умовах інтенсивної, тривалої і потужної дії стресорів [2].

На думку Е. Фoa, специфіка бойового стресу пов'язана з впливом внутрішніх чинників (чинників, що чинять прямий емоційний вплив на індивіда) і зовнішніх чинників (чинників, що чинять непрямий емоційний вплив на індивіда) [106].

Сьогодні в усьому світі ми є свідками дедалі більшої кількості надзвичайних ситуацій, як-от воєнні дії, стихійні лиха, тероризм і соціальне насильство, які призводять до фізичних і психологічних травм населення. Необхідність наукового вивчення психологічної травми очевидна і важлива як для розуміння динаміки процесів, що відбуваються в психіці травмованих людей, так і для пошуку оптимальних шляхів і засобів психологічної корекції.

Багато дослідників стверджують, що психологічна травма небезпечна для людини і впливає на здоров'я набагато сильніше і глибше, ніж фізичні захворювання [99; 107; 110; 111 та ін.].

Даний час існує низька протиріч, які тривалий проміжок часу складаються у цій галузі. Передусім, відзначимо, що не існує єдиного підходу до понять емоційної, психічної або психологічної травми. В психотерапевтичній літературі дані поняття розуміються як шкода, яка наноситься психіці і психічному здоров'ю людини в результаті негативних емоційно-стресових переживань, викликаних життєвою подією, що спричинені безповоротною втратою значимого Іншого [95; 96 та ін.].

Емоційні та стресові переживання виникають у відповідь на негативні ситуації (наприклад, стихійні лиха, фізичні напади, серйозні тілесні ушкодження, нещасні випадки, свідчення жахливих подій, згвалтування,

розрив міжособистісних стосунків, звістка про раптову смерть близької людини) [85 та ін.].

Поняття травми сягає своїм корінням ранніх робіт З. Фрейда та дофрейдистських робіт Ж. Шарко і Ж. Брейера; З. Фрейд висунув першу психоаналітичну теорію травми і стверджував, що це явище глибоко вкорінене в несвідомих емоціях. вважалося, що воно має патогенний вплив і лежить в основі невротичних розладів. Він вважав, що травма походить не від зовнішніх подій, а від самої психіки, розщепленого еґо, що проявляється травматичною тривогою, заснованою на несвідомих фантазіях [108].

У більш пізніх дослідженнях поняття психологічної травми розглядається як специфічний тип стресової реакції в рамках теорії стресу [100; 105 та ін.]. Згідно з цим підходом, травматичний стрес виникає, коли стресор є достатньо сильним і присутній протягом тривалого періоду часу, перевантажує можливості людини (психологічні, фізіологічні та адаптаційні), порушує захисні механізми, викликає тривогу і призводить до психофізіологічних змін в організмі. Хоча адаптаційні можливості організму зазвичай мобілізуються після пережитої стресової події, важливо зазначити, що травматичний стрес може виснажити ці адаптаційні можливості.

У сучасній психологічній науці поняття психологічної травми є дуже поширеним у літературі [62; 69; 72; 96 та ін.]. Однак у теоретико-методологічному аналізі цього явища існують певні неузгодженості. З одного боку, це пов'язано з трактуванням певних аспектів (залежно від школи чи дисципліни). З іншого боку, невпорядкованість у визначеннях зумовлена складністю та суб'єктивністю стресових подій, які не піддаються об'єктивному узагальненню та систематизації. Численні приклади понятійно-термінологічної невпорядкованості та багатозначності простежуються як характерні для всіх психологічних сфер психічної діяльності на підсвідомому рівні [51; 53 та ін.].

Психологічна традиція акцентує увагу на психологічній травмі як порушенні психічної цілісності, спричиненому ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як ненормальна і нездоланна через відсутність захисних механізмів. У цьому контексті слід зазначити, що основним критерієм виникнення травми є не сама подія, а її суб'єктивна інтерпретація [5; 6; 12; 13 та ін.].

Розглядаючи та пояснюючи цю тенденцію в рамках наведеної вище термінології, слід зазначити, що подія розглядається як взаємодія та взаємовплив безпосередньо між індивідом та середовищем, а суб'єктивним факторам, тобто переживанням та розумінню людиною ситуації, її ставленню до неї, її психологічній ідентифікації травмуючої ситуації, відводиться головна роль. Нижче наведено деякі з найбільш важливих факторів, які, як вважається, відіграють важливу роль у процесі психологічної травми.

Багато дослідників визначають психологічну травму як травматичну подію. Деякі визначення психологічної травми в цьому контексті виглядають наступним чином: На думку Л. Грідковець, психологічна травма – це значуща для людини подія, яка глибоко зачіпає її сутність і викликає стійкі переживання [19].

Свої погляди на феномен психологічної травми представив науковець Є. Мазяр [48]. Якщо коротко, то він визначив її як реакцію людини на стресові та травматичні життєві ситуації (такі події, як війна, стихійні лиха, нещасні випадки та автокатастрофи, фізичне, емоційне та сексуальне насильство, невиліковні хвороби та складні медичні операції, втрати, горе та конфлікти). Психологічна травма – це життєва подія, яка зачіпає важливий аспект людського існування і призводить до глибокого психологічного переживання. Автор виділяє такі характеристики психологічної травми: інтенсивність, значущість, важливість і актуальність, патогенність, гострота (раптовість), тривалість, повторюваність і зв'язок з допатологічними рисами особистості [48].

Сучасні дослідження визначають психологічну травму як стан сильного страху, пережитого в потенційно небезпечних для життя ситуаціях, що виходять за межі психічних можливостей людини [37; 38; 41 та ін.]. У такому стані людина не здатна контролювати себе та ефективно реагувати на ці події.

Серед теорій психологічної травми цікавим є підхід, розроблений відомим американським вченим К. Левінім, автором теорії психологічного поля [80; 81 та ін.]. Цей автор вивчав травму не тільки в рамках психології та психотерапії, а й черпав знання з галузей біології, психофізіології та нейропсихології. К. Левін розуміє травму як прорив щита, що захищає людину від різних негативних факторів. Такий прорив супроводжується досить високим відчуттям безпорадності. Психологічна травма часто виникає через брак особистісних ресурсів, необхідних для подолання наслідків травматичної події; на думку К. Левіна, руйнівна сила психологічної травми залежить від особистісної значущості, яку може мати травматична подія, та здатності до саморегуляції [80].

О. Романчук визначає психологічну травму як внутрішній психічний конфлікт, що виникає на ослабленій (зміненій) фізичній основі, особливо в осіб, схильних до психогенної поведінки [72].

Однак Д. Найп розвинув зміст і сутність терміну «психологічна травма», наданого З. Фрейдом, засновником психоаналітичної галузі знань, наблизивши його до сучасного розуміння [57].

Отже, психологічна травма – це залишкове явище емоційного досвіду людини, викликане зовнішнім подразником, що створює психічний дискомфорт і має патологічний вплив на особистість. Метафорично кажучи, психологічна травма – це психологічний шок, який має тривалий вплив на функціонування та подальший розвиток особистості [37].

Таким чином, з психологічної точки зору, психологічна травма – це порушення цілісності функціонування психіки, спричинене ситуацією, яка

суб'єктивно інтерпретується як нездоланна та ненормальна через відсутність захисних механізмів. У цьому контексті варто підкреслити, що основним критерієм виникнення травми є не сама подія, а її суб'єктивна інтерпретація.

Науковці виділяють такі види травми (два основних, інші більш специфічні): шокова травма або травма, що загрожує життю, емоційна травма, травма розвитку, пренатальна травма та пологова травма [29; 32; 33; 37 та ін.].

В рамках наукового дослідження доречно виокремити та визначити термін емоційна травма як один з видів психологічної травми.

Психологічна або емоційна травма не може існувати без травматичної події, до якої психіка індивіда не підготовлена [15; 18; 19 та ін.].

Складність цього дослідження полягає в тому, що на сьогодні немає чіткого визначення терміну «емоція» як окремого психологічного явища, виду поведінки чи психічної діяльності. Проте вчені сходяться на думці, що емоції, безумовно, входять до структури свідомості та мислення і пов'язані з різними когнітивними процесами. Як правило, емоції не мають знань про зовнішні об'єкти, їхні асоціації та зв'язки, а також знань про об'єктивну ситуацію чи подію, в якій відбувається активність об'єкта. Їх особливість полягає у виразності зв'язку між мотивом і його реалізацією. Це можливо тому, що емоції є особистісними утвореннями.

Тому можна припустити, що емоція – це інтеграція розуму і почуття, короткочасний емоційний стан, а «особистість» емоції є універсальною.

Так термін «емоційна травма», зазначає, що використання терміну «психічна (психологічна) травма» підкреслює той факт, що об'єктом шоку і подальшої травми є психіка особистості. А коли вживається термін «емоційна травма», то маються на увазі, насамперед, сильні негативні емоції як основний суб'єктивний шоківий фактор психіки, що виникає в несприятливих ситуаціях навколишнього середовища. По-друге, він підкреслює, що саме сильні негативні емоції, дисоційовані, ізольовані і таким

чином «застрягли» в ізольованих нейронних зв'язках індивіда, стають «енергетичним ядром» патологічного комплексу і визначають перенесення травматичних спогадів, що виникають з минулих негативних ситуацій, на теперішні позитивні ситуації [62].

Якщо акцентувати увагу на цих поняттях, то можна побачити, що «емоційна травма» є різновидом психологічної травми, а основний суб'єктивний шоківий фактор психіки є лише сутнісною ознакою терміну «психологічна травма», що заперечує автономність вищезгаданого терміну.

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

Вторинними факторами емоційної травми є:

1) флешбеки – це психологічні явища, при яких людина раптово переживає повторення інтенсивного минулого досвіду. Це психологічний феномен, при якому минулий досвід або елементи минулого досвіду раптово, інтенсивно і багаторазово переживаються;

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

3) уникнення – явище, при якому людина докладает спеціальних зусиль, щоб уникнути чогось, наприклад, певного місця, яке вимагає багато зусиль, часу, грошей тощо;

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

На місці травматичної події у людини може виникнути гостра стресова реакція, яка триває від кількох хвилин до кількох годин. Переживання травматичної події може перерости в гострий стресовий розлад, який може включати:

- гострий стресовий розлад може перерости в хронічний стресовий розлад;

- постгострий стресовий розлад, що триває від одного до трьох місяців.

Він триває місяцями.

- хронічний посттравматичний стресовий розлад триває від трьох місяців до всього життя;

- відстрочений посттравматичний стресовий розлад – це розлад, при якому симптоми з'являються через півроку після травматичної події (або ланцюга подій), тобто початок відстрочений, що часто ускладнює розуміння людиною причини своїх труднощів.

Виходячи з цього, ми розглядаємо емоційну травму як життєву подію, яка додатково посилюється появою інтенсивних «негативних» емоцій, що можуть призвести до розладів адаптації, розладів, пов'язаних зі стресом, та психічних розладів з фізіологічними наслідками (психосоматичних розладів). Ці розлади характеризуються нав'язливими думками та переживаннями, пов'язаними з подією. По суті, ці переживання мають регресивний характер і відображають, так би мовити, травму розвитку, що повторюється в нові періоди життя. Загалом, «застрягання» в травматичній ситуації називається «психологічною травмою».

В останні роки спостерігається помітне зростання інтересу до досліджень психологічних травм (психотравм) та їх впливу на особистість. На нашу думку, серед індивідуальних механізмів, що сприяють розвитку психологічної травми, слід виділити наступні періоди дитинства.

В основі дитячого етапу розвитку особистості лежить уявлення про інстинктивне функціонування психіки. Цю вроджену і природну діяльність психіки часто називають «підсвідомою» (цей вид психічної функції точніше називати сукупністю безумовних рефлексів). Всі ці механізми є комплексом різних реакцій, які не опосередковані свідомою роботою мозку.

Це підтверджує той факт, що організм керується природними інстинктами, які спрацьовують для підтримки його функцій навіть тоді, коли психіка індивіда є абсолютно незрілою і дисфункціональною. Саме такий спосіб сприйняття, інтерпретації та рефлексії реальних явищ у дитячому віці

дає змогу вченим виявляти справжні причини психічних розладів та психогенних захворювань.

Встановлено, що важливим аспектом феномену психологічної травми є поєднання певних ситуацій, в яких відомий факт або об'єкт несподівано постає перед людиною в раніше невідомому вигляді [36; 37 та ін.]. Водночас такі явища, як втрата надії, зрада, обмануті очікування не викликають реакції на образ, оскільки людина не усвідомлює свого «Я». Незрілі люди сприймають катастрофічні події несвідомо і не усвідомлюють сильний комплекс вражень. Такі сильні і нерозв'язані емоційні імпульси приховані від свідомості, що дозволяє повністю забути подію [30; 32; 33 та ін.].

Слід зазначити, що на рівні вегетативної нервової системи переживання сильного потрясіння може відбутися лише в тому випадку, якщо воно інтерпретується як реальна загроза фізичній безпеці. При цьому система безумовних рефлексів дитини готує ґрунт для формування нових елементів, які можна назвати зачатками умовних рефлексів [15; 16 та ін.].

Наступний важливий механізм – емоційна депривація. Емоційна депривація виникає тоді, коли не задовольняється одна з базових потреб людини – потреба в любові. Оскільки емоційна депривація є наслідком батьківської черствості та бездушності, особистість переносить цю патологію у партнерство – регресивну стратегію поведінки, спрямовану на задоволення базових потреб індивіда. Процес адаптації спрямований на збереження цілісності психіки за будь-яких обставин і всіма доступними соціально-психологічними ресурсами. Успішна психологічна сепарація залежить від відповідного віку періоду зростання та формування цілісного «Я», що неможливо в емоційно неблагополучних сімейних стосунках. Тому, передаючи батьківську роль партнеру, людина несвідомо намагається заповнити внутрішню емоційну порожнечу і таким чином руйнує динаміку рольового розмаїття та розвитку стосунків [17].

Симптомами емоційної депривації є порушення емоційної поведінки, порушення особистісних емоційних реакцій, зниження рівня комунікативної та пізнавальної активності, дефіцит і недорозвиненість мотиваційної сфери та особистісних потреб [17].

Важливим аспектом є психологічної травми (смерть близької людини, втрата колишнього «Я», втрата внутрішньої рівноваги та контролю над своїм життям, втрата сімейних цінностей та сенсу життя, втрата ідеалів, безпеки, втрата здатності довіряти собі та іншим) [18; 19 та ін.]. Особистісні механізми включають соціальні втрати, такі як втрата або розрив стосунків з друзями, сім'єю та родичами, втрата соціального статусу, втрата дружби та рідного міста. Колективні техногенні катастрофи (війна, репресії, етнічне насильство, економічні та екологічні кризи).

Психофізіологічні фактори мають ті самі виміри, що й особистісні. Екстремальні переживання, що сприймаються організмом як загроза життю, іноді називають травмою. Мозок, який відповідає за базову безпеку, запускає автоматичну реакцію на загрозу, систему реагування, що охоплює як розум, так і тіло [2; 6; 12 та ін.].

Коли ні опір, ні втеча неможливі, спрацьовує примітивний захисний механізм знерухомлення. Зовні людина нібито перебуває в комі, але всередині неї є величезна кількість незарядженої енергії, яка сприймається як небезпека. Спосіб, яким організм змушений справлятися з цим – дисоціація [8; 29; 42; 43 та ін.].

Під час травматичної події інформація про запахи, образи і тілесні відчуття зберігається в різних ділянках мозку (таламус, гіпоталамус, гіпофіз, ретикулярна формація) через перцептивні канали, а також відбуваються зміни в лімбічній системі (мигдалеподібне тіло, гіпокамп). У цьому випадку час завмирає до нуля і психосоматична травматична подія не закінчується. Пусковим механізмом травматичної реакції може бути запах, пов'язаний з травматичною подією, поза тіла, поява образів, що нагадують навколишнє

середовище або особистість кривдника. Людина втрачає контакт з реальністю, потрапляє у вир травми і починає поводитися так, ніби травматизація відбувається в реальному часі [44; 48; 54 та ін.].

Фрагментація досвіду також має важливе значення. Уявні процеси можуть дисоціювати з почуттями, емоції та образи – з усвідомленими знаннями, а свідомість – з тілом. Дисоціація пов'язана з тим, що одна частина психіки активно атакує іншу, ніби нормальні інтегративні тенденції насильно блокуються. Самоагресивна природа дисоціації призводить до ряду симптомів, самоушкодження і аутоімунних розладів на фізичному рівні. Через війну дисоціації частина особистості залишається на периферії. Інакше кажучи, свідомість приймає лише частину особистості і боїться зіштовхнутися з іншими частинами.

Варто зазначити, що цей феномен сильно варіюється в різних дослідженнях. Існують різні погляди не тільки серед різних авторів, але й серед різних наукових шкіл в одній галузі. Доречно також підкреслити, що погляди на природу цієї категорії є суб'єктивними [69; 70 та ін.].

Необхідно також наголосити на деталях впливу стресорів на людину. По-перше, зовнішні стресори або фактори фрустрації (нестача або відсутність особистісних ресурсів, які сприяють самореалізації або задоволенню потреб людини, втрата близьких, криза або конфлікт). На думку Т. Дембо, зовнішні стресори перешкоджають досягненню цілей або виходу з проблемних ситуацій; на думку Р. Баркера та К. Левіна, наявність нездоланих перешкод на шляху до важливих цілей спричиняє регрес, а також агресію та уникнення як неконструктивні стратегії подолання криз і конфліктів [93 та ін.].

Зовнішніми умовами, які також виступають стресовими факторами, є відповідні організаційні умови місця (професійний стрес, зумовлений специфікою професійної діяльності та невідповідними умовами, що в сукупності спричиняє синдром професійного вигорання) (Т. Савченко) [73].

Симптомами зовнішніх стресових факторів є безсоння, емоційна тривожність, порушення опорно-рухового апарату, серцево-судинні розлади та суїцидальні тенденції (О. Брюховецька) [7].

До внутрішніх чинників стресу належать особливості темпераменту особистості (специфіка стресової реакції, застійний та флегматичний типи демонструють уповільнену стресову реакцію і переносять хронічні стресові ситуації за винятком екстремальних; меланхолійний тип чутливий до стресових чинників та уникає їх наслідків. На відміну від них, активно-оптимістичний тип характеризується стійкістю та швидкою адаптацією до стресових факторів.

Важливими є також наступні фактори стресу. Специфіка емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною (П. Кріттенден) [102], деструктивні стилі виховання, психологічні травми (Дж. Герман) [12], сімейний сценарій, особливості нервової системи та інші.

Передумовами, що протидіють негативному впливу стресора, є стійкість до стресу, стабільність психічної організації, стійкість до раптових змін обставин, тривожність, психодинамічні характеристики (наприклад, сензитивність, нейротизм, саморегуляція), особливості інтелектуальної та мисленнєвої діяльності, особистісні характеристики (впевненість у собі, ціннісне ставлення до себе, інших і світу). До особливостей впливу стресорів на особистість належать: специфіка реакції на стресор (детермінована - недетермінована), ставлення до стресора (нехтування, трансформація, абстрагування), сприйняття стресора (об'єктивність – суб'єктивність) [67; 68; 69 та ін.].

Факторами, що унеможливають адаптацію до стресорів, є високий рівень невротизації, неконструктивні психологічні захисти та копінг-стратегії, низька стресостійкість.

Отже, підсумуємо:

1. На основі філософських та психологічних концепцій встановлено, що психологічна реабілітація людини, яка зазнала впливу стресогенного чинника, – це цілеспрямований та раціональний психологічний вплив на відповідні психологічні структури з метою створення умов для повноцінного розвитку та функціонування особистості.

2. Теоретичний аналіз, який показав, що комплексна реабілітація жертв стресу – це цілісна і специфічна система методів психологічної допомоги, що надається конкретній людині, яка переживає вплив стресового фактору в процесі свого розвитку, за допомогою правильно підібраних і ретельно застосованих психологічних впливів в конкретній ситуації Система будується наступним чином. Важливою умовою успішності заходів, що вживаються під час індивідуальної психологічної корекції в рамках комплексної реабілітації, є знання особливостей розвитку та можливих труднощів осіб, які зазнають впливу стресових факторів, в цілому і, відповідно, психологічного впливу на психіку цих осіб за допомогою відповідних методів психологічної корекції.

3. Одним з найважливіших завдань комплексної реабілітації осіб, які зазнали впливу стресових факторів, є надання психологічної допомоги, яка допоможе їм реалізувати свій особистісний потенціал, досягти гармонії у внутрішньому світі, покращити психологічне самопочуття, зміцнити та зберегти психічне здоров'я. Така психологічна допомога - це психосоціальна практика, спрямована на допомогу людям, які зіткнулися зі стресовими факторами, у вирішенні проблем, пов'язаних з їхнім психічним життям.

1.2. Специфіка надання психологічної допомоги постраждалим, які пережили дію стрес-фактору

Бажання захистити і врятувати людей у небезпеці - дуже сильне людське прагнення. Багато фахівців гуманітарних спеціальностей дійсно хочуть

допомогти, а робота з травмованими людьми дає об'єктивну можливість запобігти виникненню багатьох психічних розладів. Перш за все, при роботі з травмою необхідно мінімізувати хронічні посттравматичні реакції.

Тому розглянемо деякі типові способи роботи зі стрес-факторами [138; 139 та ін.].

Отже, профілактичні втручання можливі лише за умови переконання учасників у необхідності колективної відповідальності та важливості ролі, яку відіграє група в процесі індивідуальної допомоги постраждалим від травми. Таким чином, ефективність і логіка надання психологічної допомоги під час травми залежить від культури, системи цінностей і норм, що існують у суспільстві. Ця інформаційна система охоплює сукупність переконань про цінність і важливість індивідів у межах більшої соціальної групи. Дебрифінг виник з бажання людей допомогти тим, хто страждає, а не з пошуку стабільного обґрунтування та перевірки його на практиці. Так, профілактичні втручання розглядаються як соціальний рух і метод клінічного впливу [126 та ін.].

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

Наративна традиція. Під час Другої світової війни Р. Маршалл використовував і розвинув процедуру допиту [121]. Він вважав за необхідне проводити дебрифінги з солдатами на полі бою одразу після конфлікту, якщо це можливо, стверджуючи, що для оцінки денного бою потрібно сім годин.

Однак однією з головних функцій таких зустрічей був збір інформації. Р. Маршалл стверджував, що емоційний ефект дебрифінгу полягає у духовному зціленні і моральному зміцненні, і що солдати, як правило, отримують задоволення від цього процесу. Метод дебрифінгу Р. Маршалла – це структуроване втручання, яке поважає досвід, біль та емоційні реакції людей, які пережили подібну травму. Він вважав техніку дебрифінгу достатньо простою, щоб її могли застосовувати командири без спеціальної підготовки. Таким чином, дослідження Р. Маршалла дозволили військовим побудувати наративи та вербальні репрезентації травматичного досвіду [121].

Групова психотерапія. Ще однією парадигмою моделі критичного інциденту є групова психотерапія. Лінді та його співавтори описали і пояснили феномен травматичної мембрани, яка формується навколо травмованих людей. Мембрана травми - це атмосфера мовчазного розуміння, яка оточує травмовану людину. Групова терапія використовує терапевтичний вплив групи, підтримку та взаємодію між членами групи для полегшення стану жертви та зміни поведінкових реакцій. Основною метою групової терапії є підвищення адаптаційного потенціалу групи в цілому, а не окремої людини [9; 45; 52 та ін.].

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

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

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

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

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

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

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

Теоретична складність, яка виникає при аналізі наведених вище тверджень, полягає в тому, що люди, які страждають від стресів, відрізняються від інших тим, що їхня біологічна реакція на стрес є гострішою. Якщо люди з нормальною фізіологічною реакцією на стрес не страждають від ПТСР, виникає питання, чи можуть терапевтичні втручання змінити цю реакцію і підвищити ризик розвитку ПТСР. Виходячи з основного принципу «не нашкодь», необхідно показати, що екстрені психологічні втручання не зменшують адаптивних психологічних реакцій [104; 108; 112 та ін.].

Тому теорія дебрифінгу є надзвичайно надійною.

Дебрифінг стресу після критичного інциденту (CIDS) був вперше описаний Мітчеллом як метод групової психологічної допомоги для роботи з людьми, які пережили травматичну подію на роботі. Хоча дебрифінг є

різновидом кризового втручання, він відрізняється від психотерапії; DSCI та інші моделі дебрифінгу є вільно структурованими процедурами, спрямованими на зменшення первинного дистресу та запобігання відстроченим психологічним порушенням, зокрема стресу. Метою дебрифінгу є нормалізація емоційних реакцій та підготовка до майбутніх травматичних подій [106; 121 та ін.].

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

Основна увага приділялася психологічним реакціям людини на травматичний вплив, а не минулому досвіду, який вплинув на ці реакції. Під час лікування не ставиться жодного психіатричного діагнозу і наголошується на нормалізації. Мітчелл і Еверлі вважають, що дебрифінг слід розуміти як частину систематичного, багатофакторного підходу до управління травматичним стресом. Іншими словами, дебрифінг слід використовувати як окрему процедуру психологічної допомоги, що проводиться одночасно. Цю думку поділяють й інші фахівці, які використовують дебрифінг як окремий підхід до надання допомоги після травматичної події. DSCI Мітчелла складається з семи етапів. На першому етапі учасникам пояснюють мету і характер опитування та дають інструкції. На етапі опису події учасників просять описати, що з ними сталося, і заохочують висловити емоції, які виникли, але детальний аналіз емоційного стану на цьому етапі не проводиться.

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

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

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

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

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

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

2. Передбачуваність і факти. На цій фазі дистресивна подія обговорюється якомога детальніше, без особливої уваги до думок, почуттів, переживань чи емоційних реакцій. Учасників також запитують, чи могли вони передбачити цю подію (це допомагає учасникам зосередитися на події і зрозуміти причини психологічних реакцій, наприклад, дітей, які раптово

опинилися в зоні бойових дій). У деяких випадках це дуже важливо і може посилити інтенсивність травматичної ситуації).

3. Думки та враження. Після обговорення фактів проаналізуйте думки та враження. За допомогою запитань (Які думки прийшли вам у голову, коли ви зрозуміли, що отримали травму?):

- а) вибудовується загальна картина ситуації;
- б) розглядаються та аналізуються реакції людини;
- в) інтегрується травматичний досвід.

Запитання про те, що людина бачила, чула, відчувала, нюхала і пробувала на смак у той час, викликають сенсорні враження всіх модальностей. Метою таких запитань є реконструкція образу події.

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

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

порушення сну з кошмарами, дратівливість, сором, провина, агресія, підвищена пильність, підвищена реакція на переляк.

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

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

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

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

Інша модель, створена для роботи з персоналом Червоного Хреста, – Модель дебрифінгу при множинному стресі – включає елементи інших моделей дебрифінгу, але у першу чергу призначена для превентивної роботи з тими, хто переживає сильний стрес до травматичної події. Дебрифінг складається з чотирьох етапів. На першому етапі обговорюються почуття і реакції, які можуть виникнути у зв'язку з подією. Далі обговорюються

стратегії подолання, в тому числі ті, які людина використовує в інших стресових ситуаціях. Нарешті, обговорюються конкретні моделі поведінки після травматичної події, а також необхідність обговорювати свій досвід і почуття зі значущими іншими [127; 129 та ін.].

Нещодавно модель ПД була модифікована для використання з групами травмованих осіб у посттравматичному періоді. Модель індивідуального дебрифінгу представлена 7-етапним втручанням, подібним до моделі Мітчелла. За відсутності групових факторів підтримки, індивідуальний дебрифінг фокусується на індивідуальному досвіді та реакціях. Оскільки груповий елемент в індивідуальній роботі є важливим для дебрифінгу, техніки повинні бути спеціально адаптовані. В індивідуальному дебрифінгу терапевт нормалізує реакції людини, надаючи інформацію, що ґрунтується на знанні минулих травм клієнта та опублікованій літературі, а не на спостереженнях за груповою роботою.

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

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

Отже, з проаналізованих досліджень можна зробити висновок, що ПД є найбільш ефективним, коли використовується для виявлення груп ризику, підвищення освітнього рівня, надання інформації та підтримки морального

духу. Також були виявлені деякі негативні наслідки індивідуальних ПД, але загалом групові ПД не впливають на відстрочені психологічні стани. Слід додати, що комбіновані втручання найкраще рекомендувати особам з високим ризиком розвитку посттравматичної психопатології.

Виходячи з вищезазначеного, звертаємо увагу на наступні моменти:

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

2. Визначити структуру комплексної реабілітації людей, які пережили стресовий вплив. Описано основні види комплексної реабілітації осіб, які пережили вплив стресора, що відрізняються за корекційними завданнями, характером спрямованості, засобами корекційного впливу та формами організації. Автор поділяє комплексну реабілітацію осіб, які відновлюються після впливу стресора, на корекцію емоційного розвитку, корекцію сенсорної, перцептивної та інтелектуальної діяльності, психологічну корекцію поведінки та корекцію психічного стану людини. Особливу увагу слід звернути на здійснення комплексної реабілітації. Комплексну реабілітацію можна розділити на наступні напрямки: корекція когнітивних порушень, корекція порушень емоційно-вольової сфери та корекція поведінки. Окреслено загальні складові технології психологічної реабілітації – методологічний, змістовий та технічний компоненти. Також представлено

специфіку технології психологічної реабілітації, зокрема стратегічні та тактичні питання, врахування різних чинників, свідому активність, проактивний характер та види засобів. Крім того, актуалізовано основні принципи комплексної реабілітації: уніфікації та заміщення, нормативного розвитку, заміщення «зверху вниз», заміщення «знизу вгору», системного розвитку психоактивності, принцип діяльнісного заміщення, принцип комплементарності, принцип імунітету, принцип «від інших». Автор перераховує цілі комплексної реабілітації осіб, які зазнали впливу стресових факторів: позитивне формулювання, кореляція з тривалістю зайнятості, врахування життєвої перспективи розвитку особистості та ефектів реабілітації через регулярні часові інтервали.

1.3. Сучасні підходи до комплексної реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів

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

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

Комплексна реабілітація людей, які зазнали впливу стресових факторів, спрямована на гармонізацію особистості, що включає збалансування внутрішніх блоків і розладів (О. Нагула) [55].

Е. Шостром вказує на важливість особистісної корекції у розвитку творчої та відкритої особистості [136]. Оскільки такий розвиток відбувається через тісний контакт між людьми, то в роботі психологічної корекції важливим є виникнення особливих оптимальних умов для міжособистісної взаємодії. Людина хворіє тому, що їй бракує необхідних умов для розвитку, тому що затримуються нормальні процеси психологічного становлення.

Типи проблем, які ускладнюють становище людини, можуть бути вирішені в ранньому віці або на етапі розвитку, якщо їх не попередити або адекватно не відкоригувати. Якщо проблема не є надто небезпечною і складною для вирішення, особистість або затримує свій розвиток, або посилює захисні механізми. Такі особистості не можуть психологічно розвиватися, адже, як відомо, за А. Адлером, психологічний розвиток відбувається у русі від орієнтації на себе до співпраці з іншими та конструктивного оволодіння суспільно корисними новоутвореннями.

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

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

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

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

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

Перш за все, повинен бути сильний інтерес до людей, їх способу життя, почуттів, фантазій і думок, а вирішення своїх внутрішніх психологічних проблем призводить до відчуття унікальності, особистої неповторності і відповідальності за зміст і сенс свого життя.

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

Згідно з його людською етикою, мета формування зрілої особистості - бути собою, а умова для цього – бути «людиною для себе», яка усвідомлює власні життєві проблеми. Це не означає егоїстичне та споживацьке ставлення

до навколишньої дійсності, а втрату байдужості до себе (а отже, й до інших), усвідомлення своєї істинної основи та прийняття відповідальності за власне існування та поведінку.

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

Поведінка в цьому випадку не є вільною і поміркованою, а суперечить інтересам власного розуму і суб'єкта. Людина мимоволі пригнічує власну природу, стає більш жорсткою і слухняною шкідливим стереотипам. Психологічна зрілість означає позбавлення від стереотипної поведінки, руйнування та байдужості до власної сутності. Самоприйняття і любов до себе (без нарцисизму та егоїзму) дають можливість сформулювати загальнолюдські цінності і спиратися на них.

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

Дослідник-гуманіст А. Маслоу стверджує, що людина зраджує себе, коли замість того, щоб наближатися до самореалізації та розкриття свого потенціалу, вона перебуває в постійній стагнації та регресі не заради розвитку, а лише через страх смерті [120]. Тривога, безнадія, туга, відсутність задоволення від життя, почуття провини, відчуття порожнечі та незалежності

руйнують творчий потенціал. Звичний спосіб життя важко подолати: імпульси, бажання і задоволення стають поганими порадиниками в житті. Це тому, що імпульси збивають зі шляху.

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

Самоактуалізація вимагає здатності відмовитися від дитячого бажання поставити весь світ у центр, прийняти невід'ємне існування особистих ресурсів і здібностей, взяти на себе відповідальність за їх реалізацію і зайняти зрілу позицію, яка інтегрує об'єктивну і духовну реальність. Процес самоактуалізації характеризується суб'єктивною задоволеністю життям, цінністю емоційних переживань і внутрішнього життя.

Італійський психоаналітик Р. Ассаджіолі, аналізуючи роботи попередніх дослідників (наприклад, З. Фрейда, К. Юнга) в теорії психосинтезу, звертає увагу на розвиток цілісної та гармонійної особистості в єдності свідомого та несвідомого аспектів [17]. Він вважає, що незнання або нерозуміння себе, яке нівелює здатність контролювати себе, змушує людей відчувати почуття «єдності» і в той же час викликає «внутрішній поділ». Пізнаючи несвідоме з його конфліктами, протиріччями та страхами, людина має можливість пізнати себе, позбутися своїх страхів, слабкостей та провини, взяти себе під

контроль. Знайомлячись зі сферою несвідомого, особистість усвідомлює своє справжнє «я», центр своєї особистості, відчуває вивільнення духовної енергії, яку можна спрямувати на перебудову та оновлення особистості.

На думку вчених, цей шлях передбачає формування нових особистісних уявлень про розвиток і життя кожної людини [126; 134 та ін.]. Така трансформація вимагає напруження душевних сил і проходить через важливі етапи, пов'язані з розвитком регресії та деструктивної поведінки, які характеризують процес об'єднання фрагментованих частин особистості. Вищий рівень саморозуміння, лаконічне розуміння, шлях до якого ще потрібно висвітлити, подолання труднощів у самостваленні, сприяє оновленню особистості, трансформації та сублимації енергій у несвідомій сфері та розвитку внутрішнього відчуття незалежності, гнучкості, впевненості та автономії.

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

Таким чином, наведені вище характеристики успішно самоактуалізованої особистості подібні до показників психічного здоров'я та благополуччя, на які спрямована психологічна корекція особистості. Конструктивні зміни особистості передбачають не лише досягнення психологічного благополуччя, але й вихід за межі певної «рутини» через реалізацію бажань творчого потенціалу; Р. Ассаджіолі припускає, що невротичні суб'єкти виділяються серед інших не деструктивністю, а «нормативністю». Він вказує на те, що вони прагнуть наблизитися і досягти збалансованого та оптимального стану душі. Особистість, що регенерує, долає цю стадію і рухається до самореалізації.

Згідно з психодинамічною теорією, психічна енергія, вивільнена несвідомим пізнанням, спрямовується на професійну самореалізацію. Відкривається внутрішній світ іншої людини, що дозволяє зрозуміти плинність моменту, вловити ситуацію «тут і зараз» та емпатично відчутти емоційний настрій співрозмовника.

При цьому усувається стереотипний підхід до суб'єкта, що дає можливість модифікувати свою поведінку відповідно до його психологічних особливостей. Крім того, психологи можуть оволодіти феноменом дистанції і, за необхідності, зменшити або ліквідувати її.

Т. Яценко наводить низку критеріїв, які свідчать про добре адаптовану особистість [86, с. 31].

1) глибоке знання власного несвідомого простору та особистісних особливостей, усвідомлення потреб і можливостей, розуміння природи свого «Я»;

2) здатність приймати світ та інших такими, якими вони є, володіти знаннями про потреби та можливості людей, вміння відволікати увагу та розуміти інтереси інших;

3) утвердження гуманістичної системи цінностей, яка не суперечить унікальності духу особистості та спонукає до її творчої реалізації в суспільстві;

4) досягнення стану психологічної зрілості. Це означає здатність брати на себе відповідальність за власну поведінку, життєву та професійну самореалізацію;

5) інтеграція та гармонія раціонального та емоційного аспектів особистості, відкритість до набуття нового досвіду та його когнітивної обробки;

6) схильність співвідносити духовну реальність з об'єктивною дійсністю, мінімізуючи марнотратство та відхилення від реальності;

7) здатність відсторонитися від відчуття емоційно-психологічної вразливості та перетворити себе на об'єкт дослідження для самоусвідомлення та самокорекції;

8) здатність трансформувати духовну енергію в суспільно корисну працю та отримувати задоволення від процесу самореалізації;

9) здатність засвоювати професійні знання в їх цілісності та взаємозв'язках;

10) вміння конструктивно працювати з людьми та будувати з ними партнерські стосунки, зберігаючи при цьому особисту незалежність і почуття власної гідності;

11) комфортне відчуття себе в ситуаціях спілкування та професійної взаємодії, в межах психологічної безпеки;

12) розуміння власного внеску в ситуації спілкування;

13) сильне почуття вдячності до інших.

Таким чином, особистісна адаптація – це не ідеальний стан, а насамперед процес роботи над собою, розвиток здатності до відволікання та самоаналізу, вміння аналізувати проблеми інших, гуманістичної спрямованості та самореалізації. У практичній психології сумісність означає розуміння власних захисних тенденцій та усвідомлення відхилень від реальності через вплив власних больових точок.

Тому різниця між зміненою людиною полягає в ступені розвитку здібностей до самокорекції та вмінні якісно підійти до пізнання власної особистості й усвідомлення власних базових характеристик. Некоректність – це тягар особистісних проблем (внутрішніх протиріч), невирішеність яких призводить до особистісної деструкції.

На думку Т. Яценко, некоректність можна пояснити наступними дисфункціональними особливостями особистості [87, с. 300].

1. Суб'єкт ефективно працює лише у звичних умовах і серед людей, адаптованих до його психологічних особливостей.

2. Боїться зміни свого стану спілкування, вільного функціонування та самореалізації.

3. Закритість до нового досвіду та пізнання природи власної душі.

4. Непослідовність поведінки, суперечність між намірами та реальними діями, спрямованими на їх реалізацію.

5. Неузгодженість між цінностями та життєвими позиціями.

6. Різкі зміни настрою, незадоволеність собою та оточуючими.

7. Агресія, вербальні прояви агресії.

8. Нехтування соціальною та перцептивною інформацією, викривлення та інтерпретація сприйняття реальності.

8. Виявлення зовнішніми спостерігачами.

Комплексна реабілітація – це система корекційних заходів, які забезпечують адаптацію людей, що зазнали впливу стресових факторів.

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

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

Другий етап – становлення теорії та практики психокорекції [45; 46; 52 та ін.]. На цьому етапі психокорекцію пов'язують із застосуванням експериментальних психологічних методів у системі психологічних досліджень і появою методик корекційної роботи. Цей етап пов'язаний з ім'ям М. Монтесорі [80]. Ця дослідниця розробила корекційні матеріали,

спрямовані на розвиток пізнавальних (сенсорно-моторних) процесів дітей. Основним стрижнем її теорії є «концепція сенситивних періодів розвитку дитини».

Третій період пов'язаний зі створенням єдиної концепції аномального розвитку, визначенням загального поля корекції і формуванням методологічної концепції психологічної корекції як самостійної галузі. Психодіагностичні та корекційні процедури розроблялися і для інших категорій дітей (дітей з порушеннями мовлення, зору, сенсорних порушень).

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

Таким чином, типовими видами комплексної реабілітації вважаються наступні [6; 62 та ін.]:

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

методів і способів, спрямованих на роботу з конкретною людиною або групою для вирішення психологічних проблем).

Сфери застосування комплексної реабілітації [6] включають:

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

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

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

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

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

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

Комплексні реабілітаційні технології також мають такі характеристики [6; 62]:

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

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

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

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

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

Загалом можна виокремити такі основні принципи психічної корекції:

- принцип єдності реабілітації та корекції. Відображає спільність процесу надання психологічної допомоги. Цей принцип є невід'ємною частиною всієї комплексної реабілітації. Це пов'язано з тим, що реабілітаційна та корекційна робота залежить від комплексності, повноти та глибини попередньої діагностичної роботи.

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

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

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

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

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

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

рівня розвитку, досягнутого на момент постановки діагнозу, з позиції і під кутом зору центральної лінії розвитку;

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

Науковець О. Педченко називає основні принципи пізнання наступним чином [88]:

1. Принцип додатковості наголошує на тому, що в процесі вивчення психіки слід враховувати як свідому, так і несвідому сфери: «Принцип додатковості стосується реальностей, які відрізняються своїми функціональними протиріччями і несумісністю, але при цьому існує можливість вивчення їх як єдиного цілого».

2. Принцип «від іншого» стосується також того, як психолог як професіонал має ставити запитання та мобілізувати прагнення учасника до активності під час взаємодії з учасником.

3. Принцип «від іншого» формує методологічну основу для виявлення проявів несвідомого, інтегрованого зі свідомим, у спонтанному акті активності суб'єкта. Він втілює передумови для оптимізації процесів діагностики та корекції на межі між сферами свідомості та несвідомого. Цей принцип визначає методологічне застосування принципу додатковості та вказує на конкретні шляхи побудови глибинного усвідомлення.

Принцип діє в параметрах бажаності, а не необхідності. Тому вся діагностична та корекційна процедура терапевтичної групи підпорядкована вимогам активної дезінтеграції та вторинної інтеграції на вищих рівнях психічного розвитку. Позитивна дезінтеграція має загальну та багатоступеневу структуру і базується на процесуальному характері діагнозу.

Важливим аспектом реабілітації є визначення цілей і завдань [4; 6 та ін.]. По-перше, метою психологічної реабілітації є корекція відхилень у розвитку особистості.

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

- біологічна модель: пояснюються причини порушень розвитку переважно повільним темпом органічного дозрівання;
- медична модель: вважається, що труднощі в розвитку особистості спричинені патологіями;
- психодинамічна модель: вважається за необхідне виявити несвідомі причини важких переживань і хворобливих симптомів. Подолання цих причин різними способами дає можливість контролювати і частково опановувати поведінку, тим самим дозволяючи людині розвиватися;
- інтеракціоністська модель фокусується на перешкодах у взаємодії особистості з навколишнім середовищем;
- діяльнісна модель вбачає основну проблему відхилень у розвитку особистості у несформованості провідних видів діяльності та інших видів активності, необхідних для відповідного етапу.

Безумовно, реабілітація пов'язана з практикою психічної корекції, і Т. Яценко перераховує наступні теоретичні моделі практики психічної корекції [88; 89]:

- психоаналітична модель стосується специфічного змісту вирішення травматичної функції, проблеми особистісного розвитку, через усвідомлення індивідуального досвіду. Найголовніше, вона трансформує несвідомий конфлікт особистості у свідомий і створює умови для повторного

переживання цієї емоційної травми з метою аналізу та розуміння її ролі в подальшому житті людини. Терапевт фокусується на прояві «перенесення» в груповій моделі та його реалізації в ситуації «тут і зараз». Важливо відстояти об'єктивацію витіснених стереотипів. Через психоаналіз можна дістатися до суті травматичного досвіду, який спричинив психологічну проблему;

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

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

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

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

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

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

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

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

- цілі комплексної реабілітації повинні бути сформульовані в позитивній формі, яка заохочує можливості для особистісного розвитку і прояву особистої ініціативи. І навпаки, негативні форми є заборонними і обмежують такі можливості. Негативні форми представлення цілей комплексної реабілітації мають бути усунені, оскільки вони визначають поведінку особи та її прояви. Позитивні форми представлення цілей комплексної реабілітації включають опис таких форм поведінки особистості та особистісних структур,

які необхідно створити. Такий формат заохочує до постановки перспективних цілей для самовираження та саморозвитку особистості;

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

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

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

Психологічні особливості комплексної реабілітації осіб, які пережили дію стрес-фактору, наведено у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Психологічні особливості комплексної реабілітації осіб, які пережили дію стрес-фактору

Комплексна реабілітація осіб, які пережили дію стрес-фактору			
<i>Види</i>			
за завданнями	за характером спрямованості	за засобом впливів	за формою організації
<i>Галузі</i>			
комплексна реабілітація емоційного стану	комплексна реабілітація сенсорно-перцептивної та інтелектуальної діяльності	комплексна реабілітація поведінки	комплексна реабілітація психічного стану особистості

Продовж. рис. 1.1

Специфіка застосування комплексної реабілітації				
Комплексна реабілітація недоліків когнітивної діяльності		Комплексна реабілітація недоліків в емоційно-вольовій сфері		Комплексна реабілітація поведінки
<i>Технології комплексної реабілітації (компоненти)</i>				
<i>методологічний компонент</i>		<i>змістовий компонент</i>		<i>технологічний</i>
<i>Технології комплексної реабілітації (властивості)</i>				
стратегічні та тактичні завдання	врахування різних чинників	усвідомлена діяльність	випереджальний характер	тип реабілітаційного закладу
<i>Принципи комплексної реабілітації</i>				
Єдності та корекції	Нормативного розвитку	Корекції «зверху вниз»	Корекції «знизу догори»	Системності розвитку психічної діяльності
Діяльнісний принцип	Принцип додатковості		Принцип невід'ємності	Принцип «із іншого»
<i>Конкретизація цілей</i>				
позитивне формулювання	співвіднесення із тривалістю роботи	врахування далекої та найближчої перспективи реабілітації особистості	ефекти комплексної реабілітації виявляються впродовж певного часового інтервалу	

Таким чином, психоаналітичний підхід до комплексної реабілітації й психологічної корекції, передусім, спрямований на визначення неусвідомлених причин проблеми, а також їх опрацювання та опанування адаптивними формами поведінки, все це сприяє особистісному зростанню індивіда. Методи роботи застосовуються виходячи з конкретного напрямку психоаналізу. Так, класичний психоаналіз З. Фрейда застосовує катарсичний

метод, що передбачає опрацювання проблеми через вивільнення та відреагування неусвідомлених раніше думок та почуттів.

Юнгіанський напрям концентрується на уявленнях, уяві; неопсихоаналіз на методі аналізу життєвого шляху, висвітлюючи, як значущі – стосунки з найближчим оточенням, глибинні переживання через роботу з образами, які створює особистість.

Представники поведінкового напрямку фокусують увагу на порушеннях в розвитку особистості внаслідок закріплених неадаптивних форм поведінки, тому корекції підлягають поведінкові навички.

Оперантні методи базуються на самоконтролі, формуванні бажаної поведінки через систему нагород.

Методи соціобіхевіоризму ґрунтуються на положеннях про те, що особистість навчається завдяки спостереженням за поведінкою людей. Тому й корекція засновується на демонстрації оптимальної моделі поведінки.

Представники когнітивного підходу комплексну реабілітацію спрямовують на організацію пізнавальних структур. Тому, порушення в пізнавальній та емоційно-чуттєвій сферах інтерпретуються як наслідок неконструктивних суджень, які є іраційними й ускладнюють процес адаптації до нових умов. Через виявлення мисленневих конструкцій, що є усталеними, здійснюється їх детальний опис та оцінка й формуються конструктивні способи сприймання, інтерпретування й самореалізації. Тобто, не зміна поведінкових паттернів, а формування адекватних ситуації когнітивних схем.

Екзистенційно-гуманістичний підхід розглядає характерологічні порушення як наслідок недостатньої реалізації особою своєї сутності, уникання ситуацій вибору. Отже, основні зусилля психологічної корекції спрямовані на розвиток самоусвідомлення, модифікацію ставлення людини до світу та себе.

Зазначимо, що вибір стратегії психологічної реабілітації й корекції обумовлюється не лише теоретичним підходом, але й властивостями особистості, з якою здійснюється реабілітація та психокорекція.

Таким чином, реабілітація й корекція негативних проявів стрес-фактору потребує відповідного комплексного підходу. Проте, звернемось до висвітлення специфіки особистісної корекції саме з визначення власне поняття особистість та особливостей її виховання й формування.

Проблема особистості є однією з глобальних в психологічній науці. Так, К. Юнг розмірковуючи щодо сутності становлення особистості зауважував, що: «Особистість – надвища реалізація своєрідності, що є природженою у окремої живої істоти. Особистість – є результатом надвищої життєвої стійкості, абсолютного прийняття індивідуального сутнісного й максимально успішного пристосування до загальнозначущого за умов величезної свободи вибору» [84, с. 191]. Отже, виховати людину саме такою, зазначає вчений, означає вирішити надзначуще завдання сучасної культури. Втім, К. Юнг говорить про те, що поряд із значущістю, постає питання небезпечності [83].

Навіть Ф. Шиллер, підступаючи до неї, не уявляв її масштабності. Саме ця прометеєвська або люцеферівська зухвалість підштовхнула надлюдину на створення у реторті гомункулуса, з якого потім виріс Голем. Й далі вчений наголошує: «Не має такої людської мерзенності чи каліцтва, які б не існували вже у череві люблячої матері. Як сонце світе праведникам і нечестивцям, як матері, що виношують й вигодовують рівною любов'ю обдаровують чад божих та дітей лукавого, не думаючи про можливі наслідки – також і ми, будучи частками цієї дивовижної природи, несемо у собі, як й вона, дещо непередбачуване» [84, с. 191].

Отже особистість розвивається впродовж усього свого життя з навіть темних або задатків, які важко пояснити, й лише наші справи доводять, хто ми є. «Ми – як сонце, що напитує життям землю й створює все прекрасне, дивовижне й потворне; ми – як матері, що носять у череві ще незвідане щастя

й страждання. Ми не знаємо наперед, які справи й злочини, яка доля, яке добро та яке зло є в нас; і лише осінь покаже, що було зачате по весні; лише ввечері настане зрозуміле, що почалося вранці» [84, с. 191].

Й, звісно, що особистість, як повна реалізація цілісності нашої сутності є ідеалом недосяжним. Проте, недосяжність не є доводом проти ідеалу, тому що ідеали є вказівками на шляху, але не є метою. В подальших міркуваннях вчений говорить про те, що виховання є справою неосяжною, тому що ми не знаємо точно, як і в який спосіб буде розвиватися особистість. Навіть християнське вчення виховує людину у вірі про перворідний гріх людської природи. Вчені-матеріалісти також обережні у ставленні до глибинних можливостей людини. Й З. Фрейд навіює неприємну ідею про те, що дримає на задвірках і в прірвах людської душі [108, с. 192].

Тобто, узагальнюючи розмірковування варто сказати про те, що особистість не може розвиватися без потреби. Без потреби нічого не змінюється й менш за все особистість. «Вона жахливо консервативна, якщо не сказати інертна» [120]. Так, розвиток особистості підкорюється не бажанню, не наказу й не намірам, а лише необхідності. Отже, особистість відчуває потребу у мотивуючій потребі з боку долі, що виходять зсередини або приходять ззовні, доходить висновку дослідник.

Звернемось до праці Ф. Перлза «Его, голод та агресія», що по суті закладає основу гештальт-терапії [129]. Надбанням даної роботи є поняття «ментальний метаболізм», ідея обміну речовин, як принципу функціонування живої відкритої системи, перенесена в область психічного життя. Оскільки психіка є функцією живого організму і виникає у його розвитку по дорозі реалізації природних потреб організму. Посилаючись на теоретичні положення Дж. К. Смутса, Ф. Перлз зазначає: «Особистість, подібно до організму, залежить від безперервного надходження із зовнішнього середовища інтелектуальної, соціальної тощо. Але поки цей чужорідний матеріал буде належним чином включений в обмінні процеси Особи та

асимільований нею, він може виявитися згубним і навіть фатальним для неї. Так само як асиміляція органічного матеріалу необхідна для тваринного зростання, засвоєння Особистістю морального та соціального матеріалу стає центральним пунктом її розвитку та самореалізації» [129, с. 140].

Таким чином, людина потребує отримання необхідних засобів із зовнішнього середовища. Процес засвоєння не здійснюється безпосередньо, для цього існує наступний поведінковий алгоритм: перш за все, необхідно знайти в навколишньому світі об'єкт, потім подрібнити і переробити його і, після цього, включити цю речовину у внутрішнє середовище організму, а потім остаточно позбутися залишків. Це спрощена схема того, як людина отримує необхідне функціонування своєї психіки. Даний підхід дозволяє по-новому досліджувати розвиток нормальних та патологічних механізмів у психічному житті людини. Подрібнення їжі потребує збільшення контактного середовища. Саме завдяки цьому доросла людина отримує можливість різноманітності речовин. Однак, ця здатність оформляється поступово: через процес становлення від немовляти. При цьому мама може відшльопати і цей акт є першим у досвіді дитини досвідом придушення агресії, або, навпаки, мама терпітиме і тим самим формуватиме інший досвід у дитини. «Чим суворіше забороненою та спроектованою виявиться здатність завдавати біль, тим швидше у дитини розвинеться страх отримати її, а страх відплати, у свою чергу, призведе до подальшого посилення огиди до болю. У всіх подібних випадках виявляється недостатнє використання передніх зубів, поряд із загальною нездатністю опанувати життєву ситуацію, вчепитися мертвою хваткою в поставлене завдання» [129, с.144].

Ф. Перлз розкриває Его як функцію організму, яка «тісно пов'язане з ідентифікацією» (автор погоджується з трактуванням З. Фрейда). Проте, Ф. Перлз зазначає, що З. Фрейд робить різницю між здоровим і патологічним его. «У здорової особи ідентифікація є функція Его, тоді як патологічне «Его» побудовано на основі інтроекцій (субстанційних ідентифікацій), які

визначають та обмежують діапазон почуттів та вчинків особистості. Супер-Его та Его-ідеал незмінно містять у собі певну кількість стійких ідентифікацій, але частково несвідомих. Якщо ідентифікації Его виявляються постійними замість того, щоб діяти відповідно до вимог організму, воно стає патологічним» [129, с. 185].

Тому основною метою психоаналітичного підходу до комплексної реабілітації та психологічної корекції є виявлення несвідомих причин проблем, їх подолання та навчання адаптивним моделям поведінки, що сприяють особистісному розвитку. Методи роботи застосовуються на основі конкретних напрямків психоаналізу. Наприклад, класичний психоаналіз З. Фрейда використовує катарсичний метод вирішення проблем шляхом вивільнення та відреагування раніше неусвідомлених думок і почуттів.

Юнгіанський психоаналіз фокусується на ідеях та уяві. Неопсихоаналіз використовує метод аналізу життєвого шляху, який підкреслює важливість глибокого переживання найближчого оточення і має справу з образами, створеними самим індивідом.

Представники біхевіористської школи зосереджують увагу на порушеннях розвитку особистості через закріплену дезадаптивну поведінку, де предметом корекції є поведінкові навички.

Методи оперантного обумовлення ґрунтуються на формуванні бажаної поведінки через систему самоконтролю та винагороди.

Соціально-біхевіористські методи ґрунтуються на припущенні, що люди вчаться, спостерігаючи за поведінкою інших людей. Тому корекція ґрунтується на демонстрації найкращої моделі поведінки.

Представники когнітивного підходу фокусують комплексну реабілітацію на регуляції когнітивних структур. Порушення в когнітивній та емоційно-чуттєвій сферах інтерпретуються як результат ірраціональних і неконструктивних рішень, що ускладнюють процес адаптації до нових ситуацій. Виявлення усталених структур мислення, їх детальний опис та

оцінка становлять конструктивний спосіб сприйняття, інтерпретації та самореалізації. Іншими словами, йдеться не про зміну моделей поведінки, а про створення когнітивної схеми, адекватної ситуації.

Екзистенціалістський та гуманістичний підхід розглядає особистісні розлади як наслідок нездатності людини до кінця зрозуміти власну природу та уникати ситуацій, які слід обирати. Тому основні зусилля психологічної корекції спрямовані на розвиток самосвідомості та зміну ставлення до світу і самого себе.

Аналізуючи роль обмежень та суворої моралі у вихованні характеру особистості, Ф. Перлз зазначає, що «будь-які заборони і придушення звужують межі Его» [129, с. 187]. Для Ф. Перлза, який критикує положення теорії Федерна про функції ідентифікації, «Его складається виключно з прикордоння, із зон контакту» [129, с. 189]. Кохання розглядається як ідентифікація з об'єктом («мій/моя»), ненависть – його відкидання («геть від мене!»). «Бажання бути коханим проявляється у прагненні до того, щоб об'єкт ідентифікував себе з бажаннями та запитами суб'єкта» [129, с. 190]. Отже, Ф. Перлз робить висновок, що в результаті ідентифікації себе з вимогами середовища, інтроєкції ідеології та рис характеру Его втрачає «свою еластичну силу ідентифікації». Тобто воно функціонує в ролі виконавця вимог конгломерату принципів і фіксованих схем поведінки [129, с. 191].

Аналізуючи природу опору, Ф. Перлз зазначає, що з оральних, анальних і генітальних опорах, особливий акцент слід зробити на дентальному опорі, оскільки використання зубів – найголовніша біологічна репрезентація агресії [129, с. 150]. І тут же Ф. Перлз підкреслює, що «більшості людей важко звикнути до думки про структурну подібність фізичних і душевних процесів». Тому цікавий той факт, що людина, яка недостатньо добре відчуває смак їжі, виявить «недолік смаку» – або те, що називається «поганим смаком» – у мистецтві, одязі» [129, с. 151]. Більше того, «наше

ставлення до їжі надає величезний вплив на розум, здатність розуміння суті речей, розвиток життєвої хватки та вміння «вгризатися» у насущне завдання» [129, с. 151].

Тобто, Ф. Перлз вважає, що, якщо людина не користується зубами, значить вона позбавляється можливості звернути свої деструктивні функції собі на благо. Індивід послаблює свої зуби та сприяє їх руйнуванню. «Недостатньо ретельне підготовка матеріальної їжі до асиміляції позначиться на структурі його характеру та розумової діяльності» [129, с. 151].

Цікаво, що «немовля на материнських грудях є паразитом» і ті, хто зберігають таке відношення до життя, є «необмеженими паразитами» (кровопійці-експлуататори, вампіри-спокусники або золотокопачі). Вони прагнуть отримати щось, нічого не даючи натомість. Крім того, слід звернути увагу на те, що пригнічена агресія людства вивільняється у вигляді колективної агресії «Біологічна агресія перетворилася на параноїяльну агресію» [129, с. 153]. Тому саме у відновленні у правах біологічної функції агресії Ф. Перлз бачить ключ до вирішення проблеми агресії. Істотними критеріями аналізу характеру у Ф. Перлза виступають его, голод та агресія. Відповідно виникає запитання, а що таке здоровий характер? «Здоровий психічний метаболізм потребує розвитку у бік експресії, а не проєкції. Здоровий характер висловлює свої емоції та ідеї, параноїчний характер проєктує їх», відповідає автор [129, с. 207].

Ф. Перлз зазначає, що здатність придушувати емоції та інші засоби вираження внутрішніх змістів називається самоконтролем. Ідеалізація якого призводить до того, що самоконтроль, відокремлюючись від свого соціального значення, набуває якості самоцінності культивоване заради нього самого. Так знаходить надконтроль. Схильність до панування над іншими у подібних випадках ретрофлексується проти власного організму. «Люди одержимі самодисципліною є прихованими поборниками дисципліни по відношенню до інших людей» [129, с. 295]. Чудовий символ ретрофлексії

– історія доктора Джекіла та містера Хайда (катастрофічні наслідки ідеалізму). Доктор Джекіл, як втілення ідеалу, а не реальної людини, безкорисливий благодійник, лояльний, незважаючи на фрустрації, що стійко чинить опір інстинктам. Ф. Перлз майстерно укладає на цьому прикладі, що не приймаючи свою біологічну «реальність» людство приречене на самознищення; «розкол особистості» об'єктивний внаслідок того, що прагнучи «беззубого» ідеалу і пригнічуючи агресію, суспільство уподібнюється опіумному паразиту.

В такий спосіб, виходячи з теоретичних положень щодо психологічних особливостей реабілітації й, власне, специфіки уявлення поняття «комплексна реабілітація» в різних психологічних концепціях, необхідно звернутись до методів психореабілітації й психокорекції [62, 68, 69].

Так, у практиці психодинамічної школи використовують різні методи, які охоплюють майже всі аспекти психічної динаміки людини. Одна група методів спрямована на виявлення несвідомих спонукань людини, які є в основі її поведінки. Інша група методів акцентує увагу на внутрішніх силах, які допоможуть людині впоратися із труднощами самостійно. За допомогою третьої групи методів психолог намагається довести до свідомості особистості те, як вона сприймає дійсність. І, нарешті, за допомогою четвертої групи методів фахівець намагається спонукати особистість змінити характер функціонування групи чи мобілізувати свої внутрішні ресурси з метою зміни поведінки. Вибір та ефективність того чи іншого методу залежать від цілого ряду факторів, серед яких важливу роль відіграють характер проблеми особистості клієнта, ступінь сприйнятливості людини, а також особистість психолога.

У класичному психоаналізі структура особистості включає три основні компоненти:

1. «Его» або «Я», – центральна інстанція саморегуляції особистості. «Его» контролює поведінку, врівноважуючи імпульси людини з вимогами

соціального оточення, здійснює раціональний аналіз довкілля, виробляє план поведінки, орієнтуючись на довкілля.

2. «Super Ego» або «Над Я», – моральна інстанція особистісного «Я», яка проводить оцінку дій або намірів з точки зору їх допустимості, з урахуванням суспільних норм, правил, цінностей, ідеалів, є засвоєною, інтеріоризованою (як правило, через батьків або найближчих дорослих) шкалою цінностей.

3. «Id», «Воно» – біологічний компонент, первинне джерело психічної активності, вмістище інстинктів, кероване принципом задоволення. Зберігається незмінним протягом усього життя. Це несвідома частина особистісного «Я», яка виступає імпульсивним енергетичним джерелом потягів та дій [86; 88].

Психореабілітаційний процес в терапевтичній групі спрямований на виявлення глибинно-психологічних передумов труднощів спілкування, що виходять з особистісної проблеми. Проблема визначається як особистісна, якщо вихідні дані залишаються невидимими для особистості й неусвідомленою нею. Власне психореабілітаційний процес у терапевтичній групі потребує виявлення особливостей несвідомої сфери психічного. У терапевтичній групі відбувається навчання глибинно-психологічному аналізу поведінкового матеріалу, що одержується в групі, вербального або невербального, малюнки й топологічні моделі.

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

Психореабілітація в групі має на увазі висвітлення досвіду членів групи й навчання спілкуванню через індивідуальний досвід. За принципом «тут і

тепер» на матеріалі кожного учасника здійснюється психореабілітація й психокорекція. Аналіз попереднього досвіду здійснюється через його уведення завдяки моделюванню. Це досягається шляхом мінімізації представлення сюжету й актуалізується спонтанність у діях й поведінки. Так, психореабілітаційний процес у терапевтичній групі поєднується із динамікою групи й індивідуальним пізнанням несвідомих чинників особистісних проблем. Саме в терапевтичних групах робота зосереджена на пізнанні особливостей особистісних проблем учасників групи на визначення життєвих передумов їх формування. Психореабілітаційні цілі визначаються в загальному вигляді, а їх конкретизація відбувається в процесі роботи групи.

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

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

Процес психологічної реабілітації в лікувальних групах спрямований на виявлення глибинних психологічних передумов комунікативних труднощів, викликаних особистісними проблемами. Якщо вихідні дані не є видимими для індивіда і залишаються неусвідомленими, проблема визначається як особистісна. Під час безпосереднього процесу психологічної реабілітації в

терапевтичній групі необхідно виявити особливості несвідомих сфер психіки. В рамках терапевтичної групи учасники вчаться поглиблено аналізувати поведінкові матеріали, вербальні та невербальні матеріали, малюнки та топологічні моделі, отримані в групі.

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

У груповій психореабілітації учасники групи діляться своїм досвідом і вчаться спілкуватися через свій індивідуальний досвід. Психологічна реабілітація та психологічна корекція ґрунтуються на принципі «тут і зараз» з використанням матеріалу кожного окремого учасника. Аналіз минулого досвіду здійснюється шляхом введення через моделювання. Це досягається за рахунок мінімізації викладу сюжету і надання можливості спонтанності в поведінці та рухах. Таким чином, процес психологічної реабілітації в терапевтичних групах поєднує групову динаміку з індивідуальним усвідомленням несвідомих чинників особистих проблем. Основна увага в терапевтичних групах приділяється розумінню особливостей особистісних проблем учасників групи та виявленню життєвих передумов формування цих проблем. Цілі психологічної реабілітації визначаються в загальних рисах і їх конкретизація відбувається під час групової роботи. Психодіагностика в терапевтичних групах характеризується процесуальним характером, багаторівневим і частковим підходом. Завдяки психодіагностиці груповий процес набуває керованого характеру і цілеспрямованості, спрямованої на формування особистого та унікального психореабілітаційного результату для кожного учасника групи.

Психодіагностика в терапевтичній групі базується не на лінгвістичному змісті проблеми, а на знанні несвідомої логіки поведінки. Психодіагностика в групах характеризується багаторівневим і пролонгованим характером, здійснюється в ході психореабілітаційної взаємодії психолога з учасником терапевтичної групи і базується на особливостях поведінкового матеріалу. Учасники терапевтичної групи повинні вперше зібратися разом і вперше познайомитися один з одним. Таким чином можна отримати «чистий» зворотний зв'язок, який підпорядкований нормам і цілям групи і не компенсує психологічні травми і образи.

Хоча у терапевтичних групах використовуються традиційні психологічні вправи, психологічний зміст груп набуває нового змісту завдяки поглибленому аналізу результатів.

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

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

Реабілітація зменшує негативну прив'язаність до вищезгаданих аспектів. У терапевтичному процесі в групі відкриття прихованих фіксованих об'єктів вимагає природної асоціації зі свідомістю. Важливість феномену інтерпретації в процесі особистісної корекції в рамках комплексної

реабілітації відзначав Л. Туз (психоаналітична інтерпретація є фундаментальним елементом психотерапії).

Психоаналітична інтерпретація є невід'ємною частиною процесу глибинного психологічного пізнання, який у своїй спонтанній спрямованості зосереджується на виявленні внутрішніх механізмів цілісної психіки. Аналіз наукових досліджень категорії психоаналітичної інтерпретації дає підстави виокремити такі її загальні риси акцент на декодуванні несвідомого змісту та його переведенні у площину свідомості; акцент на розкритті причинно-наслідкових аспектів досліджуваного психічного явища, які пов'язані з дитячим минулим суб'єкта; психологічне «конструювання інтерпретації як узагальнюючого елементу довготривалої, багаторівневої інтерактивної взаємодії психолога і суб'єкта; залежність інтерпретації від діагностичної здатності психолога отримати базовий поведінковий матеріал, який підлягає розшифровці шляхом виявлення системних особливостей як на свідомому, так і на позасвідомому рівнях» [9, с. 319].

Дослідники зазначають, що важливим аспектом феномену інтерпретації є її модифікуючий ефект, який визначається її специфікою та передбачає інтеграцію структурно-сміслового, функціонально-інструментального та енергетичного рівнів психіки на основі психодинамічної теорії. Дійсно, інтерпретація в груповому процесі сприяє самоусвідомленню особистості через вимоги багаторівневого та часткового підходу, який пов'язує свідомі та несвідомі функціональні характеристики та узгоджує їх з принципами системного пізнання психіки, об'єктивуючи глибинні детермінанти поведінки, пов'язані з Едіповим комплексом та згладжуючи його деструктивний вплив на особистість, тим самим багаторівнево та частково. Іншими словами, інтерпретація сприяє ретроспективній інтеграції теперішнього досвіду з минулими досягненнями та позитивно впливає на самопізнання і самокорекцію.

Тобто, інтерпретація, разом із наданням інформації, сприяє рефлексії особистісно важливої інформації та вирішенню внутрішніх конфліктів і суперечностей: «Таким чином, інтерпретація, здійснена в психодинамічній парадигмі, сприяє узагальненню матеріалу шляхом виявлення повторюваних та інваріантних рис поведінки суб'єкта, об'єктивуючи семантику його глибинної детермінованості. Вона робить це можливим і є важливим чинником правильного розуміння психічних явищ» [9, с. 319]. Тому психологічна реабілітація людини, яка пережила вплив стресового чинника, потребує цілеспрямованих дій за такими напрямками: корекційний вплив в особистісній сфері: процеси самовизначення (професійного та особистісного), формування самосвідомості (сприйняття себе та своїх життєвих планів, формування об'єктивної самооцінки та впевненості в собі, формування рівня домагань); формування ціннісної сфери: формування ціннісних орієнтацій: визначення системи ціннісних орієнтацій (чесноти, смислоутворюючі цінності); формування світогляду (морально-етичні цінності, сформовані в системі цінностей); формування соціального статусу (система соціальних ролей, соціальна та особистісна ідентичність, позиція в соціальній ієрархії, соціальна активність, соціальні обов'язки особистості) та становлення психологічного суверенітету особистості (соціальна комунікація та репрезентація власних кордонів і простору, усвідомлення власної незалежності та суб'єктності у творенні свого життя).

Таким чином, на завершення теоретичного аналізу психологічних особливостей людини, яка переживає вплив стресового фактору, слід зазначити, що характерними рисами особистості є:

- усвідомлення та переживання своєї життєвої перспективи, розвиток процесів життєтворчості – все це символізує корекцію особистості.

Тому ефективність реабілітації людей, які пережили вплив стресових факторів, ґрунтується на підвищенні самосвідомості, розвитку почуття духовної зрілості, що сприяє сприйняттю власного психологічного часу

(реконструкції минулого, прогнозуванню та організації майбутнього). Таким чином, формується вищий механізм психічного функціонування, який забезпечує процес цілепокладання і дає можливість скласти життєвий план;

- формування стійкого ядра ціннісних орієнтацій особистості на основі ієрархії цілепокладання та мотивації;

- формування особистісної ідентичності (соціальної та індивідуальної) та ідентифікації з груповими нормами (головними та другорядними);

- самоорганізація особистості. Однак формування негативного «Я-образу» внаслідок дії стресових факторів призводить до наступних розладів особистості;

- соціальна дезінтеграція, агресія та почуття провини через низьку самооцінку;

- особистісний дисонанс (нерозвинуте почуття гідності, невпевненість у собі, спотворений суверенітет);

- значні зміни у самосприйнятті (відчуження та самонеприйняття, що призводять до формування деформованої особистості, саморуйнування, адикції тощо).

Психотерапія стрес-фактору спрямована на допомогу пацієнтам, щоб опрацювати проблеми і «впоратися» з симптомами, які їх викликають.

Наслідки зіткнення з травмуючою ситуацією.

Одним з ефективних підходів до досягнення цієї мети є допомога пацієнтам реагувати на травматичний досвід, обговорюючи та переживаючи думки та емоції, пов'язані з травмою, в безпечній терапевтичній обстановці. Це призводить до управління реакціями, які раніше були неконтрольованими. Такий підхід уможлиблюється завдяки методам десенсибілізації і візуалізації.

Попросіть щоб пацієнт повторно занурився в зміст пережитої події,

Проаналізуйте його поведінку і емоційну реакцію, що супроводжує подію.

Психотерапія пацієнта, який страждає на стрес-фактор, залежно від його важкості може бути тривалою.

Психологічна дезадаптація може тривати від 6 місяців до декількох місяців на рік.

Головне завдання психолога-допомогти клієнту усвідомити можливості трансформувати свій кризовий стан, побачити нові перспективи і можливості й повернутися до нормального життя. Перш за все, консультант інформує клієнта про те, що:

- необхідність дотримання психологічної гігієни передбачає зміну його установки по відношенню до інших: вчить відокремлювати особистість від інших.

Дія. Психологи допомагають клієнтам висловити свої почуття і поглянути на ситуацію з боку, завершити незавершене і знайти власну підтримку.

На наступному етапі ведеться робота з розуміння причин кризи і прийняття відповідальності за свій стан самими пацієнтами. В результаті пацієнт прийде до розуміння того, що відбувається, перш ніж буде усвідомлено закінчення кризи. Страх перед майбутнім слабшає. Таким чином, терапевт допоможе клієнту трансформуватися, змінити свій стан і навчитися не бути жертвою.

Заключний етап роботи – «кристалізація майбутніх ідей», обговорення нових можливостей і нових дій. Усвідомлення необхідності взяти на себе відповідальність за майбутні зміни, психологічну підтримку нових дій пацієнта.

Якщо ви працюєте з ветеранами бойових дій, ви можете.

Застосувати психотерапію, яка добре зарекомендувала себе, включаючи арт-терапію, гештальт-терапію, сімейну терапію та нейролінгвістику й програмування, символічну драма(катарсис-психотерапія уяви), методи десенсибілізації і трансформації рухом очей і багато інших.

В цілому модель психологічної реабілітації включає в себе послідовні етапи:

1. Взаємна адаптація психологів і пацієнтів.
2. Навчання пацієнта саморегуляції.
3. Етап катарсису (повторний досвід).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладах з життєвих ситуацій).
5. Випробуйте нові способи дій за допомогою гри.
6. Визначення життєвих поглядів.

Концепція реабілітації, розроблена експертами ВООЗ, концепція розвитку реабілітації поранених військовослужбовців, затверджена Міністерством оборони, розглядає реабілітацію як систему заходів, спрямованих на швидке і максимально повне відновлення фізичного, психологічного і соціального статусу пацієнта, і активно інтегрує пацієнта в суспільство, щоб реалізувати потенціал соціальної та економічної незалежності.

1. Одним із пріоритетів Європейського плану дій щодо психічного здоров'я є впровадження всеосяжної, інтегрованої та ефективної системи охорони психічного здоров'я, і такі елементи, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, Догляд та відновлення здоров'я, повинні бути обов'язковими.

Відомо, що найважливішим досягненням держави, що має стратегічне значення і відображає тенденції економічного, політичного, соціального і правового розвитку і благополуччя країни, є здоров'я громадян.

У ситуації, коли кількість учасників бойових дій постійно збільшується, реалізація комплексу заходів з реабілітаційного лікування та подальшої соціальної інтеграції учасників у суспільство є одним із пріоритетів соціальної політики держави.

Учасники бойових дій – це певні контингенти, які потребують багатoproфільної реабілітації, і оскільки більше половини військовослужбовців, визнаних інвалідами, є людьми працездатного віку, з них інваліди можуть бути віднесені до груп особливої соціальної значущості.

Участь у військових заходах – це потужний стрес, який призводить до порушення функцій організму, розвитку соматичних захворювань і розвитку патологічних реакцій. Організація медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації учасників бойових дій в даний час не має єдиного методологічного підходу, але враховуючи, що визначені лише певні напрямки теорії і практики з даного питання, необхідно розробити оптимальні варіанти реалізації профілактичних заходів медичної та психологічної реабілітації.

Медична та психологічна реабілітація спрямована на особистість військовослужбовця, самооцінку, комунікативні особливості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, методи поведінки в сім'ї, професійних колективах та інших соціальних групах. Його завдання - якомога швидше усунути хворобливі симптоми (такі як невроз, неврастенічність), подолати іпохондричну фіксацію і т. ін.

Психотерапевтичні методи підвищують стійкість до шкідливих психогенних впливів, коригують систему особистісних відносин, зменшують соматичні і вегетативні розлади, формують активну позицію пацієнта з подолання захворювання і підвищують його роль в процесі отримання допомоги.

Медична та психологічна реабілітація учасників повинна ґрунтуватися на основних положеннях комплексної концепції, а подолання стресового фактора – це процес, за допомогою якого людина, яка постраждала від негативного впливу стрес-фактору, робить наступні спроби: а) змінити або вирішити проблему, б) зменшити проблему.

Особливості системи медичної та психологічної реабілітації учасників бойових дій, поряд з виявленням та лікуванням психічних розладів, спрямовані на відновлення боєздатності під час бойових дій та працездатності при поверненні до цивільного життя.

Здійснення лікувальних, діагностичних, психозахисних і реабілітаційних заходів для даного контингенту виходить за рамки можливостей самого психіатра і може бути ефективним при об'єднанні зусиль різних фахівців.

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

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

Використання інструментів групової терапії дозволяє ефективно вирішувати питання психологічної реабілітації осіб, які переживають наслідки стресу.

Загалом, позитивне уявлення про себе викликає прагнення до самоорганізації у людей, які переживають вплив стресового фактору [95; 104]. Через самоусвідомлення та інтроспекцію свідомо встановлюється нова нормативна форма поведінки. Стабілізація особистості, об'єктивне самоствавлення і самооцінка сприяють підвищенню почуття власної гідності і навичок саморегуляції у людей, які переживають вплив стресора. Створюється система морального самопізнання та ціннісних орієнтацій.

Арт-терапія – цілеспрямоване використання елементів художньої творчості, музики, танцю, танцювального руху, драматургії та поезії

підготовленими терапевтами в психотерапії, консультуванні, додатковій освіті та реабілітації [109; 110]. Експерти в цій галузі підкреслюють особливу важливість невербальних втручань, використання ключових кінематичних стимулів для доступу до спогадів та образів, а також активну роль творчої діяльності та спонтанного самовираження у зменшенні інтенсивності безпорадності та підвищенні самооцінки.

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

По-друге, використання творчих й соціально значущих мистецьких методів може мати терапевтичний ефект й у психосоціальной сфері. Арт-терапія може підвищити у клієнтів зі стрес-фактором почуття власної гідності, надію, просоціальну поведінку, зменшити почуття поведінки, зменшення почуття сорому й провини шляхом сув'язання травмуючого матеріалу з адаптивними й естетичними засобами виявлення.

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

Більшість емпіричних досліджень стосовно ефективності арт-терапії було здійснено у галузі терапії мистецькою творчістю. Доволі часто дитячі малюнки мають зображення таких деталей: геніталії, відсутність кінцівок, відсутність пальців й голова без тілу.

Існують дослідження, що доводять ефективність арт-терапії у лікуванні наслідків травм. Арт-терапія вважається корисною у зниженні алекситимії, тривожності, дисоціації, депресії, зменшення нічних кошмарів, підвищення емоційного контролю, покращення міжособистісних взаємин, покращення уявлення про власне тіло.

Найчастіше виокремлюють три групи осіб, для яких арт-терапія може бути найкориснішою:

- діти, яким буває важко зконцентрувати увагу на абстрактному вербальному обговоренні власних особистих переживань; залучення у гру найчастіше єдиний і найкращий засіб доступу до цих переживань;

- травмовані клієнти, що відчують труднощі у вербальному висловленні власних почуттів; використання невербальних засобів вираження дозволяє клієнтам отримати більш повний доступ до травматичних спогадів й потім опропрацювати їх більш детально;

- високоінтелектуально розвинені клієнти, котрі використовують мову абстракцій впродовж обговорення травматичного матеріалу; арт-терапевтичні методи можуть допомогти їм уникнути захисні механізми запобігання. Не дивлячись на відносно широке застосування арт-терапії, ефективність її засобів не була встановлена через емпіричні дослідження. Втім вона може стати ефективним доповненням лікування за наступних умов:

- арт-терапія здійснюється підготовленим фахівцем, що практикує у цьому напрямі;

- терапія здійснюється з дозволу клієнта;

Терапія здійснюється у поєднанні з іншими видами лікування. Джерело терапевтичної ефективності арт-терапії при лікуванні стрес-фактору було визначено, імовірно, може бути пов'язано із загальними психологічними процесами (розкривна терапія, релаксація, когнітивне переопрацювання) й специфічних невербальних і творчих елементів.

Отже, звернимося до історії проблеми. Вперше термін «арт-терапія» використав Е. Хілл, котрий у власних публікаціях пов'язував можливості мистецької діяльності у якості лікування, передусім, із дистанційюванням клієнта від хворобливих переживань [113]. Е. Хілл стимулював хвору людину виявляти свої переживання у візуальній формі, зазначав, що в такий спосіб, можнавилікувати її душевні, пов'язані із патологічної інтроспекцією, рани. В інших випадках це призводить до зниження тривоги й напрузі та формуванню більш оптимістичного погляду на світ. Створюючи нові образи та серії мистецьких праць, людина відволікається від власних недоліків й концентрує увагу на тому, що допомагає звільнитися від страждань.

Мистецька творчість допомагає встановити з клієнтом більш тісний контакт й отримати доступ до його переживань, воно само по собі здатно сублімувати його почуття, надавати вихід деструктивним тенденціям. Лікувальний ефект мистецької творчості досягається завдяки відволіканню від патологічних інтроспекцій і створенню позитивного настрою.

Арт-терапія пов'язана зі створенням візуальних образів і цей процес має на увазі взаємодію між автором мистецької роботи, власне мистецькою роботою й психотерапевтом. Проте арт-терапія пов'язана із усвідомленням неусвідомленого психічного матеріалу, у ній цьому сприяє багатство мистецьких символів і метафор. Арт-терапевти глибоко розуміють особливості процесу мистецької творчості, володіють професійними навиками невербальної, символічної комунікації й намагаються створювати для клієнта таке середовище, в якому він почуватиме себе доволі захищеним, щоб виявляти сильні переживання. Естетичні стандарти у контексті арт-терапії не мають великого значення. Основою арт-терапевтичної взаємодії є виявлення неусвідомленого психічного матеріалу через мистецтво.

Загальні принципи організації роботи. Взаємодія з клієнтами має проводитися у спеціально організованому арт-терапевтичному середовищі.

Цей простір має дві зони: ту, що призначена для мистецької роботи й іншу – для обговорення учасниками групи. Необхідно забезпечити вільний доступ до різних матеріалів й засобам роботи. Мистецькі матеріали зазвичай це гуаш, акварельні, масляні фарби, кольорові олівці, воскова крейда, пастель, мистецьку глину для ліплення, папір різного кольору, формату і фактури, старі журнали для створення колажів, а також матеріали, такі як скотч, нитки, скріпки, фольга, харчова плівка та ін.

Необхідні матеріали клієнти можуть приносити з дому або брати з природи. З урахуванням того, що робота у групі часто поєднана із спільною діяльністю двох або декількох осіб, що просуваються в межах кабінету, можливість фізичного контакту й вільне використання будь-яких матеріалів, робоча зона повинна бути доволі вільною й мати поверхню підлоги й стін, що легко миються. Одна з стін повинна бути відведена для закріплення на ній папір, що може бути необхідним. У кабінеті бажано мати музичну апаратуру, декілька мольбертів, а також місце, де клієнти можуть берегти мистецьку продукцію.

Із відомих різновидів арт-терапевтичних підходів виокремимо тематично-аналітичний завдяки об'єктивних переваг цієї форми групової арт-терапевтичної роботи відповідно із контингентом клієнтів з прикордонними психічними розладами. Тематичний підхід характеризується відносно високою структурованістю й директивністю роботи, що відповідає очікуванням більшості клієнтів, можливістю проведення курсів невеличкої або середньої тривалістю й доступністю для раніше на бравших участі у психотерапії й тих, хто взагалі не мав досвіду мистецької творчості із використанням широкого набору різних чинників лікувально-корекційного впливу.

Аналітичний компонент має на увазі «м'який», опосередкований аналітичний розбір створених витворів на підґрунті інтерпретувань прихованого сенсу створених образів, символів, значень застосованих

кольорів або форми у поєднанні з аналізом процесів, що відбуваються в групі, взаємин окремих учасників один з одним й з ведучим.

Сесії тривалістю 2-2,5 години (в залежності від теми, техніки або вправи, що виконується) проводять 3-5 разів на тиждень впродовж 6 тижнів. Заняття мають звичайну для групової арт-терапії структуру: уведення, «розігрів»; етап вибору теми та образотворчої роботи; обговорення робіт й завершення сесії.

Індивідуальні малюнки виконують на папері формату А3. Перед цим етапом обговорення організовують невеличку перерву, під час якої клієнти можуть розташувати малюнки у просторі кабінету. Кількість учасників може варіювати від 7 до 10 осіб. Групи варто комплектувати гомогенними за нозологічною та віковою ознаками.

Перед тим, як розпочати арт-терапевтичну роботу ставлять такі завдання:

- зменшення у клієнтів симптомів, оптимізація й стабілізація їх психічного стану й соціального функціонування;

- досягнення більш високого рівня психосоціальної адаптації, формування навиків саморегуляції, а також розвиток здатності розуміти себе, вербально та невербально виявляти власні почуття й думки;

- укріплення почуття «Я», удосконалення здібностей щодо прийняття самостійних рішень, до дії у конфліктній та напруженій ситуації, формування стійкої системи соціально значущих зв'язків, інтересів, захоплень.

Етапи арт-терапевтичного процесу.

1. Підготовчий етап складається з першої зустрічі з клієнтом, отримання вихідних даних від клієнта, пояснення особливостей підходу та правил поведінки в групі, ознайомлення клієнта з арт-терапевтичним простором та проведення проєктивного малюнкового тесту.

2. Етапи формування системи психотерапевтичних відносин та ініціації художньої діяльності клієнта пов'язані з формуванням психотерапевтичного

альянсу та переходом до художньої діяльності, під час яких відбуваються переживання клієнта, що відображають його власні почуття, конфлікти, первинні реакції на потреби та ставлення до психотерапевта. Рівень керівництва та емоційної підтримки, якої потребує клієнт, залежить від ступеня порушення соціального функціонування та якості життя, характеру поведінкових розладів, механізмів психологічного захисту та проявів інтроспективних рис особистості. На цьому етапі використовуються техніки, що сприяють більш вільній взаємодії з візуальними матеріалами, творчій уяві, активізації клієнта, зміцненню особистісних кордонів і підвищенню самоконтролю (техніка журнальних фотоколажів, кольорові вправи, малювання гербів і портретів, парні вправи на прийняття агресії). Також виправданим є використання технік з елементами аутогенного тренування і релаксації (малювання мандал, методи керованої візуалізації в поєднанні з художньою творчістю).

3. Етап зміцнення та розвитку психотерапевтичних відносин інтегрується з візуальною діяльністю для створення більш складних візуальних продуктів. Використовуються вправи, які дозволяють клієнтам у художньо-драматичній формі уявити власні почуття з приводу основної проблемної ситуації («мої проблеми», «славні моменти дитинства», «маски», пісочна терапія). На цьому етапі використовуються техніки групового діалогу, спрямовані на розвиток комунікативних навичок, зміцнення ідентичності, розпізнавання конфліктних ситуацій та механізмів психологічного захисту. Ці техніки також допомагають клієнтам прояснити і зрозуміти свої стосунки з собою і своє ставлення до себе («драматична арена», групова робота на менш структуровані теми, гештальт-вправи зі створеними образами тощо). Мультимодальний підхід дозволяє учасникам групи самовиражатися, використовуючи імпровізований танець, музику, поезію, образи та інші форми.

4. Заключний етап є логічним продовженням процесу, розпочатого на попередніх етапах роботи. Це також період, коли підбиваються підсумки та оцінюються результати психотерапії. Для цього використовуються техніки і вправи, що дозволяють акумулювати досвід, отриманий в груповій та індивідуальній роботі, і м'яко вийти з психотерапевтичного процесу («завершальні метафори», дарування подарунків, спільне планування останньої сесії, гра). Завершення завжди планується, а його час спеціально обговорюється і визначається тривалістю курсу арт-терапії.

Психотерапевтичні ефекти та фактори змін. Спостерігаючи за процесом групової арт-терапії зі стресовими клієнтами, можна виділити основні фактори і механізми психотерапевтичних змін, а саме: вплив художнього вираження, психотерапевтичних відносин, інтерпретації та вербального зворотного зв'язку.

Динаміка художнього самовираження проявляється у спонтанній взаємодії між наданими художніми матеріалами та клієнтом, використанні різних груп художніх матеріалів у роботі, інтерес до занурення у творчий процес, прагнення створити роботу, яка відповідає естетичним критеріям, часто підкреслює власну індивідуальність, може свідчити про бажання отримати визнання з боку лідерів та членів групи. Зображення часто є символічними і відображають глибокі психологічні конфлікти, ситуації, що спричиняють психологічні травми та нереалізовані бажання. Динаміка внутрішньогрупових процесів у стосунках також характеризується збільшенням спонтанності в поведінці клієнтів, розширенням засобів комунікації (через часте використання сенсорних вправ і драматичних рольових ігор) і зменшенням залежності від ведучого при збереженні інтересу до безпосередньої емоційної підтримки. Клієнти починають активніше брати участь в організації сесій і пропонувати власні теми, що може свідчити про потребу в глибшій психотерапевтичній допомозі. Особливою особливістю є феномен переходу.

Для тематичних груп характерна вербальна активність між учасниками від самого початку. Обговорення робіт, виконаних на початку арт-терапії, що є обов'язковою умовою тематичних сесій, часто бувають дуже активними.

Клієнти цікавляться значенням кольорів і форм, намагаються зробити власні висновки про особистісні характеристики членів групи на основі створених робіт. Потім вони проводять власні дискусії, щоб визначити питання, які є найбільш важливими для учасників, і оцінити систему їхніх стосунків.

Інтерпретація психолога може бути застосована в дусі психодинамічного підходу. Це найбільш виправдано при роботі з пограничними клієнтами. При цьому важливо уникати прямої інтерпретації письмових висловлювань клієнта. Це пов'язано з тим, що це вторгається у вразливе «Я» клієнта, посилює залежність від терапевта і може нав'язати модель дискурсу, зумовлену культурним і професійним досвідом ведучого.

Сьогодні найбільш точними визнані стратегії множинної інтерпретації. Репертуар інтерпретацій та гіпотез, які вона пропонує, складається з різних підходів.

1. Естетичний підхід до сприйняття мистецької продукції (відмова від критичних оцінок, центрування на образі).
2. Феноменологічний підхід (оцінка проєкцій, можливість суб'єктивності сприйняття, феноменологічні описи).
3. Формалістичний підхід (аналіз різних формальних характеристик мистецької роботи, їх ретельний опис, але не інтерпретування).
4. Особистісний підхід (аналіз особливостей психічного розвитку клієнта, його історії життя й психологічної проблеми, сімейних стосунків, захисних механізмів, архетипових проявів, сильних та слабких сторін особистості).
5. Соціокультурний підхід (аналіз впливів, пов'язаних з етнічною, класовою, демографічною, релігійною приналежністю клієнта, на процес та

результати його образотворчої діяльності, долучаючи патогенні соціокультурні явища).

6. Враження й спостереження (формулювання суб'єктивних та об'єктивних припущень).

У якості одного з варіантів вербального зворотнього зв'язку використовують вільні мистецькі описи образотворчої продукції: клієнтам пропонують створити на основі власних малюнків, казку, вірш або записати низку пов'язаних з ними асоціацій. Іноді, ключом для розуміння пеерживань клієнта й основою для наступного продуктивного діалогу може слугувати назва малюнку, який найчастіше обирається інтуїтивно. Використання техніки прояснення допомагає підвести клієнта до усвідомлення глибинного змісту його образотворчої продукції.

Суттєвою у практичній діяльності зі стрес-фактором є авторська модель арт-терапії, що базується на системному й транстеоретичному підходах, біопсихосоціальной концепції станів психосоціальной дезадаптації, психологічній концепції особистості як системи взаємин людини із оточенням і концепції творчості як засобу підтримки та регуляції ідентичності і форми захисно-адаптивної поведінки. Такий процес заторкує різні рівні біопсихосоціальной організації особистості клієнта: біологічний, психологічний, соціокультурний.

Арт-терапевтичне втручання в умовах психотерапевтичного процесу складається з двох блоків:

- вплив на симптоматичний рівень і рішення тактичних завдань: емоційна стабілізація й організація поведінки, підвищення мотивації клієнта до психологічної роботи й отримання психологічної допомоги, адаптація до умов оточення;

- підвищення значущості завдань особистісної реконструкції, пов'язаних із особистісною реконструкцією, пов'язаних з корекцією неадекватних

емоційних, когнітивних й поведінкових стереотипів, розвитком більш адаптивних моделей поведінки.

Провідні компоненти системної арт-терапії:

1. Психологічна стабілізація, створення безпечного середовища, засвоєння простих засобів саморегуляції, а також підтримка й пошук нових засобів комунікації й самопрояву.

2. Екстерналізація й первинне опрацювання травматичного досвіду на підґрунті використання як звичних, так і альтернативних засобів комунікації й терапевтичних стосунків. Однією з особливостей цього компонента є первинний вираз емоційно зарядженого психологічного матеріалу з підвищеною увагою до утримання й підтримки оптимального рівню навантаження.

3. Змістове особистісне опрацювання досвіду психічної травми, а також особистісна реконструкція з перебудовою й розвитком системи значущих відносин, поступове змінювання схем реагування й самооцінки.

Важливою особливістю є використання символів. Зазвичай формування символу потребує узагальнення досвіду людини у спрощеному вигляді. Символ стає багатозначним концептом, при цьому його повне значення не усвідомлюється, через те, що знаходиться не на рівні мовлення, а на рівні відчуттів.

Це особливо важливим є для осіб з деменцією. Мовленнєва система порушується, передусім, у них. Їм важко виразити себе, власні думки й емоції. Арт-терапія звертається не до зон мозку, вона працює через образи й символи, через сенсорику, в такий спосіб уможлиблює взаємодію із оточуючим світом.

Завдяки арт-терапії активно стимулюються зорові частки мозку, які, в свою чергу здійснюють вплив на епізодичну пам'ять, такий підхід допомагає особам з деменцією підтримувати власну пам'ять, запам'ятовувати те, що відбувається навколо.

Той факт, що люди похилого віку менше навантажують свій мозок зовнішніми подіями, частіше занурюються в себе, сприяють появі психологічних та фізіологічних проблем. Арт-терапія надає можливість поширити горизонт, спробувати дещо нове. Саме пенсійний вік такий період, коли з'являється час, коли можна реалізовувати плани й окрім фізичних можливостей не відволікає ніщо.

У дослідженнях впливу арт-терапії на депресію й ментальну втому, шведські дослідники зазначають, що арт-терапія дозволяє зануритись у себе. При цьому вони підкреслюють арт-терапія дозволяє набути кращих результатів, ніж фармакологія чи психотерапія.

Найважливішими особливостями арт-терапії є:

- можливість самопізнання й самоусвідомлення (що і як впливає на нас);
- можливість самовираження (через дії, символи, кольори);
- можливість комунікації (завдяки символічному й метафоричному мисленню);
- можливість розуміти емоції, почуття й досвід через роботу з ними, можливість дистанційювання від складного травмуючого досвіду, можливість включити креативність та уяву;
- сенсорна стимуляція, що уможлиблює інтеграцію розуму/душі з діями тіла.

Усі ці особливості можуть привести до того, що особистість, яка займається арт-терапією, буде досягати стан потоку, який розкрив та описав у своїх роботах М. Чиксенмихайї. Це особливий стан свідомості, впродовж якого людина повністю фокусується на діяльності, забуваючи про все інше.

М. Чиксенмихайї виявив цей стан, коли досліджував митців, котрі повністю розчинялися у процесі створення картин, забуваючи про їжу, сон, а по завершенню втрачали зацікавленість у картині.

У стані потоку підвищується внутрішня мотивація людини й це призводить до почуття психологічного росту. Ми концентруємось, усвідомлюємо власні дії, підвищуємо рівень контролю над діяльністю. Змінюється навіть сприйняття часу. Людина у такому стані зазвичай глибоко дихає. Можливо у цей момент вона накопичує позитивний емоційний капітал для майбутніх дій.

Під час стану потоку активізуються обидві системи мозку: свідомі й несвідомі. Мистецтво допомагає перевести невербальну інформацію за допомогою символічної мови у свідомий простір, який вже активізує лобну кору. Так мистецтво стає засобом знати й спілкуватися.

Як правило, краще за все невербальні структури мозку включають завдання, що потребують якихось сенсомоторних дій (спорт, йога, гра на музичному інструменті, ліплення, малювання тощо). Ті чинники, що мають прояв у стані потоку, можуть доводити, що в цей момент людина може мов би переводити активність із свідомих сфер на більш давні області мозку. Так, в одному експерименті було показано, що у 25 осіб з 36, що займаються арт-терапією, спостерігався стан потоку. Це не просто випадкове поєднання обставин, а наявний факт: мистецтво дозволяє увійти в цей стан.

Важливим чинником, що уможливорює увійти у стан потоку, є розмова з терапевтом (або іншою людиною). Таким чином, арт-терапія ідеально поєднується з діалоговою формою терапії, дозволяючи виразити те, що сховано глибоко всередині людини).

Арт-терапію здебільшого використовують психотерапевти, які знають, як найкраще застосовувати її в конкретних випадках. Однак різні техніки можна використовувати для саморозуміння, покращення когнітивних здібностей через активізацію мозку, зменшення розумової втоми тощо.

Арт-терапія – це ефективний спосіб фізичного впливу на психічні стани, наприклад, зменшення втоми, покращення когнітивних функцій, полегшення депресії та інших розладів.

Отже, зазначимо, що внаслідок теоретичного аналізу провідних підходів щодо комплексної реабілітації осіб, які пережили дію стрес-фактору доведено, що комплексна реабілітація спрямовується на осіб, які пережили дію стрес-фактору, котрі виявляють певні труднощі, ускладнення, але в межах психологічної норми. Тому, акцентується увага на вагомості наявності ґрунтовних знань у фахівців, які здійснюють особистісну психокорекцію, про норму, потенціал, особливості психіки, яка пережили дію стрес-фактору, а також закономірності й механізми та особливості психічного розвитку таких осіб. Тобто, нормальний тип поведінки та спосіб реагування на зміни у соціальному середовищі, суттєво відрізняється від патологічного, якому притаманні такі ознаки: відсутність розвинених волевих процесів, надкомунікабельність й гнівливість, схильність до страхів, тривожно-фобічні розлади, obsесивно-компульсивні розлади, синдром «навченої безпорадності», конформність й відсутність власної позиції, думки тощо).

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

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

є критерієм норми психічного розвитку особистості, яка пережила дію стрес-фактору. Саме комплексна реабілітація із застосуванням психодинамічного й арт-терапевтичного методу сприяє відкорегуванню особистісної сфери осіб, які пережили дію стрес-фактору й формуванню відкорегуванню особистості.

Висновки до розділу

У розділі наведено аналіз наукових поглядів на соціально-психологічну природу стрес-фактору та його дію на особистість, зокрема в екстремальних умовах; розкрито сучасні підходи до реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Констатовано, що одним із надзначує стрес-факторів є екстремальні умови, а адаптаційні можливості постраждалих, які перебували у таких умовах, пов'язані з їх ресурсністю, життєстійкістю, а також, з системою переконань, цінностей та реабілітаційним потенціалом загалом (А. Гуляєва, О. Заверуха, В. Зливков, В. Корнієнко, С. Кузікова, О. Шевяков та ін.). Наголошується, що витривалість до несприятливих зовнішніх впливів має прояв у зламі адаптаційного бар'єру або перевищенні індивідуальних пристосувальних можливостей (Ю. Бохонкова, Н. Завацька, Л. Златова, О. Литвиненко, Р. Шевченко та ін.), у зв'язку з чим постає питання про травмування особистості. Встановлено, що у такий спосіб, дія стрес-фактору має відбиття у невротичних розладах, зниженні комунікативної активності й загостренні психосоматичних розладів у постраждалих. Крім цього, спостерігається розмаїття особистісних деструкцій, порушення саморегуляційних механізмів (Ю. Ахтирська, О. Блискун, В. Бочелюк, Є. Гейко, А. Журба та ін.). При цьому, через ставлення постраждалих до дії стрес-фактору (від перебільшення до ігнорування) відзначається специфіка самоопанування таким станом.

Аналіз впливу стрес-факторів надав змогу виокремити зовнішні стрес-фактори або фрустратори (нестача особистісних ресурсів, що сприяють самореалізації й задоволенню потреб; втрата близької людини; криза; конфлікти), які перешкоджають досягненню мети та виходу з проблемної ситуації (Т. Дембо). При цьому зазначається, що наявність непереборної перешкоди на шляху до вагомої мети спричинює регресію (Р. Баркер,

К. Левін), а також агресію або уникнення, як неконструктивні стратегії виходу з кризи чи конфлікту.

З'ясовано, що зовнішніми умовами, які також виступають стрес-факторами, є відповідні організаційні умови простору (професійні стреси через особливості професійної діяльності або неналежні умови; все що сприяє професійному вигоранню; екстремальні умови діяльності) (Т. Савченко та ін.).

Показано, що симптомами дії зовнішніх стрес-факторів є безсоння, емоційне занепокоєння, захворювання серцево-судинної системи, схильність до самогубства тощо (О. Брюховецька, О. Кованда, С. Піддубняк та ін.).

Виявлено, що до внутрішніх стрес-факторів належать особливості темпераменту зі специфікою реакції на стрес (інертний, флегматичний тип виявляє витривалість до хронічних стресових ситуацій, окрім екстремальних; меланхолічний тип виявляє сенситивність до стрес-фактору, завдяки чому, здебільшого, й уникає його негативних наслідків; навпаки, активним типам – сангвінічному – притаманна резилієнтність й швидка адаптованість до стрес-фактору; холеричний тип реагує витривалістю до психічних перенапружень, навіть й в екстремальних ситуаціях). Крім того, суттєвими є такі стрес-фактори, як-то: специфіка емоційного зв'язку матір-дитина (П. Крітенден), деструктивні стилі виховання; психологічна травма (Дж. Герман), сімейні сценарії (А. Шутценбергер) та ін.

Визначено, що особливості дії стрес-фактору на постраждалих мають такий прояв: специфіка реагування на стрес-фактор (рішучість-нерішучість), ставлення до стрес-фактору (ігнорування, трансформація, абстрагування), сприйняття стрес-фактору (об'єктивність-необ'єктивність) (О. Когут), а чинниками, що унеможливають адаптацію до стрес-фактору є високий рівень нейротизму, неконструктивні психологічні захисти й копінг-стратегії, низький рівень стресостійкості (С. Гарькавець, Є. Гейко, Н. Завацька, В. Корнієнко, Р. Шевченко, О. Шевяков та ін.).

Наголошується, що вагомим завданням реабілітації постраждалих, які пережили дію стрес-фактору, є надання психологічної допомоги у самореалізації, розвитку особистісного потенціалу, набуття гармонії власного внутрішнього світу, покращення психологічного самопочуття, укріплення та збереження психічного здоров'я. Така психологічна допомога є психосоціальною практикою, спрямованою на сприяння постраждалим у вирішенні завдань, пов'язаних із їх життєдіяльністю загалом.

Визначено, що ціннісні орієнтації й переконання особистості піддаються змінюванню в екстремальних умовах. Втім, саме переконання уможливають переживання дії стрес-фактору та його наслідків. Власне, уособлення цілісно-системної картини світу у цінності ставлень сприяє переживанню таких умов й винесенню досвіду (В. Бочелюк, З. Ковальчук, М. Семиліт, В. Турбан та ін.). Наголошується на необхідності комплексного підходу до реабілітаційних заходів щодо постраждалих, які пережили дію стрес-факторів, зокрема екстремальних (Л. Боярин, Н. Завацька, А. Курова, Л. Пілецька, М. Тоба та ін.).

Зазначене артикулює необхідність визначення та систематизації соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [21; 23; 30].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС-ФАКТОРІВ

2.1. Принципи побудови та процедура емпіричного дослідження

Дослідження проводилось упродовж 2015-2023 років на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (м. Сєвєродонецьк, м. Київ), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми), Центру надання правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» (м. Запоріжжя).

Вибірку склали 205 респондентів різної статі (військовослужбовці (103 особи) та вимушені переселенці (102 особи)), які постраждали внаслідок дії екстремальних стрес-факторів різного генезу.

Варто відзначити, що специфіку впливу екстремальних стрес-факторів на постраждалих неможна розглядати не висвітлюючи особливості їх особистісної сфери. Тому визначення соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів здійснювалося завдяки розв'язанню таких завдань: з'ясуванню взаємозв'язку показників стильових особливостей (полезалежності та понятійної диференційованості) з особистісними рисами, патернами поведінки та їх перебігу в умовах дії стрес-фактору, що негативно впливає на психічне й

психологічне здоров'я постраждалих. З цією метою було проведене дослідження когнітивно-стильових і характерологічних особливостей, когнітивної узгодженості; визначено наявність взаємозв'язків між когнітивно-стильовими і індивідуально-психологічними особливостями постраждалих, а також досліджено особливості поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що утворюють патерни поведінки стильових рис «оптимальних» та «неоптимальних» копінг-стратегій; встановлено специфіку впливу чинників: за групами досліджуваних у гендерному вимірі та за особливостями переживання дії стрес-фактору; на підґрунті факторного та кластерного аналізів визначено особливості психологічних типів постраждалих, які пережили дію екстремальних стрес-факторів.

Дослідження відбувалося у три етапи. У ході першого етапу нами вивчалися передумови комплексної реабілітації осіб, постраждалих на дію стрес-фактору й висвітлення її специфіки та структури.

В рамках другого етапу дослідження ми намагалися з'ясувати психологічну природу власне стрес-фактору як чинника, що сприяє стресостійкості особистості або спричинює психічний розлад.

Під час третього етапу дослідження ми намагалися визначити особливості копінг-стратегій та індивідуально-психологічних й когнітивно-стильових особливостей, що здійснюють вплив на особистість, яка переживає дію стрес-фактору.

Задля досягнення мети дослідження ми вирішували такі завдання:

- серед осіб, постраждалих на дію стрес-фактору провести психодіагностичне дослідження когнітивно-стильових і характерологічних особливостей, когнітивної узгодженості;
- визначити наявність взаємозв'язків між когнітивно-стильовими і індивідуально-психологічними особливостями, а також дослідити поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що утворюють патерни поведінки

стильових рис «оптимальних» та «неоптимальних копінг-стратегій осіб, постраждалих на дію стрес-фактору;

- встановити специфіку впливу чинників: група досліджуваних й гендерного аспекту на особливості переживання дії стрес-фактору;

- на підґрунті факторного та кластерного аналізу виокремити психологічні типи осіб, які пережили дію стрес-фактору й визначити особливості їх проявів.

У ході першого етапу експерименту ми використовували такі методики:

- 1) визначення структури комплексної корекції особистості, яка пережила дію стрес-фактору здійснювалося за такими методиками: спостереження, бесіда, структуроване інтерв'ю (на вивчення суб'єктивного ставлення до дії стрес-фактору й оцінки ступеня його впливу на емоційний стан та внутрішню гармонію особистості); психодіагностичні методики (шкала оцінок відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity Rating Scale (Д. Корн, Л. Максфілд, Н.Дж. Сміт, Р. Стікголд), комплексний копінговий опитувальник (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг), шкала депресії, тривоги і стресу – 21 (DASS-21), тест-опитувальник для визначення самоставлення особистості (В. Столін, С. Пантілеєв), методика діагностики показників та форм агресії Басса-Даркі, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (ШРОТ),

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

- 3) специфіку психологічних захистів та копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-факторів виявлено за допомогою методик: діагностики типологій психологічного захисту (Р. Плутчик, в адаптації Л. Вассермана, О. Єришева, О. Клубової та ін.), опитувальник для вивчення копінг-поведінки (Е. Хейм), 16-факторний опитувальник Р. Кетелла,

стандартизований багатofакторний метод дослідження особистості (СМДО) (Л. Собчик);

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

Критеріями успішної реабілітації є сформованість «успішних» копінг-стратегій особистості, ціннісне ставлення до життя має прояв у ставленні до власного життя, здоров'я й інших.

Результати емпіричного дослідження опрацьовувалися з використанням методів математичної статистики з їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 21.0).

2.2. Порівняльний аналіз індивідуально-типологічних та соціально-психологічних особливостей постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів

Порівняльний аналіз індивідуально-типологічних та соціально-психологічних особливостей постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, проведений на констатувальному етапі дослідження, надав змогу отримати такі результати.

1. Дослідження індивідуально-особистісного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Передусім ми провели психодіагностичне дослідження особливостей самоставлення осіб, що пережили дію стрес-фактору.

Таблиця 2.1

**Дослідження індивідуально-особистісного аспекту особистості
постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (у %)**

Показники індивідуально- особистісного аспекту	Досліджувані					
	Чоловіки			Жінки		
Рівні прояву	В	С	Н	В	С	Н
Самоповага	9,5	66,6	23,8	15,6	59,3	25
Аутосимпатія	4,7	52,3	42,8	18,7	65,6	15,6
Самоінтерес	47,6	47,6	4,7	62,5	37,5	-
Очікуване ставлення інших	28,5	47,6	23,8	37,5	40,6	21,8

Примітка: В – високий рівень, С – середній рівень, Н – низький рівень.

Отже, проаналізуємо отримані результати за методикою самоставлення В. Століна, С. Пантілеєва. За показником «Самоповага», що емоційно та змістовно поєднує віру в себе, власні сили, здібності, енергію, самостійність та оцінку власних можливостей щодо управління власним життям, розуміння себе, нами виявлено, що переважно чоловіки й жінки, які пережили дію стрес-фактору виявляють середній рівень 66,6 % й 59,3 % відповідно. Втім, завважимо той факт, що низький рівень самоповаги є властивий для 25 % жінок та 23,8 % чоловіків. Це, безумовно, той контингент чоловіків, які потребують комплексної корекції за зазначеним показником. Лише 9,5 % чоловіків та 15,6 % жінок виявляють оптимальний високий рівень самоповаги, що сприятливо впливає на розвиток особистісної сфери й психічний розвиток особистості, яка пережила дію стрес-фактору.

Важливим чинником психічного розвитку є показник «Аутосимпатія» або товариськість-ворожнечість стосовно власного Я; схвалення себе, довіра

до себе, позитивна самооцінка або навпаки бачення в собі, передусім, недоліків, низька самооцінка, готовність до самозвинувачувань.

За емпіричними даними, що ми отримали, зазначимо, що переважно чоловіки й жінки, які пережили дію стрес-фактору середній рівень 52,3 % й 65,6 % відповідно. Проте, майже 43 % чоловіків демонструють низький рівень аутосимпатії чи негативне самосприйняття й низьку самооцінку, а також 15,6 % жінок потребують особистісної корекції за таким показником. Втім, 4,7 % чоловіків та 18,7 % жінок мають позитивну самооцінку й сприятливе ставлення до себе. Це недостатня частка для вибірки в цілому.

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

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

Таким чином, підсумовуючи результати емпіричного дослідження за індивідуально-особистісним аспектом особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, зауважимо щодо необхідної планомірної психологічної корекції самоствавлення у зазначених осіб.

2. Досліджуючи емоційно-афективний аспект особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів із застосуванням методик: діагностики агресивності (Басса-Даркі); діагностики реактивної та особистісної тривожності за психодіагностичною методикою Спілбергера-Ханіна (ШРОТ) нами отримано такі емпіричні дані (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Дослідження емоційно-афективного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: агресія (у %)

Показники емоційно-афективного аспекту (агресія)	Досліджувані					
	Чоловіки			Жінки		
	Рівні прояву					
	В	С	Н	В	С	Н
Фізична агресія	23,8	47,6	28,5	18,7	62,5	18,7
Непряма агресія	33,3	42,8	23,8	18,7	59,3	21,8
Роздратування	23,8	52,3	23,8	25,0	75,0	-
Негативизм	47,6	52,4	-	28,1	46,8	25,1
Образа	28,5	42,9	28,5	18,7	62,5	18,7
Підозірлість	33,3	28,5	38,0	28,1	56,2	15,7
Вербальна агресія	33,3	57,1	9,5	34,3	31,4	34,3
Почуття провини	33,3	47,6	19,1	31,2	31,2	37,5

Примітка: В – високий рівень, С – середній рівень, Н – низький рівень.

Таким чином, за результатами показнику «Фізична агресія» чи використання фізичної сили проти іншої особистості 23,8 % чоловіків та 18,7% жінок виявляють високий рівень. Значна частина вибірки схильна до

фізичної агресії. Ми пояснюємо такий факт специфікою соціального середовища – військові дії й в цілому підвищена агресивність у суспільстві спричиняють сплеск агресивності у осіб, які пережили дію стрес-фактору. Втім, 28,5 % чоловіків та 18,7% жінок виявляють низький рівень фізичної агресії.

За показником «Непряма агресія» або прихована агресія, що опосередковано спрямовується на інших чи ні на кого конкретно 33,3 % чоловіків та 18,7 % жінок демонструють високий рівень. Тобто у прихованій формі доволі високий відсоток осіб, які пережили дію стрес-фактору також схильні до агресії. Хоча 23,8 % чоловіків та 21,8 % жінок виявляють низький рівень прихованої агресії або не є схильними до прояву агресії.

За показником «Роздратування» або готовність до прояву негативних почуттів за умов навіть невеличкого збудження (грубість, запальність) однакова кількість чоловіків 23,8 % проявляють однаково високий та низький рівень зазначеного показнику. А також 25 % жінок також виявляють високий рівень готовності до негативних проявів стрес-фактору. Таким чином постає необхідність щодо особистісної корекції умінь самоопанування.

За показником «Негативізм» чи опозиційна манера поведінки від пасивного супротиву до активної боротьби проти норм, що встановлено у 47,6 % чоловіків та 28,1% жінок яскраво виражені нонконформістські установки. Тут необхідним є опрацювання на особистісному рівні цінності власної думки, але й можливості її узгоджувати з іншими. Завдяки цьому унормовується об'єктивність соціального статусу в групі й набуття ціннісного ставлення до себе та до інших.

За показником «Образа» або заздрість та ненависть до оточуючих та дійсні або надумані дії однакова кількість 28,5 % чоловіків виявляють високий рівень та низький рівень за цим показником. Схожа тенденція й у жінок 18,7 % виявляють високий рівень й саме така кількість виявляє низький рівень за цим показником. Це менше за середній рівень, але в цілому

такий показник свідчить на користь комплексної корекції особистості прийняття себе та інших, поважливе ставлення до успіхів інших й уміння приймати помилки та слабкості інших.

За показником «Підозрілість» у діапазоні від недовіри й обережності до відношенню до інших до переконання в тому, що інші планують й завдають шкоди 33,3 % чоловіків та 28,1 % жінок виявляють високий рівень недовіри оточенню. З одного боку, такий результат є об'єктивним через соціальну ситуацію. З іншого боку, підвищується ризик викривленого психічного розвитку особистості через базову недовіру світу.

За показником «Вербальна агресія» або виявлення негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокльони, погрози) 33,3 % чоловіків та 34,3% жінок виявляють високий рівень цього показнику, тобто мають схильність до символічної агресії й також утворюють підґрунтя для особистісної корекції у аспекті самосприйняття та прийняття світу як сприятливого простору для самозмінювань.

За показником «Почуття провини», що виявляє можливе переконання в тому, що особистість є поганою й творить зло; докори совісті 33,3 % чоловіків та 31,2 % жінок виявляють високий рівень викривленого самоствавлення або комплексу меншовартості й лише 19,1 % чоловіків та 37,5% жінок сприймають себе позитивно й екологічно. В цілому, жінки демонструють більш позитивне ставлення до себе й меншу агресивність, ніж чоловіки. Втім, чоловіки через етнічні ментальні образи мають дотримуватись взірців мужності. Серед таких стереотипів є здорова агресія. Але ключовим моментом тут є оптимальний прояв агресії як захисної реакції або основи для мотивації досягнення.

Окрім цього, представлена методика дозволяє визначити індекс агресивності та індекс ворожості.

Таблиця 2.3

**Специфіка проявів агресії у осіб, які пережили дію
стрес-фактору (у %)**

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

Представлені індекси (агресивності та ворожості) являють собою спільний або сумарний показник різних форм агресії. Так, індекс агресивності утворюється за сумарним показником фізичної, опосередкованої та вербальної форм агресії. Отже, 33,3 % чоловіків та 21,8 % жінок властивий високий рівень показнику «індексу агресивності». Тобто, чоловіки та жінки можуть виявляти факти жорстокої поведінки. Хоча необхідно зауважити про наявність об'єктивних соціально-психологічних передумов, що спричиняють таку поведінку. Втім, це також є важливою передумовою необхідності комплексної корекції зазначених осіб. Й також 28,5 % чоловіків та 15,6 % жінок виявляють низький або оптимальний рівень індексу агресії. Їм вдається керувати спалахами агресії.

За визначенням «індексу ворожості», образи та підозрливості, у 42,8 % чоловіків та 25 % жінок виявлено високий рівень. Тобто, доволі висока частка осіб, які пережили дію стрес-фактору схильні до ворожості, як захисної реакції, так і викривленого ставлення до себе. Лише 9,5 % чоловіків та 25 % жінок мають низький рівень ворожості. В цілому варто зазначити, що доволі

значна частина досліджуваних виявляють різні форми агресії, як захисну реакцію, так і через викривлене ставлення до себе й світу, що потребує цілеспрямованої комплексної корекції таких проявів.

Наступний аспект емоційно-афективного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: тривожність.

Отже, показник «*Особистісна тривожність*» – риса, властивість, диспозиція, що надає уявлення про індивідуальну різницю у підвладності дії різних стресорів. Відносна стійкість щодо погроз до власного «Я». Високий рівень за таким показником виявили майже 43% чоловіків та 37,5% жінок. Доволі значна частка осіб, які пережили дію стрес-фактору схильні до особистісної тривожності як властивості особистості.

Таблиця 2.4

Дослідження емоційно-афективний аспект особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: тривожність (у %)

Показники емоційно-афективний аспект	Рівні прояву	Кількісний показник (%) за гендерною ознакою	
		Чоловіки	Жінки
Особистісна тривожність	високий	42,8	37,5
	середній	51,3	43,7
	низький	4,7	18,7
Ситуативна тривожність	високий	33,3	43,7
	середній	47,6	25,0
	низький	19,0	31,2

Проте, лише майже 5 % чоловіків та 18,7 % жінок виявляють низький рівень за цим показником або стабільну нервову систему й схильні до стресостійкості. Такий результат свідчить щодо необхідності формування стресостійкості у осіб, які пережили дію стрес-фактору.

За показником «Ситуативна тривожність» – реакція на різні, передусім, соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття несприятливого до себе ставлення погроз до власної самоповаги) виявлено, що 33,3 % чоловіків та 43,7% жінок мають високий рівень ситуативної тривожності, тобто втрачають самоопанування у складних ситуаціях, нестандартних або таких, що потребують швидкого прийняття рішення. Лише 19 % чоловіків та 31,2 % жінок схильні до самоопанування й швидкості прийняття рішення у нестандартних відповідальних ситуаціях. Це ще один показник щодо необхідності здійснення цілеспрямованої комплексної корекції осіб, які пережили дію стрес-фактору.

3. Діяльнісно-поведінковий аспект особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів визначався показниками:

- 1) залежність-незалежність;
- 2) комунікабельність-некомунікабельність;
- 3) прийняття боротьби – уникання боротьби за методикою «Q-сортування» (Q-Sort) В. Стефансона.

Тенденція до залежності визначається як внутрішню спрямованість особистості до прийняття групових стандартів й цінностей: соціальних та морально-етичних. Тенденція до схильності до спілкування свідчить про контактність, стремління утворювати емоційні зв'язки як у власній групі, так і поза її межами. Тенденція до боротьби – активна спрямованість на участь у груповому житті, спрямовуватись до більш значущого статусу у системі міжособистісної взаємодії; в протилежність цієї тенденції запобігання «боротьби» свідчить про стремління запобігти взаємодії, зберегти нейтралітет у групових дискусіях та конфліктах, схильність до компромісних рішень. Кожна з цих тенденцій має внутрішню та зовнішню характеристику, тобто залежність, комунікативність й «боротьба» можуть бути внутрішньо належними особистості, а можуть бути зовнішніми, своєрідною «маскою», що приховує особистість. Якщо кількість позитивних відповідей у кожній

парі (залежність – незалежність, комунікабельність – некомунікабельність, прийняття «боротьби» – запобігання «боротьби») наближується до 20, то ми відзначаємо об’єктивно домінування тієї або іншої тенденції, що присутня особистості й має прояв не лише у певній групі, але й за її межами.

Таблиця 2.5

**Особливості проявів діяльнісно-поведінкового аспекту особистості
постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів**

Показники діяльнісно- поведінкового аспекту	Дихотомія проявів	Кількісний показник (%) за гендерною ознакою	
		чоловіки	жінки
Залежність	Позитивне значення	19,0	15,6
	Негативне значення	28,5	31,2
Незалежність	Позитивне значення	28,5	31,2
	Негативне значення	23,8	21,8
Комунікабельність	Позитивне значення	33,3	37,5
	Негативне значення	28,5	15,6
Некомунікабельність	Позитивне значення	19,0	15,6
	Негативне значення	19,0	31,2
Прийняття «боротьби»	Позитивне значення	28,5	15,6
	Негативне значення	19,0	31,2
Запобігання «боротьби»	Позитивне значення	23,8	37,5
	Негативне значення	28,5	15,6

Таким чином, «Залежність», як внутрішня спрямованість особистості до прийняття групових стандартів й цінностей: соціальних та морально-етичних представлена в такий спосіб: 19 % чоловіків та 15,6 % жінок, проте 28,5 % чоловіків відсторонюються від групових стандартів й 31,2 % жінок також виявляють вільне трактування групових стандартів.

Й, навпаки «Незалежність» від групових норм характерна для 28,5 % чоловіків та 31,2 % жінок.

Схильність до «Комунікабельності» до емоційних зв'язків властива 33,3 % чоловіків та 37,5 % жінок. Й, 28,5% чоловіків та 15,6 % жінок виявляють негативний полюс контактності або потребу у комплексній корекції особистості щодо зазначеного показника.

Особливості «Некомунікабельності» переважно має прояв у 19 % чоловіків та 5,6 % жінок, зазначена група також потребує корекції умінь комунікації.

«Прийняття боротьби» або активна спрямованість особистості брати участь у груповому житті й взаємодії в групах. 28,5 % чоловіків та 15,6 % жінок виявляють схильність до набуття соціального статусу в соціальній ієрархії. Хоча 19 % чоловіків та 31,2% жінок не зацікавлені у груповому житті, демонструють недостатню соціальну активність.

«Запобігання боротьби» або намагання ухилитися від взаємодії, утворення нейтралітету під час конфліктної взаємодії в групі, схильність до компромісів. 23,8% чоловіків та 37,5% жінок виявляють запобігання соціальній взаємодії й 28,5 % чоловіків та 15,6% жінок, навпаки, намагаються займати активну життєву позицію й стремління залучитися у групове життя.

Отже, з'ясовано особливості індивідуально-особистісного аспекту; емоційно-афективного аспекту; діяльнісно-поведінкового аспектів особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

На другому етапі констатувального експерименту ми здійснили факторний аналіз одержаних емпіричних даних задля виявлення провідних чинників комплексної корекції осіб, які пережили дію стрес-фактору.

Математична обробка даних була проведена на основі пакету статистичних програм SPSS. Впродовж експериментального дослідження нами було висвітлено достовірний зв'язок між такими змінними: «комплексна корекція» та «стрес-фактор». За результатами діагностичних

зрізів (за діагностичними методиками, що увійшли до психодіагностичного блоку) ми виявили статистично значущий зв'язок на 0,01 % рівні значення. Результати надані у таблицях свідчать про наявність статистично значущого зв'язку між усіма властивостями особистості та її цілісністю.

Під час факторного аналізу було застосовано метод «головних компонент». Для визначення числа компонентів запропоновано два критерії: відповідно до першого числа факторів дорівнює числу компонентів, власні значення яких більше 1 («Повна пояснена дисперсія»). Другий критерій визначається за графіком власних значень (Scree plot) – кількість чинників визначається за точкою перегину на графіку до його виходу на пологую пряму після різкого спаду власних значень.

Адекватність вибірки ми перевірили завдяки використанню «Критерію адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна» – величина, що характеризує ступінь застосування факторного аналізу по даній вибірці. Правило інтерпретації цього критерію наступне:

- Більше 0,9 – безумовна адекватність;
- Більше 0,8 – висока адекватність;
- Більше 0,7 – прийнятна адекватність;
- Більше 0,6 – задовільна адекватність;
- Більше 0,5 – низька адекватність;
- Менше 0,5 – факторний аналіз непридатний до вибірки.

Спочатку проаналізуємо всю вибірку осіб, які пережили дію стрес-фактору для того, щоб виділити основні фактори (чинники) «комплексної корекції» особистості. Отже, кореляційна матриця 23 змінних була піддана процедурі аналізу за методом «головний компонент».

Нами було вилучено 6 факторів із власними значеннями більше одиниці. Ці фактори піддалися обертанню за методом варімакс (Varimax) і пояснюють 77,5 % сукупної (загальної) дисперсії.

1) Перший фактор «Стратегія запобігання», внаслідок того, що змінні, мають найвищі навантаження:

- неспокій (,852) – особистість відчуває неспокій через різних людей, місця тощо;

- прояв агресії у різних формах, в тому числі й аутоагресія (,654) – схильність до роздратування, спонтанна агресія.

2) Другий фактор «Безперервний неспокій», змінні мають найвищі навантаження:

- схильність накручувати себе (,859) – драматизація подій впритул до панічного неспокою;

- негативне сприйняття майбутнього, безперспективність (,830) – відсутність мети, марність будь-яких планів на майбутнє, що мають перспективу;

3) Третій фактор «Когнітивне переоцінювання», змінні мають найвищі навантаження:

- помилкове оцінювання (,815) – помилкове оцінювання ситуацій як загрози;

4) Четвертий фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій», змінні мають навантаження:

- переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин (,844) – упевненість в тому, що обставини сильніше, ніж власні сили;

- страх болю й страждань через емоції й почуття (,656).

5) П'ятий фактор «Оцінка цільової проблеми», змінні мають найвищі навантаження:

- тригер, що спричинює душевне переживання (,689) – події, ключові символи, що «включають» переживання;

- цільова проблема (,659) – часткове усвідомлення переживання;

- негативна когніція (,657) – іраційні і рекурсивні «Я-ствердження»;

- позитивна когніція (,623) – можливі, узагальнені і рекурсивні «Я-ствердження» з фокусом на негативізм когніцію;
- позитивна когніція (,765) з образом або проблемою;
- ідентифікація емоцій (,834) пов'язаних з образом і негативною когніцією.

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

- негативна когніція і фізичні відчуття (,715) – переживання тривоги й психосоматичних проявів фізичних недугів;
- неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки (,844).

Отже, завдяки факторному аналізу вдалось виділити 6 основних факторів, що надає можливість більш повно і детально дослідити дане явище. У досліджуваних найбільше факторне навантаження має «Стратегія запобігання», який показує наявність, що важливим для комплексної корекції особистості є внутрішні критерії, ціннісні орієнтації, прийняття себе (як позитивних аспектів, так і негативних), творчість, сприймання часу. Також, вагомим є «Безперервний неспокій», яка допомагає у відчутті значимості життя та себе, наявність цілей, усвідомленні прожитого досвіду, як чинники, що підвищують тривожність особистості. Інші фактори вказують на спрямованість особистості (на зовні чи всередину).

Досліджуючи особливості постраждалих, які пережили дію стрес-факторів, ми поетапно вивчали специфіку прояву та структурні зміни особливостей індивідуально-особистісного аспекту; емоційно-афективного аспекту; діяльнісно-поведінкового аспектів. В табл. 2.6 показано прояв та зміни показників. Впродовж експериментального дослідження нами було висвітлено достовірний зв'язок між змінними. За результатами діагностичних зрізів (за діагностичними методиками, що увійшли до психодіагностичного блоку) ми виявили статистично значущий зв'язок на 0,01 % рівні значення. Результати надані у таблицях свідчать про наявність

статистично значущого зв'язку між усіма показниками індивідуально-особистісного, емоційно-афективного, діяльнісно-поведінкового аспектів особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та специфікою стрес-фактору.

Таблиця 2.6

Прояв та зміни показників особливостей індивідуально-особистісного, емоційно-афективного, діяльнісно-поведінкового аспектів особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів

№	Чоловіки	Фактори	Показники
1	I	I фактор «Стратегія запобігання»	1) неспокій; 2) агресія й аутоагресія; 3) самоінтерес; 4) аутосимпатія; 5) самоприйняття.
		II фактор «Безперервний неспокій»	1) схильність накручувати себе; 2) негативне сприйняття майбутнього, безперспективність; 3) контактність; 4) самоприйняття.
		III фактор «Когнітивне переоцінювання»	1) помилкове оцінювання.
		IV фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій»	1) переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин; 2) страх болю й страждань через емоції й почуття; 3) сенситивність.
		V фактор	1) тригер, що спричинює душевне

		«Оцінка цільової проблеми»	<p>переживання; цільова проблема;</p> <p>2) негативна когніція (іраціональні і рекурсивні «Я-твердження»;</p> <p>3) позитивна когніція можлива, узагальнені і рекурсивні «Я-твердження» з фокусом на негативізм когніцію;</p> <p>4) позитивна когніція з образом або проблемою;</p> <p>5) ідентифікація емоцій пов'язаних з образом і негативною когніцією.</p>
		VI фактор «Десенсибілізація»	<p>1) негативна когніція і фізичні відчуття;</p> <p>2) неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки.</p>
2	Жінки	I фактор «Безперервний неспокій»	<p>1) схильність накручувати себе;</p> <p>2) негативне сприйняття майбутнього, безперспективність; 3) контактність;</p> <p>4) самоприйняття.</p>
		II фактор «Стратегія запобігання»	<p>1) гнучкість поведінки;</p> <p>2) підтримка;</p> <p>3) самоповага;</p> <p>4) самоприйняття;</p> <p>5) ціннісні орієнтації;</p> <p>6) синергія;</p> <p>7) орієнтація в часі;</p> <p>8) спонтанність.</p>
		III фактор «Нерезистентність до	<p>1) переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин;</p>

		стресових ситуацій»	2) острах болу й страждань через емоції й почуття; 3) сенситивність.
		IV фактор «Оцінка цільової проблеми»	1) тригер, що спричинює душевне переживання; цільова проблема; 2) негативна когніція (іраціональні і рекурсивні «Я-твердження»); 3) позитивна когніція можлива, узагальнені і рекурсивні «Я-твердження» з фокусом на негативізм когніцію; 4) позитивна когніція з образом або проблемою; 5) ідентифікація емоцій, пов'язаних з образом і негативною когніцією.
		V фактор «Когнітивне переоцінювання»	1) помилкове оцінювання.
		VI фактор «Десенсибілізація»	1) негативна когніція і фізичні відчуття; 2) неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки.

З наведеної таблиці ми можемо побачити, що структурні компоненти особистості, яка пережила дію стрес-фактору змінюються не тільки кількісно, але і якісно (за гендерною ознакою). Для чоловіків характерним є провідний фактор «Стратегія запобігання» або уникнення неспокою, всього, що нагадує про пережите й, водночас, прояви агресії та ауто агресії, звинувачення себе та інших в трагічних подіях, прагнення відокремитися або

увійти у самотність. У жінок, домінує фактор «Безперервний неспокій». Тобто, драматична подія та її переживання спричинюють тривожність та постійне очікування небезпеки, невпевненість у оточенні, спонтанні панічні атаки, генералізована тривога.

Тепер розглянемо детально кожну вибірку для більш повного розуміння специфіки особливостей індивідуально-особистісного, емоційно-афективного, діяльнісно-поведінкового аспектів особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів у чоловіків та жінок.

Чоловіки. Під час аналізу кореляційної матриці 23 змінних за методом «головних компонент» було вилучено 6 факторів з власними значеннями більше одиниці, головна частина (з 1 по 6) і хвостова (з 7 по 23). Ці фактори піддалися обертанню за методом варімакс (Varimax). Фактори, отримані в результаті обертання за методом варімакс, пояснюють 87,3 % сукупної (загальної) дисперсії.

До основних факторів у чоловіків віднесено:

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

- неспокій (,920) – особистість відчуває неспокій через різних людей, місця тощо;
- прояв агресії у різних формах, в тому числі й аутоагресія (,916) – схильність до роздратування, спонтанна агресія.

2) Другий фактор «Безперервний неспокій», змінні мають найвищі навантаження:

- схильність накручувати себе (,853) – драматизація подій впритул до панічного неспокою;
- негативне сприйняття майбутнього, безперспективність (,807) – відсутність мети, марність будь-яких планів на майбутнє, що мають перспективу;

3) Третій фактор «Когнітивне переоцінювання», змінні мають найвищі навантаження:

- помилкове оцінювання (,778) – помилкове оцінювання ситуацій як загрози;

4) Четвертий фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій», змінні мають навантаження:

- переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин (,905) – упевненість в тому, що обставини сильніше, ніж власні сили;
- страх болю й страждань через емоції й почуття (,845).

5) П'ятий фактор «Оцінка цільової проблеми», змінні мають найвищі навантаження:

- тригер, що спричинює душевне переживання (,754) – події, ключові символи, що «включають» переживання;
- цільова проблема (,734) – часткове усвідомлення переживання;
- негативна когніція (,689) – іраціональні і рекурсивні «Я-ствердження»;
- позитивна когніція (,671) – можливі, узагальнені і рекурсивні «Я-ствердження» з фокусом на негативізм когніцію;
- позитивна когніція (,623) з образом або проблемою;
- ідентифікація емоцій (,612) пов'язаних з образом і негативною когніцією.

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

- негативна когніція і фізичні відчуття (,849) – переживання тривоги й психосоматичних проявів фізичних недугів;
- неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки (,746).

Таким чином, на вибірці чоловіків домінує стратегія уникання. Драматичні події, що були пережиті спричинюють схильність до уникання комунікації, взаємодії з іншими, бажання усамітнення. Відчуття тривоги,

очікування неприємностей, недовіра до світу, інших людей. Спрямованість на самотність потрібно враховувати при розробці комплексної корекційної програми.

Жінки. Під час аналізу кореляційної матриці 23 змінних за методом «головних компонент» було вилучено 6 факторів з власними значеннями більше одиниці, основна частина (з 1 по 6) і хвостова (з 7 по 23). Ці фактори піддалися обертанню за методом варімакс (Varimax). Фактори, отримані в результаті обертання за методом варімакс, пояснюють 88,5 % сукупної (загальної) дисперсії.

До основних чинників у жінок, які пережили дію стрес-фактору віднесено:

1) Перший фактор можна інтерпретувати як «Безперервний неспокій», змінні мають найвищі навантаження:

- схильність накручувати себе (,937) – драматизація подій впритул до панічного неспокою;

- негативне сприйняття майбутнього, безперспективність (,924) – відсутність мети, марність будь-яких планів на майбутнє, що мають перспективу;

2) Другий фактор можна інтерпретувати як «Стратегія запобігання», змінні мають найвищі навантаження:

- неспокій (,887) – особистість відчуває неспокій через різних людей, місця тощо;

- прояв агресії у різних формах, в тому числі й аутоагресія (,884) – схильність до роздратування, спонтанна агресія.

3) Третій фактор можна інтерпретувати як «Нерезистентність до стресових ситуацій», змінні мають навантаження:

- переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин (,844) – упевненість в тому, що обставини сильніше, ніж власні сили;

- страх болю й страждань через емоції й почуття (,656).

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

- тригер, що спричинює душевне переживання (,710) – події, ключові символи, що «включають» переживання;
- цільова проблема (,659) – часткове усвідомлення переживання;
- негативна когніція (,643) – іраціональні і рекурсивні «Я-ствердження»;
- позитивна когніція (,622) – можливі, узагальнені і рекурсивні «Я-ствердження» з фокусом на негативізм когніцію;
- позитивна когніція (,618) з образом або проблемою;
- ідентифікація емоцій (,610) пов'язаних з образом і негативною когніцією.

5) П'ятий фактор можна інтерпретувати як «Когнітивне переоцінювання», змінні мають найвищі навантаження:

- помилкове оцінювання (,871) – помилкове оцінювання ситуацій як загрози;

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

- негативна когніція і фізичні відчуття (,715) – переживання тривоги й психосоматичних проявів фізичних недугів;
- неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки (,844).

2.3. Визначення та систематизація соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів

Упродовж психологічного аналізу отриманих даних, що висвітлюють зв'язок між особливостями індивідуально-особистісного, емоційно-афективного, діяльнісно-поведінкового аспектів особистості постраждалих

внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, передусім визначимо спільні утворення відповідних психологічних типів. Отже, виокремимо лінійні та нелінійні зв'язки особистісних властивостей та специфіки реабілітації на кшталт стрес-фактору, тобто показниками «полезалежність – полenezалежність», а також «диференційованість – недиференційованість».

У відповідності із відомою психологічною методикою Г. Уїткіна «Вставлені фігури» є такі показники: W – показник продуктивності, N – показник правильності розв'язань ($p < 0,001$), T – показник часу виконання завдань. Ми акцентували увагу, передусім на показнику продуктивності (W), що відповідає показнику правильності рішень 0,6 ($p < 0,001$) (N), а також часу -0,7 ($p < 0,001$) (T). Втім, за результатами кореляції показнику часу і кількості правильних ($p < 0,001$) не виявили значущої кореляції.

Аналіз отриманих емпіричних даних дозволяє зазначити наступне на окремих вибірках переселенців та військових й спільну вибірку.

Втім доволі слабкий лінійний зв'язок виявлено у дихотомії: «полезалежність – полenezалежність» із особистісними властивостями досліджуваних (але статистично достовірний).

Власне, співвідношення зазначених показників й уможливорює визначення відмінностей вибірок, переселенців та військових.

Задіяння кореляційного аналізу виявляє статистично значущий зв'язок параметру «полезалежність – полenezалежність» за показником продуктивності W, а також такими особистісними властивостями, а саме:

Військові:

– O («почуття провини – самовпевненість») – 0,23 ($p < 0,001$);

Переселенці:

– I («м'якосердечність – реалістичність») – 0,29 ($p < 0,001$)

Спільна вибірка:

– O («почуття провини – самовпевненість») – 0,18 ($p < 0,001$);

– I («м'якосердечність – реалістичність») – 0,16 ($p < 0,001$);

- Q² («самостійність – залежність від групи») – 0,21 (p<0,001);
- T («ригідність – гнучкість») – 0,20 (p<0,001).

Тобто, можна зазначити, що військові, яким ми віднесли до «полезалежних» виявляють найчастіше «упевненість у собі» («O»), а переселенцям «реалістичність» та «практичність» («I»). Проте, спільна вибірка доводить, що достовірний статистичний зв'язок характерний для показнику «полезалежність» та «упевненість у собі», «соціальна сміливість», «реалістичність», «ригідність», «соціальна залежність».

Здійснюючи кореляційний аналіз між параметрами «понятійна диференційованість» (Р. Гарднер «Вільне сортування») з властивостями особистості.

Військові:

- Q₃ («високий – низький самоконтроль поведінки») - 0,26 (p<0,001);

Переселенці:

- В («високий інтелект – низький інтелект») 0,29 (p<0,005);
- шкала «інтроверсія» 0,27 (p<0,005);

Спільна вибірка:

- Q₁ («гнучкість – ригідність») – 0,15 (p<0,005);
- Сенситивність – 0,15 (p<0,005).

Отже, військові, які виявляють «диференційованість», водночас, й низький рівень самоконтролю поведінки («Q₃»). Переселенцям, які характеризуються «диференційованість», їм властива інтровертованість й інтелектуальний розвиток вище за середній рівень. На спільній вибірці «понятійна диференційованість» відповідає ригідності та сенситивності.

Статистично значущий зв'язок показників «диференційованість» та «самоконтроль поведінки» для вибірки військових виявляє особливості самоконтролю цієї групи досліджуваних, що характеризує специфіку аналітичного та синтетичного стилю наявні саме цій вибірці. Відтак, військові

із переважанням аналітичного стилю мислення менше виявляють самоконтроль, ніж ті, що виявляють синтетичний стиль.

Також виявлено статистично значущу кореляцію між показниками «полезалежність» та «залежність від групи». Імовірно, особливості професійного статусу характеризується поєднанням конформності й полезалежністю у військових.

В такий спосіб, ми можемо зазначити відповідні характерні особливості для досліджуваних, які перебувають в умовах дії стрес-фактору. Завдячуючи наявності статистично значущих лінійних кореляцій визначають таку специфіку.

Військові, які виявляють «полезалежність», характеризуються упевненістю у собі, власних діях, доволі практичні й реалістичні, прагматичні. Достатньо відповідальні й, втім, незалежні, хоча думка групи є значущою, має вплив на поведінку. А також сміливі, активні й, водночас, ригідні та соціально залежні. З повагою ставляться до власної думки, обраної мети й способу її реалізації, а також толерантність до труднощів. Вибірці переселенців властивими є достатній рівень інтелекту та незалежності.

Таким чином, показник «диференційованість» виявляє на спільній вибірці переселенців та військових, які пережили дію стрес-фактору, статистично значущі, втім, слабкий кореляційний зв'язок із ригідністю та сенситивністю. Так, військовий із високою «диференційованістю», найчастіше виявляє напруженість, а переселенець із таким показником, інтровертований, із достатнім рівнем інтелекту, відповідальний.

Імовірно, «понятійна диференційованість» має тенденцію до поєднання із особистісними властивостями, однак, специфіка такого зв'язку буде різною в залежності від професійних та індивідуально-психологічних властивостей.

Окрім цього, ми здійснили кластерний аналіз емпіричних даних. Особливості дії стрес-фактору має свою специфіку в залежності від зв'язку із

особистісними властивостями. Власне для виявлення такого зв'язку було задіяно однофакторний дисперсійний аналіз.

Так, показник стрес-фактору виступає як незалежна змінна і виступає основою для розподілу категорій досліджуваних (переселенців та військових) на такі групи: з низьким значенням змінної; з середнім значенням та з високим значенням. Окрім цього, здійснено аналіз усіх змінних (за результатами особистісних властивостей і копінг-стратегій) для груп «поленезалежності» й «понятійної диференційованості».

За показником «полезалежність – поленезалежність»

На вибірці військових «понятійна диференційованість» когнітивного стилю за показником «поняття часу/кількість груп» пов'язана з:

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

Таким чином, «недиференційовані» військові виявляють менший рівень самоконтролю в поведінці у порівнянні із «диференційованими» і «середніми», характерною є раціональність, переважання логіки над почуттями.

Досліджувані із середнім рівнем «понятійної диференційованості» відрізняються активністю, життєрадісністю, залежністю від групових норм. Граничні типи – «недиференційовані» і «диференційовані» – серйозні, більш напружені й самодостатні.

Особистісні властивості сприяють корекції та подоланню дії стрес-фактору. Важливим чинником тут є копінг-стратегії. В процесі психокорекції дії негативних наслідків стрес-фактору варто враховувати копінг-стратегії. Саме аналіз взаємовпливу особистісних властивостей, когнітивно-стильових

особливостей та копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору та його негативні наслідки необхідна комплексна корекція.

Безперечно, необхідним є застосування таких критеріїв подолання дії стрес-фактору, а саме: особливості копінг-стратегій та власної оцінки психологічного стану. В такий спосіб, ми намагалися розробити «профіль» військового, котрий переживає дію стрес-фактору, визначити специфіку його копінг-стратегій й особистісних властивостей, що сприяють комплексній корекції.

Визначенню того, які особистісні властивості є чинником корекції негативних наслідків дії стрес-фактору, сприяють його оптимальному подоланню, здійснено кореляційний аналіз показників особистісних властивостей та «оптимальних» й «неоптимальних» копінг-стратегій. Кореляції психологічних показників із копінг-стратегіями й виявлені статистично значущі кореляційні зв'язки надані у табл 2.7.

Таблиця 2.7

Кореляційний аналіз показників «особистісні властивості – копінг-стратегії» осіб, які пережили дію стрес-фактору ($p < 0,05$)

Особистісні властивості – копінг-стратегіальні показники	Коефіцієнт кореляції
«Напруження»	- 0,19
«Довірливість»	- 0,17
«Надвпевненість у собі»	- 0,18
«Флексибільність»	0,44
«Чутливість»	0,31
«Поняття часу»	- 0,20

За результатами кореляційного аналізу визначаються особистісні властивості й копінг-стратегії, осіб, що пережили дію стрес-фактору:

– сприйняття нового, наявність інтелектуальних інтересів;

- сенситивність, чутливість, повага до цінностей, конформність;
- безпосередність і прямолінійність;
- серйозність, розсудливість;
- упевненість в собі, відсутність депресивних тенденцій;
- висока вимогливість до себе й оточуючих, цілеспрямованість;
- невисока «понятійна диференційованість».

У наступній табл. 2.8 надаються результати кореляційного аналізу особистісних властивостей та за діяння копінг-стратегій у переселенців та військових, які пережили дію стрес-фактору.

Таблиця 2.8

Результати кореляційного аналізу особистісних властивостей та копінг-стратегій переселенців і військових, які пережили дію стрес-фактору ($p < 0,05$)

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

За результатами отриманих емпіричних даних, статистичного аналізу й застосуванню методу спостереження зрозуміло, що психокорекція негативних наслідків дії стрес-фактору відбувається у осіб, які характеризуються: вимогливістю до себе та оточуючих, несхильністю до депресії, упевненість у собі, цілеспрямованість, наявність інтелектуальних та духовних потреб.

Зазначимо, що формуванню оптимальних копінг-стратегій у військових передують флексибільність та логічність, як вагомі особистісні властивості. Також виокремлено специфіку проявів копінг-стратегій в різних групах досліджуваних за критеріями: особливості реагування у родині; у взаємостосунках із колегами та статусно значущими особами (керівництво); особливості самореалізації у професійній діяльності та стан здоров'я.

Отже, серед копінг-стратегій у сфері поведінки виокремлюємо:

- адаптивні (активне переборювання захворювань; альтруїстичність);
- частково адаптивні (потреба у соціальній підтримці; альтруїстичність);
- неадаптивні (схильність до усамітнення й ізоляції; компенсація через допінг; втеча від реальності).

Серед копінг-стратегій у сфері когнітивній:

- адаптивні (віднайдення об'єктивних рішень; смислу);
- частково адаптивні (потреба у значущих інших; неприйняття);
- неадаптивні (ухиленні від проблеми; розгубленість).

Серед копінг-стратегій у сфері афективній:

- адаптивні (емоційність);
- частково адаптивні (потреба у емоційній близькості, емоційна розрядка);
- неадаптивні (над контроль емоцій та почуттів; агресивність та покірність).

Таблиця 2.9

Особливості проявів копінг-стратегій у переселенців, які пережили дію стрес-фактору

Копінг-стратегії	Родина	Взаємо-відносини з колегами	Статусні відносини із керівництвом	Професійна діяльність	Здоров'я
Адаптивні	33,2	28,8	26,5	19,7	17,5

Продовж. табл. 2.9

Частково адаптивні	37,8	39,4	40,5	40,2	37,5
Неадаптивні	29	31,8	33	40,1	45
Разом	100	100	100	100	100

За результатами, наведеними у табл. 2.9 зрозуміло, що більш оптимальні копінг-стратегії застосовуються переселенцями у сфері сімейних відносин та у взаєминах з товарищами, колегами. Втім, неоптимальними виявляються копінг-стратегії у сфері професійної діяльності та стосовно власного здоров'я.

На вибірці військових дещо інші результати аналізу. Так, адаптивність, як ефективні копінг-стратегія більше задіюється в родині й найменше упродовж професійної діяльності.

Таблиця 2.10

Особливості проявів копінг-стратегій у військових, які пережили дію стрес-фактору

Копінг-стратегії	Родина	Взаємо-відносини з колегами	Статусні відносини із керівництвом	Професійна діяльність	Здоров'я
Адаптивні	38,0	27,0	24,0	17,0	17,0
Частково адаптивні	35,0	41,0	45,0	41,0	32,0
Неадаптивні	27,0	32,0	31,0	42,0	51,0
Разом	100	100	100	100	100

У такий спосіб, часткова адаптивність виявляється характерною для більшості сфер життєдіяльності. Проте, неадаптивність має негативний вплив на такі важливі сфери у військових, як професійна діяльність та здоров'я.

Під час порівняльного аналізу із вибіркою переселенців виявлено, що військові найчастіше застосовують неоптимальні копінг-стратегії поведінки, що мають прояв у виконанні завдань, пов'язаних із професійною діяльністю та ставленням до власного здоров'я.

Також у групах переселенців та військових адаптивні копінг-стратегії, переважно, мають прояв у родинних відносинах. Більш адаптивні й до надскладних сімейних проблемних ситуацій. Втім, якщо у переселенців найчастіше суттєвими стратегіями розв'язання проблемних ситуацій є альтруїстичність, то у групі військових найчастіше має прояв копінг-стратегія збереження апломбу. Позаяк, для військових умови стрес-фактору виступають біль дієвим негативним чинником, ніж сімейні.

Зазначимо, що найменше адаптивні стратегії у подоланні дії стрес-фактору відстежуються в обох вибірках, переважно, у галузі здоров'я. Це пояснюється дією стрес-фактору в цілому й особистісними властивостями, професійними труднощами у переселенців й перевантаженням у військових. Переселенці, які пережили емоційне та фізичне травмування не знаходять додаткових ресурсів задля здолання наслідків дії стрес-фактору. Тому над поширеними копінг-стратегіями виступають усамітнення, втеча від реальності, заміщення. У групі військових ухилення від внутрішніх конфліктів, кризових станів пов'язано із специфікою власне професійної справи, що здійснюється в умовах дії стрес-фактору. Тому часте застосування неконструктивних копінг-стратегій раціоналізація й неприйняття стосовно власного здоров'я має віддзеркалення на його стані.

Неадаптивність у сфері взаємин з колегами у переселенців та військових доволі спільна (31,8% та 32% відповідно).

Проте, вимушені переселенці найчастіше демонструють копінг-стратегію усамітнення, ізоляції, а військові – проекції.

Взаємовідносини із керівництвом у переселенців та військових частково адаптивні. Втім, 33% переселенців «неадаптовані» до конфліктів. Тому ця група досліджуваних найчастіше проявляє копінг-стратегію неприйняття або взагалі ухилення від проблеми, навіть агресивність. У групі військових часто копінг-стратегія у взаємовідносинах із керівництвом постає у вигляді збереження апломбу.

Суттєвою сферою для кожної з груп досліджуваних є професійна діяльність. Однак, 42% військових, які пережили дію стрес-фактору, характеризуються як неадаптовані, задіюють копінг-стратегії збереження апломбу та неприйняття. У групі переселенців 40,1% також виявляють неадаптованість, а копінг-стратегії – збереження апломбу й уникання проблемних ситуацій.

Таким чином, задіяння розмаїття копінг-стратегій у поведінці груп досліджуваних, які пережили дію стрес-фактору, переселенців та військових, уможлиблює визначення того, що обидві групи застосовують переважно адаптивні чи частково адаптивні копінг-стратегії задля вирішення складних проблемних ситуацій в тому числі й життєвих.

Проте, вирізняється значна частка досліджуваних, які пережили дію стрес-фактору, котрі, навпаки, в поведінці виявляють конструктивні копінг-стратегії, а саме: спрямованість на взаємодопомогу у спільній діяльності, підтримка, альтруїстичність, осмисленість й набуття смислу, емоційна розрядка конструктивним способом. Звісно, що особливості копінг-стратегій здійснюють вплив на специфіку реагування в умовах дії стрес-фактору й перебігу кризових та екстремальних ситуацій. Особливого значення цей факт набуває стосовно групи військових, професійна діяльність котрих безпосередньо стосується дії стрес-фактору, враховуючи умови воєнного стресу.

За результатами методики О. Фанталової «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» в різних життєвих сферах» ми намагалися виявити внутрішні конфлікти в переселенців та військових.

Найважливішим чинником мотиваційної сфери особистості є динаміка життєвих цілей, що є бажаними та їх конкретною реалізацією в залежності від доступності.

У відповідності із життєвими обставинами динаміка життєвих цілей може змінюватись упродовж діяльності. Так, стрес-фактор в системі свідоме – буття здійснює вплив на специфіку досягнення значущих ціннісних об'єктів та їх реалізація. Розрив між цінністю мети та її доступністю є відповідним показником дії стрес-фактору у мотиваційній сфері особистості, коли досягнення конкретних предметних цілей перевищує цінність власне особистості. Особливості дії стрес-фактору на особистість пов'язана з таким співвідношенням. Результати факторного аналізу уможливають розуміння поєднання цінностей та доступності конкретних життєвих цілей.

Таблиця 2.11

Особливості поєднання життєвих цілей у переселенців та військових за критерієм «цінність» та «доступність» (методика О. Фанталової)

Фактор	Цінності	р
F1	Активна життєдіяльність	0,19
F2	Здоров'я	0,14
F3	Цікава робота	0,11
F4	Краса природи, мистецтва, переживання прекрасного	0,57
F5	Любов	0,40
F6	Матеріальне забезпечене життя	- 0,03
F7	Наявність вірних друзів	0,63

Продовж. табл. 2.11

F8	Упевненість у собі, свобода від внутрішніх суперечностей	0,54
F9	Пізнання (підвищення освіти, розвиток культури, інтелекту)	0,79
F10	Свобода як незалежність у вчинках та діях	0,47
F11	Щасливе сімейне життя	0,70
F12	Творчість	0,52

На підставі емпіричних даних факторного аналізу можна констатувати, що надважливими цінностями досліджуваних, переселенців та військових є провідні гуманітарні цінності, що підпадають під дію стрес-фактору:

- наявність вірних друзів;
- любов;
- упевненість у собі;
- свобода від внутрішніх суперечностей;
- свобода як незалежність у вчинках та діях;
- пізнання;
- творчість;
- щасливе сімейне життя.

Отже, стрес-фактор здійснює негативний вплив на руйнування зв'язку між потребою та особливостями її реалізації, що має прояв у переселенців та військових.

Порівняльний аналіз оптимальних та неоптимальних копінг-стратегій в групах досліджуваних наведено у табл. 2.12.

Слід зазначити, що за результатами порівняльного аналізу виокремлено найбільш вагомими статистично значущі відмінності на спільній вибірці за шкалами: «висока емоційна стабільність», «Сила Я» («С» за Р. Кетеллом),

«самодостатність» («Q₂» за Кетеллом), «мрійливість», «розвинена уява» («М» за Р. Кетеллом). Також «самодостатність» і «мрійливість» у переселенців із оптимальними копінг-стратегіями відповідають середнім значенням. Втім, оптимальні копінг-стратегії корелюють із «незалежністю від групових норм» й мають високий рівень саме у осіб, які пережили дію стрес-фактору.

Таблиця 2.12

**Порівняльний аналіз прояву оптимальних та неоптимальних
копінг-стратегій в групі вимушених переселенців**

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

У осіб, які пережили дію стрес-фактору, «надвисока відірваність від реальності», «непрактичність» більше взаємодіють із неоптимальними копінг-стратегіями. Переселенці з неоптимальними копінг-стратегіями гірше переживають дію стрес-фактору й виявляють «недостатність уяви», «надвисоку практичність», «залежність від групової думки», «соціальне схвалення».

Військові, які пережили дію стрес-фактору й виявляють оптимальні копінг-стратегії:

- частіше спираються на розум, ніж емоції та почуття («Т»);
- превалювання полenezалежності («W»);
- низький рівень фрустрованості («Q₄»);
- низький рівень почуття провини й депресії («О»);

- низький рівень активності й імпульсивності («F») й розсудливість у оптимальних;
- схильність до не диференційованості (за Р. Гарднером).

Суттєві відмінності, що характеризують оптимальні та неоптимальні копінг-стратегії групи військових, які пережили дію стрес-фактору наведено у табл. 2.13.

Таблиця 2.13

Порівняльний аналіз прояву оптимальних та неоптимальних копінг-стратегій у групі військових

Провідні фактори	«Оптимальні» стратегії військових	«Неоптимальні» стратегії військових	Достовірність різниці
Фактор Q ₄ 16 PF	розслабленість	фрустрованість	0,005
Фактор O 16 PF	самовпевненість	стурбованість	0,06
Фактор F 16 PF	серйозність	безпечність	0,06
Продуктивність «W» (Г. Уїткін)	полenezалежність	полезалежність	0,06
Показник «поняття часу/величина групи» (Р. Гарднер)	недиференційованість	диференційованість	0,05

Так, оптимальність переживання дію стрес-фактору у військових від неоптимальності характеризує логічність, полenezалежність. Оптимальність переживання дії стрес-фактору у вимушених переселенців від неоптимальності характеризує низький рівень екстравертованості й розвинена уява.

Оптимальний вибір копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору поєднується із різними когнітивно-стильовими та особистісними властивостями особистості. Тому лише лінійні зв'язки із особистісними властивостями та оптимальними копінг-стратегіями неостаточною підставою для віднайдення інтерпретувань. В такий спосіб постала необхідність застосування кластерного аналізу.

Дисперсійний аналіз дозволяє визначити нелінійні зв'язки полenezалежного когнітивного стилю на вибірці переселенців з:

- оптимальною корекцією дії стрес-фактору ($p=0,005$);
- певними критеріями оптимального вибору копінг-стратегій поведінки ($p=0,07$).

Дисперсійний аналіз дозволяє визначити нелінійні зв'язки полenezалежного когнітивного стилю на вибірці військових з:

- оптимальною корекцією дії стрес-фактору ($p=0,01$);
- певними критеріями оптимального вибору копінг-стратегій поведінки ($p<0,05$).

Таким чином, нам вдалося виявити зв'язок між показником «поле залежність» та оптимальність вибору копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору в обох групах досліджуваних, у переселенців (трохи менше, ніж у другій групі) та військових, нелінійного характеру. Втім «полenezалежність», навпаки, виявляє негативний зв'язок із оптимальністю вибору копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору.

У групі військових виявлено статистично значущий зв'язок між показниками, які відносять за рівень нижче за середній, «оптимальна копінг-стратегія» й «активність», «самостійність», «соціабедьність» й «конкурентність» або похідними від «полenezалежності». Так, низький рівень зазначених властивостей має прояв саме у «полenezалежних» військових з високим рівнем, втім, схарактеризовує неоптимальний вибір копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору. У групі переселенців, що виявляють

«полезалежність» неоптимальність вибору копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору, пов'язана із «конкурентністю».

У групі вимушених переселенців між показником «понятійна диференційованість» та показником «оптимальність вибору копінг-стратегії» нелінійна залежність відсутня. Тобто, саме «полезалежність» більше взаємопов'язана із оптимальним вибором копінг-стратегії корекції негативних наслідків стрес-фактору, ніж понятійна диференційованість.

У вибірці, що представлена 103 військовими й 102 переселенцями, 28 досліджуваних військових мають високий рівень негативних наслідків дії стрес-фактору й виявлено 20 вимушених переселенців із схожими проявами.

Дихотомічні групи «оптимальних» та «неоптимальних» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору, військових та вимушених переселенців представлено окремо. Досліджувані, яких виокремлено у групу «оптимальних» копінг-стратегій згруповано за психологічними властивостями (за результатами кластерного аналізу). Звісно, що програма кластеризації даних утворює групи (кластери) осіб, які схожі за певними психологічними властивостями й віддиференційовуються від інших за суттєвим критерієм.

Результати кластерного аналізу дихотомічних й контрастних за оптимальністю копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору організовано у кластери за відповідними патернами психологічних властивостей.

Звісно, що особи, які виявляють схожі патерни, їх об'єднують у спільні кластери, відповідні психологічні типи, які присутні в групі «оптимальних» та «неоптимальних» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору, переселенці й військові. Психологічні типи визначено завдяки кластерному аналізу, такі, що існують реально. Проте, через вимоги професійної спільноти, соціально-психологічного середовища варто зазначити про змістовні особливості кожного з кластерів. Тому, можна говорити про

специфіку переживання дії стрес-фактору кожного з психологічних типів завдяки власним якостям та властивостям. Тому варто кожному з груп представити у відповідності з критеріями розподілу.

У групі «оптимальних» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору, серед військових виокремлено два психологічні типи. Перший психологічний тип «Активні, диференційовані конформні екстраверти» 17 осіб, виявляє яскраво виражену емоційну стабільність («С»), енергійність і життєрадісність («F»), практичність («M»), соціальну сміливість («H»), окрім цього характеризуються комунікабельністю, схильністю щодо прийняття групової думки або конформність («Q²»). Також низький рівень полнезалежності й більш високий рівень диференційованості.

Другий психологічний тип, що демонструє «оптимальність» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору «Полнезалежні недиференційовані», 11 осіб більш тривожні й менш практичні, низький рівень сили «Я». Втім менша залежність від групи, більш схильні до логічних умовиводів, менше орієнтуються на емоції та почуття й високий рівень полнезалежності та не диференційованості.

Спільними поєднаннями властивостей для обох груп оптимальних копінг-стратегій, осіб, які пережили дію стрес-фактору й військових є відсутність інтровертованості та поле залежності.

Серед групи військових, котрих ми віднесли до «неоптимальних» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору, виокремлено три психологічних типи.

Перший психологічний тип «Імпульсивні диференційовані екстраверти» (5 осіб) виявляє екстравертованість, енергійність, низьку тривожність. Також, імпульсивність, низький рівень самоконтролю й превалювання почуттів. Втім, більш високий рівень чутливості («I»), високий рівень залежності від групової думки («Q²»), менш виражена ригідність, ніж в інших групах, схильність довго приймати рішення. Окрім цього, високий рівень понятійної

диференційованості, а також поле залежності. Складнощі із переживанням стрес-фактору пов'язані із усамітненням, соціальними бар'єрами, особливо у взаємодії із колегами, побратимами.

Другий психологічний тип «неоптимальних» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору у групі військових «Недиференційовані нестабільні полезалежні» (9 осіб). Досліджуваним властивий високий рівень тривожності, низький рівень емоційної стабільності («С»), а також соціальна тривожність («Н»), схильність до депресивних проявів («О»), фрустрованість («Q₄»). Доволі яскраво виявляють «понятійну не диференційованість» й «полезалежність».

Третій психологічний тип неоптимальних копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору у групі військових «Упевнені в собі полenezалежні» (14 осіб). Досліджувані схильні до полenezалежності, високий рівень комунікабельності, втім недостатній рівень емпатійності й високий рівень упевненості у собі.

У групі вимушених переселенців, «оптимальні» копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору виявлено два психологічні типи. Перший психологічний тип оптимальних копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору у групі переселенців «Емоційно стабільні диференційовані» (13 осіб). Досліджувані виявляють емоційну стійкість, енергійність та рішучість. За показником радикалізм («Q₁»), сприйняття нового й екстраверсію.

Другий психологічний тип оптимальних копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору у групі переселенців «Консервативні недиференційовані» (7 осіб). Досліджувані виявляють середній рівень сили «Я» й високий рівень особистісної тривожності, а також стриманість та розсудливість («F»). Окрім цього, чутливість й високий рівень почуття провини («O»), боязкість («H»), середній рівень полenezалежності. Важливим є той факт, що досліджувані більше спирають на логіку й соціальну реальність,

швидко приймають рішення. Втім консервативні, схильні до ціннісного ставлення до себе, інших й світу в цілому.

Неоптимальні копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору у переселенців також представлені двома психологічними типами. Перший психологічний тип неоптимальних копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору у групі переселенців «Конформні ригідні недиференційовані» (12 осіб). Досліджувані виявляють енергійність, ригідність, конформність, схильність до логіки, однозначності оцінювань, середній рівень поле залежності.

Другий психологічний тип неоптимальних копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору у групі переселенців «Стримані диференційовані» стримані й напружені, доволі самодостатні («Q₂»).

Окрім цього, виявляється однозначність оцінок й чітка несуперечлива картина світу й висока понятійна диференційованість.

За результатами кластерного аналізу зрозуміло, що власне когнітивний стиль не є чинником «оптимальності» або «неоптимальності» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору. Втім вони є складовими особистісних патернів, що уособлюють властивості характеру, особистісні властивості переселенців та військових.

Результати статистичних даних щодо виокремлення й змісту зазначених кластерів, психологічних типів виступають обґрунтованими й такими, що висвітлюють специфіку проявів та особливості переживання військовими та переселенцями дію стрес-фактору.

Тобто, показники екстраверсії, наприклад, мають прояв, як в «оптимальних», так і «неоптимальних» копінг-стратегіях, переселенців, які пережили дію стрес-фактору. Такий самий стан характерний для осіб з інтровертованістю. Стосовно інших психологічних властивостей, які увійшли до тих або інших психологічних типів із «оптимальністю» або «не оптимальністю» копінг-стратегій можна зазначити наступне. Так,

екстравертовані особи із «оптимальними» та «неоптимальними» копінг-стратегіями, «емоційно стабільні диференційовані» й «конформні ригідні недиференційовані» схожі за спільністю щодо активності й соціальною сміливістю, превалюванням логіки над почуттями під час прийняття рішення й полезалежні. Втім, «оптимальні» характеризуються більш високим рівнем сили «Я», ніж «неоптимальні» й більш низький рівень ригідності.

Проте, інтровертовані особи, які використовують «оптимальні» й «неоптимальні» копінг-стратегії, «конформні ригідні недиференційовані» й «стримані диференційовані» більшою мірою виявляють інтровертованість саме «оптимальні». Також в них високий рівень стриманості й соціальної тривожності, превалювання логіки й ригідність. Окрім цього, розсудливість й цілеспрямованість, а також наявність чеснот й чутливості щодо власних досягнень й низький рівень «понятійної диференційованості».

Отже, найчастіше серед недиференційованих превалюють інтроверти, а серед диференційованих екстраверти. Імовірно, що у переселенців, які пережили дію стрес-фактору домінують чинники «екстраверсія-інтроверсія» й «понятійна диференційованість» й власне, сприяють «оптимальній» дії копінг-стратегії для самоопанування в таких ситуаціях. Тому, найчастіше саме екстравертованість із високою понятійною диференційованістю та інтровертованість з низькою понятійною недиференційованістю взаємодіють із «оптимальними» копінг-стратегіями. Позаяк, екстравертована особа, котра менш занурюється у внутрішні переживання із високою понятійною диференційованістю виявляється «оптимальною» щодо задіяння копінг-стратегій, що сприяють опануванню під час дії стрес-фактору. Власне понятійна диференційованість, уособлює тонкі аспекти сили «Я» й сприяє їх співвідношенню із дійсністю. Тобто, екстравертована особа, яка намагається бути соціально прийнятною й зрозумілою частіше застосовує відповідні копінг-стратегії. Стрес-фактор висуває таку вимогу, що особистість повинна

співвідносити різні моделі оточуючого середовища, навіть ті, що не співвідносяться із власними цінностями й ментальними установками.

Відтак, власне понятійна диференційованість сприяє розумінню багатфакторності світу, а екстраверсія підвищує флексибільність й висвітлює таку багатозначність дійсності.

Безумовно, інтровертованість спільно із понятійною диференційованістю здійснює вплив на вибір копінг-стратегії. «Оптимальні» копінг-стратегії у вимушених переселенців виявляють кореляцію із власне інтровертованістю та понятійною диференційованістю, на відміну від «неоптимальних». Тому, «оптимальність» копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору, саме переселенці, характеризуються усталеними цінностями й картиною світу. Некомунікабельність й ригідність, розсудливість та послідовність спільно з не диференційованістю сприяють утворенню власних когнітивних патернів, що урівноважують систему цінностей й збалансовують її під час дії стрес-фактору й відіграють роль чинника самозбереження.

Всі вищезначені чинники устabilьнюють картину світу особистості, яка перебуває в екстремальних умовах й сприяє «оптимальності» вибору копінг-стратегій, які уможливають самоопанування під час дії стрес-фактору.

Відповідно, «неоптимальні» копінг-стратегії осіб, які пережили дію стрес-фактору уособлюються у наступних показниках: екстравертованість спільно з конформністю та недиференційованістю й інтровертованість спільно з низьким рівнем тривожності та категоричністю й диференційованістю.

Зазначимо, що усім групам переселенців, які пережили дію стрес-фактору характерними є здатність до абстрагувань й конкретне мислення. У осіб, які виявляють «оптимальні» копінг-стратегії негативні наслідки дії стрес-фактору поєднуються із особливостями мислення, а тим, котрі виявляють «неоптимальні» копінг-стратегії – із спілкуванням та взаємодією.

Виокремлені кластери у патернах переселенців, що демонструють «неоптимальні» копінг-стратегії визначаються комунікабельністю, але за відсутністю абстрагування й самостійності мислення, схильності до узагальнень, а також категоричність й, навпаки, низький рівень комунікативних умінь, відчувають труднощі щодо само опанування у екстремальних обставинах.

У групі військових екстравертованість має прояв, як серед оптимальних», так і «неоптимальних» копінг-стратегій щодо само опанування під час дії стрес-фактору. Так, «активні, диференційовані конформні екстраверти», віддиференційовуються від «імпульсивних диференційованих екстравертів» й «упевнені в собі полenezалежні» через соціальну сміливість та емоційну стабільність. Зазначимо, що імпульсивні диференційовані екстраверти активні й сміливі та рішення приймають керуючись, переважно, емоційно, а «оптимальні» екстравертовані особи, навпаки, логічно й розсудливо.

Втім, якщо це група професійних військових, то можна сказати про невідповідність професії. Бо власне чіткість, підпорядкованість, прогнозованість та стабільність є професійно важливими вимогами. Однак, високий рівень понятійної диференційованості, а тому й хаотичність умовиводів, нестабільність й не прогнозованість спричинюють певні труднощі під час виконання посадових обов'язків й взаємодії з оточуючими.

Передусім, через несензитивність до оцінок й конформність та застосування «неоптимальних» копінг-стратегій військовими, які пережили дію стрес-фактору виявляється високий рівень тривожності. Отже, «упевнені в собі полenezалежні» також виявляють низький рівень почуття провини й високий рівень самоупевненості.

«Недиференційовані нестабільні полenezалежні» військові також виявляють «неоптимальні» копінг-стратегії щодо самоопанування під час дії стрес-фактору, виявляють як негативні наслідки, невротичність та депресивний процес.

Серед військових, котрі обрали «неоптимальні» копінг-стратегії, що пережили дію стрес-фактору, наприклад, «недиференційовані нестабільні полезалежні». «Неоптимальність» копінг-стратегій осіб, які пережили дію стрес-фактору взаємопов'язана із яскраво представленими невротичними й депресивними тенденціями. Відбувається взаємозв'язок із не диференційованістю й полезалежністю. Таке поєднання виступає чинником «неоптимальності» копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору.

Таким чином, у групі військових наявні три провідні психологічні типи, що застосовують неоптимальні копінг-стратегії під час дії стрес-фактору, що супроводжується:

- упевненістю у собі й несенситивності до оцінок й пропозицій інших;
- високий рівень особистісної тривожності, схильність до напруження й депресивного процесу;
- динамічністю й зниженим самоконтролем, емоційністю під час прийняття рішень;
- переважання полезалежності й не диференційованості, з одного боку, й полезалежністю з не диференційованістю, з іншого, а також полезалежності диференційованістю, з третього.

Таким чином, на основі факторного аналізу виявлено основні групи соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: провідна тенденція особистості постраждалого, її індивідуально-типологічні та соціально-психологічні особливості; особистісний реабілітаційний потенціал; відносини постраждалих з ближнім соціальним оточенням, у первинній групі – з сім'єю, друзями, однополчанами, фахівцями, суспільством загалом; вплив заходів професійної діяльності фахівців під час взаємодії з постраждалими та найближчим оточенням.

Отже, соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів розглянуто у внутрішньоособистіному, міжособистісному та організаційно-впроваджувальному векторах.

Внутрішньоособистиний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів представлено індивідуально-типологічними та соціально-психологічними особливостями особистості постраждалого, що виявляються в аспекті її провідної тенденції, інтегральним показником якої є патерн поведінки стильових рис за групами «оптимальних» та «неоптимальних» кластерів копінг-стратегій.

Міжособистиний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів висвітлюється відносинами з ближнім оточенням і суспільством в цілому, що проявляються через їх ставлення до військовослужбовців та переселенців; взаємодією з фахівцями; особливостями особистісного простору.

Організаційно-впроваджувальний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів визначається соціально-психологічним впливом професійної діяльності фахівців, зумовленим особливостями застосування сукупності методів психологічної і психотерапевтичної допомоги та впливом особистості фахівця на процес реабілітації постраждалих загалом.

Ефективність та оптимізація психореабілітаційного процесу постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів забезпечується всебічним урахуванням виявлених соціально-психологічних умов перебігу їх психологічної реабілітації.

Результати емпіричного дослідження уможливили доповнення теоретичних висновків щодо соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та, з урахуванням цих умов, забезпечили можливість побудови інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Висновки до розділу

У розділі висвітлено процедуру та принципи побудови емпіричного дослідження, обґрунтовано репрезентативність вибірки; здійснено аналіз психодіагностичного інструментарію та його відповідності завданням дослідження; наведено результати констатувального етапу дослідження та узагальнено його результати.

Встановлено, що специфіку впливу екстремальних стрес-факторів на постраждалих неможна розглядати не висвітлюючи особливості їх особистісної сфери. Тому визначення соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів здійснювалося завдяки розв'язанню таких завдань: з'ясуванню взаємозв'язку показників стильових особливостей (полезалежності та понятійної диференційованості) з особистісними рисами, патернами поведінки та їх перебігу в умовах дії стрес-фактору, що негативно впливає на психічне й психологічне здоров'я постраждалих. З цією метою було проведене дослідження когнітивно-стильових і характерологічних особливостей, когнітивної узгодженості; визначено наявність взаємозв'язків між когнітивно-стильовими і індивідуально-психологічними особливостями постраждалих, а також досліджено особливості поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що утворюють патерни поведінки стильових рис «оптимальних» та «неоптимальних» копінг-стратегій; встановлено специфіку впливу чинників: за групами досліджуваних у гендерному вимірі та за особливостями переживання дії стрес-фактору; на підґрунті факторного та кластерного аналізів визначено особливості психологічних типів постраждалих, які пережили дію екстремальних стрес-факторів.

Завдяки факторному аналізу виокремлено 6 факторів із власними значеннями більше одиниці, які піддавалися обертанню за методом Varimax і пояснювали 77,5% сукупної (загальної) дисперсії.

Перший фактор «Стратегія запобігання» – змінні, що мають найвищі навантаження: неспокій (,852) – особистість відчуває неспокій через різних людей, місця тощо; прояв агресії у різних формах, в тому числі й аутоагресії (,654) – схильність до роздратування, спонтанної агресії.

Другий фактор «Безперервний неспокій» – змінні, що мають найвищі навантаження: схильність до драматизації подій впритул до панічного неспокою (,859); негативне сприйняття майбутнього, безперспективність (,830) – відсутність мети, марність будь-яких планів на майбутнє, що мають перспективу.

Третій фактор «Когнітивне переоцінювання» – змінна, що має найвище навантаження: помилкове оцінювання ситуацій як загрози (,815).

Четвертий фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій» – змінні, що мають найвищі навантаження: переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин (,844) – упевненість в тому, що обставини сильніше, ніж власні сили; острах болю й страждань через емоції й почуття (,656).

П'ятий фактор «Оцінка цільової проблеми» – змінні, що мають найвищі навантаження: тригер, що спричинює душевне переживання (,689) – події, ключові символи, що «запускають» переживання; цільова проблема (,659) – часткове усвідомлення переживання; негативна когніція (,657) – ірраціональні і рекурсивні «Я-твердження»; позитивна когніція (,623) – можливі, узагальнені і рекурсивні «Я-твердження» з фокусом на негативізм; позитивна когніція (,765) з образом або проблемою; ідентифікація емоцій (,834), пов'язаних з образом і негативною когніцією.

Шостий фактор «Десенсибілізація» – змінні, що мають найвищі навантаження: негативна когніція і фізичні відчуття (,715) – переживання тривоги й психосоматичних проявів фізичних недугів; неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки (,844).

Отже, у постраждалих найбільше факторне навантаження має «Стратегія запобігання». Це вказує на те, що важливою умовою реабілітації є внутрішні

критерії, ціннісні орієнтації, прийняття себе (як позитивних аспектів, так і негативних), творчість, сприйняття часу. Також, вагомим є фактор «Безперервний неспокій», що допомагає постраждалим у відчутті значимості життя та себе, наявності цілей, усвідомленні прожитого досвіду. Інші фактори вказують на спрямованість особистості.

Виявлено гендерні відмінності за специфікою впливу екстремальних стрес-факторів.

Під час аналізу кореляційної матриці 23 змінних чоловіків за методом «головних компонент» було вилучено 6 факторів з власними значеннями більше одиниці – головна частина (з 1 по 6) і хвостова (з 7 по 23). Ці фактори піддавалися обертанню за методом Varimax. Фактори, отримані в результаті обертання, пояснюють 87,3% сукупної (загальної) дисперсії. До основних факторів реабілітації у чоловіків віднесено: Перший фактор «Стратегія запобігання» – змінні, що мають найвищі навантаження: неспокій (,920), прояв агресії у різних формах (,916). Другий фактор «Безперервний неспокій» – змінні, що мають найвищі навантаження: схильність накручувати себе (,853); негативне сприйняття майбутнього, безперспективність (,807). Третій фактор «Когнітивне переоцінювання» – змінна, що має найвище навантаження: помилкове оцінювання (,778). Четвертий фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій» – змінні, що мають найвищі навантаження: переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин (,905); острах болю й страждань через емоції й почуття (,845). П'ятий фактор «Оцінка цільової проблеми» – змінні, що мають найвищі навантаження: тригер, що спричиняє душевне переживання (,754); цільова проблема (,734); негативна когніція (,689); позитивна когніція (,623) з образом або проблемою; ідентифікація емоцій (,612), пов'язаних з образом і негативною когніцією. Шостий фактор «Десенсибілізація» – змінні, що мають найвищі навантаження: негативна когніція і фізичні відчуття (,849); неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки (,746).

Таким чином, по вибірці чоловіків домінує стратегія уникнення. Екстремальні події, що були пережиті, спричиняють схильність до уникання комунікації, взаємодії з іншими, бажання усамітнення. Простежуються відчуття тривоги, очікування неприємностей, недовіра до світу, інших людей.

Під час аналізу кореляційної матриці 23 змінних жінок за методом «головних компонент» було вилучено 6 факторів з власними значеннями більше одиниці – основна частина (з 1 по 6) і хвостова (з 7 по 23). Ці фактори піддалися обертанню за методом Varimax. Фактори, отримані в результаті обертання, пояснюють 88,5% сукупної (загальної) дисперсії. До основних факторів реабілітації жінок, які пережили дію стрес-фактору віднесено: Перший фактор «Безперервний неспокій» – змінні, що мають найвищі навантаження: схильність накручувати себе (,937); негативне сприйняття майбутнього, безперспективність (,924). Другий фактор «Стратегія запобігання» – змінні, що мають найвищі навантаження: неспокій (,887); прояв агресії у різних формах (,884). Третій фактор «Нерезистентність до стресових ситуацій» – змінні, що мають найвищі навантаження: переконання в унеможливленні витримати тиск зовнішніх обставин (,844); страх болю й страждань через емоції й почуття (,656). Четвертий фактор «Оцінка цільової проблеми» – змінні, що мають найвищі навантаження: тригер, що спричиняє душевне переживання (,710); цільова проблема (,659); негативна когніція (,643); позитивна когніція (,622) – узагальнені і рекурсивні «Я-твердження» з фокусом на негативізм; позитивна когніція (,618) з образом або проблемою; ідентифікація емоцій (,610), пов'язаних з образом і негативною когніцією. П'ятий фактор «Когнітивне переоцінювання» – змінна, що має найвище навантаження: помилкове оцінювання (,871). Шостий фактор «Десенсибілізація» – змінні, що мають найвищі навантаження: негативна когніція і фізичні відчуття (,715) – переживання тривоги й психосоматичних проявів фізичних недугів; неусвідомлена частина спогадів під час вторинної оцінки (,844).

Завдяки кластеризації отриманих даних виокремлено групи «оптимальних» та «неоптимальних» кластерів копінг-стратегій, що обирають постраждалі упродовж дії стрес-фактору.

«Оптимальні» копінг-стратегії, що застосовують військові під час дії стрес-фактору, складаються з двох кластерів, які характеризуються спільними властивостями, а саме: полезалежність та схильність до екстраверсії. Перший кластер (психологічний тип) уособлюється соціальною сміливістю та рішучістю, соціабельністю й емоційною стабільністю, раціональністю й практичністю, конформністю, а також нечіткою полenezалежністю, поряд із диференційованістю («Активні диференційовані конформні екстраверти»). Другий кластер (психологічний тип) визначається схильністю до екстраверсії, силою «Я», меншою раціональністю, втім тривожністю, логічністю й високим рівнем полenezалежності і недиференційованості («Полenezалежні недиференційовані екстраверти»).

«Неоптимальні» копінг-стратегії, що застосовують військові під час дії екстремальних стрес-факторів, складаються з трьох кластерів. Перший кластер (психологічний тип) виявляє високий рівень екстравертованості, енергійність, низький рівень тривожності, а також недостатній рівень самоконтролю, імпульсивність, превалювання емоцій та почуттів. Яскраво виражена чутливість, конформність, схильність до прокрастинації, при більшій схильності до гнучкості, ніж до ригідності. Простежується високий рівень «понятійної диференційованості» й схильності до полenezалежності («Імпульсивні диференційовані екстраверти»). Властива соціальна дезадаптація упродовж дії стрес-фактору. Другий кластер (психологічний тип) уособлює такі психологічні властивості: високий рівень особистісної тривожності, менш виражена емоційна стабільність, соціальна тривожність, схильність до депресії й фрустрованості. На відміну від інших «неоптимальних» копінг-стратегій постраждалих, які пережили дію стрес-фактору, у них чітко виражена «понятійна недиференційованість» й

«полезалежність» («Недиференційовані нестабільні полезалежні»). Третій кластер (психологічний тип) визначається полезалежністю й низьким рівнем сенситивності, а також самовпевненістю й схильністю до конфліктної взаємодії («Упевнені в собі полезалежні»).

«Оптимальні» психологічні типи переселенців, які пережили дію екстремальних стрес-факторів, вирізняють два кластери. Перший кластер (психологічний тип) характеризується екстраверсією, енергійністю, соціальною сміливістю, втім, радикалізмом, переважанням інтелектуальних інтересів. У них розвинені увага й здатність до абстрагування. Зафіксований високий рівень понятійної диференційованості та середній рівень полезалежності-полезалежності («Емоційно стабільні диференційовані»). Другий кластер (психологічний тип) переселенців, які виявили «оптимальні» копінг-стратегії під час дії стрес-фактору, визначається інтровертованістю, високим рівнем соціальної тривожності, низьким рівнем сили «Я», а також стриманістю, розсудливістю. Їм притаманні сенситивність, високий рівень почуття провини та фрустрованість. Однак, превалювання раціонального над емоціями, підпорядкованість власної картини світу дійсності, швидкість прийняття рішень й консервативність та канонічність, середній рівень полезалежності, уособлюють психологічний тип «Консервативні недиференційовані».

«Неоптимальні» копінг-стратегії переселенців, які пережили дію екстремальних стрес-факторів, поєднуються у єдиний патерн, що увиразнюється у двох кластерах (психологічних типах). Перший кластер представлений екстравертами, доволі енергійними й рішучими, втім конформними й ригідними. Вони менш раціональні, однак схильні до однозначних рішень та оцінювань, усталеної картини світу. Їх відрізняє низький рівень понятійної диференційованості й середній рівень полезалежності («Конформні ригідні недиференційовані»). Другий кластер поєднує інтровертованих, стриманих, напружених осіб, втім самодостатніх й

схильних до категоричності, усталених у поглядах. Вони виявляють понятійну диференційованість, а також тенденцію до полезалежності («Стримані диференційовані»).

На основі факторного аналізу виявлено основні групи соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: провідна тенденція особистості постраждалого, її індивідуально-типологічні та соціально-психологічні особливості; особистісний реабілітаційний потенціал; відносини постраждалих з ближнім соціальним оточенням, у первинній групі – з сім'єю, друзями, однополчанами, фахівцями, суспільством загалом; вплив заходів професійної діяльності фахівців під час взаємодії з постраждалими та найближчим оточенням. Отже, соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів розглянуто у внутрішньоособистіному, міжособистісному та організаційно-впроваджувальному векторах.

Результати емпіричного дослідження уможливили доповнення теоретичних висновків щодо соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та, з урахуванням цих умов, забезпечили можливість побудови інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [27; 28; 29; 131].

РОЗДІЛ 3

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ДІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СТРЕС- ФАКТОРІВ

3.1. Методологічні принципи розробки та реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів

На підґрунті теоретичного аналізу провідних концепцій й теоретичних положень питань дії стрес-фактору на особистість в екстремальних умовах та результатів емпіричного дослідження на формульовальному етапі було розроблено інтегровану соціально-психологічну програму реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

Концептуальні засади інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів віддзеркалюють теоретико-методологічні основи реабілітації через вирізнення категорії «психореабілітація» у філософсько-психологічній літературі, загальних підходів до розуміння реабілітації у різних парадигмах й власне, психологічних особливостей реабілітації та корекції [29; 30; 31 та ін.].

Завдання формульовального етапу дослідження вирішувалися завдяки втіленню інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, що включала теоретичний курс та низку практичних занять. Означений курс складається з

двох теоретичних блоків – «Профілактика та корекція наслідків емоційної травми» та «Основи психологічної реабілітації». Окрім цього, для осіб експериментальної групи було запропоновано розроблений нами тренінг корекції емоційних станів із використанням музикотерапії та тренінг соціальної адаптованості із задіянням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ. Також було застосовано психологічний дебрифінг й індивідуальну терапію з використанням гіпнотерапії (пропрацювання емоційної травми техніками експозиційної гіпнотерапії) та методу десенсибілізації (переробка рухами очей (EMDR)). Метою програми є корекція та профілактика наслідків стрес-фактору через формування «самоцінної культури» у осіб постраждалих на дію стрес-фактору.

Інтегрована соціально-психологічна програма реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів передбачала інформування й формування знань про психологічну природу, прояви, наслідки та особливості самодіагностики емоційної травми, перебігу стрес-фактору у осіб, постраждалих внаслідок емоційної травми, військових дій (7 занять – стресологія, 7 занять – реабілітація); корекцію емоційного стану та розвиток умінь саморегуляції завдяки тренінгам (музикотерапії та тілесно-орієнтованої терапії). Тривалість зазначеної програми – 3 тижні (1 тиждень – стресологія, 2 тиждень – реабілітація, 3 тиждень – тренінгова програма).

У розробленій інтегрованій соціально-психологічній програмі реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, психологічний вплив упродовж комплексної реабілітації спрямовується на подолання психоемоційних травмуючих станів і переживань (тривожність, самотність, провина, образа, агресивність тощо), внутрішньоособистісних конфліктів (мотиваційних, рольових, ціннісних), негативного «Я-образу» (неадекватна самооцінка та рівень домагань, невпевненість у собі тощо), криза ідентичності (персональної та соціальної), особливостей адаптації та соціалізації, комунікації та взаємодії осіб, які пережили дію стрес-фактору.

Виокремлену групу осіб, які пережили дію стрес-фактору спрямовано такі заходи: корекція емоційного розвитку, корекція сенсорно-перцептивної та інтелектуальної діяльності, психокорекція поведінки, корекція психічного стану особистості. Особливу увагу спрямовано за такими напрямками: корекція недоліків когнітивної діяльності, корекція недоліків у емоційно-вольовій сфері, корекція поведінки. Комплексну реабілітацію здійснено за такими загальними компонентами, а саме: методологічний компонент, змістовий компонент, технологічний компонент. Окрім цього використано: стратегічні та тактичні завдання, врахування різних чинників, усвідомлена діяльність, випереджувальний характер, тип закладу. Окрім цього, актуалізовано провідні принципи комплексної реабілітації: єдності та корекції, нормативного розвитку, корекції за принципом ієрархічності, корекції за принципом послідовності, системності розвитку психічної діяльності, діяльнісний принцип корекції, принцип додатковості, принцип невід'ємності. Зазначена програма спрямована на реалізацію цілей: позитивне формулювання, співвіднесення із тривалістю роботи, врахування життєвої перспективи розвитку особистості, ефекти реабілітаційної роботи виявляються впродовж певного часового інтервалу.

Важливим наголосом у системі комплексної реабілітації виступала індивідуальна гіпнотерапія.

Стосовно аналізу особливостей експозиційної гіпнотерапії при роботі з особами, які пережили дію стрес-фактору й відчувають флешбеки і інші симптоми вторгнення в разі емоційної травми. Травмуючі події призводять до утворення в пам'яті структур або «ланцюжків страху», які активізуються у відповідь на нагадування про травму і ведуть до актуалізації симптоматики стрес-фактору. Однак в процесі експозиційної гіпнотерапії флешбеків і інших симптомів вторгнення особа отримує унікальну можливість проводити в стані трансу багаторазовий доступ і переробку даних «ланцюжків страху» [72; 75].

В результаті експозиційної гіпнотерапії в «ланцюжках страху» відбуваються такі зміни:

1) багаторазова повторна експозиція травматичних спогадів в стані трансу і в контексті безпечної довкілля призводить до десенсибілізації і адаптивним змінам в структурі його страху;

2) завдяки спостереженню того, як у безпечній та керованій терапевтичній обстановці страхи не тільки з'являються, а й зменшуються, породжує у особистості обґрунтовані позитивні самонавіювання і очікування щодо можливості їх ефективної саморегуляції і перспектив депотенціалізації;

3) повторні експозиції дають клієнту можливість вносити все нові і нові ресурси в травматичні спогади, що дозволяє їх переробляти, змінюючи якість власних емоційних реакцій в структурі травматичних спогадів.

У структурі процесу експозиційної гіпнотерапії флешбеків і інших симптомів вторгнення розрізняються наступні етапи [111]:

1) підготовка до експозиції. В стані трансу є необхідним етапом тому, що в якості неприємних побічних продуктів експозиційної терапії можуть з'явитися симптоми відреагування, тривоги і паніки. Тому на підготовчому етапі у особистості попередньо відпрацьовується спеціальний набір прийомів управління симптомами можливого відреагування і афекту на наступному етапі (експозиції);

2) Введення в експозицію. Основні прийоми терапевтичної роботи на етапі уведення в експозицію після занурення клієнта в гіпнотичний стан. По-перше, основні правила проведення експозиції полягають в наступному:

1) терапевт просить особистість описати подію-адресат за допомогою сухих фактів;

2) кожна сцена перед експозицією повинна обговорюватися;

3) самогіпноз і релаксація повинні слідувати за кожним експозиційним випробуванням;

4) рекомендується продовжувати експозицію в темпі, який може витримати особистість;

5) якщо оцінки СЕД вказують на рівень напруги вище п'яти, то необхідно запитати, чи хоче пацієнт продовжувати експозицію або бажає зробити перепочинок і обговорити ту тривогу, що залишилася у них тривогу.

3) Підтримка пацієнта між сеансами введення в повторну експозицію [111].

У головному мозку людини відбувається своєрідна переробка майже будь-якої інформації, що була сприйнята. Коли людина переживає будь яку травмуючу подію, дистрес, інформація про це також складається в мозку, проходить переробку і перетворюється на життєвий досвід. Усі короткострокові методи психотерапії на сьогоднішній день мають використовуватись на практиці та потребують постійну увагу з боку науковців для постійного вдосконалення або оновлення методів, адже наука стрімко рухається вперед, що повинна покращувати умови переробки інформації, що була сприйнята та перетворювати на життєвий досвід.

Одним з ефективних методів психотерапії є психосоматична терапія, яка дозволяє опрацювати травматичний досвід цілісно і завершено. Цей новий для вітчизняної психотерапії метод, отримавши назву «соматична терапія травми», вже широко та продуктивно використовується психотерапевтами на практиці. Слід зупинитись на деяких основних положеннях даного підходу.

Значущість вищезазначеної терапії полягає в тому, що вона була створена навмисно для роботи з шоковою травмою, стрес-фактором. З часом вона була розповсюджена й спрямована на роботу з іншими видами травмуючих подій (з дитячими травмами, переживання горя, втрати, травми розвитку та з емоційними травмами).

Характерна та особлива риса даного методу полягає в його акцентуванні значення тілесного досвіду у виникненні стрес-фактору і в роботі з ним.

Соматична терапія стрес-фактору, насамперед, розглядає травматичні реакції насамперед як реакції тіла на травматичну подію.

Даний підхід виходить з того, що стрес-фактор є результатом порушення природних психобіологічних процесів і може бути зцілений. Симптоми стрес-фактору виникають в результаті переривання захисних реакцій втечі, боротьби, які є природною відповіддю живого організму на травмуючу подію, а також в результаті накопичення збудження нервової системи, або залишкової енергії, яка була мобілізована при зустрічі з стрес-фактором і не знайшла виходу (або розрядки) [119].

Виходячи з такого розуміння, соматична терапія несе в собі завершення реакцій, які у свою чергу залишились незавершеними, розрядку підвищеного збудження (або зупиненої енергії) і завдяки цьому – звільнення від травматичних симптомів, перетворення травматичних дезадаптивних реакцій в адаптивні захисні реакції. Психотерапевтична робота з травмою відбувається завдяки пробудженню природної здатності до саморегуляції, яка розуміється як психологічна та біологічна здатність людини до самоцілення, заснована на внутрішніх ресурсах організму, активація та тілесне усвідомлення яких допомагає подолати психічну травму [123; 124].

У концепції СТТ описуються основні травматичні симптоми, які виникають при будь-якому вигляді дії стрес-фактору:

- гіперзбудження (прискорене серцебиття і дихання, безсоння або порушення сну, плутанина в думках, панічні атаки);
- стиснення (заціпеніння);
- беспорядність: відчуття пригніченості і розбитості;
- дисоціація тіла і свідомості.

Всі інші травматичні симптоми суть похідні від зазначених вище; до них відносяться: гіперреактивність, напливи образів і думок (flashback), почуття страху, тривоги, реакції надмірної емоційності, знижений інтерес до життя, відчуття втрати сенсу, знижена здатність справлятися зі стресом, тяга до

небезпечних ситуацій, нездатність любити. До більш віддалених наслідків дії стрес-фактору відносяться прикордонні психічні розлади, такі як панічні атаки, фобії, депресії, розлади адаптації, пролонговані і відставлені реакції на стрес, а також деякі психосоматичні симптоми у вигляді головного болю, болю в області шії, спини, порушень травлення, хронічної втоми ін.

При емоційній травмі, як і при шоківій, людина також стикається з неможливістю захистити себе або уникнути психотравмуючої ситуації. В обох випадках діє механізм незавершеної реакції, відбувається накопичення зупиненого збудження (енергії), що і призводить до описаної вище симптоматиці стрес-фактору.

У практиці соматичної терапії стрес-фактору використовуються директивні і недирективні методи роботи; в якості ведучого застосовується метод, що отримав назву соматичного переживання (СП). В ході соматичного переживання пацієнтові пропонується безперервно відчувати тілесні відчуття і спостерігати за процесом їх змін. В процесі відчуття і усвідомлення тілесних відчуттів пробуджуються цілющі процеси завершення травматичних реакцій, відбувається розрядка підвищеного збудження (зупиненої енергії), перетворення дезадаптивних реакцій в адаптивні, а також трансформація травматичних образів, емоційних переживань і смислів травми. В ході соматичного процесу вдається сповільнювати і усвідомлювати всі елементи травматичного досвіду, що дозволяє їм вирішуватися і перетворюватися.

Процес соматичного переживання являє собою індивідуальний ресурс, або потенціал, прихованих можливостей організму до саморегуляції, який сприяє травматичному переживанню самому завершуватися в ході психотерапії.

У рамках соматичної терапії стрес-фактору були сформульовані наступні принципи успішної і продуктивної практичної роботи.

Перший принцип передбачає, перш за все, створення в ході психотерапії стрес-фактору відчуття безпеки, прийняття, встановлення ясних терапевтичних відносин, що сприяють саморозкриттю, внутрішньому дослідженню і пошуку. Ці відносини включають в себе довіру, надійність, розуміння, співпрацю і альянс.

Згідно з другим принципом, робота з стрес-фактором обов'язково починається зі створення ресурсів, щоб не допустити ретравматизації. Ресурси – це позитивне цілісне самовідчуття, включаючи тілесне відчуття, що дозволяє особистості зберігати свою стійкість і цілісність перед небезпекою можливого руйнування при травмі. Важливо підкреслити, що завдяки розвитку і використанню своїх внутрішніх ресурсів у особистості пробуджується здатність до саморегуляції [124].

Ресурси можуть бути зовнішніми і внутрішніми. До зовнішніх ресурсів належать захоплення, підтримка близьких людей; до внутрішніх – смисли, образи, спогади та ін. Ресурс проявляється в переживаннях, які мають соматичну складову і проявляються у вигляді позитивних тілесних переживань, таких як приємні відчуття тепла, поколювання, вібрації, потоку енергії та ін. Ресурси розвиваються в процесі соматичного переживання. Даний процес готує наступну роботу з травматичними симптомами. Саме ресурси уможливають для пацієнта «торкатися» до переживання стрес-фактору, зберігаючи внутрішню рівновагу.

Згідно з третім принципом, робота зі стрес-фактором передбачає створення певних меж травматичного переживання, або так званого «контейнірування». «Контейнірування» утворюється завдяки усвідомленню, відстеженню і називанню негативних тілесних відчуттів, які відповідають травматичним симптомам (наприклад, стиснення, напруга, дискомфорт, тремор та ін.).

Після реалізації наведених вище принципів відбувається власне робота з травматичним досвідом, в якій використовуються спеціалізовані

психотерапевтичні засоби. У практиці СТТ добре працюють специфічні психотерапевтичні метафори, такі як «воронка травми» і «воронка зцілення», а також система «SIVAM».

«Воронка травми» – це комплекс травматичних симптомів і відповідних їм переживань: тілесних відчуттів, образів, почуттів, смислів, рухів. Пацієнти, які потрапляють у «воронку травми», можуть відчувати такі симптоми, як страх, запаморочення, пригніченість, стиск, занепад сил, звужене сприйняття та ін. Кожна «травматична воронка» має протилежну за значенням «цілющу воронку».

«Воронка зцілення» включає в себе позитивні ресурсні стани і проявляється в комфортних тілесних переживаннях. Терапія психічної травми відбувається завдяки діалогу між обома «воронками». У практиці травмотерапії такий діалог здійснюється при допомозі техніки титрації, коли тілесне відчуття перемикається від переживання «воронки травми» до переживання «воронки зцілення» і назад. Ця техніка дає можливість поступово, крок за кроком проживати і долати травму, створюючи відчуття внутрішнього балансу і стійкості.

Окрім цього, важливим засобом індивідуальної терапії є дослідження та аналіз думок науковців з приводу колаборації методів десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR) і гіпнозу в рамках психотерапії емоційних травм, а також безпосереднє виявлення способів інтеграції даних методів не порушуючи протокол методу ДПДГ, з метою підвищення ефективності останньої [134].

Питання поєднання технології десенсибілізації і переробки травмуючих переживань за допомогою руху очей та гіпнозу є відносно новим симбіозом серед методів корекції стрес-фактору. Тому існує чимало розбіжностей в думках дослідників.

Автор методу ДПДГ Ф. Шапіро вважає, що гіпноз і ДПДГ принципово не пов'язані один з одним процесами та негативно відноситься до ідеї їхньої

інтеграції. Вона зазначає: «наведення глибокого трансу під час сеансу ДПДГ може бути протипоказано, тому що змінений фізіологічний стан при гіпнозі може не дозволити переробити всю інформацію відповідним чином [9].

У своїй науковій роботі автор визнає дану технологію як різновид гіпнотерапії, вказуючи, що дана техніка іноді визначається як лише гіпноз, і таким чином її потенційна користь обмежується тими ефектами, що вважається, можуть проявитися при гіпнозі [134, с. 58].

Також, у гіпнотерапії присутня важлива складова – навіювання. У ДПДГ-терапії ані першого, ні другого немає. Більше того, ДПДГ-терапія всіляко уникає навіювання, тому що даний цілеспрямований психічний вплив на пацієнта може перешкоджати протокольному веденню терапії, що може бути грубою помилкою спеціаліста. Під час ДПДГ клієнт не спить завжди контролює ситуацію. Одуження, яке має місце в ДПДГ-терапії настає набагато швидше, ніж при лікуванні гіпнозом [134].

М. Япко спираючись на свої дослідження ставить під сумнів думку Ф. Шапіро про існування величезної прірви між гіпнотичним станом і тим специфічним станом, що виникає у процесі ДПДГ-терапії [140]. На його думку, навіть такий спочатку невербальний підхід, як ДПДГ, може розглядатися як сугестивний та гіпнотичний, оскільки у всіх методах фокусування уваги існує загальний гіпнотичний знаменник [140, с. 58].

Він відмітив, що гіпноз не завжди вимагає монотонного ритуалу індукції. Розглядаючи комунікаційні аспекти гіпнозу, можна зрозуміти, що певний його тип виникає завжди, коли клієнт концентрує увагу на ідеях і почуттях, що стимулюються контактом із терапевтом [140].

Тобто поки увага пацієнта спрямована всередину і абсорбована певним суб'єктивним досвідом, або назовні і сконцентрована на зовнішніх подразниках (які в свою чергу ведуть до внутрішніх переживань), то людина певною мірою знаходиться у стані гіпнозу.

М. Япко у своїй попередній роботі поставив під сумнів власну думку, зазначив, що процедура ДПДГ, яка передбачає повторне звернення до внутрішнього досвіду клієнта (травматичного матеріалу, що зберігається в нейронних мережах мозку), вимагає від нього ретельного фокусування на подіях та досвіді минулого, що природним чином може викликати у нього спотворення в усвідомленні актуальної навколишньої дійсності. Важко собі уявити, вказує М. Япко, що стійке зосередження уваги на подіях минулого, обраних як предмет для переробки з допомогою ДПДГ, що не призводить до спонтанного виникнення гіпнотичного процесу [140].

На відміну від звичайного стану свідомості, якому властива постійна зміна фокусування уваги, гіпнотичний стан пов'язаний зі стійким зосередженням уваги та виключенням всього, що відволікає увагу. Однак це аж ніяк не забуття чи відсутність реагування, як це буває під час сну, а особливий стан, у якому активність свідомості знижується й увага цілком зосереджена на певних стимулах.

Протиріччя знімаються у рамках наступної ідеї, яку у своїй роботі висвітлив С. Гіллген [109]. Вчений вказав на існування «стану особливої навченості», в якому травматичне самоототожнення та тривожні переживання можуть бути перетворені на здорове інтегрування стану. У директивному й еріксонівському гіпнозі для опису цього стану використовують такі слова як «гіпноз», «транс», тим часом як в ДПДГ Шапіро запропонувала новий, на думку С. Гіллгена, громіздкий термін «прискореного опрацювання інформації» [109, с. 392].

Згідно Ф. Шапіро «модель прискореного опрацювання інформації... відкриває нову галузь, визначаючи патологію як дисфункціонально збережену інформацію, яка може бути належним чином засвоєна за допомогою динамічно активованої системи опрацювання» [134, с. 390].

Незважаючи на відмінності в назвах, за межами цих термінів підходи вказують на один і той самий базовий стан прискореного навчання,

властивого людині. Але навіть будучи зв'язаним одним гіпнотичним досвідом та маючи один знаменник на першому рівні, ДПДГ все ж додає істотно новий спосіб випробувати процес лікування.

Автор доходить висновку, що оскільки ДПДГ та еріксонівський гіпноз розподіляють подібні теоретичні передумови і за формою є взаємодоповнюючими методами, їх можна поєднувати при роботі із клієнтом. Обидва ці методи приділяють особливу увагу внутрішнім лікувальним здібностям клієнтів і прагнуть надати простір, в якому клієнти можуть навчитися довіряти своїм здібностям набуття більшої цілісності. Головне перевага поєднання цих методів, на думку автора, полягає в тому, що це відкриває можливість творчо адаптувати терапію до клієнта, замість того, щоб наслідувати фіксований протокол.

Також, варто зазначити, що С. Гілліген, у своїй праці припустив, що після відкриття методу ДПДГ, науковцями було прийнято обмірковане рішення дистанціювати нову терапію від гіпнозу. По-перше, це виглядає як мудрий «піар», у тому сенсі, що, якби вона подавалася в термінах гіпнозу, багатьох людей це могло б зупинити, злякати або ввести в оману. По-друге, причина в тому, що звільняючи себе від традиції «гіпноз», вона відкривається до нових способів розуміння та роботи із застарілим феноменом травми та її прийняття [109, с. 393].

Таким чином, на основі праці С. Гіллігена, можна зробити припущення, що на цій підставі і сама Ф. Шапіро відмовилась розкривати у своїй праці більш детально взаємодію гіпнозу та техніки ДПДГ через ідею дистанціювання даних методів.

Отже, пізнавши думку Ф. Шапіро щодо недоцільності використання гіпнозу та техніки ДПДГ через обмеження тими ефектами, які вже і так доступні терапевтам, ми, за С. Гіллігеном, вважаємо, що гіпнотичні техніки можуть з успіхом поєднуватися з нею, доповнюючи одна одну, але без порушення базової моделі, принципів та технології самої ДПДГ.

Низка науковців, які консолідують гіпноз та техніку ДПДГ, дійшли до висновку, що гіпнозом фасилітується процес аберації. Тобто при поєднанні даних технік високий ступінь тривожності, викликаний подразниками, понижується, але при цьому переробка інформації не зупиняється та не сповільнюється. Цей симбіоз значно розширює коло пацієнтів на яких можна застосовувати техніку ДПДГ.

Тому С. Гілліген і робить висновок, що оскільки EMDR і еріксонівський гіпноз мають схожі теоретичні основи, а також є взаємодоповнюючими методами, їх можна поєднувати у роботі з клієнтом.

Завдяки теоретичному аналізу провідних підходів щодо комплексної реабілітації осіб, які пережили дію стрес-фактору доведено, що комплексна реабілітація спрямовується на осіб, які пережили дію стрес-фактору, котрі виявляють певні труднощі, ускладнення, але в межах психологічної норми. Тому, акцентується увага на вагомості наявності ґрунтовних знань у фахівців, які здійснюють особистісну психокорекцію, про норму, потенціал, особливості психіки, яка пережила дію стрес-фактору, а також закономірності й механізми та особливості психічного розвитку таких осіб. Тобто, нормальний тип поведінки та спосіб реагування на зміни у соціальному середовищі, суттєво відрізняється від патологічного, якому притаманні такі ознаки: відсутність розвинених вольових процесів, надкомунікабельність й гнівливість, схильність до острахів, тривожно-фобічні розлади, obsesивно-компульсивні розлади, синдром «навченої безпорадності», конформність й відсутність власної позиції, думки тощо).

В американській та західноєвропейській психореабілітаційної практиці критерієм норми виступає адаптивність. Представники гуманістичної психокорекційної традиції умовами успішної адаптації особистості вважають інтегрованість особистості (Г. Олпорт), позитивну «Я-концепцію», психологічну суверенність особистості, автономність, соціальний інтелект (Е. Еріксон, Р. Бернс, К. Роджерс, Е. Фромм та ін.), а невпевненість у собі й

неадекватно занижена самооцінка є передумовами порушення адаптації й аномальності психічного стану особистості.

На підґрунті багатьох наукових досліджень встановлено, що саме негативний «Я-образ» спричинює оформлення захисних форм поведінки, що деструктивно впливає на соціальну активність особистості, яка пережила дію стрес-фактору, прагнення до самореалізації, утворює дезадаптивну особистість, яка є неспроможною до адаптації до умов, що змінюються. Самоставлення осіб, дія стрес-фактору та ціннісне ставлення до інших й світу сприяють формуванню відкорегованої особистості. Таким чином, «Я-образ» є критерієм норми психічного розвитку особистості, яка пережила дію стрес-фактору. Саме комплексна реабілітація із застосуванням психодинамічного й арт-терапевтичного методу сприяє відкорегуванню особистісної сфери осіб, які пережили дію стрес-фактору й формуванню відкорегування особистості.

Ф. Шапіро відзначає, що приблизно майже половина всіх сеансів поєднують на етапі десенсибілізації такі звичайні компоненти процедури EMDR, як центральний образ травматичної ситуації, негативне самоуявлення і відчуття в тілі, з рухами очей, що сприяє повній переробці психотравматичного матеріалу. Однак на етапі десенсибілізації у клієнтів можуть виникати такі ускладнення:

1) відреагування, яке пов'язане з переживанням високого рівня занепокоєння під час переробки;

2) блокування, яке пов'язане з тим, що переробка передчасно припиняється.

Для розблокування переробки травматичного матеріалу увагу клієнта може бути зосереджено:

1) на різних проявах поточного переживання, пов'язаного з висхідною (первинної) метою EMDR;

2) на додаткових спогадах.

В останньому випадку увага клієнта переорієнтується на пошук ранніх спогадів, пов'язаних вже не з первинною метою, а з негативною самопрезентацією в структурі вихідної стандартної процедури EMDR, яку проводить психотерапевт. Згідно з Ф. Шапіро, це одна з найважливіших психотерапевтичних стратегій, яка проводиться терапевтом для розблокування процесу переробки.

Алгоритм реалізації даного способу полягає в наступному:

- виявити «Лінію часу» клієнта;
- зосередитися на негативному самоуявленні і закорити його;
- провести гіпнотичну вікову регресію на «Лінії часу» клієнта з використанням якоря негативного самоуявлення;
- проконтролювати досягнення початкового емоційно-травматичного спогаду в процесі регресивного гіпнозу за допомогою ідеомоторного сигналу;
- при досягненні клієнтом початкового емоційно-травматичного спогаду вивести його зі стану гіпнозу і з'ясувати конкретний зміст даного спогаду;
- при необхідності – повторно занурити клієнта в регресивний гіпноз з метою виявлення ще більш ранніх емоційно-травматичних спогадів, використовуючи закорювані негативні самоуявлення;
- після виявлення найбільш ранніх емоційно-травматичних спогадів, пов'язаних з негативною самопрезентацією, клієнт виводиться з трансу, а по відношенню до даних розкритими спогадами проводиться стандартна процедура EMDR.

П'ятий спосіб. Використання гіпнозу в структурі стандартного протоколу EMDR (для формування у клієнта позитивних зразків майбутніх дій).

Стандартний протокол використовується в EMDR для наступної специфічної роботи на «лінії часу» клієнта:

- по-перше, з ранніми спогадами, що стали основою нинішнього дисфункціонального стану;

- по-друге, зі стимулами справжнього, що викликають активацію дисфункціонального матеріалу;

- по-третє, з позитивними прикладами, що направляють можливі майбутні дії клієнта. Ф. Шапіро підкреслює, що психотерапія виявляється незавершеною до тих пір, поки у клієнта не відбудеться прийняття та затвердження патернів альтернативного сприятливого майбутнього. Ці патерни зазвичай відображають все те, що клієнт пов'язує з позитивними зразками поведінки.

Виходячи з вищенаведеного, у процесі теоретичного дослідження і узагальнення досвіду власної психотерапевтичної роботи ми виявили такі основні способи поєднання технік гіпнотичної роботи зі стандартною процедурою і стандартним протоколом EMDR-психотерапії:

1) використання гіпнозу на стадії підготовки (для формування і якоріння потужного ресурсного переживання, яке можна було б включати в різні проблемні контексти майбутньої стандартної процедури EMDR);

2) застосування регресивного гіпнозу на початковому етапі EMDR (для доступу до висхідних травматичних спогадів з метою їх подальшої десенсибілізації і переробки рухами очей);

3) використання гіпнозу на етапі десенсибілізації (для переривання надмірно тривалої абреакції (відреагування) і перекладу клієнта в стан сильного ресурсного переживання, яке було попередньо сформовано і стати на якір на підготовчому етапі EMDR);

4) застосування регресивного гіпнозу на етапі десенсибілізації в разі блокування переробки поточного травматичного переживання (для доступу до первинних («кореневих») травматичних спогадів з метою застосування вже до них стандартної процедури EMDR);

5) використання гіпнозу в структурі стандартного протоколу EMDR (для формування у клієнта позитивних зразків майбутніх дій);

6) застосування аутогенного гіпнозу в періоди між сеансами EMDR-психотерапії;

7) почергове використання стандартної процедури EMDR і гіпнотерапії в процесі психотерапії стрес-фактору і виниклих після неї специфічних симптомів.

Стандартний протокол, розроблений Ф. Шапіро, відмінно справляється з добре збереженими в пам'яті одиничними травмами [134]. Він ефективно працює, коли людина в змозі підтримувати так звану подвійну увагу. Водночас відбувається усвідомлення безпечного сьогодення в кабінеті терапевта і лякаючих образів минулого. Однак на жаль, часто ми маємо справу з комплексною, множинною травматизацією. Тяжкі події в минулому могли відбуватися неодноразово. Вони можуть бути представлені в пам'яті лише частково, що може мати уникнення травматичного матеріалу і навіть його дисоціацію.

Якщо присутня потужна захисна реакція, що запобігає прямому усвідомлюваному доступу до травматичного минулого, то терапевт не може проводити стандартну процедуру ДПДГ. Тому, доцільно включити третій спосіб поєднання технік гіпнотичної роботи на стадії підготовки.

Д. Найп, сертифікований тренер міжнародної асоціації ДПДГ, у своїй роботі наполягав на тому, що для вдалого завершення терапії важливо розвинути вразливість клієнта до потужних переживань вже на першій стадії ДПДГ [57].

На початкових етапах терапії клієнт буде взаємодіяти з терапевтом зовні як нормальна особа, але щоб зцілитися та отримати стійкі терапевтичні результати, знадобиться повний доступ до найбільш вражаючих частин його травматичного минулого та дозвіл на ці спогади. Перешкодою можуть стати психологічні захисні реакції. Їх спрямованість на регуляцію поведінки

людини, робить її адаптованою, стабілізує психіку та нормалізує її стан, унеможлиблює досягнення позитивних результатів при використанні терапії ДПДГ. Усередині терапії необхідно визначати захисний механізм як будь-яку ментальну дію або поведінковий акт, функція якого блокувати появу посттравматичного занепокоєння, тобто запобігати інтрузії травмованих частин «я» у «нормальну» частину [57, с.33].

При цьому слід звернути увагу на необхідність подолання опору. Відомо, що опір включається тоді, як у психіку надходить нова інформація, яка спочатку не знаходить відгуку в душі особи, не знаходить чогось схожого, з наявної в пам'яті інформації. Така інформація не проходить бар'єр критичності та витісняється у підсвідомість. Однак якщо зусиллям волі матимемо можливість перешкодити витісненню, і змусимо мозок аналізувати інформацію, що надходить, то тим самим нам вдасться подолати опір, а значить ще через якийсь час стане можливим випробувати стан осяяння [57, с.44].

Якщо присутня потужна захисна реакція, що запобігає прямому усвідомлюваному доступу до травматичного минулого, то терапевт не може проводити стандартну процедуру ДПДГ. Мета цього імпульсу – завершити і закрити спогад про стрес-фактор. Таке спонукання до усвідомленого переживання незавершеної події входить у пряме протиріччя з іншими базовими людськими потребами такими як спокій та емоційна безпека.

Механізми захисту можуть втрутитися у здатність клієнта повністю використовувати цілющу силу ДПДГ. Якщо клієнт не може дістатися травм – повністю усвідомити шок, страх, гнів і безпорадність асоціювання з невіршеними жахливими подіями, то пацієнт не зможе повністю переробити ці спогади, розвинути реалістичне розуміння своєї життєвої історії, пов'язаної із дією стрес-фактору [57, с.45].

Як зазначив З. Фрейд, піддаються захисту будь-які болючі психічні індивіда ситуації, обставини життя, тобто, все те, що він несвідомо не хоче

пропускати до реальності [108]. Небажані моменти життя забуваються, тобто навмисно витісняються. Причому нагадаємо, що і механізми захисту є можливістю психіки позбавитися неврозу. При цьому нова інформація, знаходячи «відгук у душі» посилить і раніше існуючу в мозку інформацію подібного змісту. В результаті цілком можливо, що на якийсь час виникне своєрідний інформаційний вакуум, під час якого мозок засвоюватиме будь-яку інформацію, що надходить із зовнішнього світу. Подібне виникає і якщо спеціальними методиками вдається зламати волю людини до сприйняття інформації за допомогою подолання опору. Тоді будь-яка інформація, що надходить, прямо відкладається в підсвідомість, і надалі впливає на свідомість. На цьому принципі побудовано психотехнологію гіпнотичного впливу в стані свідомості людини. Іншими словами, якщо нам вдасться трансформувати опір пацієнта у робочий альянс методом гіпнозу на шляху отримання ним нової інформації, то ця нова інформація не тільки відкладеться в його підсвідомості, а й людина отримає можливість сприймати її когнітивним (свідомим) чином.

3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального етапу дослідження

До та після формувальних заходів з усім учасниками експериментальної групи проводилося психодіагностичне обстеження за такими методиками: шкала оцінок відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity Rating Scale; Д. Корн, Л. Максфілд, Н.Дж. Сміт, Р. Стікголд), комплексний копінговий опитувальник (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг) та ін. Виявлено, що провідними складовими результативності реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів, котрі розкриваються у зниженні симптомів

емоційної травми, депресії, тривожності, тенденції до оптимальних копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору, а також у самоорганізації та розвитку стресостійкості, стабільності психічної організації; психодинамічних властивостей (сенситивності, нейротизму, саморегуляції тощо); особливостей інтелектуальної та мисленнєвої діяльності; особистісних властивостей (впевненість у собі, ціннісність ставлення до себе, інших, світу тощо).

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

2. Дослідження індивідуально-особистісного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів.

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

Таблиця 3.1

Дослідження індивідуально-особистісного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (результати до і після формувальних заходів (у%))

Показники індивідуально-особистісного аспекту	Досліджувані					
	До			Після		
Рівні прояву	В	С	Н	В	С	Н
Самоповага	8,5	66,5	25,0	33,8	51,7	14,5
Аутосимпатія	4,8	53,5	41,7	21,8	66,9	11,3
Самоінтерес	46,5	48,7	4,8	51,2	43,5	5,3
Очікуване ставлення інших	28,6	46,5	24,9	38,3	49,9	11,8

Примітка: В – високий рівень, С – середній рівень, Н – низький рівень.

Отже, проаналізуємо отримані результати за методикою самоствалення В. Століна, С. Пантілеєва. За показником «Самоповага», ми виявили значне підвищення високого рівню (33,8%) й зниження частки низького рівню (14,4%) за зазначеним показником.

Важливим чинником результативності програми комплексної реабілітації є показник «Аутосимпатія». За порівнянням емпіричних даних, що ми отримали, зазначимо, що значне зростання за високим рівнем після формувальних заходів в осіб, які пережили дію стрес-фактору 4,8 % й 21,8 % й значне зниження за низьким рівнем з 41,7 % й 11,3 %. відповідно. Отже, емпіричні дані свідчать щодо ефективності задіяних формувальних заходів в цілому.

За показником «Самоінтерес» також спостерігаємо тенденцію щодо збільшення високого рівню за означеним показником 46,5 % й 51,2 % та зниження частки за низьким рівнем 4,8 % й 5,3 % відповідно. Тобто, формувальні заходи посприяли більшій зацікавленості стосовно власної особистості.

За показником «Очікуване ставлення інших» спостерігаємо підвищення частки осіб із високим рівнем власне після за діяння формувальних заходів 28,6 % й 38,3 %, та значне зниження частки осіб із низьким рівнем за даним показником, 24,9 % й 11,8 % відповідно.

Таким чином, підсумовуючи результати емпіричного дослідження за індивідуально-особистісним аспектом комплексної корекції особистості, яка пережила дію стрес-фактору, зауважимо що формувальні заходи виявилися результативними й сприяли оптимізації ціннісного ставлення до себе за показником індивідуально-особистісного аспекту комплексної корекції.

2. Дослідження емоційно-афективного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів після формувальних заходів із застосуванням методик: діагностики агресивності (Басса-Даркі); тривожності – реактивної та особистної тривожності за

психодіагностичною методикою Спілбергера-Ханіна (ШРОТ). Нами отримано такі емпіричні дані.

Таблиця 3.2

**Дослідження емоційно-афективного аспекту особистості
постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (результати
до і після формувальних заходів (у%))**

Показники емоційно- афективний аспект	Досліджувані до та після формувальних заходів					
	До			Після		
	Рівні прояву					
	В	С	Н	В	С	Н
Фізична агресія	22,9	49,7	27,4	8,7	62,6	28,7
Непряма агресія	23,3	52,8	23,9	13,7	64,5	21,8
Роздратування	26,9	50,3	22,8	20,0	72,2	7,8
Негативизм	43,3	52,4	4,3	38,0	57,7	4,3
Образа	29,5	42,9	27,6	18,7	62,6	18,7
Підозрлість	34,5	47,4	18,1	18,1	66,2	15,7
Вербальна агресія	43,3	47,2	9,5	34,3	41,4	24,3
Почуття провини	43,3	37,7	19,0	21,2	51,2	27,6

Примітка: В – високий рівень, С – середній рівень, Н – низький рівень.

Таким чином, за результатами показника «Фізична агресія» ми відмічаємо значне зниження показнику відповідно за високим рівнем 22,9 % до формувальних заходів й 8,7 % після формувальних заходів. Втім залишається та сама частка 27,4 % до формувальних заходів й 27,4 % після

формувальних заходів. Необхідна більш ефективна індивідуальна терапія власне за цим напрямом.

За показником «Непряма агресія» після формувальних заходів спостерігаємо значну корекцію в сторону покращення стану досліджуваних, а саме, високий рівень виявляли 23,3 %, то після реабілітації 13,7 % й незначне змінювання показнику за низьким рівнем 23,9% й 21,8 %. В такий спосіб засоби комплексної реабілітації виявляють ефективність у корекції агресивності особистості.

За показником «Роздратування» виявлено тенденцію щодо покращення, тобто зниження частки досліджуваних за даним показником за високим рівнем 26,9 % й 20 %, а також зменшення за низьким рівнем, з 22,8 % до 7,8 % досліджуваних. Тобто, досліджувані за період комплексної реабілітації навчаються опанувати власним станом.

За показником «Негативізм» виявлено зменшення частки досліджуваних з високим рівнем за даним показником після задіяння формувальних заходів, 43,3 % й 38,0 %, залишається частка з низьким рівнем 4,4 % й 4,3 % після формувальних заходів.

За показником «Образа» після дії формувальних заходів відбувається значна корекція в сторону зменшення зазначеного показнику за високим рівнем з 29,5 % до 18,7 % й за низьким рівнем з 27,6 % до 18,7%, й, водночас збільшення частки досліджуваних із середнім рівнем з 42,9 % до 62,6 % осіб.

За показником «Підозрілість» ефективність формувальних заходів відстежується в такий спосіб, 34,5 % досліджуваних із високим рівнем й 18,5 % після реабілітаційно-корекційних заходів, а також 18,1% з низьким рівнем й 15,7 % після заходів. Невеличке зниження частки осіб з низьким рівнем підозріливості, що є зрозумілим. Неадекватно низький рівень за даним показником також не є сприятливим.

За показником «Вербальна агресія» завдяки формувальним заходам ми бачимо зниження за високим рівнем з 43,3 % осіб до 34,3 % й за низьким

рівнем значне підвищення кількості осіб з 9,5 % до 24,3 %. Тобто відбувається прийняття світу як сприятливого простору для якісних змінювань.

За показником «Почуття провини», після задіяння формувальних заходів визначається зниження частки досліджуваних із високим рівнем 43,3 % й 21,2 % після реабілітаційно-корекційних заходів, а також збільшення кількості осіб із низьким рівнем 19,0 % до заходів й 27,6 % після заходів. У досліджуваних спостерігається більш екологічне ставлення до себе та інших, оформлюється уміння оптимально виявляти агресію.

Окрім цього, представлена методика дозволяє визначити індекс агресивності та індекс ворожості після за діяння формувальних заходів.

Таблиця 3.3

Специфіка проявів агресії у осіб, які пережили дію стрес-фактору, до та після задіяння формувальних заходів (у%)

Індекс прояву агресії	Рівні прояву	Кількісний показник (%) (до та після заходів)	
		До	Після
Індекс агресивності	високий	43,3	23,3
	середній	38,4	51,4
	низький	18,3	25,3
Індекс ворожості	високий	52,3	35,3
	середній	34,4	41,4
	низький	13,3	23,3

Представлені індекси (агресивності та ворожості) як сумарний показник різних форм агресії. Таким чином, індекс агресивності опосередкованої та вербальної форм агресії, демонструє суттєві змінювання після за діяння реабілітаційно-корекційних заходів, а саме, за високим рівнем 43,3 % до заходів і 23,3 % після заходів. Також за низьким рівнем, 18,3 % до заходів й

25,3 % після заходів. Тобто, ми можемо відзначити якісні змінювання даного показнику у бік його оптимальності.

За визначенням «індексу ворожості», образи та підозрілості, у 52,3 % виявили високий рівень до формувальних заходів й 35,3 % після формувальних заходів. А також якісне підвищення частки осіб із низьким рівнем за даним показником з 13,3 % до 23,3 % осіб. Тобто, доволі висока частка осіб, які пережили дію стрес-фактору виявили схильність до корекції власного стану у бік оптимального.

Наступний аспект аналізу особистості, яка пережила дію стрес-фактору за емоційно-афективним аспектом: тривожність.

Таблиця 3.4

Дослідження емоційно-афективного аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: тривожність до та після формувальних заходів (у%)

Показники емоційно-афективний аспект	Рівні прояву	Кількісний показник (%) (до та після заходів)	
		До	Після
Особистісна тривожність	Високий	42,8	37,5
	Середній	52,5	57,8
	Низький	4,7	4,7
Ситуативна тривожність	Високий	53,3	43,7
	Середній	27,7	35,1
	Низький	19,0	21,2

Показник «Особистісна тривожність» надає уявлення про індивідуальну різницю у підвладності дії різних стресорів. За результатами формувальних заходів з'ясовано, що частка осіб з високим рівнем властивості 42,8 % зменшилася до 37,5 %. Й кількість осіб із низьким рівнем 4,7 % залишилася із зазначеним показником на рівні 4,7 %. Такий результат свідчить щодо

результативності формувальних заходів. Проте щодо необхідності індивідуальної психотерапії осіб, які пережили дію стрес-фактору.

За показником «Ситуативна тривожність» виявлено, що частка з 53,3 % осіб із високим рівнем за даним показником зменшилася до 37,5 % й трохи збільшилася частка осіб із низьким рівнем ситуативної тривожності, 19,0 % до 21,2 % досліджуваних. Це ще один показник щодо ефективності формувальних заходів, а саме комплексної реабілітації для осіб, які пережили дію стрес-фактору.

3. Діяльнісно-поведінковий аспект особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів визначався показниками:

- 1) залежність-незалежність;
- 2) комунікабельність-некомунікабельність;
- 3) прийняття боротьби – уникання боротьби за методикою «Q-сортування» (Q-Sort) В. Стефансона.

Таблиця 3.5

Особливості проявів діяльнісно-поведінкового аспекту особистості постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів (за результатами формувальних заходів)

Показники діяльнісно-поведінкового аспекту	Дихотомія проявів	Кількісний показник (%) (до та після заходів)	
		До	Після
Залежність	Позитивне значення	20,5	14,3
	Негативне значення	27,5	37,7
Незалежність	Позитивне значення	29,0	33,3
	Негативне значення	24,0	13,7
Комунікабельність	Позитивне значення	31,3	38,3
	Негативне значення	23,5	6,9
Некомунікабельність	Позитивне значення	20,0	13,3

Продовж. табл. 3.5

	Негативне значення	29,0	37,7
Прийняття «боротьби»	Позитивне значення	20,5	27,6
	Негативне значення	30,7	21,2
Запобігання «боротьби»	Позитивне значення	34,1	23,5
	Негативне значення	18,5	23,9

Таким чином, «Залежність», або внутрішня спрямованість особистості до прийняття групових стандартів й цінностей за результатами формувальних заходів представлена в такий спосіб 20,5 % до заходів й 14,3 % після заходів. А також 27,5 % до заходів й 37,7 % після заходів.

Втім «Незалежність» від групових норм позитивне значення виявили 29,0 % досліджуваних до формувальних заходів й 33,3 % після формувальних заходів. Негативне значення або залежність від групових норм дещо знижується після формувальних заходів, 24,0 % до заходів й 13,7 % після заходів.

Схильність до «Комунікабельності» або емоційних зв'язків виявили за позитивним значенням 31,3 % осіб до заходів й 38,3 % осіб після формувальних заходів. Й, за негативним значенням до формувальних заходів 23,5 % й 6,9 % після формувальних заходів.

Особливості «Некомунікабельності» за позитивним значенням до формувальних заходів виявили 20,0 % осіб й 13,3 % після формувальних заходів. А також за негативним значенням 29,0 % до формувальних заходів й 37,7 % після формувальних заходів.

«Прийняття боротьби» або активна спрямованість особистості брати участь у груповому житті й взаємодії в групах за результатами формувальних заходів за позитивним значенням виявили 20,5 % осіб й 27,6 % після формувальних заходів. За негативним значенням 30,7 % до формувальних заходів й 21,2 % після формувальних заходів. Тобто, спостерігаємо значний вплив реабілітаційних заходів на схильність до набуття соціального статусу в соціальній ієрархії.

«Запобігання боротьби» за результатами формувальних заходів за позитивним значенням виявили 34,1 % осіб й 23,5 % після формувальних заходів. Тобто зменшується кількість осіб, які намагаються ухилитися від взаємодії, утворення нейтралітету під час конфліктної взаємодії в групі, схильність до компромісів. За негативним значенням 18,5 % до формувальних заходів й 23,9 % після формувальних заходів. Об'єктивне збільшення осіб, які намагаються займати активну життєву позицію й стремління залучитися у групове життя.

Результати математико-статистичного опрацювання даних до та після формувального експерименту довели наявність статистично значущих кореляцій між показниками: «Стратегія запобігання», «Безперервний неспокій», «Когнітивне переоцінювання», «Нерезистентність до стресових ситуацій», «Оцінка цільової проблеми», «Десенсибілізація». Про результативність розробленої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих, які пережили дію екстремальних стрес-факторів, свідчить якісне змінювання у бік зростання та оптимізації показників адаптованості постраждалих до нових умов і опрацювання негативних наслідків дії стрес-фактору ($p \leq 0,05$).

За результатами формувальних заходів зафіксовано статистично значуще зниження проявів симптомів емоційної травми, депресії, тривожності; простежуються тенденції до застосування оптимальних копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору, а також підвищення рівня самоорганізації та розвитку стресостійкості, стабільності психічної організації, усталеності до складних ситуацій та обставин. Відбулися позитивні зміни психодинамічних властивостей (за показниками сенситивності, нейротизму, саморегуляції тощо) та показників інтелектуальної та мисленнєвої діяльності; особистісних властивостей (за параметрами впевненості у собі, ціннісного ставлення до себе, інших, світу тощо).

Висновки до розділу

У розділі розкрито методологічні принципи розробки та реалізації інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів і проведено оцінку її ефективності.

На підґрунті теоретичного аналізу провідних концепцій й теоретичних положень щодо дії стрес-фактору на постраждалих в екстремальних умовах та результатів емпіричного дослідження було розроблено інтегровану соціально-психологічну програму їх реабілітації.

Концептуальні засади запропонованої соціально-психологічної програми віддзеркалюють теоретико-методологічні основи реабілітації постраждалих через вирізнення категорії «психореабілітація» у науковій літературі, загальних підходів до розуміння реабілітації у різних парадигмах й, власне, психологічної специфіки реабілітації та корекції їх емоційного стану, сенсорно-перцептивної та інтелектуальної діяльності, корекції поведінки та психічного стану.

Програма реабілітації включала, зокрема, інформаційний курс, що складався з двох блоків «Профілактика та корекція наслідків емоційної травми» та «Основи психологічної реабілітації». Окрім цього, для постраждалих експериментальної групи було запропоновано соціально-психологічний тренінг корекції емоційних станів із використанням музикотерапії та тренінг соціальної адаптованості з задіянням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ М. Сандомирського. Також було застосовано арт-терапію, психологічний дебрифінг й індивідуальну терапію з пропрацюванням емоційної травми техніками експозиційної гіпнотерапії та методу десенсибілізації (переробка рухами очей (EMDR)). Важливими вбачалися також профілактика та корекція наслідків дії стрес-фактору через формування «самоціннісної культури» у постраждалих.

Запропонована інтегрована програма, яка містила методологічний змістовий та технологічний компоненти, передбачала інформування постраждалих й формування знань про психологічну природу, прояви, наслідки та особливості самодіагностики емоційної травми, перебіг стрес-фактору внаслідок емоційної травми, військових дій; корекцію емоційного стану та розвиток умінь саморегуляції, зокрема завдяки вищезазначеним тренінгам.

До та після формувальних заходів з усім учасниками експериментальної групи проводилося психодіагностичне обстеження за шкалою оцінки відповідності стандартам EMDR (EFRS – EMDR Fidelity Rating Scale; Д. Корн, Л. Максфілд, Н.Дж. Сміт, Р. Стікголд), комплексним копінговим опитувальником (М. Маккей, М. Скін, П. Фаннінг) та іншими методиками. Результати математико-статистичного опрацювання даних до та після формувального експерименту довели наявність статистично значущих кореляцій між показниками: «Стратегія запобігання», «Безперервний неспокій», «Когнітивне переоцінювання», «Нерезистентність до стресових ситуацій», «Оцінка цільової проблеми», «Десенсибілізація». Про результативність розробленої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих, які пережили дію екстремальних стрес-факторів, свідчить якісне змінювання у бік зростання та оптимізації показників адаптованості постраждалих до нових умов і опрацювання негативних наслідків дії стрес-фактору ($p \leq 0,05$).

За результатами формувальних заходів зафіксовано статистично значуще зниження проявів симптомів емоційної травми, депресії, тривожності; простежуються тенденції до застосування оптимальних копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору, а також підвищення рівня самоорганізації та розвитку стресостійкості, стабільності психічної організації, усталеності до складних ситуацій та обставин. Відбулися позитивні зміни психодинамічних властивостей (за показниками сенситивності, нейротизму, саморегуляції тощо)

та показників інтелектуальної та мисленнєвої діяльності; особистісних властивостей (за параметрами впевненості у собі, ціннісного ставлення до себе, інших, світу тощо).

Таким чином, розроблена та адаптована інтегрована соціально-психологічна програма реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів є результативним засобом подолання і профілактики їх негативних наслідків.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [10; 22; 24; 25; 26; 31].

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми визначення соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів і здійснено такі висновки.

1. Теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до проблеми дослідження показав, що психологічна реабілітація постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів – це цілеспрямований і обґрунтований вплив на провідні особистісні структури для створення умов щодо повноцінного розвитку і функціонування таких осіб. Виходячи з цього, комплексна реабілітація осіб, які пережили дію екстремальних стрес-факторів, є цілісною і специфічною системою методів психологічної допомоги, завдяки доцільно обраному й ретельно задіяному психологічному впливу у відповідній ситуації. Наголошується, що провідною умовою успішності реабілітаційних заходів виступають знання особливостей розвитку особистості, яка пережила дію екстремальних стрес-факторів, і можливих, внаслідок цього, труднощів, а також розуміння психологічної природи механізмів дії на психіку постраждалих відповідних реабілітаційних методів і прийомів та їх наслідків.

2. Проведено порівняльний аналіз індивідуально-типологічних та соціально-психологічних особливостей постраждалих (за індивідуально-особистісним, емоційно-афективним, діяльнісно-поведінковим аспектами) внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та виявлено їх взаємозв'язок із копінг-стратегіями (запобігання, безперервного неспокою, когнітивного переоцінювання, нерезистентності до стресових переживань, оцінки цільової проблеми, десенсибілізації). З'ясовано взаємозв'язок показників когнітивно-стильових особливостей (полезалежності та понятійної диференційованості) з особистісними рисами, патернами поведінки та їх перебіг в умовах дії

стрес-фактору, а також досліджено специфіку поєднання особистісних та когнітивних властивостей, що утворюють патерни поведінки стильових рис «оптимальних» та «неоптимальних» копінг-стратегій в умовах дії екстремальних стрес-факторів.

Встановлено, що «оптимальні» копінг-стратегії, які застосовують військові, складаються з двох кластерів (психологічних типів): «Активні диференційовані конформні екстраверти» та «Полезалежні недиференційовані екстраверти»; «неоптимальні» копінг-стратегії, складаються з трьох кластерів (психологічних типів): «Імпульсивні диференційовані екстраверти», «Недиференційовані нестабільні полезалежні», «Упевнені в собі полезалежні».

«Оптимальні» копінг-стратегії, які застосовують переселенці, вирізняють два кластери (психологічні типи): «Емоційно стабільні диференційовані», «Консервативні недиференційовані»; «неоптимальні» копінг-стратегії переселенців поєднуються у єдиний патерн, що виразняється у двох кластерах (психологічних типах): «Конформні ригідні недиференційовані», «Стримані диференційовані».

Отже, результати математико-статистичного аналізу й психологічної інтерпретації емпіричних даних уможливили виокремлення двох кластерів (психологічних типів) «оптимальних» копінг-стратегій постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: екстраверсія з високим рівнем понятійної диференційованості; інтроверсія з низьким рівнем понятійної диференційованості.

3. Визначено та систематизовано соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів у внутрішньоособистіному, міжособистісному та організаційно-впроваджувальному векторах.

Внутрішньоособистіний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів представлено індивідуально-

типологічними та соціально-психологічними особливостями особистості постраждалого, що виявляються в аспекті її провідної тенденції, інтегральним показником якої є патерн поведінки стильових рис за групами «оптимальних» та «неоптимальних» кластерів копінг-стратегій.

Міжособистісний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів висвітлюється відносинами з ближнім оточенням і суспільством в цілому, що проявляються через їх ставлення до військовослужбовців та переселенців; взаємодією з фахівцями; особливостями особистісного простору.

Організаційно-впроваджувальний вектор умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів визначається соціально-психологічним впливом професійної діяльності фахівців, зумовленим особливостями застосування сукупності методів психологічної і психотерапевтичної допомоги та впливом особистості фахівця на процес реабілітації постраждалих загалом.

Ефективність та оптимізація психореабілітаційного процесу постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів забезпечується всебічним урахуванням виявлених соціально-психологічних умов перебігу їх психологічної реабілітації.

4. Розроблено інтегровану соціально-психологічну програму реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та проведено оцінку її ефективності. У запропонованій програмі, яка містила методологічний, змістовий та технологічний компоненти, психологічний вплив спрямовувався у напрямку підтримки постраждалих (емоційної, екзистенційної, смислової), подолання психоемоційних травмуючих станів і переживань (тривожності, самотності, почуття провини, образи, агресивності), внутрішньоособистісних конфліктів (мотиваційних, рольових, ціннісних), негативного «Я-образу» (неадекватної самооцінки та рівня домагань, невпевненості у собі), кризи ідентичності (персональної та

соціальної) та на підвищення соціально-психологічної адаптації, налагодження конструктивної комунікації, міжособистісної взаємодії і успішної інтеграції постраждалих у соціум. Серед формувальних заходів, задіяних в інтегрованій програмі реабілітації, дієвими виявилися: соціально-психологічний тренінг корекції емоційних станів із використанням музикотерапії та тренінг соціальної адаптованості з задіянням психокорекційних тілесно-орієнтованих вправ; арт-терапія, психологічний дебрифінг й індивідуальна терапія, з задіянням технік експозиційної гіпнотерапії та методу десенсибілізації (EMDR) та ін.

Ефективність програми доведена зниженням проявів симптомів емоційної травми, тривожності, депресії, поряд із підвищенням тенденції до оптимальних копінг-стратегій переживання дії стрес-фактору, а також зростанням показників самоорганізації та розвитку стресостійкості, стабільності психічної організації, усталеності до складних ситуацій та обставин; показників психодинамічних властивостей (сенситивності, нейротизму, саморегуляції тощо); інтелектуальної та мисленнєвої діяльності; особистісних властивостей (впевненості у собі, ціннісного ставлення до себе, інших, світу тощо).

Перспективи подальшого дослідження. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми визначення соціально-психологічних умов реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. Перспективи подальших наукових досліджень розгортаються у напрямку вивчення специфіки умов реабілітації постраждалих в залежності від віку, соціального статусу та професійної приналежності, етно-культурних особливостей тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросович К.А. Соціальний розвиток особистості у суспільстві інформаційних технологій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 1 (60). С. 111-122.
2. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: автореф. ...дис. д-ра психол. наук: 19.00.04 / Олег Анатолійович Блінов. К., 2020. 43 с.
3. Бондаренко О.Ф. Психологічна допомога особистості. Х.: Фоліо, 1996. 237 с.
4. Бочелюк В.Й. Психологічні основи розвитку особистості: монографія. Запоріжжя: Просвіта, 2020. Т. 7. 420 с.
5. Бочелюк В.Й. Трансформація молоді в період глобальної соціально-економічної кризи. *Науковий Вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. Херсон: Гельветика. 2019. Вип. 3. С. 114-121.
6. Бойко Г.М. Реабілітаційна психологія. Полтава: АСМІ, 2010. 240 с.
7. Брюховецька О.В. Формування толерантності до професійного стресу у керівників закладів середньої освіти. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки*. 2019. Вип. 9. С. 10-24.
8. Булах І.С., Кириченко Т.В. Конструктивна дилема психологічних механізмів захисту на адаптивні та неадаптивні. *Психологія: зб. наук. праць*. 1998. Вип. 2. С. 38-43.
9. Бурлачук Л.Ф. Основи психотерапії. К.: Ніка-Центр, 2001. 320 с.
10. Бурлакова І.А., Федорова О.В., Дигун І.С., Федоров А.Ю. Соціально-психологічні засоби самоменеджменту психологічного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 67-80.

11. Галушко Л.Я., Дметерко Н.В., Євтушенко І.В, Максименко О. Г., Педченко О. В., Полянничко О. М, Туз Л. Г., Усатенко О. М. Психодинамічна парадигма та її розвиток в Україні. *Психолінгвістика: зб. наук. праць ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*. 2013. Вип. 12. С. 51-62.

12. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Вид. Старого Лева, 2022. 424 с.

13. Гончаренко С.У. Український педагогічний словник. К.: Либідь, 1997. 376 с.

14. Гоян І.М. Аналіз готовності молоді до самоорганізації в період суспільних трансформацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля. 2017. № 1 (42). Т. 2. С. 178-189.

15. Городокін А. та ін. Історичні передумови вчення про посттравматичний стресові розлади. *Посттравматичні стресові розлади; під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова; 2-е вид., перероблене та доповнене*. Х.: ХМАПО, 2014. С. 16-18.

16. Гребінь Л.О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям / *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб.* / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.О. Гребінь, Царенко Л.Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. К. : ТОВ Вид-во «Логос», 2017. 207 с.

17. Грінсон Ральф Р. Практика і техніка психоаналізу. Когіто-Центр, 1990. 478 с.

18. Грідковець Л. Кризис життєвих втрат / Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. *Посттравматичні стресові розлади; під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова; 2-е вид., перероблене та доповнене*. Х.: ХМАПО, 2014. С. 32-39.

19. Грідковець Л. Травми пережитого насильства / Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. К., 2018. Т. 1. С. 43-45.

20. Діагностичні критерії ДСМ-5 посттравматичного стресового розладу / Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. К., 2018. Т. 1. С. 126-128.

21. Дигун І.С. До проблеми реабілітації постраждалих від дії стрес-факторів різного генезу. *Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 167-169.

22. Дигун І.С. Засоби арт-терапії у здоров'язбереженні та реабілітації постраждалих від екстремальних стрес-факторів. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєверодонецьк, 28-29 листопада 2019 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 145-147.

23. Дигун І.С. Комплексний підхід до реабілітації осіб, які пережили дію стрес-фактору. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. № 2 (40). С. 201-211.

24. Дигун І.С. Особливості дебрифінгу у подоланні наслідків дії екстремальних стрес-факторів. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами V Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і студентів* (м. Київ, м. Сєверодонецьк, 24-25 листопада 2016 р.). Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 236-238.

25. Дигун І.С. Побудова інтегрованої програми реабілітації постраждалих від екстремальних стрес-факторів. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VII Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Сєвєродонецьк, 29-30 грудня 2021 р.). К.: ПВТП «LAT&K», 2021. С. 135-137.

26. Дигун І.С. Психокорекція стрес-фактору засобами арт-терапії. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього: зб. наук. статей за матеріалами Щорічного наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 12 червня 2023 року). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 24-26.

27. Дигун І.С. Психологічні особливості реабілітації постраждалих внаслідок дії стрес-факторів. *Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 16 травня 2023 року). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. С. 21-25.

28. Дигун І.С. Роль наративів у подоланні негативних наслідків стресових розладів. *Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти: зб. наук. статей за матеріалами XVII Міжнародної науково-практичної конференції* (Монреаль, 30-31 грудня 2018 р.). Монреаль: СРМ «ASF», 2018. С. 126-128.

29. Дигун І.С. Соціально-психологічні особливості переживання дії стрес-фактору особистістю. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.; Ніжин: ПП Лисенко, 2020. Т. IX, Вип. 13. С. 676-685.

30. Дигун І.С. Соціально-психологічні чинники впливу стрес-фактору на особистість в екстремальних умовах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету*

імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 1 (45). С. 362-373.

31. Дигун І.С., Журба А.М., Гейко Є.В., Журба М.А., Завацька Н.Є. Ефективність інтегрованої соціально-психологічної програми реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 26-37.

32. Завацька Н.Є. Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір: монографія / за заг. ред. Н.Є. Завацької, Р.П. Шевченко. К.: ПВТП «LAT&K», 2019. 239 с.

33. Заверуха О.Я. Готовність до самоосвіти у структурі самореалізації молодшої особистості при стресі. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. Херсон: Гельветика, 2021. Вип. 4. С. 148-154.

34. Заверуха О.Я. Психологічна реабілітація особистості в умовах дії стресових факторів та її соціальна мобільність / Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія / за ред. Ю.А. Завацького та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. 264 с. С. 112-135.

35. Карпенко З.С. Аксіологічна психологія особистості / З. С. Карпенко. Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2009. 512 с.

36. Кісарчук З.Г., Гребінь Л.О. Метод кататимно-імагінативної психотерапії в контексті особливостей його викладання / З.Г. Кісарчук, Л.О. Гребінь / *Актуальні проблеми психології Т. III: Консультативна психологія і психотерапія: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Консультативна психологія і психотерапія. 2017. Вип. 13. С. 203-255.

37. Кісарчук З.Г. Поняття «криза», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад» / Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади; під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова; 2-е вид., перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. С. 8-10.
38. Ковальчук О., Невмержицький В. Профілактика стресових розладів у військового персоналу міжнародних миротворчих місій / Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. К., 2018. Т. 1. С. 55-71.
39. Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Зб. методик для психологічної діагностики: метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. С. 142-143.
40. Коқун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
41. Чурсов М.В. Концептуальна антиципація екстремальних ситуацій (соціально-філософський та методологічний аспекти): автореф. дис. ...канд. філос. наук: 09.00.03 / М.В. Чурсов. Одеса, 2020. 19 с.
42. Коширець В.В. Особливості надання першої психологічної допомоги особам з ПТСР. *Збірник наукових праць РДГУ*. 2017. Вип. 8. С. 128-133.
43. Крайнюк В.М. Ефективність впливу психокорекційних методів на формування стресостійкості рятувальників. 2019. С. 399-407.
44. Кризова психологія / За ред. Тімченка О.В. Х.: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
45. Кузікова С.Б. Основи психокорекції. К.: Академвидав, 2012. 320 с.
46. Кулеша-Любінець М.М. Техніки психологічної допомоги та самопомоги особі в екстремальній ситуації. Івано-Франківськ: Кушнір Г.М., 2017. 72 с.

47. Лушин П.В. Екологічні допомога у перехідний період: екофасилітація [Текст]: монографія. К., 2013. 296 с.
48. Мазяр О.В. Особливості суб'єктної поведінки в екстремальних ситуаціях. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України* / за ред. Максименка С.Д. К.: Логос. 2008. Т. 7. Вип. 15. 356 с.
49. Максименко С.Д. та ін. Психологічні механізми зародження, становлення та здійснення особистості. К.: Вид-во Європ. ун-ту, 2010. 151 с.
50. Максименко С. Д. Теоретичні засади психології особистості: генеза нужди. *Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України* / за ред. академіка С.Д. Максименка. К.: Главник, 2005. Т.1, Вип. 26. С. 3-19.
51. Максименко Н. Дефініція і клінічні ознаки посттравматичних стресових розладів / Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади; під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова; 2-е вид., перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. С. 13-15.
52. Мілютіна К.Л. Теорія і практика психологічного тренінгу. К.: МАУП, 2004. 192 с.
53. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади; під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова; 2-е вид., перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 223 с.
54. Москалець С.М. Гормонально-психологічні аспекти формування стресу у лікарів анестезіологів: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Сергій Михайлович Москалець. Дн., 2005. 20 с.
55. Нагула О.Л. Особистісна психокорекція у підготовці майбутнього психолога-практика. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2016. Вип. 1. С. 7-11.

56. Назаров О.О. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: монографія / Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Склень О.І., Тімченко О.В. Х.: Вид-во УЦЗУ, 2008. 221 с.

57. Найп Д. EMDR: Теорія й лікування комплексного ПТСР та дисоціації; пер з англ. О. Плотникової. Науковий світ. 2020. 456 с.

58. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія. К.: Академвидав, 2003. 448 с.

59. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2017. 540 с.

60. Основи психотренінгу / Є.В. Карпенко. Дрогобич: Просвіт, 2015. 78 с.

61. Основи практичної психології / В.Г. Панок [та ін.]. К.: Либідь, 2006. 536 с.

62. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. К., 2018. Т. 1. 208 с.

63. Панок В.Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи / Центр. соц. експертиз і прогнозів ін.-ту соціології НАН України та ін. К., 1999. 104 с.

64. Пірен М., Цілюрик О. Ціннісні орієнтації молоді в українському суспільстві на сучасному етапі. *Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації*. 2011. № 4. С. 213-218.

65. Побокіна Г.М. Процесуальні та результативні характеристики життєвого вибору особистості в сучасному соціумі. *Психологія особистості: наук. журн.* Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2021. Т. 11. № 1. С. 77-84.

66. Практикум із групової психокорекції / С.Д. Максименко, О.О. Прокоф'єва, О.В. Царькова, О.В. Кочкурова. Мелітополь: Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», 2015. 414 с.

67. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE) (2015). Львів. Issued: March. 2005. NICE clinical guideline 26 guidance.nice.org.uk/cg

68. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с

69. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.О. Гребінь, Л.І. Литвиненко, Царенко Л.Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. К.: ТОВ Вид-во «Логос», 2017. 207 с.

70. Психологічні основи екстремальних ситуацій у діяльності працівників практичних ОВС / В. Бабенко, Б. Шаповалов. *Вісник Академії управління МВС*. 2009. № 1. С. 69-81.

71. Психологічна підтримка в умовах екстремальних ситуацій: підхід резилієнс / [Н. Гусак, В. Чернобривкіна, В. Чернобривкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко; за заг. ред. Н. Гусак]; Нац. Ун-т «Києво-Могилянська академія». К.: НаУКМА, 2017. 92 с.

72. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*. 2012. С. 30-37.

73. Савченко Т.Л. Визначення основних психологічних чинників професійного самоздійснення вчителів. *Актуальні проблеми психології. Т. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*. 2017. Вип. 17. С. 118-124.

74. Савчин М. Дослідження особистості в контексті духовної парадигми психології. *Психологія особистості*. 2011. № 1 (2). С. 191-199.

75. Самодепривація психіки та дезадаптація суб'єкта: монографія / Т.С. Яценко, В.І. Бондар, І.В. Євтушенко, М.М. Кононова, О.Г. Максименко К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. 280 с.

76. Скориніна О.В., Хомуленко Т.Б. Когнітивний стиль і пам'ять: парадокси дослідження: монографія. Х.: ВД ІНЖЕК, 2003. 232 с.

77. Спиця-Оріщенко Н. Психологічні особливості розвитку особистості в ранньому юнацькому віці. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки.* 2016. № 1. С. 198-201.

78. Туз Л.Г. Роль інтерпретації у процесі психокорекції АСПП // Наукова школа академіка НАПН України Тамари Яценко: колективна монографія / за заг. ред. акад. Т.С. Яценко. Дн.: Інновація, 2019. 350 с

79. Фром Е. Мистецтво любові. К.: Клуб сімейного дозвілля, 2017.192 с.

80. Чепіль М., Дудик Н. Педагогіка Марії Монтессорі. К.: Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 10-42.

81. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів. К.: Здоров'я, 2005. 120 с.

82. Шевяков О.В. Психологічна підтримка фахівців, постраждалих в умовах викликів стрес-факторів сучасності / Соціально-психологічна підтримка розвитку професіоналізму фахівців: монографія; за заг. ред. О.В. Шевякова, Н.Є. Завацької, О.В. Бабатенка. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. С. 142-164.

83. Шевяков О.В., Шрамко І.А. Динамічні соціотехнічні системи діяльності: соціальна реабілітація жінок. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля.* Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. № 3 (53). Т.1. С. 184-197.

84. Шевяков О.В., Шрамко І.А. Психологія соціальної підтримки життєдіяльності особистості в умовах динамічної соціотехнічної системи.

Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Херсон: Гельветика, 2020. № 1. С. 168-173.

85. Яковенко С.І., Лисенко В.І. Соціально-психологічна допомога при екстремальних ситуаціях та критичних інцидентах. К.: НАН України, Ін-т соціології, Центр соціал. експертиз і прогнозів, 1999. 224 с.

86. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: Феноменологія, теорія і практика. К.: Вища шк., 2006.. 382 с.

87. Яценко Т.С. Методологія взаємозв'язків свідомого і несвідомого в контексті проблеми адаптації суб'єкта до соціуму. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія: зб. статей РВВ КГУ.* 2009. Вип. 21. Ч. 1. 219 с.

88. Яценко Т.С., Галушко Л.Я., Дметерко Н.В., Євтушенко І.В., Максименко О.Г., Педченко О.В., Полянничко О.М, Туз Л.Г., Усатенко О.М. Динаміка розвитку методології, теорії та практики глибинного пізнання. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика: науково-методичний журнал.* 2013. Вип. 1-2. С. 130-148.

89. Яценко Т.С. Динаміка розвитку глибинної психокорекції: теорія і практика: монографія. Дн., 2015. 567 с.

90. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Актуальне соціально-психологічне навчання. К.: Вища шк., 2004. 252 с.

91. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author, 1994.

92. American Psychological Association. Standarts for educational and psychological testing. Washington, DC: Author, 1986.

93. Barker R., Dembo T., Lewin K. Frustration and regression: an experiment with young children. *Studies in topological and vector psychology.* Vol. II, Univ. Iowa Stud, Child Welf. 1941. Vol. 18, № 1. P. 1-314.

94. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 61. P. 226-244.
95. Bernstein B. Empowerment-focused dance/movement therapy for trauma recovery. *American Journal of Dance Therapy*. 2019. Vol. 41(2). P. 193-213. <https://doi.org/10.1007/s10465-019-09310-w>
96. Blynova O., Chervinska I., Kazibekova V., Bokshan H., Yakovleva S., Zaverukha O., Popovych I. Social and psychological manifestations of professional identity crisis of labor migrants (in stress factors). *Revista Inclusiones*. 2020. Vol. 7. Número Especial. P. 93-105.
97. Bremner J.D. Neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2002. Vol. 4. P. 254-263.
98. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991. Vol. 4, № 9. P. 216-222.
99. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998. Vol. 55. P. 626-632.
100. Brewin G.R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representational theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996. P. 670-686.
101. Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., Van der K. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005.
102. Crittenden P.M. Danger and development: The organization of self-protective strategies. In J. Vondra & D. Barnett (eds.): monographs. Of the Society for Research on Child Development. 1999. P. 145-191.
103. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Ed. 4 (DSM-IV). American Psychiatric Association. Washington. 1994.

104. Dieterich-Hartwell R. Dance/movement therapy in the treatment of post traumatic stress: A reference model. *The Arts in Psychotherapy*. 2017. Vol. 54. P. 38-46.

105. Effective treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman (eds). New York, London: The Guilford Press, 2000.

106. Foa E.B., Riggs D.S., Dancu C.V., Rothbaum B.O. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1993. № 6. P. 459-473.

107. Fontana A., Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004. Vol. 192(9). P. 579-584.

108. Freud S. Tiefen-Psychologie. Band eins. Leben, Werk und Wirkung. Zurich: Kindler Verlag. AG, 1977. 800 p.

109. Gilligan S.G. Therapeutic trances. The cooperation Principle in Ericsonian Hypnotherapy. New York; London: Routledge Taylor & Francis Group, 1987. 448 p.

110. Goggin C. The efficacy of dance/movement therapy for trauma affected youth: a literature review. *Expressive Therapies Capstone*. 2018. № 93.

111. Grabbe L., Miller-Karas E. The trauma resiliency model: A «bottom-up» intervention for trauma psychotherapy. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2017. Vol. 24(1). P. 76-84.

112. Heiskala K. Dance movement therapy with a person who is a refugee and diagnosed with post-traumatic stress disorder. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*. 2022. Vol. 4(2). P. 1-6.

113. Hull A.M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 181. P. 102-110.

114. Jung C.G. The collected works The structure and dynamics of the psyche. Vol.8. Princeton University: Press, 1989. 480 p.
115. Jung C.G. The collected works. Two essays on analytical psychology. Princeton University: Press, 1989. 352 p.
116. Kessler R.G., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995. Vol. 52. P. 1048-1060.
117. Kilpatrick D., Edmonds C.N., Seymour A.K. Rape in America: A report to the nation. Arlington, VA: National Victims Center, 1992.
118. Lazarus R.S., Launier R. Stress-related transactions between person and environment In L.A. Pervin, M. Lewis (eds.). *Perspectives in Interactional psychology*. N.-Y.: Plenum Press, 1978. P. 87-227.
119. The Legacy of Milton Erickson: Selected Papers of Stephen Gilligan Ed. By Stephen Gilligan. 2002. 416 p.
120. Maslow A.H. *Motivation and Personality*, 3rd ed.; Longman: London, UK, 1987. 336 p
121. Marshall R.D., Olfson M., Hellman F., Blanco C., Guardino M., Struening E.L. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2001. Vol. 158. P. 1467-1473.
122. Moos R.H. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes / R.H. Moos, A.G. Billings. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York: Free Press, 1982. P. 212-230.
123. Moos R.H., Schaefer J.A. Life transitions and crises: A conceptual overview / In R.H. Moos (Ed.) *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum, 1986. P. 28-33.
124. McFarlane A.C., Yehuda R., Clark C.R. Biologic models of traumatic memories and post-traumatic stress disorder. The role of neural networks. *Psychiatric Clinics of Nort America*. 2002. Vol. 25(2). P. 253-270.

125. Neria Y., Bromet E.J., Marshall R. The relationship between trauma exposure, posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression. *Psychological Medicine*. 2002. Vol. 32. P. 1479-1480; authorreply 1480-1483.

126. Norris F.H., Riad J.K. Standardized self-report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder. In J.P. Wilson, T.M. Keane (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. N.-Y.: Guilford Press, 1997. P. 7-42.

127. Parkes K.R. Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. № 51. P. 1277-1292.

128. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*. 1978. Vol. 19. P. 2-21.

129. Perls F. *Ego, Hunger and Aggression: A Revision of Freud's Theory and Method*. N.-Y.: Random House, 1960.

130. Pierce L. The integrative power of Dance/Movement therapy: Implications for the treatment of dissociation and developmental trauma. *The Arts in Psychotherapy*. 2013. Vol. 41(1). P. 7-15.

131. Popovych I., Kosmii M., Hrys A., Hoi N., Dyhun I., Hoian I., Nosov P. Pre-competition expectation profiles among junior athletes in the context of altered sporting conditions. *Journal of Physical Education and Sport*. 2023. Vol. 23. Issue 10. P. 2551-2562. DOI:10.7752/jpes.2023.10293

132. Rogers C. *On Becoming a Person: A Therapists View of Psychotherapy*. Boston, 1961. 240 p.

133. Serlin I.A. Dance/movement therapy: A whole person approach to working with trauma and building resilience. *American Journal of Dance Therapy*. 2020. Vol. 42(2). P. 176-193.

134. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York; London: The Guilford Press, 1995. 496 p.

135. Schiraldi G.R. The Adverse Childhood Experiences Recovery Workbook. Heal the Hidden Wounds from Childhood Affecting Your Adult Mental And Physical Health. New Harbinger Publications, 2021. P. 6-17.

136. Shostrom E.L. Man, the manipulator: The inner journey from manipulation to actualization. Nashville, TN: Abingdon; K.: PSYLIB, 2003. 256 p.

137. Schuster M.A., Stein B.D., Jaycox L.H., Collins R.L., Marshall G.N., Elliott M.N., Zhou A.J., Kanouse D.E., Morrison J.L., Berry S.H. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *The New England Journal of Medicine*. 2001. Vol. 345(20). P. 1507-1512.

138. Van der Kolk B.A. Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*. 2005. May. Vol. 35. P. 401-408.

139. Van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2005. October. Vol. 18(5). P. 389-399.

140. Yapko M.D. Trancework. An introduction in the Practice of Clinical Hypnosis. 2012. 720 p.