

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ  
ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

СЛЬОТ МАРИНА ОЛЕГІВНА

УДК 159.9: 615.851

ДИСЕРТАЦІЯ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ  
ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ

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

 / М.О.Сльот

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор

Завацький Юрій Анатолійович

## АНОТАЦІЯ

*Сльот М.О.* Соціально-психологічний супровід молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

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, 2026.

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми визначення особливостей соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, як цілісного системного процесу, спрямованого на відновлення внутрішніх ресурсів та повернення до активної життєдіяльності, що включає індивідуальну та групову роботу, психоосвіту, розвиток навичок саморегуляції, соціальну підтримку та профілактику посттравматичних розладів. Обґрунтовано поняття: «втрата як духовне випробування», «психологічний образ втрати», «психологічний зв'язок з втратою», «подієво-рефлексивний і духовно-рефлексивний рівні переживання»: «втрата як духовне випробування» постає не лише як психологічне явище, але й як духовне випробування, що актуалізує екзистенційні питання сенсу життя, віри та ціннісних орієнтацій молоді. У цьому контексті вона виконує функцію «екзистенційного каталізатора», який спонукає до переосмислення власного буття та внутрішньої трансформації.

Підкреслено, що втрата може бути осмислена як критичний момент духовного розвитку, який відкриває можливості як для кризи, так і для зростання. «Психологічний образ втрати» визначено як внутрішню репрезентацію втраченого та показано, що він формується на основі емоційного

досвіду та суб'єктивної значущості об'єкта втрати. Цей образ виконує роль посередника між минулим досвідом та актуальним переживанням, впливаючи на процеси адаптації та інтеграції молоді. «Психологічний зв'язок з втратою» розглянуто як тривале емоційно-когнітивне ставлення до об'єкта втрати, що проявляється у спогадах, символічних діях, внутрішньому діалозі та переживанні відсутності. Показано, що він може виконувати амбівалентну функцію: з одного боку, підтримувати пам'ять і ціннісну спадщину, з іншого – утримувати молоду людину у стані болю та перешкоджати її відновленню в процесі соціально-психологічного супроводу.

Здійснено порівняльний аналіз соціально-психологічних особливостей молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. Встановлено, що чоловіки більш схильні до практичних рішень та утримання влади над обставинами, натомість жінкам притаманні більш глибокі духовні пошуки та орієнтація на допомогу іншим. До індивідуальних ресурсів (на мікрорівні) відновлення молоді після втрат і травматичних переживань віднесено психологічні настанови, вірування, особливі здатності особистості (як-то завзяття, витримка, зокрема у військовослужбовців). Важливими визначено ресурси соціального (мезо-) рівня, які молода людина відчувала як наявні або могла отримати від найближчого оточення (родини, друзів, колег); такі ресурси на макрорівні охоплювали й ступінь довіри до певної соціальної групи, інституції, фахівця тощо.

З'ясовано, що для кожної категорії респондентів формується унікальний «ресурсний відбиток»: для військових – це гармонія між особистим та зовнішнім (суспільним), для цивільних чоловіків – пріоритетність індивідуального підходу, для цивільних жінок – домінування соціальної складової.

Визначено соціально-психологічну специфіку перебігу процесу стабільності змін при відновленні молоді після втрат і травматичних переживань та запропоновано дворівневу структуру моделі переживання втрати молоддю, представлену через психологічні новоутворення, які є наслідками переживання

втрати («психологічний образ втрати» – на подієво-рефлексивному рівні, «переживання втрати як духовне випробування» – на духовно-рефлексивному рівні, «психологічний зв'язок з травмою» – на обох рівнях). Доведено, що процес переживання втрати на подієво-рефлексивному рівні зазвичай має адаптивний характер, що полягає в пристосуванні до нової реальності, а на духовно-рефлексивному рівні – розвивальний характер, що полягає в переосмисленні життєвих закономірностей. При цьому розвивальний характер переживання втрати виражається в наявності явищ «підйому» – смислових стрибків з подієво-рефлексивного рівня на духовно-рефлексивний рівень осмислення життєвих подій. Загально-психологічна сутність цього явища – в індуктивному переході від аналізу подій і зв'язків між ними до аналізу й узагальнення їх смислів.

Виявлено та систематизовано соціально-психологічні чинники, що впливають на індивідуальний характер переживання молоддю втрати (характер ситуації втрати, сприйняття ситуації втрати, особливості втраченого, соціокультурний простір, соціально-психологічні особливості молоді, яка перебуває у ситуації втрати та травматичних переживань).

Розкрито концептуальні й змістовно-процесуальні основи програми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, побудованої на засадах системно-цілісного суб'єктно-діяльнісного, системно-структурного підходів, із запровадженням авторського курсу музикотерапії, та проведено оцінку її ефективності.

Показано, що впровадження програмних заходів дозволило визначити умови ефективності соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, пов'язані з цілеспрямованою психотерапією (зокрема засобами музикотерапії) та соціальною підтримкою молоді. Визначено механізми резистентності, як найважливішого чинника відновлення після травматичних переживань, які мають значення для встановлення та підтримки соціальних відносин та призводять до загального відчуття зв'язку, а також є важливими для мобілізації

ресурсів (сприяння комунікації між зацікавленими сторонами), процесів саморегуляції (здатності приймати рішення в кризових ситуаціях з урахуванням минулого досвіду тощо).

Наголошено на дієвості інтегративної музичної терапії, що поєднувала психотерапевтичний вплив музики та інших видів мистецтва (малювання під музичний супровід, музичні та ігрові заняття, пластична драматизація під музичний супровід, творчість після прослуховування музики та ін.).

З'ясовано, що після проведення формувальних заходів зафіксовано статистично доведене зменшення вираженості симптомів емоційного травматизму, депресивних станів та рівня тривожності. Спостерігалися також сприятливі зрушення у вимірах особистісних змінних (за параметрами самовпевненості, адекватності індивідуальних та просоціальних цінностей).

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми визначення особливостей соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. Перспективи подальших наукових досліджень мають розгортатися у напрямку вивчення специфіки умов соціально-психологічної підтримки молоді в залежності від соціального статусу та професійної приналежності, етно-культурних особливостей тощо.

***Ключові слова:** молодь, втрата, травматичне переживання, процес відновлення після втрат і травматичних переживань, соціально-психологічний супровід, музикотерапія.*

*Slot M.O.* Social and psychological support for young people in the process of recovery after loss and traumatic experiences.

Dissertation for the degree of Candidate of Psychological Sciences in specialty 19.00.05 – social psychology; psychology of social work. Volodymyr Dahl East Ukrainian National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine. Kyiv, 2026.

This dissertation presents theoretical synthesis and new approach to addressing the issue of identifying the characteristics of socio-psychological support for young people during the process of recovery from loss and traumatic experiences. A theoretical and methodological analysis was conducted of approaches to studying the issue of socio-psychological support for young people during the recovery process following loss and traumatic experiences, viewed as a holistic, systemic process. This is aimed at restoring internal resources and returning to active life, which includes individual and group work, psychoeducation, the development of self-regulation skills, social support, and the prevention of post-traumatic disorders. The following concepts are substantiated: «loss as spiritual trial», «psychological image of loss», «psychological connection with loss», «event-reflective and spiritual-reflective levels of experience». «Loss as spiritual trial» emerges not only as a psychological phenomenon but also as a spiritual trial that brings to the fore existential questions regarding the meaning of life, faith, and the value orientations of young people. In this context, it serves as an «existential catalyst» that prompts rethinking of one's own existence and inner transformation. Emphasis is placed on the fact that loss can be understood as critical moment in spiritual development, one that opens up possibilities for both crisis and growth. The «psychological image of loss» is defined as an internal representation of what has been lost, and it is shown that this image is formed on the basis of emotional experience and the subjective significance of the object of loss. This image serves as a mediator between past experience and current experience, influencing the processes of adaptation and integration among young people. «Psychological connection to loss» is examined as lasting emotional-cognitive attitude toward the object of loss, manifested in memories, symbolic

actions, internal dialogue, and the experience of absence. It is shown that this connection can perform an ambivalent function: on the one hand, preserving memory and legacy of values; on the other, keeping the young person in a state of pain and hindering their recovery during the process of social and psychological support.

A comparative analysis was conducted of the socio-psychological characteristics of young people during the process of recovery from loss and traumatic experiences. It was found that men are more inclined toward practical solutions and maintaining control over circumstances. Women, on the other hand, tend to engage in deeper spiritual exploration and are more oriented toward helping others. Individual resources (at the micro level) for young people's recovery from loss and traumatic experiences include psychological attitudes, beliefs, and specific personal abilities (such as determination and endurance, particularly among military personnel). Resources at the social (meso-) level were identified as important; these were resources that a young person perceived as available or could obtain from their immediate environment (family, friends, colleagues); at the macro level, such resources also included the degree of trust in a particular social group, institution, specialist, etc.

It has been established that a unique «resource profile» emerges for each category of respondents: for military personnel— this is a balance between the personal and the external (social); for civilian men—it is the prioritization of an individual approach; and for civilian women—it is the predominance of the social component.

The socio-psychological characteristics of the phased progression of changes during young people's recovery from loss and traumatic experiences have been identified, and two-level structural model of young people's experience of loss has been proposed. It was presented through psychological constructs resulting from the experience of loss («psychological image of loss» at the event-reflective level, «experiencing loss as a spiritual trial» at the spiritual-reflective level, and «psychological connection to trauma» at both levels). It has been demonstrated that the process of experiencing loss at the event-reflective level is typically adaptive in

nature, involving adjustment to a new reality, while at the spiritual-reflective level, it is developmental in nature, involving reinterpretation of life's patterns. At the same time, the developmental nature of the experience of loss is expressed in the presence of «uplift» phenomena – meaningful leaps from the event-reflective level to the spiritual-reflective level of comprehending life events. The general psychological essence of this phenomenon lies in the inductive transition from the analysis of events and the connections between them to the analysis and generalization of their meanings.

Socio-psychological factors influencing the individual nature of young people's experience of loss have been identified and systematized (the nature of the loss situation, perception of the loss situation, characteristics of what was lost, the sociocultural context, and the socio-psychological characteristics of young people experiencing loss and traumatic experiences).

The conceptual, substantive, and procedural foundations of a program for the social and psychological support of young people during the recovery process following loss and traumatic experiences have been outlined; this program is based on the principles of a systemic-holistic, subject-activity-oriented, and systemic-structural approach, with the introduction of an original music therapy course. Its effectiveness has been evaluated.

It was demonstrated that the implementation of program activities made it possible to identify the conditions for the effectiveness of social and psychological support for youth during the recovery process following loss and traumatic experiences, associated with targeted psychotherapy (in particular, through music therapy) and social support for youth. Mechanisms of resilience were identified as the most important factor in recovery from traumatic experiences. These mechanisms are important for establishing and maintaining social relationships and lead to a general sense of connection; they are also crucial for mobilizing resources (facilitating communication among stakeholders) and self-regulation processes (the ability to make decisions in crisis situations based on past experience, etc.).

Stress was placed on the effectiveness of integrative music therapy, which combined the psychotherapeutic effects of music and other art forms (drawing to musical accompaniment, music and play sessions, movement-based dramatization to musical accompaniment, creative activities following music listening, etc.).

It was found that following the implementation of these formative measures, there was a statistically significant reduction in the severity of symptoms of emotional trauma, depressive states, and anxiety levels. Favorable changes were also observed in measures of personality variables (in terms of self-confidence and the adequacy of individual and prosocial values).

The present study does not exhaust all aspects of the issue of identifying the characteristics of socio-psychological support for young people during the process of recovery from loss and traumatic experiences. Future research should focus on examining the specific conditions of social and psychological support for young people depending on their social status, professional affiliation, ethno-cultural characteristics, and other factors.

***Key words:*** *youth, loss, traumatic experiences, the process of recovery from loss and traumatic experiences, social and psychological support, music therapy.*

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Статті у наукових фахових виданнях:*

1.1. Завацька Н.Є., Сльот М.О. Технології забезпечення професійної допомоги у процесах адаптації та реадaptaції особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Северодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2014. № 3 (35). С. 198-210. (Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей соціально-психологічного супроводу молоді у процесі реадaptaції після втрат і травматичних переживань).

<http://tppjournal.com.ua/n3y2k14.html>

1.2. Міщенко Н.В., Ковальова О.В., Сльот М.О., Іванов О.Г. Психологічний супровід та системна соціальна підтримка осіб з кризовими станами в умовах сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Северодонецьк: Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2018. № 1 (45). С. 245-252. (Особистий внесок авторки полягає у визначенні специфіки психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань).

<http://tppjournal.com.ua/n1y2k18.html>

1.3. Сльот М.О. Соціально-психологічний супровід молоді в процесі відновлення після втрати. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.; Ніжин: ПП Лисенко, 2020. Т. ІХ, Вип. 13. С. 739-746.

[http://appsychology.org.ua/index.php/ua/?option=com\\_content&view=article&id=756&Itemid=514](http://appsychology.org.ua/index.php/ua/?option=com_content&view=article&id=756&Itemid=514)

1.4. Френкель С., Турбан В.В., Козьменко О.І., Завацька Н.Є., Піддубна В.В., Сльот М.О. Проблема соціально-психологічної підтримки особистості: теоретико-методологічні підходи. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім.

В. Даля, 2023. № 1 (60). С. 15-24. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті теоретико-методологічних підходів до соціально-психологічної підтримки молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань).*

<https://doi.org/10.33216/2219-2654-2023-60-1-15-24>

<http://tpppjournal.com.ua/n60y2k23a2.html>

1.5. Крижановський О.М., Журба М.А., Завацька Н.Є., Завацький Ю.А., Сльот М.О., Захарченко Б.О. Дескриптори соціально-психологічних ресурсів безпеки 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, 2025. № 3 (68). Т. 2. С. 262-272. *(Особистий внесок авторки полягає у з'ясуванні соціально-психологічних ресурсів молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань).*

<https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-262-272>

[http://tpppjournal.com.ua/n68y2k25\\_tom\\_2\\_a20.html](http://tpppjournal.com.ua/n68y2k25_tom_2_a20.html)

1.6. Popovych I., Halian I., Halian O., Yakymchuk B., Hotsuliak N., Radul S., Slot M., Hoian I. Regression models of coaches' coping behaviours under adverse conditions of activities. *Journal of Physical Education and Sport*. 2026. № 26 (2). P. 187-196. **(Scopus)** *(Особистий внесок авторки полягає у визначенні моделей копінг-поведінки молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань).*

<https://doi.org/10.7752/jpes.2026.02022>

*Статті у матеріалах науково-практичних конференцій та інших виданнях:*

2.1. Сльот М.О. Психологічні особливості значенневої сутності травми й переживання втрати особистістю. *Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і*

*студентів* (м. Сєвєродонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 180-182.

2.2. Сльот М.О. Стадії процесу переживання молоддю втрати. *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. Сєвєродонецьк, 24-25 листопада 2016 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 237-238.

2.3. Сльот М.О. Поняття «психологічна травма» в тезаурусі рядоположних термінів. *Особистість у діяльнісному підході: сучасний погляд: зб. наук. статей за матеріалами наукової конференції* (м. Київ, 07 грудня 2019 р.). К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2019. С. 66-68.

2.4. Сльот М.О. Активна групова музична терапія (психотерапія). *Позитивна психотерапія у крос-культурному світі: реальність, завдання, можливості: зб. наук. статей за матеріалами X Міжнародної дистанційної науково-практичної конференції з позитивної транскультуральної психотерапії Н. Пезешкіана* (м. Дніпро, 14 червня 2020 р.). Дніпро, 2020. С. 387-394.

2.5. Сльот М.О. Особливості проведення музико-терапевтичних групових занять для поліпшення спілкування / Інклюзивні практики для працівників культури / Уклад.: І.М. Брушевська, В.В. Колодяжна, О.М. Галапчук-Тарнавська. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. С. 120-129. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті особливостей проведення музико-терапевтичних групових занять для молоді в процесі її відновлення після втрат і травматичних переживань).*

2.6. Сльот М.О. Особливості проведення музико-терапевтичних групових занять з розвитку комунікативних навичок. *Арт-терапія в роботі психолога: інноваційні підходи: зб. наук. статей за матеріалами IV Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Кропивницький, 21-28 листопада 2022 р.). Кропивницький: Комунальний заклад «Кіровоградський обласний інститут

післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського», 2022 р. С. 52-54.

2.7. Сльот М.О. Маленькі героїчні історії та інші рятівні фішки в роботі з особами, що переживають стрес. *Музичний керівник*. 2023. № 2. С. 8-11.

2.8. Сльот М.О. Особливості музико-терапевтичної роботи з різновіковими групами осіб, що перебувають на реабілітаційному лікуванні. *Перша Всеукраїнська конференція з музикотерапії: зб. наук. статей за матеріалами конференції* (м. Львів, 27 липня 2024 р.) / [за наук. ред. Ільїної М.Є., Осадчої О.С., Шумкової М.С.]. К., 2024. С. 9-10.

2.9. Жабко Н., Сльот М. Сила барабанів: музико-терапевтичний метод *drumpower*. *Простір арттерапії: вектори зцілення у часи війни: зб. наук. статей за матеріалами XXII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції* (м. Київ, 21-23 березня 2025 р.) / [за наук. ред. О.Л. Вознесенської, Л.О. Подкоритової]. К.: Талком, 2025. С. 153-154. *(Особистий внесок авторки полягає у розкритті специфіки застосування музико-терапевтичного методу drumpower у молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань)*.

2.10. Сльот М.О. Соціально-психологічна модель реабілітації молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. *Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 20 травня 2025 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 66-70.

2.11. Сльот М.О. Соціально-психологічні особливості корекції переживань особистості. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього: зб. наук. статей за матеріалами щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу* (м. Київ, 12 червня 2025 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 65-69.

2.12. Shvets A., Slot M., Osadca O., Urchyshyn D. The Impact of War on Music Therapy in Ukraine. *13th European Music Therapy Conference: book of*

*abstracts* (Berlin, Germany, 23rd to 27th July, 2025) / edited by K. Holzwarth, A.-K. Jordan, D. von Moreau, J. Sonntag, G. Strehlow. Berlin: German Music Therapy Society together with Hamburg University of Music and Drama and MSH Medical School Hamburg, 2025. P. 76. (Особистий внесок авторки полягає у визначенні ролі музичної терапії в процесі відновлення особистості після втрат і травматичних переживань).

2.13. Сльот М.О. Соціально-психологічні чинники резильєнтності осіб, постраждалих на травму. *Соціально-психологічні проблеми трансформації сучасного суспільства: зб. наук. статей за матеріалами XVII Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Київ, 17 жовтня 2025 р.)*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. С. 675-681.

2.14. Сльот М.О. Соціально-психологічні особливості переживання втрат, травматичних переживань. *Особистісне зростання в умовах воєнного часу: військовий та цивільний досвіди: зб. наук. статей за матеріалами III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 06-07 листопада 2025 р.)* К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 76-80.

2.15. Сльот М.О. Соціально-психологічні основи переживання втрати постраждалими особами. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами X Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ополе, м. Київ, 26-27 грудня 2025 р.)*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. С. 120-124.

2.16. Сльот М.О. Соціально-психологічні чинники системи соціальної підтримки осіб, постраждалих на травму. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами IX Міжнародної науково-практичної конференції (м. Ополе, м. Київ, 29-30 грудня 2025 р.)*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. С. 115-118.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	16
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОЦЕСУ ВІДНОВЛЕННЯ МОЛОДІ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ</b>	24
1.1. Психологічна травма у фокусі уваги наукових студій	24
1.2. Соціально-психологічна модель відновлення після втрат і травматичних переживань	62
1.3. Комплексна соціально-психологічна схема реінтеграції молоді після втрат і травматичних переживань	92
Висновки до розділу	126
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ</b>	129
2.1. Психологічні принципи організації емпіричного дослідження	129
2.2. Психологічний аналіз результатів емпіричного дослідження	147
Висновки до розділу	168
<b>РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СУПРОВОДУ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ</b>	174
3.1. Теоретико-методичні основи організації музикотерапевтичної складової програми супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань	174
3.2. Психологічний аналіз результатів впровадження програми соціально-психологічного супроводу молоді після втрат і травматичних переживань	208
Висновки до розділу	217
<b>ВИСНОВКИ</b>	219
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	223

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Трансформаційні зміни сучасного соціуму часто супроводжуються значними і численними втратами, чому сприяють події (збройні конфлікти, терористичні акти, стихійні лиха тощо), які розгортаються як у глобальному вимірі, так і безпосередньо в межах України. Внаслідок таких критичних подій виникає значний обсяг глибоких переживань, що зачіпають різноманітні сфери буття. При цьому чинники травматизації та її руйнівного впливу особливо негативно впливають на молодь, як найбільш вразливу соціальну групу.

Констатовано, що наукові здобутки у сфері психології, які стосуються втрати та травматичних подій, артикулюють різні аспекти психологічного підґрунтя травми: трансгенераційний та феноменологічний підходи у розгляді психології травм (В. Болебер, Н. Гоцуляк, С. Литвиненко, Р. Павелків, І. Пасічник, В. Ямницький та ін.); нейрофізіологічні аспекти травматизму та синдром бойової посттравматичної стресової реакції (ПТСР) (І. Данилюк, В. Зливков, С. Кузікова, О. Сафін, Л. Царенок, В. Яремчук та ін.); відображення травматичного досвіду на особистісних якостях та діях (Н. Максимова, Я. Каплуненко, А. Терещук та ін.); ознаки травматичних проявів та методики реабілітації (Ю. Карук, М. Оксютович, В. Сабадуха та ін.); а також питання втрати й процесу переживання горя (М. Войтович, В. Волошин, А. Кабанцева, В. Яремчук та ін.). Проте, особливості переживання втрати й травматичних переживань у молоді залишаються наразі недостатньо дослідженими.

Лише в останні роки, через посилення уваги до питань травматичного досвіду, з'явилися напрацювання, які розглядають проблеми надання термінової нетривалої психологічної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій. Разом із тим, потребує поглибленого аналізу та вивчення процес тривалого соціально-психологічного супроводу молоді після втрат і травматичних переживань. Крім того, майже відсутня належна система соціально-психологічної підтримки, що забезпечувала б довготривалу допомогу

молоді, яка пережила травматичний досвід: бракує ґрунтовно опрацьованих методик надання соціально-психологічної допомоги, спеціальної науково-методичної літератури з цієї проблематики, що свідчить про нагальну потребу у підвищенні значущості цієї проблеми та її вирішення у вимірі соціальної психології.

Отже, окреслена проблема вимагає зведення до розгляду та поглибленого вивчення декількох ключових напрямків: проведення ґрунтовних наукових пошуків в зазначеному векторі; необхідність концептуалізації проблеми на рівні теорії; створення адекватного апарату (інструментарію) для фіксації індивідуальних відмінностей у процесі переживання втрати молодого людиною; формування практичної технології соціально-психологічного супроводу молоді, яка опинилася у подібних життєвих обставинах.

Таким чином, актуальність цього дослідження завважається потребою у розробці дієвої системи соціально-психологічного супроводу молоді в процесі її відновлення після втрат і травматичних переживань, як в аспекті наукової соціально-психологічної позиції, так і у векторі теоретико-практичних запитів суспільства, що зумовило вибір теми дисертаційного дослідження: *«Соціально-психологічний супровід молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань»*.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано в межах 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 відновлення молоді після втрат і травматичних переживань.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічний супровід молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично визначити особливості соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

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

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

2. Здійснити порівняльний аналіз соціально-психологічних особливостей молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

3. Розкрити соціально-психологічну специфіку перебігу процесу стадійності змін при відновленні молоді після втрат і травматичних переживань.

4. Розробити та апробувати програму соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань та оцінити її ефективність.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** становили: принципи системно-цілісного (В. Бочелюк, С. Гарькавець, Є. Гейко, А. Коваленко, І. Пасічник та ін.), суб'єктно-діяльнісного (В. Барко, Г. Костюк, С. Максименко, С. Миронець та ін.), системно-структурного (А. Кононенко, О. Кононенко, Л. Руденко, Л. Сердюк, О. Шевяков та ін.) підходів у психології; концепції розвитку особистості як активного суб'єкта життєдіяльності (І. Гоян, Л. Заграй, І. Попович, Г. Радчук, В. Турбан, Н. Чепелева та ін.) та її адаптації до соціальних умов (Ю. Бохонкова, А. Грись, Н. Завацька, В. Корнієнко, О. Литвиненко, О. Лосієвська, Л. Пілецька, Р. Шевченко та ін.); положення про стадійність перебігу «гострого горя» (Д. Боулбі, Е. Ліндеманн, С. Пайкез, К. Седих, Д. Хелл та ін.), переживання втрати, як послідовного вирішення

психологічних завдань (С. Буш, Д. Вейс, В. Ворден, К. Мирончак, П. Сілверман, Т. Титаренко, О. Фурман, О. Цільмак та ін.) та соціальної підтримки, як важливого захисного чинника у цьому процесі (М. ван Ассен, Н. Біттер, С. ван Ньювенхуізен, Д. Роег та ін.); положення теорії комплексної допомоги при ПТСР (І. Батраченко, В. Зливков, О. Кокур, С. Кузікова, Б. ван дер Колк, Н. Лозінська, Дж. Найп, В. Остапчук, І. Пішко, Р. Шварц та ін.), психотерапії емоційних травм (К. Росс, Дж. Рубін, Ф. Шапіро та ін.) та музикотерапії, як дієвого методу психокорекції травматичних переживань (Дж. Алвін, К. Брассія, П. Нордофф, М. Прістлі, К. Роббінс та ін.); положення і принципи активних соціально-психологічних форм і методів роботи (О. Блискун, А. Борисюк, В. Волошина, Ю. Завацький, О. Лукашов, Я. Раєвська, Н. Токарева, Т. Траверсе, Л. Черновська, О. Чуйко та ін.).

#### **Методи дослідження:**

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз наукових концепцій та поглядів з проблеми дослідження особливостей соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань (теоретичне моделювання, методи порівняння, систематизації, узагальнення); наукова інтерпретація і синтез емпіричних даних;

– *емпіричні*: спостереження, бесіда, психодіагностичні методики: «Міссісіпська шкала ПТСР» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (M-PTSD) (Т. Keane, J. Caddell, К. Taylor); «Шкала самооцінки наявності ПТСР PCL-5» (Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (National Center on PTSD, USA); «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion); тест «Аналіз стилю життя» (Ч. Матусевич); «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер); «Опитувальник депресивності» (А. Бек);

– *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 2014-2025 років на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (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 складала 126 респондентів різної статі у віці 18-35 років, які мали досвід втрати і травматичних переживань різної тривалості та походження.

**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 та теоретичне значення дослідження** полягає в тому, що:

– *вперше: запропоновано* дворівневу структуру моделі переживання втрати молоддю, представлену через психологічні новоутворення, які є наслідками втрати («психологічний образ втрати» – на подієво-рефлексивному рівні, «переживання втрати як духовне випробування» – на духовно-рефлексивному рівні, «психологічний зв'язок з травмою» – на обох рівнях); *визначено та систематизовано* соціально-психологічні чинники, що впливають на індивідуальний характер переживання молоддю втрати (характер ситуації втрати, сприйняття ситуації втрати, особливості втраченого, соціокультурний простір, соціально-психологічні особливості молоді, яка перебуває у ситуації втрати та травматичних переживань); *виявлено* соціально-психологічну специфіку перебігу процесу стабільності змін при відновленні молоді після втрат і травматичних переживань та *виокремлено* її соціально-психологічні ресурси на мікро-, мезо- та макро- рівнях; *розкрито*

концептуальні й змістовно-процесуальні основи програми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, побудованої на засадах системно-цілісного, суб'єктно-діяльнісного, системно-структурного підходів, із запровадженням авторського курсу інтегративної музикотерапії, що поєднувала психотерапевтичний вплив музики та інших видів мистецтва;

– *поглиблено та уточнено*: уявлення про соціально-психологічні феномени, що характеризують процес і результат відновлення молоді після втрат і травматичних переживань та їх осмислення;

– *набули подальшого розвитку*: погляди на змістовну специфіку та соціально-психологічні трансформації в процесі відновлення молоді після втрат і травматичних переживань; підходи до засобів і технологій соціально-психологічного супроводу особистості в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, зокрема молоді.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості застосування психодіагностичного інструментарію для виявлення соціально-психологічних особливостей молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань; у розробці та операціоналізації дворівневої структури моделі переживання втрати молоддю. Теоретично та емпірично обґрунтовані положення дисертації можуть використовуватися з метою розробки програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань; як методичне забезпечення психодіагностики, психологічного консультування, психопрофілактики, психокорекції та психотерапії у роботі з молоддю в процесі її відновлення після втрат і травматичних переживань 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 № 03/19.05 від 05.01.2026 р.), Українського Північно-Східного Інституту прикладної та клінічної медицини (м. Суми) (довідка від 12.01.2026 р.), Центру надання

правової та психо-соціальної допомоги ВПО (м. Київ) (довідка № 17-11-25Ф від 17.11.2025 р.); у навчально-науковий процес Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (довідка № 04/15.04 від 05.01.2026 р.), Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького (довідка № 01-15/2522 від 31.12.2025 р.), Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова (м. Миколаїв) (довідка № 01.1-07/03/37 від 15.01.2026 р.), Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (довідка № 01-22/01 від 05.01.2025 р.) і використовуються у процесі викладання освітніх компонент та спецкурсів «Соціальна психологія», «Психологічне консультування», «Психологічна корекція», «Психологія соціальної роботи», «Психологія особистості», «Кризова психологія» та ін.

**Особистий внесок авторки.** Розроблені наукові положення та отримані результати емпіричного дослідження є самостійним внеском авторки у визначення особливостей соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. 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, круглих столах, зокрема на *міжнародних*: III науково-практичній конференції молодих учених, аспірантів і студентів «Актуальні питання соціальної та практичної психології у координатах сучасних парадигм» (Сєвєродонецьк, 2015 р.), V науково-практичній конференції молодих учених, аспірантів і студентів «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Київ, Сєвєродонецьк, 2016 р.), X дистанційній науково-практичній конференції з позитивної транскультуральної психотерапії Н. Пезешкіана «Позитивна психотерапія у крос-культурному світі: реальність, завдання, можливості» (Дніпро, 2020 р.), XXII міждисциплінарній науково-практичній конференції «Простір арттерапії: вектори зцілення у часи війни» (Київ, 2025 р.), 13th European Music Therapy

Conference (Berlin, Germany, 23rd to 27th July, 2025), X науково-практичній конференції «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (Ополе (Польща), Київ, 2025 р.), IX науково-практичній конференції «Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм» (Ополе (Польща), Київ, 2025 р.); з міжнародною участю: XVII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Соціально-психологічні проблеми трансформації сучасного суспільства» (м. Київ, 2025 р.), III Всеукраїнській науково-практичній конференції «Особистісне зростання в умовах воєнного часу: військовий та цивільний досвіди» (Київ, 2025 р.); *всеукраїнських*: науковій конференції «Особистість у діяльнісному підході: сучасний погляд» (Київ, 2019 р.), IV науково-практичній конференції «Арт-терапія в роботі психолога: інноваційні підходи» (Кропивницький, 2022 р.), Першій конференції з музикотерапії (Львів, 2024 р.), науковому круглому онлайн-столі «Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це» (Київ, 2025 р.), щорічному науковому круглому онлайн-столі «Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього» (Київ, 2025 р.), доповідалися та обговорювалися на розширених засіданнях кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (2015-2025 р.р.).

**Публікації.** Основні положення й висновки дисертаційної роботи представлено у 22 публікаціях авторки, з яких 6 статей у наукових фахових виданнях із психології (з них 4 статті – у наукометричних виданнях, 1 з яких – у наукометричній базі Scopus), 16 публікацій – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій та інших виданнях.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 231 найменування (з них 121 – іноземними мовами). Загальний обсяг дисертації викладено на 248 сторінках, із них 222 сторінки основного тексту. Робота містить 14 таблиць на 8 сторінках.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОЦЕСУ ВІДНОВЛЕННЯ МОЛОДІ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ

### 1.1. Психологічна травма у фокусі уваги наукових студій

У сучасному науковому доробку з психології знаходимо розмаїття трактувань термінів на кшталт «психологічна травма», «психічна травма» та «травма втрати», «психологічна втрата», «втрата як духовне випробування», «психологічний образ втрати», «психологічний зв'язок із втраченим», «подійно-рефлексивний і духовно-рефлексивний рівні переживання втрати». Частина праць розглядає ці концепції як тотожні [17; 21; 37; 137 та ін.]. У той час як інші автори приписують їм відмінні змістовні наповнення.

Психологічне травмування – це враження, що формується внаслідок зачіпання сфери психіки особою чинником, який має для неї велике значення, і, скоріше за все, через неспроможність психологічних механізмів самозахисту та наявність певних індивідуальних характеристик, здатне спричинити формування психічного розладу [1, с. 311].

Ідея «психічної травми» вперше зазвучала у наукових працях під кінець дев'ятнадцятого століття. Стислий екскурс стосовно змін у розумінні сутності цієї концепції на ранніх етапах можна почерпнути з робіт Зигмунда Фрейда. Аналізуючи співпрацю Й. Брейера з однією зі своїх пацієнок, яка страждала на істерію, З. Фрейд дійшов висновку, що лєвова частка її істеричних проявів була спричинена тими самими психологічними травмами [159]. Саме цей момент

послужив поштовхом для потужного зростання уваги серед медиків того часу до глибинного змісту цієї теми та самого терміну «психічна травма».

Сьогодні концепція «психологічної травми» доволі міцно закріпилася у сучасній психологічній науці. Проте, інтерпретації цього явища досі розходяться вельми суттєво. З одного боку, це пояснюється тим, що кожна школа чи напрямок наукових пошуків акцентували увагу переважно лише на одному, як їм здавалося, ключовому аспекті. З іншого боку, незгода у визначенні корениться у багатовимірності та суб'єктивній природі травматичного досвіду, що унеможлиблює його чітку класифікацію та уніфікацію за певними рамками. Використовуваний лексикон для опису рис «психологічної травми» безпосередньо вказує на приналежність автора до певної сфери діяльності (чи то галузь медицини, чи то психологія) або до певної наукової течії (як-от психоаналіз, біхевіоризм, гуманістичний чи екзистенційний напрямки).

Н. Пезешкіан, творець системи позитивної психотерапії, класифікує психологічні травми на макро- та мікрорівневі. Згідно з його баченням, макротравма є вагомою подією у житті індивіда, яка зумовлює необхідність залучення різноманітних особистісних ресурсів для успішної адаптації до нових обставин, розглядаючись при цьому як каталізатор позитивних трансформацій.

Цей дослідник підкреслює, що психологічні травми можуть бути спричинені не лише подіями, які загальноприйнято вважати негативними, а й тими, що викликають почуття радості чи щастя [5]. Прийняті підходи до осмислення сутності терміну «психологічна травма» часто демонструють приналежність автора до певної спеціалізованої сфери (наприклад, медицина чи психологія) або наукової школи (серед яких аналіз З. Фрейда, поведінковий підхід, гуманістична чи екзистенційна течії).

Сформульовано традиційні уявлення про зміст і суть терміна «психічна травма», які зазвичай асоціюються з фахівцями медичної сфери. Психічна травма розглядається як «травматичний стрес» – ситуація, яку людина сприймає як пряму загрозу власному життю, що призводить до розладу її

звичайного функціонування та перетворює цю подію на травматичний інцидент, шок, специфічний вид переживання [6, с. 6].

Отже, з позиції медицини, психічна травма являє собою надмірно сильний і руйнівний досвід (відчуття жаху, паніки та недієздатності), викликаний життєвими обставинами, які суб'єкт оцінює як загрозу своїй безпеці та самому буттю [38; 77 та ін.].

Спираючись на різноманітні класифікації, присутні у психологічних працях [1; 3; 11 та ін.], можна виокремити такі різновиди травматичних переживань:

- одинична травма – це подія, яка мала місце лише одноразово;
- комплексна (множинна) травма – це ситуація, коли різнорідні травмуючі чинники накладаються один на одного в межах одного часового проміжку;
- кумулятивна (послідовна) травма – стосується повторюваних епізодів травматичного впливу;
- травма шокового (екзистенційного) спектру – охоплює переживання подій, що неминуче ставлять під загрозу існування або фізичну недоторканність, паралізуючи при цьому здатність індивіда адекватно відреагувати, і де суб'єкт зіштовхується з реальною загрозою смерті та страхом кінця (наприклад, пологова травма, сексуальні посягання, фізична агресія, катування, безпосередня небезпека для життя, ситуації, що несуть смертельний ризик, клінічна смерть, виключення із соціуму, різкі життєві злами, непередбачувані події, хвороби з поганим прогнозом, коматозний стан, спостереження за чисею смертю, акти насильства, тортурні практики);
- бойові ушкодження – переживання, спричинені бойовими зіткненнями, що мають характер травмування;
- травматизація втратою – це втрата тих, хто був дорогий; несподівана кончина когось із близьких, з ким існував емоційний зв'язок; розрив стосунків; втрата частин тіла, здоров'я (фізичні втрати); невизначеність майбутнього; втрата себе як особистості; позбавлення батьківщини (у вигнанні, через евакуацію, еміграцію) тощо;

- травма розвитку – ті травматичні переживання, які дитина зазнає, коли її ключові потреби в емоційній близькості, любові, підтримці та відчутті безпеки не задовольняються батьками, що проявляється у неможливості зав'язати глибокі зв'язки з батьками, бути відкинутою, відмовленою чи зазнати жорстокого ставлення;

- травма ідентичності – це травмування, спричинене відчутною несправедливістю, приниженням чи подібними чинниками;

- травма міжособистісна – проявляється через погрози, домагання, моральний тиск, психічні маніпуляції;

- трансгенераційна травма – це успадкування від попередніх поколінь дисфункціональних моделей внутрішньосімейної взаємодії, що змушує бачити світ крізь призму матері, спричиняє симбіотичну єдність дитини з аспектами материнської ідентичності та унеможливорює формування власного Я.

У контексті стресових чинників виділяють ті, що є системними, тобто безпосередньо загрозливими для організму, та нейрогенні – ті, що лише сприймаються як небезпечні. З позиції еволюційного розвитку, можна виокремити п'ять ключових механізмів реагування на загрозу, які впорядковуються залежно від їхньої віддаленості:

1) заціпеніння (імобілізація) – характеризується надмірною уважністю, орієнтовним рефлексом, що є спадщиною від ссавців;

2) збудження – це прояв нервової реакції, що стимулює організм до мобілізації та надзвичайної активності;

3) втеча – фокус уваги спрямовується на уникнення небезпеки як першочерговий спосіб самозбереження;

4) протистояння (боротьба) – застосовується тоді, коли втекти не вдається або це не дає результату; організм концентрує ресурси для захисту, відсічі, завдання шкоди супротивнику та подальшого відступу, аж до повного домінування.

5) зомління – це одне з найпростіших і найстаріших еволюційних пристосувань для протистояння загрозам, адже воно не потребує ані

розвиненого зору, ані потужної мускулатури, ані зброї. З плином еволюції та виникненням нових адаптаційних можливостей організм став реагувати на небезпеку складніше та результативніше.

Усі ці механізми функціонують як у людей, так і у звірів. Через те що людська психіка є складнішою, їхні захисні системи на ментальному рівні зазнали значного розвитку. У випадках, коли тіло належним чином реагує на напругу, ці механізми змінюють один одного, залежно від дійсної обстановки, проте інколи керування цими процесами може порушуватися.

У загальноприйнятому розумінні, людські відгуки на стресові обставини поділяються на три головних розряди:

1) невідповідна, спонтанна поведінка – це виявляється у помітному падінні організованості дій, необдуманих та недоречних вчинках, втраті засвоєних умінь, повторюваних рухах у відповідь на стресові подразники, а також у зниженні надійності через загальне зростання чутливості;

2) неадекватно гальмівна поведінка – виявляється у сповільненні чи повному припиненні рухів та дій, пригніченні мисленнєвих та сприйняттєвих процесів. Наслідком цього є порушення обробки отриманих відомостей, пропуск значущих сигналів та складнощі при потребі ухвалення рішень;

3) адаптивна поведінка – це прояви відповідної активності, чітке усвідомлення ситуації та її осмислення, високий ступінь саморегуляції та належні дії.

Сучасні нейробіологічні здобутки зробили можливим аналіз змін у роботі мозку під впливом стресових факторів. Стовбур мозку виступає ключовою структурою, що регулює базові функції тіла: він забезпечує життєво необхідні показники – частоту серцевих скорочень, тиск, температуру тіла та дихання. Цей відділ часто іменують рептильним, бо він присутній у всіх форм життя. Саме ця ділянка мозку запускає вроджені рефлекторні реакції.

Стовбур мозку фіксує спонтанні поведінкові відгуки в умовах ризику: або тікати, або давати відсіч. У серцевині мозку розташована лімбічна система, котра опікується емоціями та включає мигдалину з гіпокампом. Гіпокамп же

займається структуруванням і накопиченням даних. Таламус, що слугує «пропускним пунктом» свідомості, перенаправляє й облаштовує візуальні, аудіальні та дотикові відомості, отримані з рецепторів (крім нюхових), до мозкової кори. Цей таламус діє як сортувальник: якщо обстановка, в якій опинилася особа, видається життєво значущою для організму, відомості потрапляють у кору й переходять у площину усвідомленого. Якщо ж ситуація є загрозливою, таламус скеровує дані напряму до мигдалини.

Мозкова кора (неокортекс) – це зовнішній шар мозку, відповідальний за осмислення, розкладання й поєднання інформації, логічне міркування, опрацювання даних, ухвалення рішень та прояви волі.

Мигдалина творить емоції та ними ж керує; оскільки саме тут зароджується острах, її часто іменують епіцентром тривожності. Амігдала відповідає за миттєву первинну оцінку обставин та запуск відповідних емоційних і діяльнісних відгуків (поступати чи битися, функціонуючи як «вартовий», що зумовлює її володіння власною пам'яттю – прихованою).

Дана реакція відбувається миттєво, випереджаючи усвідомлення. Мигдалеподібне тіло (амігдала) створює власні «записи спогадів» у моменту травмуючої та потенційно небезпечної події.

У стресових умовах людська нервова система відгукується потужним збудженням, що спричиняє виділення гормональних речовин (серед яких норадреналін), потрібних для того, аби особа могла оперативно оцінити ситуацію та відреагувати на небезпеку. Саме мигдалина активується найінтенсивніше, завдяки чому організм людини чи звіра переходить у режим підвищеної бойової готовності для ключових дій, необхідних у критичних обставинах.

Зазвичай, коли чинник травми припиняє свій вплив, збудження спадає під дією інших гормонів (зокрема кортизолу), і нервовий апарат разом з усім організмом повертаються до звичайного режиму роботи. У тих людей, які зіткнулися з психологічною травмою, що перевищила їхні особисті межі

адаптації, нервова система не повертається до норми, а продовжує перебувати у стані гіперактивації.

Гормональні речовини, що стимулюють, не припиняють виділятися, спричиняючи як пригнічення, так і підсилення певних ознак, зокрема метушливості, запальності та занепокоєння. Коли виникає будь-який натяк на пережитий травматичний епізод, рівень збудження зростає, і людина ніби повертається у ту травматичну обставину, що провокує нав'язливі думки та наростання тривоги.

Коли мигдалеподібне тіло (амігдала) активується, та частина мозку, що відповідає за раціональне осмислення й ухвалення зважених рішень, а саме префронтальна кора, стає менш діяльною. По суті, особа втрачає змогу адекватно орієнтуватися й продовжує реагувати так, ніби загроза досі існує в його дійсності.

Людина може виявляти ворожість і нестабільність у відповідь на мінімальні подразники, або ж, навпаки, переживати страх, панічні атаки, відчувати глибоке хвилювання та інше.

Більше того, внаслідок пережитої психічної травми, порушується нормальна робота гіпокампу, через що підсвідома пам'ять бере гору над свідомістю. Неявна (емоційна) пам'ять не пов'язана з усвідомленим витяганням спогадів, вона не зберігає самовідчуття чи відлік часу. До неявної пам'яті відносяться такі складові:

- процедурна (моторна) – відповідає за освоєння різноманітних рухових умінь;
- афективна – забезпечує «рефлекторне» виникнення ляку, коли людина бачить те, що вже викликало в неї переляк раніше;
- пам'ять сприйняття – дає змогу розпізнавати об'єкт як знайомий після попередньої зустрічі з ним, навіть не пригадуючи конкретних обставин цієї зустрічі;
- до певної міри – соматичні відчуття.

Ключова роль неявного типу пам'яті полягає в тому, що свідомість оперує нею для формування уявлень про навколишній світ (схем набутого досвіду), зокрема й травматичного змісту. Найважливішою функцією імпліцитної пам'яті є здатність розуму використовувати її для створення ментальних карт (схем досвіду), включаючи травматичні. Ці ментальні конструкції формують основу слів та вчинків особи протягом усього її існування. Завдяки властивості мозку до генералізації, можливим стає прогнозування майбутнього, спираючись на наявний досвід. Саме в цій системі зберігаються ті спогади та травмуючі події, що визначатимуть подальший шлях життя людини, яка пережила травму.

Декларативна пам'ять постає у двох головних варіантах: семантичному (щодо фактів) та епізодичному (життєписному), котрий, своєю чергою, охоплює відчуття власного «я» та відчуття плинності часу.

Згідно з поглядами О. Романчука та інших дослідників [18; 80 та ін.], пам'ять, пов'язана з травмою, належить до категорії неявних форм, на противагу до явного та автобіографічного типів пам'яті:

- їй бракує чіткого «темпорального маркування» – події переживаються так, ніби вони відбуваються «саме тепер»;
- вона асоціюється з інтенсивним почуттям тривоги та відповідною реакцією поведінки;
- вона несе у собі емоційні та когнітивні складові, які були присутні у момент переживання травматичного випадку;
- вона є фрагментарною;
- вона виринає мимоволі, без свідомого контролю з нашого боку;
- вона не вмонтована у загальний життєпис – тобто, не має зв'язку з іншими набутими знаннями чи досвідом.
- пускається в дію імпульсами, що можуть бути не зовсім точними.

Завдяки формуванню свіжих нервових вузлів (нейрогенезу) та їхнім взаємозв'язкам, усі новопридбані життєві факти органічно сплітаються з накопиченим досвідом, вливаючись в єдину життєву оповідь. Коли нервова система перебуває під надмірним і тривалим напруженням, функціонування

гіпокампу порушується, процес формування нових нейронів сповільнюється, і людина починає втрачати логічний ланцюжок у власній пам'яті.

Подія, що спричинила травму, ніби випадає з особистої біографії: замість того, щоб посісти належне місце в часовому плині, вона невпинно вторгається у буденність нав'язливими спогадами та нічними жахами.

Людина перебуває у постійному напруженні або періодично повертається до нього доти, доки інформація про травматичний епізод не буде належним чином оброблена. У ситуаціях, де відсутня можливість дати відсіч чи втекти, як от при тривалій загрозі життю, лімбічна система ініціює стан ступору, що супроводжується викривленням сприйняття дійсності.

Особа не може ані пересуватися, ані спілкуватися, ані формувати думки. Емоційну відповідь на загрозливі обставини забезпечує лімбічна система. Коли ж у ситуації смертельної загрози, особливо тривалої, уникнення чи протидія (втеча чи напад) стають неможливими, лімбічна система ініціює стан ступору (завмирання). У цьому стані суттєво спотворюється як сприйняття навколишньої дійсності, так і усвідомлення власного Я: відчуття болю та страху зникають. У такому стані людина, навіть зазнавши серйозних, аж до фатальних, ушкоджень, практично не відчуває больових відчуттів.

Психологічне травмування спричиняє дисоціацію особистості на три складові: неушкоджену (здорову), травмовану та ту, що вижила (виживальну).

Здорова складова Я характеризується такими рисами:

- сприйняття дійсності є відкритим і прямим;
- здатність до вираження власних емоцій є належною;
- пам'ять функціонує стабільно;
- наявна довіра до оточуючих;
- здатність до встановлення емоційних контактів зберігається.
- позбавлятися стосунків, що не мають сенсу;
- зважене ставлення до питання інтимності;
- прагнення до рефлексії щодо власних вчинків;
- прийняття наслідків, які ці вчинки породжують;

- цінування істини та прозорості;
- віра у сприятливий фінал складних ситуацій.

До маркерів травмованої складової «Его» відносять:

- перманентна присутність у пам'яті спогадів про травматичний досвід;
- застигання розвитку особистості у точці, де відбулася травма;
- прагнення знайти вихід, що може виражатися у постійному повторному проживанні події;

- несподівані афективні сплески у відповідь на провокатори (тригери).

Симптоматика частини «Его», яка вижила, охоплює:

- збереження емоційної відстороненості (дисоціації);
- усунення в несвідоме та відмова від визнання факту травми;
- активне уникнення будь-яких нагадувань про пережиту подію;
- намагання тримати під контролем уражені аспекти психіки;
- пошук способів відшкодування втраченого;
- існування у світі хибних уявлень;
- повторне вдавання до дисоціації.

Особистість, що вижила, потребує ресурсів для того, аби не допустити зіткнення з травмованою частиною себе; увесь її спрямок енергії – це унеможливити будь-яку взаємодію з травматичними споминами. Та частина, що вижила, існує у стані зтяжнього напруження, витрачаючи всі сили на підтримання роз'єднаності (дисоціації) та розщеплення особистості замість того, щоб долати їх.

Ушкоджена складова Я прагне бути виявленою. Життєстійка частина уникає будь-якого дотику до подібної травми. Здоровий аспект є найбільш раціональним. Обов'язок цієї здорової грані – інтегрувати роз'єднані фрагменти, дозволити травматичним спогадам відійти та продовжити життєвий шлях. Отже, незалежно від глибини ураження (чи то психічного, фізичного, чи емоційного характеру), воно безпосередньо відбивається на людському тілі.

Психологічний травматизм – це, у своїй основі, рефлекторна відповідь тіла. Кожна м'язова тканина має вбудовані механізми або для напруження, або

для розслаблення, залежно від того, чи сприймається оточення як безпечне, чи загрозове. Коли виникає загроза, запускається складна сукупність біологічних, нейрологічних та нервових процесів, які наказують м'язам сковуватися задля збереження організму від каліцтва чи загибелі.

Після того, як безпосередня загроза минає, тіло прагне позбутися накопиченої напруги, що була необхідною у фазі переживання травми. Однак у випадках тривалого стресу або після пережиття глибокої психологічної шкоди це вивільнення не відбувається, і нервова система залишається у стані посиленої готовності, очікуючи нової небезпеки.

Сам феномен психологічної травми найчастіше асоціюється з певною подією, що перевищує звичні межі індивідуального досвіду, спричиняючи при цьому глибокі негативні емоції – відчуття тривоги, неспроможності упоратися та панічного страху. Проте варто звернути увагу на те, що термін «психологічна травма» є відсутнім у переліку офіційних медичних визначень.

З погляду психології, травма психічна постає як розлад цілісності роботи психіки, що виникає внаслідок обставин, які індивідом сприймаються як нездоланні та виняткові через неспроможність захисних механізмів; це, відповідно, породжує глибокі емоційні переживання. У цьому сенсі вирішальне значення для настання травми має не сама подія травматичного характеру, а спосіб її особистісної інтерпретації [18] (за В. Горбуною, А. Карачевським, В. Климчуком, Г. Нетлюх, Н. Пов'якель, О. Романчуком).

Тут чітко видно межу розмежування між психологічною травмою та виключно тілесною травмою, адже подія, що потенційно може травмувати, здатна як спричинити, так і не спричинити психологічної травматизації особистості, залежно від індивідуальної ваги ситуації для даного суб'єкта, а також від системи його психологічних механізмів захисту та інтерпретаційних підходів. Проте, попри певні розбіжності у трактуванні психологічної травми у розрізі медичних та психологічних поглядів, спільним для обох є те, що виникнення травматичного стану корелює з певними екстремальними подіями

та сильними, негативними емоційними проявами (такими як страх, жах, повна безнадія, втрата влади над ситуацією та подібне).

Д. Калшед, котрий належить до юнгіанського психоаналізу, у праці своїй «Внутрішній світ травми» зазначає, що під терміном «психологічна травма» розуміється будь-який пережитий досвід, що породжує значний душевний біль [18, с. 5]. За спостереженнями Д. Калшеда, психологічна травма формується не лише внаслідок подій зовнішнього травмуючого характеру, але й в процесі внутрішньої роботи самої психіки. Психіка реагує на зовнішню травматичну ситуацію наступною логікою: спершу вона трансформує зовнішній тягар у внутрішню «силу, що сама себе ранить», після чого настає злякисне переродження, «злякисна дегенерація» захисних психологічних механізмів, які з системи підтримки психічного існування перетворюються на інструменти самознищення. Захисні механізми психіки опускаються до первісного, «архаїчного» ступеня (уникнення дійсності, розщеплення, замкнутість, стани трансу, виникнення множинних Я, шаблонні відповіді, втрата життєвого змісту). Настає регрес психіки. З огляду на це, звернутися до раціонального начала стає надзвичайно складно.

Другий рівень оборони, а саме найпростіші, “первісні” захисні механізми, покликаний переформувати травматичний досвід та вберегти цілісність особистості. Ключовий висновок, до якого дійшов Д. Калшед, свідчить, що психіка, яка зазнала травми, схильна до самовторинного травмування через механізм компульсивного повторення. Внаслідок цього, травмовані індивіди регулярно демонструють певну поведінку у життєвих обставинах, де вони знову наражаються на травматизацію. З. Фройд також згадував про «невроз долі», суть якого полягає у схильності людей постійно потрапляти у схожі неприємні ситуації, відтворюючи тим самим свій травматичний досвід.

Приміром, особистість, травмована приниженням, часто опиняється у ситуаціях, де її принижують або завдають шкоди самооцінці; особа, яка пережила зраду, систематично стикається із зрадами.

Д. Калшед [18] зазначає, що існують психологічні травми, які є несумісними з подальшим життєвим існуванням індивіда, подібно до фізичних ушкоджень, що унеможлиблюють життя тіла. У таких випадках та особистість, яка існувала до травми, припиняє своє існування. Однак, на відміну від летальної фізичної травми, така втрата не обов'язково є абсолютно незворотною.

З огляду на вищевикладене, лікування психологічного травматизму мусить стартувати із закладення фундаменту довіри, що народжується через емпатію та розуміння з боку фахівця, і лише згодом можна переходити до кроків із поступового реставрування адекватних та зрілих способів захисту, а вже після цього – до повернення втраченого життєвого орієнтиру [18].

Якщо ж ми візьмемо до уваги та спробуємо синтезувати наведені дефініції психічної травми, то вимальовується картина, де травма розглядається як стан максимального переляку, охоплює особу, коли вона стикається з подією, що настала несподівано, несе серйозну загрозу, яка перевищує її внутрішні ресурси, є некерованою і не залишає шансів на ефективну відповідну реакцію.

Це можна порівняти з щілиною, що утворилася у захисній оболонці, яка огорожує психіку індивіда від зовнішніх впливів, і ця тріщина супроводжується потужними відчуттями тривоги, відчуттям неспроможності, невизначеності, супроводжується втратою здатності до самоконтролю та зникненням бачення майбутнього.

Стосовно ж терміну «психологічна травма», у довідковому виданні з психології знаходимо таке визначення: «... ушкодження, нанесене душевній рівновазі людини внаслідок інтенсивного впливу несприятливих чинників довкілля або стресогенного тиску з боку оточуючих» [10, с. 365].

Т. Титаренко у своєму словниковому довіднику пояснює це явище таким чином: «Психотравма (від грецьких слів “psyche” – душа та “trauma” – поранення, порушення) – це відкладений наслідок емоційних переживань індивіда, спричинених зовнішніми стимулами, які викликають душевний дискомфорт і негативно (патогенно) впливають на особистість.

У переносному розумінні, психотравма являє собою будь-який психічний струс, що суттєво зачіпає життєдіяльність індивіда та його подальший прогрес [76, с. 102].

Наведені дефініції вище окреслюють сутності психологічної травми та психічного шоку. Л. Заграй [37] підкреслює, що спроба чітко розвести поняття «психологічна травма» є досить нещодавнім явищем у психологічній науці. Проте, саме існування подібних травматичних явищ відоме протягом тривалого часу. Авторка вказує, що в основі психологічної травми лежить особистісна інтерпретація обставин, яка передбачає наявність якогось контролю/управління ситуацією, а також зниження рівня невідомості та вразливості. Таким чином, психологічна травма – це відповідь індивіда на життєві колізії, що провокують стійкі негативні переживання.

Проте, коли мова заходить про емоції, ми схильні мати на увазі осмислення, рефлексію стосовно обставин, події, яка спричинила травматизацію особистості. Науковці у царині психології [18] (зокрема, В. Горбунова, А. Карачевський, В. Климчук, Г. Нетлюх, Н. Пов'якель, О. Романчук), трактуючи поняття травми, висловлюють думку, що ситуація розглядається як динамічна взаємодія між особистістю та оточенням, де вирішальне значення надається суб'єктивним складникам: набутому досвіду та власному розумінню ситуації людиною, її ставленню до неї та осмисленню подій.

Фундамент цієї світоглядної настанови спирається на ідеї К. Левіна про «суб'єктивну ситуацію», положення про «психологічний життєвий простір» та В. Томаса щодо «осмислення обставин через процес їхнього розбору». Ключова вага надається особистісному уявленню про ситуацію, яке формується у свідомості індивіда.

З огляду на вищезгадані методологічні засади, слушно вести мову про психологічну травму [13, с. 109].

У численних актуальних дослідженнях «психологічна травма» трактується як стан надзвичайного жаху, що охоплює особистість, котра стикнулася з

несподіваною подією, яка несе реальну загрозу її існуванню. Цей страх перевершує індивідуальні здібності та заважає особі здійснювати належний контроль та ефективні дії. Варто звернути увагу на концепцію, яку запропоновано для оцінки деструктивної потужності травми.

У процесі творення цієї концепції автор поєднав релевантні знання не лише з царини психології та психотерапії, а й із галузей біології, психофізіології та нейропсихології. Він розглядає травму як прорив захисного бар'єру, що охороняє індивіда від зовнішніх впливів, і цей стан супроводжується надзвичайно гострим відчуттям гнітючої безпорадності. Як правило, психологічна травма виникає через недостатність особистих ресурсів, потрібних для подолання травмуючого епізоду.

На його переконання, руйнівний потенціал психологічної травми прямо корелює зі значенням, яке ця подія має особисто для індивіда, рівнем його психологічного захисту та спроможністю до саморегуляції [17; 18, с. 16].

На думку Е. Мазура, «психологічною травмою, якщо говорити найбільш загально, виступає відповідь особистості на життєві події, що спричиняють стрес. До таких подій відносяться бойові дії, акти тероризму, стихійні лиха, нещасні випадки та інциденти, фізичне, емоційне та зґвалтування, важкі хвороби та медичні втручання, обставини втрати й скорботи, міжособистісні розбіжності тощо» [19, с. 674]. Своїм баченням він об'єднує усі складні моменти життєвого шляху, особливо ті, що є екстремальними, а будучи прихильником течії екзистенціальної психології, він формулює визначення психологічної та психічної травми, яке збігається з поглядами переважної більшості науковців [22, с. 2-3].

Для З. Фрейда та К. Юнга сутність психопатології полягала не у самій травматичній обставині, що трапилася з людиною, а радше у значенні, яке цей досвід набув у її свідомості, у тому образі, який вона про нього створює, і в тому впливі, який він чинить на найглибніші шари психіки [8].

У дві тисячі сьомому році соціогуманістичну інтерпретацію психологічної травми було сформульовано як інтегральний підхід, що дає змогу досягнути

глибинний зміст категорії «психологічна травма» крізь призму поглядів А. Красіло. Цей дослідник наголошує, що по суті своїй, психологічна травма не може бути знівельована до формату простої події, і пропонує чітке її визначення. Згідно з А. Красіло, психологічною травмою вважається кардинальне руйнування самооцінних конструкцій, спричинене зникненням або неможливістю доступу до тих соціальних орієнтирів, які формують життєвий зміст індивіда.

Ключовою передумовою для підвищення ваги цих життєвих орієнтирів виступає процес особистісного зростання, що відбувається у контурі певної травматичної сфери [23]. Фахівці схильні кваліфікувати втрату як різновид психологічної травми, описуючи її як позбавлення когось із близького кола (як через фізичну смерть, так і через психологічне розмежування), при цьому акцентуючи увагу на тому факті, що травматичні епізоди в житті людини майже незмінно ініціюють ланцюгову реакцію втрат.

Втрата – це той аспект людського буття, який нерозривно пов'язаний із припиненням існування значущої особи. Проте провокатором травми втрати може слугувати не лише фізична смерть близької особи, а й, приміром, втрата частини власного тіла, крах родинних зв'язків, втрата робочого місця, вимушене залишення дому, соціального оточення чи громади загалом [33].

Отож, довготривалі наслідки якоїсь травматичної ситуації чи події, по суті, розглядаються не лише крізь призму реакцій на саму подію, але й на все, що з неї випливає. На етапах формування травми, втрати й горювання як психологічної відповіді, у ближчій перспективі можна чітко окреслити ознаки того, що процес подолання розпочався.

У найближчому майбутньому увага зосереджується на стадіях розвитку травми, пов'язаної з втратою та горем як психологічною адаптацією, а також на виявленні конкретних маркерів успішного проходження цього етапу та пошуку шляхів якнайшвидшого виходу зі стану скрути.

З огляду на це, у працях нинішніх психологів та психіатрів ми не бачимо різкого розмежування між термінами «психічна травма», «психологічна

травма» та «психотравма». Дослідники описують процеси, що розгортаються у свідомості людей, аналізують їхні механізми, пропонують власні трактування, ілюструючи їх прикладами з особистої практики, та дають відповідні пояснення. Усе це зумовило накопичення значного обсягу наукової інформації. Це, безумовно, вкрай цінно й необхідно для глибшого осягнення психотравми, проте відчувається брак єдиної теоретичної платформи, яка б перш за все впорядкувала термінологію, сприяючи кращому розумінню проблеми в цілому, що вносить суттєву хисткість у поступ психологічної думки. Безумовно, різноманіття концепцій та напрямів стимулює науковий розвиток, збагачуючи знання новими теоріями, проте варто підкреслити: нові теорії мусять пропонувати чітке бачення явищ та процесів, що ґрунтується на наукових здобутках, спираючись на визначену, узгоджену та уніфіковану концептуальну основу.

Проте нам видається цілком імовірним прослідкувати єдиний ланцюжок, що поєднує три концепції, які ми розглядаємо: «душевна травма», «психологічна травма» та «травма втрати». А саме, це включає опис ситуацій, що травмують психіку, їх деструктивний вплив на людську свідомість та методи, які допомагають їх реінтегрувати [18].

З огляду на це, доречно констатувати, що терміни «душевна травма», «психологічна травма» та «травма втрати» мають спільний знаменник: їх виникнення зумовлене, перш за все, життєвими обставинами та подіями, що перевершують звичайний життєвий досвід індивіда, а також супроводжуються глибоким болем – відчуттям повної нездатності щось змінити та жахом. І саме ця спільна основа, здається, має найбільше практичне значення, адже коли шокуючі обставини перестають тиснути на психіку особистості, справжній тягар починається вже після завершення дії травматичних чинників. Лише тоді стартує процес надання підтримки тим, хто постраждав.

Дослідження показали, що приблизно третина людей спроможна більш-менш ефективно впоратися з екстремальними обставинами власними силами, тоді як вчасне медичне та психологічне втручання здатне знизити відсоток

випадків порушення адаптації у цих осіб із початкових 20% до мізерних 3-5% [24, с. 380].

Базуючись на дослідженнях таких авторів, як О. Королович, К. Кравченко, К. Мирончак та низка інших, втрату можна дефініювати як будь-який сценарій, де об'єкти, значущі для індивіда, зазнають змін чи стають недосяжними, незалежно від того, чи були ці об'єкти реальними, лише можливими чи лише уявними. З огляду на те, що визначення значущості та ваги втраченого предмета є суб'єктивним, відмінності у реакції на втрату між різними людьми – цілком очікувані [37; 38; 42; 47 та ін.].

І. Опанасюк акцентує увагу на тому, що психологічні втрати охоплюють трансформації у самосприйнятті особистості, її ролі у родинному колі чи громаді, міжособистісних зв'язках та ставленні до самого себе, що зумовлені суттєвими зсувами у формуванні власного образу [59, с. 55].

У публікації Е. Кюблер-Росс наводиться позиція Дж. Рейнвотера, який окреслює три фази у переживанні горя після втрати близької особи [104]:

а) первинний етап: емоційний ступор, стан оніміння, періодичні повернення подумки до події.

б) наступна стадія: стан глибокого смутку та болю, часто супроводжується гнівом і відчуттям провини, з думками типу «якби ж я вчинив інакше...» та схильністю до ностальгічних роздумів.

в) фінальна фаза: моменти осягнення суті події та її прийняття, усвідомлення незворотності та необхідності мобілізувати внутрішні ресурси для продовження життєвого шляху.

Концепція переживання горя окреслює типову відповідь людства на втрату. Як зазначає М. Войтович, «Горе є спільним досвідом для абсолютно всіх, це відгук на втрату чогось важливого, що породжує душевний біль, смуток, обурення, відчуття безпорадності, каяття та розпач» [11, с. 11]. Цей плинний процес, власне, і є скорботою. Додатково, у працях К. Мирончака та І. Опанасюка фіксується явище ускладненого переживання втрати – стан, що настає після відходу рідної людини, який вирізняється затяжним і надзвичайно

сильним горем. У подібних обставинах індивід не спроможний адаптуватися до нової реальності протягом тривалого періоду, його емоційні, психічні чи фізичні реакції зберігають високу інтенсивність та негативно позначаються на його життєдіяльності [47; 59 та ін.].

Е. Кюблер-Росс здійснила суттєвий прорив у осмисленні психології горя, аналізуючи процес прийняття неминучості смерті серед пацієнтів із важкими недугами. У 60-х роках минулого століття вона вперше науково обґрунтувала стадії скорботи, які дотепер активно застосовуються в психологічній практиці [176; 177 та ін.].

Концептуальна модель переживання горя від Е. Кюблер-Росс охоплює сім ключових фаз, які індивід послідовно долає: стан шоку, заперечення, фрустрація, пригнічений настрій, стадія пошуку рішень, остаточне прийняття та подальша інтеграція. Попри вагомий внесок Е. Кюблер-Росс, питання щодо ефективного подолання горя залишається актуальним і вимагає подальшого вивчення, про що свідчать дослідження О. Королович [37, с. 16-17; 48].

Адаптація до втрати вимагає безперервної взаємозамінності цих двох полюсів, доки індивід не зможе знайти певну рівновагу та значення як у пам'яті про втрачений зв'язок, так і у своєму оновленому (реконструйованому) існуванні.

Якщо особистість надмірно занурюється у тугу за втраченим, це може призвести до виснаження її внутрішніх ресурсів та життєстійкості. На противагу цьому, надмірне зосередження на кроках відновлення несе ризик ігнорування або заперечення самої втрати. Таким чином, коливання між цими станами є типовою ознакою скорботи, тоді як тривале фіксування на одному з полюсів може свідчити про патологічну динаміку переживання горя.

У своїх розвідках О. Аврамчук запроваджує поняття втрати, розуміючи її як нездорову скорботу. Це визначається як психіатрична категорія, що описує певний комплекс симптомів у межах групи розладів. Патологічне переживання втрати може проявлятися у низці варіантів [1, с. 20-22]:

а) тривала скорботна реакція вказує на затяжний (подовжений) відгук на втрату, який не минає, і особа не спроможна або не має змоги повернутися до звичного ритму життя;

б) відкладена (придушена) реакція на втрату характеризується тим, що переживання скорботи виражені слабше, ніж сама подія втрати, проте з плином часу ці емоції здатні спровокувати емоційний спалах;

в) надмірна реакція на втрату може проявлятися у формі фобій (сильного страху) чи нападів паніки, що виходять за межі типової відповіді на подібні обставини;

г) приховане переживання втрати полягає в тому, що особистість відчуває глибокий біль, проте не асоціює ці емоції зі смертю чи іншими втратами.

Модель стадій скорботи, розроблена Е. Кюблер-Росс, є концептуальною схемою, що ґрунтується на вивченні й спостереженнях, проведених Е. Кюблер-Росс та Д. Кесслером [177]. Вона описує п'ять ключових фаз, які особистість проходить під час переживання смутку чи горя: заперечення або відкидання, обурення, спроби торгуватися, пригнічення та остаточне прийняття.

Кожна фаза моделі демонструє емоційне та психічне становище людини, яка переживає втрату чи кризовий період [177].

К. Мирончак у своїй роботі наголошує на тому, що ці стадії не мусять обов'язково йти чітко одна за одною, в заданій послідовності; вони здатні накладатися, і часові межі кожної можуть бути різними [64, с. 61-62].

Багато хто, хто втратив рідних, батьків чи товаришів, часто не здатні вербалізувати свої переживання в бажаній формі. Це породжує сильний відчай, який зазвичай штовхає їх до самоізоляції. Для фахівців, які допомагають цим людям, критично важливо брати до уваги їхні унікальні риси, аби досягнути теперішні труднощі та запропонувати належну допомогу. Проте, кожна людина мусить самотійно вибудувати свій шлях для подолання цих складних випробувань.

Наразі відзначається брак психологічних груп підтримки, хоча ті, що існують, пропонують стійку довготривалу допомогу. Такі об'єднання збирають

осіб зі схожими життєвими обставинами, де вони відчують менше самотності, навчаючись розбиратися у власних емоціях, образах та гніві. У середовищі психотерапевтичних груп люди знаходять затишок, збагачують себе знаннями з галузей психології, терапії та медицини, а також працюють над особистісним зростанням.

Міжнародна практика психотерапії засвідчила, що фахівець, який сам стикався із подібною психологічною проблемою, як у клієнта, і вже пройшов шлях її подолання, здатний демонструвати вищий рівень емпатії, краще зчитуючи досвід свого клієнта. Це дає змогу досягти глибшого та повнішого розуміння суті проблеми, а також підсилює віру в успіх терапевтичного процесу як для самого терапевта, так і для того, хто звернувся по допомогу.

Таким чином, робота з людьми, які переживають горе, вимагає насамперед уміння уважно вислухати їх, беззастережно приймаючи усі емоції, що виникають під час спілкування.

Спеціалісту необхідно закласти фундамент для процесів адаптації, заохочуючи людей до відкритого висловлення своїх почуттів та переживань, а також навчаючи їх ділитися цим із тим оточенням, яке їх оточує, адже процес скорботи – це тривалий шлях адаптації, що потребує часу.

Різноманітні наукові праці аналізують досвід втрати з різних поглядів. Дослідники фокусуються на сутності, стадіях та фазах горювання, прикладом чого є праці Е. Кюблер-Росс, Е. Ліндемманна, З. Фрейда та інших [158; 176; 177; 180 та ін.]. Окремо вони вивчають специфіку переживання втрати найближчих (К. Мирончак, Р. Муді, І. Опанасюк, Л. Рибік та ін.) [24; 30; 28; 52 та ін.], а також втрати у різні періоди дитинства (Я. Овсянникова, М. Томчук, Л. Шистко та ін.) [69; 105; 110 та ін.], допологові втрати (Е. Дімітріадіс, І. Добряков, К. Кокрілл, М. Коханські, Е. Менкхорст, С. Сайто та ін.) [28; 50; 131; 149 та ін.], втрату життєвого сенсу (І. Ялом, В. Франкл та ін.) [157; 166 та ін.], і, нарешті, досвід втрат, спричинених війною (О. Бойчук, К. Кравченко, Ю. Кузьменко та ін.) [5; 52; 55 та ін.].

Пережиті дітьми втрати на різних етапах їхнього життя відбиваються на їхніх найперших асоціаціях із поняттям смерті, адже ці моменти часто є найчіткішими та назавжди врізаються у свідомість. Для одних це може бути втрата улюбленого улюбленця, а для інших – просто бачення мертвої істоти. Найчастіше діти вперше знайомляться з концепцією «небуття» після смерті своїх бабусь чи дідусів. Нерідко трапляється, що малеча переживає втрату когось із близьких через непередбачувані події, стихійні лиха, техногенні катастрофи, нещасні випадки чи хвороби. За О. Горіною [20], додатковою обставиною, що сприяє появі ймовірних психологічних проблем у дитини, виступає емоційна хиткість чи висока чутливість того з батьків, хто залишився живим.

Неспроможність опанувати або ж просто відсутність належного підкріплення з боку родини чи оточення також здатен згубно вплинути на дитину. Додатково, погані взаємини з особою, яка опікується чи замінює батьків, безперервна зміна середовища, а також самогубство когось із близького оточення чи навіть наявність розмов про це [20, с. 163-164] можуть нести негативні наслідки.

У своїх працях Я. Овсянников звертає увагу на те, що значна кількість дорослих, зіткнувшись із відходом із життя когось із рідних, намагаються оберігати дітей. Вони не поспішають інформувати їх про нещастя, намагаючись послабити можливий шок, вигадуючи неправдиві історії про робочі поїздки чи лікування. Дітей утримують від участі у похоронних церемоніях, аби не травмувати їх видом процесії. Навіть у дні поминання їх залишають у домівці, щоб «не спричинити сумних роздумів» [69; 70 та ін.].

Коли інформація подається із запізненням, це здатне спричинити образу в дитини, спровокувати обурення та зруйнувати рівень довіри [70]. Жінка, яка пережила втрату дитини, може відчувати тягар провини, відчуття власної неспроможності або непотрібності; її фундаментальні життєві переконання можуть зазнати змін – вона здатна втратити надію на подальше життя чи його осмислення. Подібна подія, як зазначає М. Коханський, може спровокувати

розвиток депресивного стану, що проявлятиметься у відчутті глибокого смутку, безнадії, розладах сну, зниженні апетиту та складнощах із концентрацією уваги [50, с. 41].

І. Мельник та О. Кулій наголошують, що період вагітності є унікальним станом, наповненим радісним передчуттям, плануванням та сподіванням на майбутнє щастя. У момент втрати очікуваного немовляти жінка переживає труднощі не лише на біологічному й психологічному рівнях, а й відчуває втрату власної ідентичності.

Це включає аспект часової втрати, адже її мрії про майбутнє розсипаються, і вона втрачає орієнтир свого існування. Кожна п'ята представниця слабкої статі у світі переживає втрату дитини [62, с. 161].

Зауваження А. Скрипникова, Л. Герасименко та Р. Ісакова вказують на наявність двох різновидів втрат: матеріальної (фізичної) та знаковій (символічної). При цьому фізична втрата, що полягає у зникненні об'єкта з матеріального світу, зазвичай знаходить підтвердження в оточенні, тоді як втрата чогось символічного часто залишається поза суспільним визнанням [84, с. 33-35].

Символічна втрата здатна спричинити такий самий сильний біль, як і втрата фізично присутньої речі. Стосовно ситуації з ненародженою дитиною, надзвичайно важливим є те, щоб оточуючі визнавали та належним чином ставилися до почуттів особи, яка пережила таку втрату. Процес переживання символічної втрати може вимагати більше часу для опрацювання, аніж це трапляється при фізичній втраті.

Процес подолання втрати можна інтерпретувати як шлях «відновлення значущості». У такій парадигмі центральним моментом стає пошук нового сенсу існування у світі, де більше немає людини, яку втрачено. Цей етап також неминуче тягне за собою трансформації на духовному рівні індивіда.

Науковці, які зосереджуються на екзистенційних та гуманістичних гранях буття (Р. Мей, Е. Фромм, І. Ялом та ін.), розглядають зіткнення зі смертю як

цінну нагоду для персонального розвитку та перебудови внутрішнього ландшафту особистості [166; 184 та ін.].

М. Кочанська цитує ВООЗ (2014), згідно з яким перинатальна втрата визначається як втрата плодового яйця/плода після 22 тижнів гестації та/або смерть новонародженого протягом першого тижня після народження [50, с. 20]. Наслідуючи ту саму роботу І. Мельника та О. Кулія, варто також підкреслити паралізуючий вплив звістки про втрату: яскравість спогадів про щасливі моменти поволі тьмяніє, а будь-які надії, пов'язані з майбутнім, розвіюються, не маючи змоги відновитися.

Щодо часових рамок, потрібних для опрацювання втрати дитини, думки різних фахівців розходяться: пік найгостріших переживань припадає на перші 4-6 тижнів по смерті, тоді як загалом прийнятні стани можуть відновлюватися від півроку до року, а інколи й до двох років [62, с. 161].

Варто звернути увагу на те, що останні наукові праці переважно сфокусовані на питаннях, які стосуються материнської психології. Проте, вивчення доступної літератури свідчить: процес горювання обох батьків після втрати дитини на будь-якому терміні гестації, а також специфіка належної психологічної допомоги їм, досі залишаються значною мірою недоопрацьованими та недостатньо висвітленими. Досвід втрат близьких під час війни, як це демонструє праця Ю. Кузьменка, наочно показує: військові конфлікти спричиняють не лише фізичну загрозу та серйозні економічні збитки, що невблаганно позначається на емоційному стані та ментальному здоров'ї усіх залучених осіб [55, с. 30]. Особливу складність становить переживання індивідуальної психологічної травми, яка залишається в площині унікальних життєвих історій. У світлі війни критично важливим є формування спеціалізованих команд експертів, які б надавали підтримку родичам тих, хто загинув [74; 79; 104 та ін.] – над цим питанням вже працювали Д. Похілько, Л. Рибік, Т. Титаренко та інші вчені. Це стосується не лише військовослужбовців, які віддали життя у боротьбі за суверенітет і волю України, а й цивільного населення, яке постраждало через ракетні обстріли

житлових кварталів та об'єктів соціальної інфраструктури. Численні люди втратили найрідніших через ці події, відчуваючи колосальну втрату не лише самої особистості, а й можливості будь-якої подальшої взаємодії з нею [79].

Як зауважує О. Королович, дія напруження (стресу) відбивається на численних гранях людського існування, зокрема у пізнавальній (когнітивній), почуттєвій (емоційній), дієвій (поведінковій) та суспільній (соціальній) царинах. Стосовно пізнавальної сфери, життєво важливі функції, як-от здатність запам'ятовувати та зосереджуватися, можуть зазнати суттєвих ушкоджень. Ці трансформації зумовлені специкою обставин, що викликають напруження, а також емоційним тиском, якому піддається людина [51, с. 18].

На думку С. Каліщук, на етапі, коли організм лише починає реагувати на стрес і мобілізуватися, індивід може переживати звуження поля свідомості. Це проявляється у формі суто «тунельного бачення», підвищеного реагування на подразники ззовні, викривленні відчуття плинності часу та збоїв у функціонуванні оперативної пам'яті. Окрім того, спостерігаються проблеми з управлінням власними почуттями, що може спровокувати такі відгуки, як сльозотеча, спалахи гніву та істеричні реакції, відчуття тривоги, неспокійну рухову активність, нервові посмикування, а підсумком може стати й апатія. Хоча такі відгуки є природною відповіддю на стресове оточення, вони часом видаються не зовсім зрозумілими для оточуючих [40].

За даними досліджень, проведених Ю. Кузьменком, В. Зливковим, С. Лукомською та О. Федан, втрата значимого об'єкта або особи як травматична подія здатна спричинити серйозні порушення психічного благополуччя, найважчим проявом яких стає розвиток депресивного стану. У людей, які пережили втрату свого супутника життя чи близької особи, ознаки депресії часто виступають на перший план у клінічній картині.

З плином часу відповідні прояви чи ознаки можуть слабшати, проте вони здатні виникати знову у формі рецидивів навіть через значний проміжок часу після втрати. Депресивні стани, що мають клінічну вагу, зберігаються приблизно у 15–20% осіб упродовж року [38; 55 та ін.].

Втрата дитини через бойові дії розцінюється як надзвичайно вразливий та травматичний досвід для батьків. Подібна втрата спричиняє глибокі зміни у світосприйнятті та зазвичай провокує розвиток депресивних станів і почуття провини у батьків, які переживають горе. Особи, які втратили своїх дітей, зазвичай відчувають апатію, пригніченість та емоційну затуманеність, проте тривожність у них спостерігається нечасто.

Як зауважує Л. Шистко, згідно з відомостями ВООЗ, у ситуаціях, пов'язаних зі збройними протистояннями по всьому світу, приблизно 10 відсотків людей, які пережили травмуючі події, можуть зіткнутися з серйозними труднощами у сфері психічного здоров'я, а ще 10 відсотків можуть набути таких поведінкових реакцій, які завадять їхній ефективній життєдіяльності. До найбільш частих психічних розладів належать депресія, тривожні стани та розлади соматичного характеру, як-от порушення сну, болі в ділянці живота чи спини. Скажімо, спостереження за дітьми, які постраждали внаслідок ізраїльсько-палестинського конфлікту, свідчать про високу частоту посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед них, яка коливається від 18% до 68,9% [110, с. 77-78].

Соціологічна агенція Gradus здійснила опитування серед дитвори з різних областей України: сходу, півночі та півдня. За їхніми даними, третина (33 %) батьків вважає психологічний стан своїх чад середнім. При цьому 79 % опитаних констатували погіршення психічного стану своїх дітей із початком повномасштабної війни. Щодо стану самих дітей, то у 75 % фіксуються ознаки нервових зривів, як-от коливання настрою, підвищена тривожність, негаразди зі сном та апетитом, а також порушення концентрації уваги й пам'яті.

Станом на початок червня 2022 р., за відомостями Національної соціальної служби, війна залишила без батьків понад 3 000 дітей.

На запитання про кількість військовослужбовців, які полягли під час виконання службових обов'язків, К. Кравченко надав відповідь, що достовірні цифри стануть відомі винятково після завершення військової агресії [52, с. 68].

Згідно з дослідженнями, проведеними М. Томчуком та Ю. Овсянниковим, немовлята та малюки переживають втрату через зміну ключових дорослих у їхньому житті, що спричиняє різноманітні емоційні відгуки. Зокрема, найменші можуть змінити свої харчові звички та добовий режим сну, частіше зриватися на істерики та ставати надмірно активними [70; 105 та ін.]. Діти, які вже ходять до школи, можуть демонструвати свої психологічні негаразди через тілесні прояви, як-от болі у животі чи мігрені. Підлітки ж схильні демонструвати незалежність, немовби не потребуючи допомоги від старших. Їхній смуток і відчуття відстороненості не варто сприймати як відсутність емоційної реакції на втрату, наголошує О. Горіна [20, с. 165]. Трансформації у поведінці дитини, яка переживає горе, зазвичай є наслідком психологічної реакції, а не ознакою проблем із вихованням. А оскільки втрати військових у часи війни є подією публічного значення, інтимність сімейного простору під час жалоби може бути скомпрометована або втрачена зовсім.

Важливою є потреба з'ясувати, як саме функціонує мислення людини, що переживає жалобу, які страждання вона відчуває і чи прагне вона знайти будь-які пояснення, або ж, навпаки, уникає їх пошуку. Описані риси суттєво формують динаміку консультацій та психотерапевтичної роботи, безпосередньо впливаючи на успішність цих заходів та віддалені результати відновлення.

До кола об'єктивних втрат, які визнаються громадою, належить і конфіскація житла чи відсутність роботи, незалежно від того, чи то відбувається у мирний час, чи в умовах бойових дій. Наукові праці з психології також засвідчують виразно негативний вплив незайнятості на індивіда. У цьому контексті, М. Аргайл порівнював вагу втрати роботи з найтяжчими життєвими потрясіннями, зокрема, втратою подружжя, розривом стосунків або смертю дорогого товариша [112]. Г. Бойко слушно наголошує на потребі усвідомлювати психологічний тягар, який несе за собою втрата працевлаштування [5]. Психічний стан, що може кристалізуватися внаслідок звільнення, кваліфікується як стрес, а коли додати до цього нестабільність ринку праці, спричинену війною, такий стан здатний спровокувати погіршення

загального стану здоров'я та збільшити ймовірність виникнення розладів невротичного спектру: це може проявитися як надмірна скорбота, посттравматичний стресовий стан, пригніченість, або навіть відмова від прийому їжі та інше. Слід акцентувати увагу на тому, що ці наслідки є цілковито аналогічними тим, що спостерігаються при втраті найближчої людини.

Згідно з дослідженнями, проведеними Н. Мартиненко, подібний вплив може бути спричинений позбавленням оселі разом із усім особистим надбанням та пам'ятними речами. У такій ситуації людина ніби губить свою точку опори. Усе звичне зникає стрімко, адже добробут та відчуття захищеності, які дає власний дах, є ключовими для її емоційного стану й упевненості. Додатково, необхідно згадати ймовірність появи почуття сорому, якщо серед жертв руйнування будинку були й інші люди. Особистість може переживати неспокій, пригніченість, важкість на душі, а також знецінення себе та втрату влади над власним існуванням [61, с. 34-35]. Відповідні реакції людей на травмуючі чинники, як-от втрата працевлаштування чи житла, різняться від однієї особистості до іншої. Кожен має свій власний поріг витривалості до стресу.

На думку Н. Мартиненко, існують певні індивідуальні характеристики особистості, які детермінують відповідь на подібні втрати та можуть спричиняти різноманітні реакції на напругу й подальший розвиток подій. Такі втрати здатні обернутися соціальною ізоляцією, особливо якщо особистість позбавляється свого звичного місця перебування та соціальних зв'язків із оточенням. Це, своєю чергою, може загострити відчуття втраченості, самотності та відчуження від суспільства. Серед психологічних наслідків виділяють стресові відгуки, ускладнення в пристосуванні до нових життєвих умов та потенційний ризик розвитку посттравматичного стресового розладу.

Інший підхід, який, на думку науковця, краще пасує для опису специфіки переживань індивіда щодо втрати житла чи роботи, – це оперування поняттям «криза». Цей термін дає можливість адекватно врахувати багатогранні аспекти впливу втрати праці на психіку людини.

Згідно з працями М. Матвіюка, О. Дисси, О. Василюка, а також С. Каліщука, вживання слова «криза» є значущим із низки міркувань. По-перше, воно окреслює стан дисбалансу та винятковість досвіду, пов'язаного з втратою житла чи роботи. По-друге, воно дає змогу аналізувати глибинні трансформації, що відбуваються з людьми у цей період. По-третє, концепт «криза» дає змогу розглядати ці зміни не просто як окрему подію в житті особистості, а як певний етап її життєвого шляху [26; 40; 60 та ін.].

Слід також акцентувати увагу на екзистенційній кризі, яка постає однією з центральних тем у сучасних психологічних студіях, привертаючи пильну увагу дослідників та практиків до фундаментальних аспектів буття людини. Ця криза є віддзеркаленням стрімкого технологічного прогресу, модифікації соціокультурних обставин та викликів глобалізаційних процесів, які формують умови, де індивіди відчують розгубленість у пошуку сенсу, стикаються з труднощами у формуванні власної ідентичності та визначенні своєї ролі у світі.

Дослідження екзистенційних криз вимагає зосередження на внутрішніх переживаннях індивіда, його прагненні віднайти життєвий зміст та значення. Тому варто звернутися до роздумів науковців щодо цього поняття: В. Франкл у своїй праці «Людина в пошуках сенсу» (Man's Search for Meaning) зазначав: «Екзистенційна криза настає тоді, коли особа починає ставити під сумнів мету свого існування і розпочинає пошук більш глибокого смислу свого життя» [157]; І. Ялом, видатний спеціаліст з психотерапії, констатував: «Екзистенційна криза проявляється тоді, коли людина зіштовхується з антиноміями буття, як-от вибір та відповідальність, самотність та співіснування» [166]; філософ та психолог Р. Мей наголошував: «Екзистенційна криза – це внутрішній розлад, що виникає між потребою осмислити життя і усвідомленням ірраціональності навколишнього світу» [184].

Прояви кризи сенсу буття, спричиненої воєнним станом, мають свої особливості та ступінь гостроти, що помітно відрізняються від тих, що виникають у мирний час. Розв'язання таких кризових станів неможливе тими усталеними методами та підходами, які застосовують у звичних обставинах.

Причини, що породжують ці явища, та чинники, які їх підживлюють, залишають глибокі відбитки у психіці й зумовлюють подальший життєвий шлях, особливо для молодого покоління. Це, своєю чергою, спричиняє низку проблем: утрату життєвої мети, відсутність бачення майбутнього та хисткість самосприйняття й довіри до світу, гостру потребу у знаходженні життєвої основи, трансформацію особистісних орієнтирів, процес самопізнання та самоідентифікації, а також пошук відповідей на питання про власну сутність та місце у світобудові.

Переважає більшість наукових робіт, присвячених впливу війни на психіку, зазвичай фокусуються на виявлених патологічних станах, таких як симптоми тривоги та депресії, і значно менше уваги приділяють клінічно-феноменологічним описам, які охоплюють індивідуальний досвід проживання критичних життєвих моментів. Дослідження, які проводилися під час та після збройного конфлікту у В'єтнамі, не брали до уваги саме екзистенційну кризу, отже, надали недостатньо інформації для повного осмислення та врегулювання цієї проблеми. Проте, ці самі дослідження засвідчили: кількість випадків самогубств суттєво перевищувала кількість тих, хто загинув безпосередньо на полі бою. Криза екзистенції є багатогранною та важливою проблематикою, яка вимагає більш ґрунтовного вивчення та розуміння.

Розглядаючи це питання крізь призму психічного благополуччя, ми можемо вибудувати дієвіші моделі підтримки для тих, хто опинився у складних життєвих обставинах. Важливо також звернути увагу на втрати, що тягнуть за собою глибокі емоційні, психологічні та соціальні відлуння, відомі як складне чи затяжне горе. Як зазначає О. Аврамчук у своїй роботі, це стосується випадків, коли відходить у вічність хтось із найрідніших, або коли сама втрата обумовлена травматичними подіями, наприклад, природними катаклізмами або військовими діями, та іншими причинами. Таке ускладнене переживання жалю може обернутися надзвичайно тяжким горем, проблемами з висловленням власних почуттів, марними пошуками втраченого життєвого підґрунтя і навіть спричинити розвиток психічних порушень [1, с. 20-23].

У своїх дослідженнях М. Войтович акцентує увагу на тому, що суперечливий (амбівалентний) характер зв'язків із померлою особою за життя останнім часом значно потужніше позначається на процесі прийняття втрати, нерідко стаючи підґрунтям для формування патологічного стану скорботи. У сфері особистих зв'язків найближчі люди (особливо матір) несуть особливу вагу, коли у стосунках домінують суперечливі почуття, коли поряд із негативом аж так само сильно присутній позитив, що значно ускладнює адекватну реакцію на втрату [11; 12 та ін.]. Кожна особистість, яка переживає розлуку з близьким, неминуче заглиблюється у самоаналіз: чи було зроблено все можливе для запобігання нещастю, чи залишилися невиправлені образи. К. Гілбер наголошує на значенні близькості зв'язку: чим інтенсивнішими та тіснішими були стосунки з тим, кого втратили, тим більші труднощі випробовує особа, що залишилася, у процесі адаптації до цієї втрати [160].

Сприйняття втрати є багатограним і глибоким явищем, здатним зачепити чи не всі сфери буття індивіда. Воно виходить за межі винятково емоційного відгуку на втрату, зачіпаючи також фізичне, психічне та соціальне самопочуття. Інтенсивне зосередження на образі пішедлої людини. Привласнення собі рис померлого. Відчуття винуватості та обурення, спрямованого на оточуючих. Збій у звичному режимі життєдіяльності. Суттєве погіршення загального стану (через соматичні прояви).

О. Аврамчук наголошує, що передусім, ускладнена реакція на втрату може виявлятися як інтенсивний стан горювання, для якого властиве незмінне прагнення побачити небіжчика, втрата зацікавленості до оточення та низка тілесних проявів, як-от виснаження, проблеми зі сном та недостатнє харчування. Такий стан здатний позначитися на стані здоров'я, ослабити захисні механізми організму та підвищити ймовірність виникнення різноманітних недуг [1, с. 18-19].

М. Матвійчук звертає увагу на ментальний бік ускладненого переживання втрати, який може охоплювати емоційну нестійкість, стан стурбованості, відчуття ізоляції та проблеми з відновленням звичайного ритму життя.

Особистість здатна переживати відчуття, що вона втрачає кермо влади над власним емоційним станом та загальним перебігом подій, що, своєю чергою, може спричинити стан безсилля та зниження самооцінки [60]. Варто зазначити, що згідно з діагностичними настановами DSM, визначення ускладненого горя переважно спирається на ступінь вираженості та тривалість проявів, а не на констатацію самого факту їхнього існування чи відсутності.

DSM-V окреслює два головні критерії для встановлення діагнозу ускладненого горя [226], як це описують Д. Круесс, Г. Ліхтенталь, Х. Прігерсон. Перша умова (критерій А) полягає у факті втрати когось із найближчих, що наявний щонайменше протягом року (або шести місяців для неповнолітніх) до моменту діагностування. Однак, ці часові рамки не завжди є абсолютно жорсткими, адже індивідуальні особливості можуть спровокувати появу ускладненого горя раніше за встановлені терміни.

Друга умова (критерій В) передбачає наявність принаймні однієї з нижчеперелічених ознак:

1. Дуже сильне й незгасаюче прагнення побачити померлу особу.
2. Відчутний емоційний біль (дистрес) унаслідок втрати.
3. Невпинні по думках звернення до образу померлого.
4. Неприпиняючі роздуми про обставини, за яких сталася смерть.

D – Ці прояви настільки виражені, що спричиняють помітне страждання або суттєво заважають повсякденній діяльності.

Щ – Ці ознаки виходять за межі того, що зазвичай очікується під час переживання втрати з огляду на культурні, віросповідальні чи вікові стандарти.

Варто зауважити, що серед інших маркерів ускладненого переживання втрати, згідно з працями О. Аврамчука [1, с. 22], виділяють небажання мати справу з будь-чим, що нагадує про факт втрати, емоційне заціпеніння, а також зміни в самосприйнятті чи соціальній ролі, наприклад, відчуття відчуженості чи проблеми у взаємодії з оточуючими.

Втрати різного ґатунку – чи то пов'язані з антенатальними подіями, чи втрата близької людини у воєнний час, або ж втрата батьків – становлять собою

непрості життєві випробування, здатні глибоко вразити емоційний та психічний стан індивіда. Подібні події можуть спровокувати скорботу, відчуття невинної втрати, безпорадності та психологічну травматизацію. З огляду на це, критично важливим є забезпечення належних умов підтримки та співчуття з боку соціуму, родини та фахівців у галузі психології. Подібна підтримка здатна сприяти подоланню цих викликів, відновленню емоційної рівноваги, а також дозволити глибше зануритися у вивчення та осмислення теми втрати, горювання та кризових станів.

Слід розкрити сутність поняття «переживання». Це психологічне поняття, що фіксує діяльнісний процес формування значущої відповідності між світом і внутрішнім світом індивіда. Його визначення ґрунтується на ідеях, у яких переживання розуміють як рухливу складову свідомості. Наголошується на тому, що переживання є процесом, який характеризується активністю, стадійністю та багат шаровістю, залучаючи усі аспекти психічного функціонування людини та забезпечуючи тим самим механізм керування її діяльністю.

На нашу думку, буде доречним запровадити термін «переживання втрати», окресливши його ключові змістовні складові:

- 1) формування значущої кореляції між зовнішніми подіями та внутрішнім світом (буттям та свідомістю);
- 2) властивість до зміни та наявність певних стадій;
- 3) багатогранність структурних рівнів;
- 4) особистісний, унікальний для кожного індивіда характер;
- 5) функція спрямування та контролю.

Проживання може мати різноманітні форми (методи досягнення семантичної узгодженості між світом зовнішнім та внутрішнім). До них належать психологічний захист, подолання, а також власне «проживання». Вивчення праць, присвячених психологічному захисту та подоланню, дає підстави кваліфікувати їх як осмислення на подійному-рефлексивному рівні. Для позначення ж форми переживання, яка знаходиться на рівні духовно-

рефлексивному, ми запровадили термін «проживання втрати». Це активний, доволі свідомий спосіб переживання, що передбачає глибокий – смисловий – зв'язок з фактом втрати. Якщо захист полягає у небажанні сприймати подію як травматичну, а подолання – у дослідженні цієї події та адаптації з метою відновлення звичного способу життя, то «проживання» тяжіє до трансформації змістового наповнення події, її символізації, внутрішнього осмислення втрати, інтеграції її у загальну картину життя, виявлення універсальних життєвих закономірностей.

Ми зосереджуємося на особливій природі втрати як події травматичного характеру, що спричиняє «деструкції» у ментальному просторі індивіда. Ми доводимо обґрунтованість застосування концепту «перехід» для окреслення процесуальної та кризової сутності втрати:

1. Перебіг процесу переживання втрати супроводжується низкою кризових явищ, відмінних за своєю природою на різних стадіях втрати, а поняття «перехід» надає змогу точно артикулювати суть кожної кризи та ідентифікувати її маркери.

2. Концепція «переходу» вимагає чіткого окреслення психологічного завдання, властивого кожній фазі, а також сумарного завдання процесу опанування переживання на відповідному рівні: для рівня подій та рефлексії – адаптація, тоді як для рівня духовної рефлексії – розвиток.

Як плідний результат переживання втрати, ми пропонуємо концепт психологічних новоутворень. Доцільним видається запозичення цього терміну з царини психології розвитку.

Новоутворення інтерпретується як якісно новий психологічний продукт, що формується після того, як психологічне опрацювання втрати добігло кінця. Структура цих новоутворень включає: «психологічний образ втрати» – це уявлення про ті події, що мали місце, та їхнє переживання усвідомленням особистості; «психологічний зв'язок із травмою» – новий суб'єктивний образ травматичного досвіду та встановлення нових взаємовідносин із ним. Ці психологічні новоутворення прив'язані до різних рівнів проживання втрати.

Зокрема, «психологічний образ втрати» є результатом переживання на рівні подій і рефлексії, «проживання втрати як духовного випробування» – на рівні духовної рефлексії, а «психологічний зв'язок із травмою» пронизує обидва рівні.

Слід залучити поняття «духовне випробування» для репрезентації процесів, що точаться на найвищому, смислового, етапі переживання втрати. У цьому контексті, звернемося до категорії «духовного» рівня осмислення подій, для аналізу якого ми спираємося як на психологічні, так і на філософсько-релігійні джерела літератури.

На духовному рівні, коли людина переживає втрату, вона мусить працювати над сенсами, роблячи їх більш загальними, розширюючи сферу значень. Ця сфера спершу охоплює власне життя того, хто переживає втрату, а згодом – загальнолюдські закономірності буття.

Варто розглянути ідею «втрати як духовного випробування» та потребу в її психологічному й філософсько-екзистенційному осмисленні. Випробувальний характер втрати зумовлений тим, що необхідно серйозно опрацювати два ключові смислові моменти: важливість травми (або того, що втрачено) та остаточність смерті. Ці аспекти втілюють «межі» людського розуміння та можливостей. Таким чином, індивід постає перед фундаментальними екзистенційними дилемами. Доцільно запровадити термін «тематичні екзистенційні константи» для окреслення тих тем, що мають екзистенційний характер, над якими працює кожна людина у процесі переживання втрати. Ці теми формують смислові складові переживання втрати як духовного випробування, а саме:

1) розуміння вимог оточення, що пов'язані з переживанням втрати, для індивіда (обставини, які зумовлюють необхідність певних ментальних зусиль; специфіка усвідомлення цих вимог, оцінка власних потенціалів);

2) рефлексія над ключовими філософсько-життєвими темами (ізоляція, неминучість кінця, сенс подій, що трапляються у життєвому шляху);

3) проходження через досвід встановлення та розриву близькості у взаєминах.

Підсумовуючи викладене, варто констатувати, що нами були виокремлені такі домінантні вектори у концептуалізації «втрати», як досвіду її переживання людиною:

- сприйняття втрати як динамічного процесу, що проявляється через емоційні, пізнавальні та діяльнісні ознаки. До цієї площини ми віднесли праці, де першочергова увага акцентувалася на клінічній картині переживання втрати [21];

- симптоматичне відображення стадії гострого скорботного стану трактується як вияв процесів, що активізуються у різних аспектах буття особистості: фізичному (соматичному), психічному (емоційному, когнітивному) та соціокультурному. Важливість цих наукових пошуків полягає у встановленні універсальної симптоматики при переживанні різнопланових втрат; ідентифікації та опис різних видів дезадаптивних реакцій на втрату; докладний розгляд клінічних проявів та етапів розвитку стану «гострого горювання» [11]. У спрощеній схемі це виглядає так:

1. «Стрес, ступор»;
2. «Пошук того, що зникло, і сум за цим»;
3. «Безнадія та біль, розлад порядку»;
4. «Останні пориви та налагодження нового укладу»;
5. «Фінал»;

- осмислення втрати як низки психологічних етапів, які необхідно пройти. Роботи, які ми зібрали під цим кутом зору, переважно належать перу американських фахівців. Найбільш структурованим та загально визнаним вважається погляд В. Вордена [230], який описує переживання втрати як послідовне виконання чотирьох основних психологічних місій:

- 1) усвідомлення дійсності та неможливості повернути втрачене;
- 2) проходження через емоційний біль;
- 3) інтеграція світу, що існує вже без того, що було втрачено;

4) формування нових зв'язків із пам'яттю про втрачене та продовження життєдіяльності.

Цей метод виявляється дієвим у психологічному консультуванні, адже, спираючись на цю модель, чітко окреслюється послідовність етапів та очікувані результати психологічної роботи;

- сприйняття втрати як процесу перетворення зв'язку з травматичною подією. Описуючи наукові пошуки у цій сфері, наголошується на обмеженості психоаналітичного погляду на проблему втрати.

Підкреслюється важливість заміни концепції «забуття» на концепцію «пам'яті». Він розглядає увесь етап «гострого переживання втрати» як процес переорганізації стосунків із втраченим об'єктом та формування нової самоідентичності.

- втрата як травматичний чинник, що спричиняє дезінтеграцію особистості. Праці, які ми віднесли до цього напрямку [172; 173 та ін.), фокусувалися на переживанні втрати у купі з іншими супутніми травмуючими обставинами.

Зазначена травматична подія втрати чинить глибокий і болісний вплив, що веде до руйнування особистісної системи значень, порушення самосприйняття та розриву цілісного сприйняття життєвого шляху. На думку дослідників, які працювали у цьому руслі, найбільш вагомим наслідком психічної травматизації є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

- переживання втрати трактується як процес «реконструкції сенсу». Цей напрямок досліджень переважно належить до конструктивістської парадигми у психології, а його основними представниками є науковці зі США [215; 216; 217 та ін.]. Втрату аналізують у широкому контексті життєвого шляху індивіда.

Науковці цієї школи переконані, що кожна людина вже має сформований певний «попередній наратив» свого буття: уявлення про те, як розвивається її життя, які існують закономірності та потенційні події. Травматичні епізоди змушують особистість інтегрувати їх у загальну життєву розповідь.

Усвідомлення пережитого стає можливим лише тоді, коли людина може це осмислити і вербалізувати – створити наратив, певну “історію”, яка б

відображала сутність пережитого досвіду. Зазначені дослідники створили модель психологічної підтримки, яка активно використовує нарративні психотерапевтичні методи для «реконструкції сенсу» життєвої картини.

Два ключові висновки є визначальними у цій концепції: це визнання домінуючої ролі смислової сфери та можливість особистісного зростання як потенційного наслідку переживання втрати.

- втрата як процес, що являє собою низку трансформацій на внутрішньому, духовному площині індивіда. Як переживання втрати, зокрема у ситуації так званої «передбаченої втрати» через серйозні недуги, та як власне очікування неминучого завершення життєвого шляху в умовах медичного супроводу та психотерапевтичної інтервенції, це відображено у сфері паліативної допомоги [1; 35 та ін.]. Духовно орієнтована підтримка, що інтегрує як релігійні, так і психологічні складові, активно застосовується у сфері роботи не лише з пацієнтами, чий життєвий шлях добігає кінця, але й з їхніми родинами та найближчим оточенням.

Питання страждання, духовності, тягаря відповідальності та свободи були висвітлені В. Франклом у середині минулого століття. Страждання, спричинене подіями без можливості повернення, будучи невідворотними, сигналізують про нагальну потребу у знаходженні їхнього глибинного сенсу, що, у свою чергу, спрямовує особистість до становлення на духовному рівні [157].

Підтримка психологічного відновлення молодих людей після пережитих втрат чи травм фокусується на визначенні індивідуальних стратегій подолання втрати, а саме: «Духовність», «Служіння іншим», «Здорові міжособистісні зв'язки» та «Нове вкладення сенсу: прийняття життя». Сильною стороною такого підходу є те, що він заглиблюється у фундаментальні трансформації, що точаться у внутрішньому світі людини, коли вона осмислює втрату. При цьому наголошується на унікальності цього досвіду, який визначається життєвим та духовним багажем особистості. Втрата неминуче трансформує подальше існування. Проте, окрім простої адаптації до новоствореної реальності чи світу, існує й альтернативний шлях – спроба осмислити подію крізь призму

загальносвітових законів та глибинних смислів. Саме тому ми вважаємо критично важливим подальше вдосконалення системи психологічної допомоги молоді у процесі оговтування від травм і втрат.

Ці окреслені вектори відображають певну фазу наукового пошуку у цій сфері, коли вже ідентифіковано значну кількість соціально-психологічних феноменів, але ще бракує єдиної, всеосяжної доктрини, яка б їх об'єднала. Звідси випливає дефіцит відповідної термінологічної бази для адекватного опису такого багатовимірного та складного психологічного феномену, як втрата.

## **1.2. Соціально-психологічна модель відновлення після втрат і травматичних переживань**

Скрізь визнається, що соціальна підтримка відіграє ключову роль як буферний чинник після подій, здатних спричинити травму (таких як переживання «фактичної або загрози смерті, значної фізичної шкоди, або ж сексуального насильства, що мало місце або могло статися») [4; 58; 112 та ін.]. Вплив соціального забезпечення є багатограним: він охоплює як зниження вірогідності негативних психічних наслідків (зокрема, синдрому бойового стресу (ПТСР), депресивних станів, схильності до самопошкодження) [1; 140; 141; 202 та ін.], так і сприяння ефективнішому лікуванню (наприклад, прискорене згасання проявів ПТСР та зменшення періодичності його повернення) [3; 158; 206 та ін.]. Ці охоронні функції можуть реалізуватися через різноманітні типи взаємин (скажімо, стосунки з романтичним партнером, родичами, найближчими друзями) і допомагають уникнути розладів ментального здоров'я, спричинених різнорідними формами травмування (як-от бойові дії, акти агресії/зловживання, спостереження актів насильства, травматична втрата близьких, лиха природного походження) [114; 122; 142; 198; 229 та ін.].

Проте соціальні взаємозв'язки виконують подвійну роль, і численні наукові роботи продемонстрували, яким чином саме соціальна допомога здатна зменшити вираженість як психічних розладів, так і функціональних обмежень, що виникають після пережитої травми. Деякі з цих праць були спрямовані на глибше осмислення того, яким чином суперечливі, залежні від ситуації наслідки та міжособистісні механізми у межах конкретних зв'язків (наприклад, рівень якості цих зв'язків) можуть відігравати роль у формуванні стійкості та одужання після травматичних подій [13; 23; 155; 216 та ін.]. Водночас інші дослідження акцентують увагу на важливості усвідомлення соціокультурних чинників, що впливають на процес відновлення після втрат і травматичних переживань, у світлі теоретичних концепцій, що охоплюють еволюційні та психобіологічні аспекти [35; 137; 163 та ін.].

Зважаючи на те, скільки різних шляхів веде до схожих (тобто еквафінальних) чи, навпаки, відмінних (тобто поліфінальних) наслідків після пережиття травматичного стресу, цій сфері було б надзвичайно корисно мати всеохоплюючу концептуальну модель [94; 127; 128 та ін.]. Єдина структура, яка б об'єднала теоретичні погляди та емпіричні дані з досліджень біологічних і психологічних систем реагування на стрес, могла б підсилити та спрямувати багатопланові та полімодальні вивчення біологічних, психологічних та соціокультурних механізмів, які колективно формують стійкість та одужання після потенційно травматичної події. Впровадження такої системи є особливо на часі, враховуючи, як останні стресові чинники підвищили рівень розуміння різноманітних способів, якими соціальні процеси можуть як посилювати (наприклад, ізоляція, відчуття самотності), так і пом'якшувати (наприклад, підтримка оточення, спільний досвід) ризик негативних наслідків для психічного здоров'я слідом за травматичним стресом [99; 210 та ін.].

Ми пропонуємо соціально-психологічну концепцію в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань як теоретичну матрицю для осмислення процесу одужання від стресу у сфері міжособистісних стосунків після травматичного досвіду. Ця концептуальна основа розглядає

внутрішньоособистісні стратегії подолання (тобто внутрішні резерви та методи, як-от зміна установок, що впливають на стресову реакцію) [179] як нерозривно пов'язані з подоланням на рівні взаємодії (тобто зовнішні чинники, як-от соціальна допомога та динаміка стосунків, що сприяють поверненню до норми після стресового впливу) [165; 171 та ін.]. Отже, соціально-психологічна модель відновлення після втрат і травматичних переживань трактує адаптивні та неадаптивні шляхи, якими партнери у взаєминах впливають на посттравматичну стресову відповідь.

Усе це зумовлюється спільними процесами подолання, що відбуваються як усередині особистості, так і між людьми. Ця модель також акцентує увагу на тому, як травматичний досвід позначається на підвалинах соціальної підтримки з погляду соціальної психології, пов'язуючи процес пристосування після травми із функціонуванням біологічних механізмів реагування на стрес, змінами у самооцінці власної спроможності та тими елементами соціальної підтримки, що спрямовані на активне подолання труднощів. Це вимагає детального пояснення суті цієї інтегрованої моделі для наукових пошуків та впровадження практичних заходів впливу.

Соціально-психологічна концепція зводить ключові складові загально визнаних теорій в єдину структуру, що охоплює специфічні механізми, які сприяють поверненню до нормального життя після втрат і травматичних переживань у міжособистісному оточенні. Процес відновлення після втрат і травматичних переживань має плинний характер, адже він передбачає взаємодію як соціальних, так і внутрішніх когнітивних відповідей на стресовий чинник [95; 137 та ін.]. Отже, ця інтегрована соціально-психологічна модель відображає стратегії подолання стресу, застосовані індивідуально та у взаємодії з іншими, в рамках неперервних, взаємно обумовлених, біопсихосоціальних змін, характерних для внутрішньої відповіді організму на травматичний вплив та подальшого одужання.

Натомість, аніж сприймати травму як щось відокремлене, концепція стресового фактору наголошує, що самі стресори є лише імпульсами, які

запускають психологічні відповіді, котрі обумовлюються низкою факторів вразливості до травми – як до її настання, так і під час та після пережитого [88; 185 та ін.]. Ця схильність до травмування уявно розділяється на наступні категорії: екологічні аспекти (тобто ті, що охоплюють особистісні риси та зовнішнє середовище), біологічні детермінанти (як-от спадковість чи особливості нервової системи) та фактори, що каталізують процес (приміром, змінні, безпосередньо пов'язані з травматичною подією, чи залишковий тягар стресу) [60; 185 та ін.]. У межах цього «стресового» підходу, вразливості екологічного спрямування (наприклад, чинники, пов'язані з раннім розвитком, або методиками подолання негараздів) та біологічні схильності (припустимо, мережі нейронів, що відповідають за реакцію на небезпеку) вступають у взаємодію з тими тригерами, що спричиняють хворобу (скажімо, сама травма), аби спровокувати психологічну реакцію на стрес; ця реакція може або підштовхнути до відновлення, або ж призвести до дезадаптації та розвитку психічних порушень. Положення цієї моделі «стресового чинника» слугують основою для впорядкування інших ключових наукових поглядів та напрямків досліджень.

Значення участі компаньйонів у наданні допомоги соціального характеру набуває особливої ваги у часи оговтування від травматичного стресового розладу, постаючи як форма «подолання через взаємодію». Подолання через взаємодію трактується як будь-який тип дій після травмуючої події, що сфокусовані на використанні зв'язків з іншими людьми для стимулювання процесів одужання. Подолання в межах власної особистості зображується як будь-яка діяльність, розпочата самостійно після стресового впливу, спрямована на покращення внутрішньої відповіді на пережитий стрес. Зважаючи на множинні фактори ризику на різних рівнях та механізми розвитку патологій, цілісна соціально-психологічна модель покликана запропонувати орієнтирну схему для осмислення розбіжностей у відновленні після травми та пояснення, чому в одних осіб формуються суттєві проблеми з психічним здоров'ям, тоді як інші демонструють стійкість та особистісне зростання.

Повна, соціально-психологічна концепція представлена нижче. Для збереження уваги на загальному баченні, висвітлення релевантних теорій та їхніх висновків зведено до стислості.

Прихована реакція на стрес. На те, як відбувається опрацювання гострої травматичної події, значно впливають як когнітивні, так і біологічні схильності (тобто внутрішні, ендогенні фактори) до травматизації, які тут ми розглядаємо як «приховану реакцію на стрес» (в інших джерелах їх іноді називають «дотравматичними складниками») [61; 124; 223 та ін.]. Деякі люди можуть мати вбудовані особливості, які сприяють їхній здатності адаптуватися після пережитого стресу. Водночас, інші можуть мати свої когнітивні та біологічні схильності, які були виснажені попередніми чи паралельними стресорами, що може посилювати їхню вразливість до втрат і травматичних переживань.

Ментальні та фізіологічні складники прихованої стресової відповіді спільно й динамічно діють, формуючи підґрунтя для того, як людина реагуватиме на подію, що потенційно може травмувати. Згідно з моделлю соціально-психологічного відновлення після втрат і травматичних переживань, інтелектуальна складова цієї прихованої стресової реакції охоплює соціально-психологічні конструкції, які відображають бачення себе та оточуючого світу індивідом. Схильність до стресової реакції на рівні мислення та фізіології в межах латентного стресового стану взаємно модулюють один одного [52; 137 та ін.].

Таким чином, розумові конструкції, сформовані попереднім досвідом особистості у зіткненні зі стресорами, впливають на готовність біологічних систем реагувати на стрес. Ці системи, у свою чергу, через механізми нейрокогнітивної роботи та біозворотного зв'язку, чинять зворотний вплив на когнітивну схильність. Наприклад, якщо модель, якою людина оцінює новий стресовий чинник, сформована на основі минулих невдач у подоланні схожих обставин, ця особа може мати схильність до надмірно сильної фізіологічної відповіді на цей новий стресоген. Крім того, фізіологічні аспекти, як-от незбалансоване харчування, надмірна чи недостатня фізична активність, збої у

добових ритмах та наявність соматичних недуг, також підвищують загальну вразливість організму до стресу [9; 10; 123; 181 та ін.].

Спираючись на положення біоекологічних систем [123] та соціально-психолого-еволюційних парадигм [16; 137 та ін.], простежується взаємний вплив між реакцією людини на стрес (зокрема, латентною, гострою та відновлювальною фазами) та середовищем, в якому вона перебуває. А саме, умови оточуючого світу (серед них фінансові, міжособистісні, культурні аспекти) [62; 223 та ін.] провокують розвиток латентної стресової відповіді організму [107; 149; 167 та ін.], яка, своєю чергою, здатна модифікувати цю взаємодію із зовнішнім світом. Згідно з гіпотезою генерації стресових ситуацій [162], індивіди, які потерпають від потужних стресових подразників у своєму оточенні, можуть сформувати негативні способи мислення та порушену емоційну регуляцію, що призводить до свідомого вибору або творення обтяжливих обставин довкілля. Ця передбачувана динаміка підтверджена дослідженнями, зокрема серед мешканців бідних районів та громад із низьким рівнем доходу [152], де стресори, зумовлені матеріальною скрутою та расовою дискримінацією, спричиняють порушення біологічних і пізнавальних механізмів, що виражається у подальших проблемах із керуванням стресовими реакціями [110; 153; 228 та ін.]. Соціально-психологічна модель стверджує, що ця двостороння залежність між вродженими схильностями індивіда та його оточенням (наприклад, фінансовим чи культурним полем) є безперервною на кожному етапі розгортання реакції на травму. Враховуючи, що існуюча концепція акцентує увагу на міжособистісних процесах під час подолання травми, особливої уваги заслуговують взаємозв'язки між особистістю та зовнішнім світом саме у фазі реституції.

Гостра реакція на стрес. Наявні латентні механізми виразно формують гостру відповідь на стресову подію, оскільки оцінювання рівня небезпеки, яку становить актуальний стресор, відбувається з використанням уже сформованих упереджених когнітивних структур [1; 111 та ін.]. Дані з афективної нейробіології вказують на те, що схильності до сприйняття загрози/травми та

самооцінка ефективності закріплюються у пам'яті разом з емоційними маркерами, які, своєю чергою, запускають фізіологічні механізми протистояння стресу в умовах потенційної небезпеки [1; 116 та ін.].

З огляду на вищевикладене, наперед задані схеми впливають не лише на те, як оцінюється майбутній чи поточний стресор, але й на інтенсивність мобілізації біологічних систем, відповідальних за реакцію на цей стресор. Історичні та паралельні стресові чинники також додають до алоstaticного навантаження – сукупного ефекту тривалих або виражених стресорів на фізіологічні механізми реагування на стрес [186]. Як правило, особи з накопиченим високим алоstaticним навантаженням демонструють дисфункцію та розлад взаємодії низки пов'язаних біологічних систем, залучених у процес стресової реакції та подальшого відновлення. Приміром, значне алоstaticне навантаження може спричинити стійку фізіологічну гіперактивацію, системні запальні процеси, порушення ендокринно-нейронної регуляції, аномальну комунікацію між відділами мозку та небажані зміни в експресії генів [139; 191; 201; 218 та ін.]. Фундаментальні біологічні механізми реагування на стрес, на які вплинули попередні стресові події, визначають як інтерпретацію загрози, так і ступінь потужності біологічної відповіді на цю розпізнану небезпеку. Особи, що мають підвищену біологічну вразливість до стресів, частіше інтерпретують події як загрозові та переживають більш виражені фізіологічні реакції на стрес [186].

У випадку наявності сильного стресового подразника, психологічні та фізіологічні механізми реагування взаємодіють між собою. Зі зростанням відчуття загрози й падінням самодієвості, системи біологічної відповіді на стрес активуються частіше. Водночас, посилена активація створює фізіологічний відгук, що здатен підсилити сприйняття небезпеки. Іншими словами, чим більше людина відчуває загрозу, тим сильніше вона переживає стрес; і навпаки, чим сильніше переживається стрес, тим вищою стає оцінка небезпеки. У певних обставинах усвідомлена розумова оцінка ситуаційних чинників стресу може запустити реакцію на нього. Проте, «несподіваний»

характер травматичного досвіду може спричинити мимовільні стресові реакції, які передбачають значнішу швидку, підсвідому обробку інформації, засновану на вже сформованих шаблонах.

Подолання труднощів: внутрішньоособистісні та міжособистісні аспекти. Методи внутрішньоособистісного подолання безпосередньо залежать як від гострих стресових реакцій психологічного та біологічного плану, так і від опосередкованих наслідків, що походять від прихованих реакцій. На рівні мислення, оцінка стресового чинника та власної самодієвості формує підхід та реалізацію індивідом стратегій внутрішньоособистісного подолання [19; 26; 27 та ін.]. Динамічна напруга між первинною загрозою та процесами, що стосуються оцінки самодієвості, передбачає безперервні взаємодії між особистістю та оточенням, які розгортаються у поточному моменті та визначають реакцію людини на стресовий фактор [119; 147; 179 та ін.].

Таким чином, процедури оцінювання можуть циклічно впливати на те, як особа реагує на нагадування про травму, а також на подальший вплив цих стресових чинників. У стадії відновлення вибір методів боротьби зі стресом спрямований на досягнення максимальної самодієвості. Особи з високою самодієвістю здатні застосовувати широкий арсенал активних внутрішньоособистісних стратегій: когнітивну реконфігурацію (тобто зміну погляду на стресові події та власні можливості впоратися з ними), емоційне регулювання, вирішення проблем та заздалегідь проактивне зниження вразливості до стресу (маючи на увазі зменшення чинників, які підвищують загальний рівень напруги, як-от фінансові негаразди, проблеми зі здоров'ям та недостатній самогляд) [27; 120; 126 та ін.].

Аналіз літератури стосовно відновлення після втрат і травматичних переживань засвідчує ключову роль самовпевненості у цьому процесі. Дослідження вказують, що особи з вищим рівнем самокоефективності, які надають перевагу дієвим, ініціативним внутрішнім механізмам та навичкам боротьби зі стресом, демонструють кращі результати у відновленні після травми порівняно з тими, хто цього не робить [39; 182 та ін.]. Крім того,

доведено, що здатність гнучко застосовувати активні методики подолання стресу зменшує ймовірність виникнення ПТСР після травматичного досвіду [47; 48; 200 та ін.].

Рівень самовпевненості може знижуватися, коли стикаються з новими травматичними подіями або такими, що мають значну схожість із минулими стресовими ситуаціями, з якими особистість не змогла впоратися ефективно. У таких обставинах особі може бути потрібним виробити нові підходи до подолання та залучити інтенсивнішу соціальну підтримку для успішної адаптації. Інакше існує ризик використання дезадаптивних і навіть шкідливих (ятрогенних) способів боротьби, як-от ігнорування небажаних аспектів події (уникнення), зміна власних прагнень для кращого відповідання обставинам (пристосування) або знецінення власної реакції на ситуацію (девальвація) [150]. Менш ініціативні методики протидії, зокрема згадані вище, здатні підтримувати чи навіть посилювати відгуки на травматичний стрес, сприяючи формуванню клінічних проявів травматичних переживань [151].

На фізіологічному рівні здатність до вибору та дієвого застосування механізмів подолання стресу ґрунтується на залученні внутрішніх ресурсів організму та контролю над біологічними реакціями на стресові подразники. На жаль, наслідки травматичного досвіду здатні негативно позначитися на тих нейробиологічних системах, що необхідні для ефективного протистояння викликам. Детальний аналіз усіх біологічних аспектів, що сприяють відновленню після втрат і травматичних переживань, виходить за рамки нашого поточного завдання. Проте, ми коротко торкнемося їх, аби підкреслити важливість врахування складних та динамічних взаємодій всередині біологічних систем та між ними, що зазнають впливу травми. Це ключові фактори, що визначають здатність особистості впоратися з обставинами [54; 137 та ін.]. Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова (ГГН) вісь відіграє надзвичайно важливу роль як у виникненні, так і в підтримці симптомів, асоційованих із травмою [129; 168 та ін.]. У пацієнтів після втрат і травматичних переживань спостерігається порушення добового ритму функціонування ГГН (тобто,

добових коливань) порівняно з особами, які не переживали травматичний досвід [192].

Окрім того, достеменно відомо, що особи після втрат і травматичних переживань демонструють дисрегуляцію реакції ГГН на нові гострі стресори (це може виявлятися як гіпоактивація, так і гіперактивація) [192]. Недостатня (гіпоактивна) діяльність ГГН заважає мобілізації фізіологічних резервів, потрібних для формування адекватної поведінкової відповіді з метою протидії актуальним стресовим факторам. З іншого боку, надмірна (гіперактивна) активність ГГН означає залучення механізмів у більшому обсязі, ніж того вимагає сам стресор. Це, у свою чергу, позбавляє людину когнітивної можливості діяти та ускладнює ефективне використання виконавчих функцій для продуктивного керування стресовими ситуаціями (наприклад, унеможливорює регуляторне втручання) [118]. Надмірний вплив глюкокортикоїдів (зокрема, кортизолу), який супроводжує гіперактивацію ГГН, відомий своєю нейротоксичною дією на відділи мозку, відповідальні за емоційну регуляцію та виконавчі процеси (наприклад, вентромедіальну префронтальну кору) [211].

Ці наукові знахідки корелюють із новими даними, які встановлюють зв'язок між впливом травматичних подій, порушенням добового та гострого регулювання ГГН, а також погіршенням виконавчих функцій префронтальної зони (зокрема, оперативної пам'яті, когнітивної гнучкості), що задіяні у проактивному подоланні проблем (наприклад, у вирішенні задач або когнітивній реструктуризації) [213].

Неправильне функціонування ГГН осі є лише однією з ілюстрацій того, як порушення виконавчих функцій, спричинені травмою та опосередковані нейробіологічними збоями, можуть ускладнити спроможність особи активно та дієво протистояти стресовим факторам. Науковці вже виявили низку біологічних систем, на які впливає травматичний досвід, а також механізми, що сприяють як вразливості до стресу, так і стійкості до нього, і ця робота триває [182; 208; 219 та ін.]. Серед таких чинників – генетичні та епігенетичні аспекти

ї роль, яку вони відіграють у формуванні ендотипів [175], рівні запальних маркерів, нейроендокринні відповіді на стрес (зокрема, кортикостероїди, андрогени) [129; 168 та ін.], аномальні функції й будова мозку [121], а також ключові регулятори симпатичної активації та парасимпатичного відновлення, як-от ендогенні нейрохімічні речовини (наприклад, норадреналін, адреналін, ГАМК) [220] та зовнішні агенти (наприклад, пропранолол) [221].

У тих, хто демонструє надмірну фізіологічну реакцію на травму, поведінкові прояви можуть набувати форми психобіологічного ступору (тобто заціпеніння), низької ефективності у застосуванні активних стратегій подолання (наприклад, у розв'язанні проблем) або ж схильності до більш автоматизованих, мимовільних реакцій (як-от агресія, уникнення, боротьба чи втеча), спрямованих на швидке усунення подразника. Подібні поведінкові патерни можуть призвести до невдалого керування стресом або навіть посилити загальну реакцію на травматичний досвід (тобто погіршення ситуації та зростання емоційного дистресу). Може сформуватися загальна схема реагування на стрес, де порушення біологічних відповідей на стрес породжують неефективні поведінкові дії, що, своєю чергою, зменшує відчуття власної компетентності. Зниження ж відчуття самоефективності, у свою чергу, підвищує ймовірність як біологічної дисрегуляції, так і неефективних поведінкових відгуків. Якщо такий цикл усталюється, ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) суттєво зростає.

Взаємини із супутниками життя здатні як приносити користь, так і шкодити внутрішнім механізмам подолання негараздів. Через це нам видається важливим зосередити увагу на понятті «соціальна допомога», пам'ятаючи, що не будь-які стосунки та реакції оточуючих є підтримкою за своєю суттю.

Наслідки травми у вигляді розладів психобіологічного рівня та падіння віри у власні сили нерідко потребують допомоги від партнерів саме у формі соціальної підтримки. З іншого боку, ці ж партнери проходять перевірку на те, чи здатні вони відповідати очікуванням та задовольняти потреби травмованої особи у підтримці. Згубний вплив травми на біологічні та розумові системи,

зниження відчуття власної спроможності та менш дієві методи боротьби можуть спричинити інтенсивніший запит на допомогу [55; 113 та ін.], що, своєю чергою, посилює навантаження на партнерів, які можуть виявитися не зовсім готовими надавати дієву психологічну підтримку. Хоча люди, оточені ширшими колами соціальної допомоги, зазвичай легше переносять стресові події [132] (на відміну від бар'єрного ефекту стресу [129; 132; 133 та ін.]), саме сприйняття цінності наявної соціальної підтримки тісніше корелює з успішною адаптацією після травми, а не обсяг цієї мережі [69, 70]. Це підтверджує тезу, що функціональні, якісні аспекти (як-от емоційна чи практична допомога) можуть краще прогнозувати стійкість після пережитого стресу, аніж структурні складові соціальної підтримки (тобто кількість контактів, частота спілкування [197; 215 та ін.]).

Надання соціального забезпечення може статися у відповідь на пряме або завуальоване прохання про допомогу від особи, яка переживає тягар, а також коли спостереження за ситуацією та розуміння здібностей суб'єкта до виживання у скрутних умовах дають змогу зробити відповідні висновки. Особи, які пережили травматичний досвід, можуть залучати свої стосунки для того, аби краще застосовувати власні механізми боротьби зі складнощами, однак це можливе лише за умови, що партнери у цих зв'язках спроможні надати ту допомогу, яка відповідає актуальним потребам індивіда.

Теорія соціально-психологічного виходу з наслідків травми акцентує увагу на взаємозв'язку між соціальною допомогою та дієвістю, припускаючи, що підтримка найсприятливіше впливає на відновлення після травматичного стресу, коли вона дає змогу людині або застосовувати вже наявні, або вибудовувати нові внутрішні методи подолання негараздів. Особи, які більш впевнені у власних силах, можуть використовувати середовище стосунків як «підсилювач», тоді як ті, хто менш вірить у себе, можуть потребувати активнішої інтервенції. Соціальна підтримка здатна стимулювати особистісний вихід із кризи, або спонукаючи до вжиття певних кроків, або ж демонструючи приклади таких дій. До того ж, допомога ззовні може допомогти зменшити

схильність до уникнення та стимулювати інші активні дії, тим самим знижуючи ймовірність розвитку негативних наслідків після втрат і травматичних переживань [138; 168 та ін.]. Наприклад, друзі чи родичі можуть надихнути травмовану особу повернутися до звичних справ, стати віч-на-віч зі спогадами про подію, обговорити та переосмислити травму і власні реакції на неї, а також запровадити інші ефективні способи впоратися зі стресом у періоди надзвичайного напруження.

Спираючись на сучасні концепції диференціальної чутливості [117], парадигма посттравматичного зростання (ПТЗ) пропонує якісний зсув у тому, як ми визначаємо посттравматичну адаптацію: від вузького сфокусування на зменшенні негативних емоційних станів, посттравматичного стресу та супутніх наслідків (тобто повернення до норми) до розширення цього фокусу, аби включити зростання позитивних емоцій, вдячності за саме життя, духовне збагачення та інші адаптивні набутки (тобто власне зростання) [217]. ПТЗ припускає, що у процесі посттравматичної адаптації взаємодіють як міжособистісні механізми (наприклад, саморозкриття, залучення соціальної підтримки), так і внутрішньоособистісні (наприклад, зміна когнітивних схем), сприяючи розвитку (наприклад, віднайденню внутрішньої сили). Концепція ПТЗ відрізняється від соціокогнітивної теорії за двома важливими пунктами.

По-перше, у соціокогнітивному підході адаптація після травми, підтримана соціально, досягається переважно через підвищення самоефективності. Натомість, у рамках ПТЗ подібна адаптація реалізується через саморозкриття. Інакше кажучи, соціо-психологічна теорія стверджує, що соціальна підтримка мотивує до дій, стимулюючи застосування та засвоєння навичок, необхідних для подолання труднощів. Теорія ж ПТЗ стверджує, що соціальна підтримка стимулює самоактуалізацію завдяки міжособистісному саморозкриттю та спілкуванню, в результаті чого індивіди спільно формують нові уявлення про себе, а також перебудовують свої ментальні моделі щодо власного характеру, сенсу життя та життєвого призначення.

По-друге, згідно із соціокогнітивною теорією, механізми соціальної підтримки націлені на корекцію індивідуальних рис; як тільки самоєфективність укріплюється, а симптоми травми слабшають, особа припиняє використовувати стратегії подолання, що залежать від підтримки оточуючих. У теорії ПТЗ ж фокус соціальної підтримки спрямований на подолання індивідуальних бар'єрів та підтримку подальшої просоціальної активності. Це, своєю чергою, сприяє нарощуванню гедоністичного, евдемонічного та загального психологічного добробуту у того, хто наважився на саморозкриття. Концепція посттравматичного зростання (ПТЗ) [217] передбачає, що тривала змістовна розмова з близькими людьми може сприяти формуванню нових самоідентифікацій та переосмисленню сутності, мети та сенсу існування (наприклад, формування нової впевненості у власних силах після пережиття травматичної події).

Співмешканці, які надають «соціальне плече» й самі пройшли через травматичні події, успішно подолавши посттравматичні стресові явища, можуть стати цінним ресурсом для взаємодопомоги [193]. Такі партнери володіють знаннями про дієві методи підтримки (як-от емоційну чи практичну допомогу), що сприяють конструктивному внутрішньому врегулюванню складних станів. Приміром, у парах «батько/мати-дитина», діти здебільшого демонструють кращі психологічні показники, коли їхні опікуни зазначають менший рівень внутрішнього напруження [173]. Прихильники теорії ПТЗ (переживання травматичних подій) припускають, що особи, які пережили шок, можуть охочіше ділитися своїм досвідом із тими партнерами, хто здатен співпереживати їхнім травмам, визнати нормальність цих реакцій, а також допомогти трансформувати хибні історії та внутрішні переконання щодо пережитого, адже слова такого партнера сприймаються як більш правдиві [217].

Попри усі спроби оточення, яке прагне надати соціальну допомогу, ключові прояви ПТСР здатні ускладнювати процес отримання такої підтримки та чинити згубний вплив на міжособистісні зв'язки. Наприклад, люди, що пережили травматичний досвід, нерідко відмежовуються від інших, а при

спробах соціальної взаємодії демонструють гнів чи надмірну збудливість [183]. Наслідки травми, що виявляються у зниженій здатності до вирішення проблем, труднощах із встановленням близькості та схильності до агресії, можуть негативно позначитися на якості стосунків та шансах отримати допомогу в майбутньому [125].

З огляду на підвищений рівень напруження та обмеженість функцій саморегуляції, травмовані особи можуть не помічати емоційного стану тих, хто надає їм підтримку, або ж не бути у змозі підтримати їх у складні моменти, що веде до відсутності взаємності [203]. Ці проблеми у взаємодії часто спричиняють зростання непорозумінь, посилення конфліктних ситуацій та зниження задоволеності від стосунків, унаслідок чого ймовірність тривалої підтримки з боку партнера знижується [194].

Дослідження, що аналізують двосторонній зв'язок між соціальною підтримкою та станом здоров'я, вказують на те, що захисна дія соціальної підтримки від стресу може з плином часу слабшати, адже травмо-асоційовані психічні прояви та поглиблення дисфункцій обтяжують стосунки, тим самим звужуючи доступність та якість пропонованої допомоги [172]. Симптоматика втрат і травматичних переживань та доступність соціальної підтримки перебувають у часовій взаємодії таким чином, що вищий рівень підтримки корелює зі зменшенням проявів негативних наслідків після втрат і травматичних переживань, тоді як виражені симптоми, у свою чергу, призводять до зменшення соціальної підтримки, причому цей ефект є значнішим у найбільш близьких стосунках (сім'я, партнери, друзі) [225].

Інші складні міжособистісні взаємодії можуть проявитися у процесі оговтування від травматичного досвіду. Спільники, котрим бракує вправності у щирому вислуховуванні, опануванні власної стресової реакції, витривалості до чужого болю або у наданні поглядів, що можуть бути інтегровані у площинну зміну настанов, схильні висловлювати зневагу чи спрямовувати розмову геть, аби лише не зачіпати травматичного досвіду (приміром: «Та то не варте й уваги»). Деякі «опори» у соціальному плані можуть реагувати на розповіді про

травму шкідливими зауваженнями (як-от докорами, приниженнями чи глузливими репліками), що здатне підживлювати негативні почуття, зменшувати віру у власні сили та посилювати вже закріплені деструктивні моделі (наприклад, відчуття сорому, провини, нездатності).

Особи, які пережили травму, чії партнери демонструють до них вищий рівень негативного впливу та висловлюють більше несхвальних оцінок, зіштовхуються із затяжнішими проявами ПТСР; власне, вплив «негативних соціальних відгуків» на передбачення гостроти симптомів ПТСР виявився суттєво вагомішим, аніж вплив позитивних елементів соціопідтримки [231]. Окрім того, що це шкодить самосприйняттю людини і додає тягаря після травми, партнери, які нібито надають підтримку, можуть самі слугувати зразком та поштовхом до застосування непридатних чи шкідливих методів адаптації, як-от зловживання речовинами, агресивна поведінка стосовно інших чи думки про самогубство [222].

Співучасники «соціальної допомоги» також здатні надавати підтримку, що не є цілком сталою – це певні форми взаємодії, які видаються корисними й можуть приносити певну користь (наприклад, зміцнення соціальних зв'язків, короткочасне зняття напруги), проте водночас можуть заважати розвитку самостійності або самоусвідомлення. Одним із проявів такої непостійної допомоги є спільне обдумування, або схильність до заглиблення в проблеми та негативні емоції у взаємодії з іншими [209]. Хоча цей парний процес частіше розглядався у дослідженнях, присвячених клінічній депресії, він має значення і для тих, хто оговтується від посттравматичних станів. Незважаючи на те, що особи, які беруть участь у спільному обдумуванні з особою, яка пережила травму, можуть демонструвати базові якості підтримки, як-от емпатію та визнання почуттів, цей процес рідко породжує конкретні ідеї для конструктивних шляхів подолання стресу.

Таким чином, постраждала особа може «відчувати» підтримку, але залишатися в стані стресу через відсутність плану конкретних дій для управління цим станом. Спільне міркування може навіть слугувати механізмом,

що сприяє поширенню внутрішніх проблем у стосунках, збільшуючи ризик психічних розладів як для травмованої особи, так і для її оточення. Важливо розрізняти спільне обдумування від взаємної когнітивної діяльності [217]. При останній формі партнери «соціальної підтримки» взаємодіють із тими, хто переживає стрес, застосовуючи свідоме, цілеспрямоване мислення, яке не викликане безпосередньо ситуацією. Взаємне когнітивне опрацювання може дати людині, яка перебуває у стресі, додаткові можливості для пошуку глибшого сенсу та позитивного переосмислення деструктивних переконань, пов'язаних із травматичним досвідом.

Інші види нестійкої допомоги можуть дати змогу знизити рівень напруги в індивіда на даний момент, проте здатні спричинити негаразди у майбутньому. Приміром, особи, що виступають «соціальними помічниками», можуть безпосередньо керувати або прибирати чинники довкілля, які провають зростання стресу (наприклад, надавати кошти для полегшення фінансових проблем; давати змогу особі, що переживає стрес, лишатися у своєму помешканні, аби запобігти суперечкам у сім'ї; домовлятися з кимось замість особи, яка потерпає від стресу, щоб імпровізувати конфлікт), але вони не усувають першопричинних ознак посттравматичного розладу.

Слід пам'ятати, що така поведінка помічників може бути критично важливою для забезпечення негайної фізичної безпеки та захищеності тих, хто нещодавно пережив травматичні події. Проте, у перспективі часу (ймовірно, після того, як пряма небезпека мине), ця допомога може підживлювати уникнення, зменшення активності й заважати самореалізації травмованої особи. По суті, хисткий супровід може оминати внутрішні психологічні механізми, потрібні для того, щоб допомогти людині, що зазнала стресу, зміцнити власну віру у свої сили долати виклики та сприяти самоусвідомленню.

Таким чином, нестійка підтримка може сприяти формуванню патернів надмірного заспокоєння та залежності від інших у боротьбі з напругою. Як наслідок, низька самооцінка власних спроможностей щодо подолання труднощів, відсутність перегляду установок та збереження високого рівня

травматичного напруження можуть ускладнювати стосунки з тими партнерами, на яких ставлять занадто великі надії.

Деякі небажані динамічні взаємодії можуть частіше проявлятися у зв'язках із партнерами, які самі переживають посттравматичні реакції через безпосередній чи опосередкований вплив травматичних обставин.

Коли і особа, яка потребує допомоги, і її «соціальна опора» демонструють психологічні прояви травми, зберігати взаємно сприятливі стосунки стає скрутно. Причина у протиріччі потреб та обмеженості психологічних ресурсів, необхідних для дієвої підтримки. Наприклад, якщо «соціальна опора» пережила той самий травматичний досвід (скажімо, спільне вторгнення у дім, автокатастрофа чи війна), і обоє намагаються впоратися, зв'язок може стати дисфункціональним. Це може виявитися у взаємному уникненні обговорення травмуючого досвіду (через страх стимулювати один одного), спільного «переживання» чи спільної участі у деструктивних механізмах уникнення (наприклад, зловживання речовинами, ризикована поведінка). З огляду на тиск, який травматичний стрес чинить на стосунки, не дивно, що симптоми ПТСР заздалегідь віщують зниження соціальної підтримки у наступні роки після події [172; 204 та ін.].

Підтримуючі дії також можуть бути спрямовані на зміни у навколишньому середовищі, котрі сприяють внутрішній адаптації (наприклад, допомога у задоволенні базових потреб у фізичній безпеці та захисті, усунення чи пом'якшення стресорів, не пов'язаних напряду з травмою). Проте, партнери, які продовжують надмірно опікуватися та йти на поступки навіть після того, як минула безпосередня загроза фізичній цілісності, можуть перешкодити внутрішньому одужанню і, як наслідок, посилити залежність травмованої особи. На якість та обсяг наданої допомоги також можуть впливати обставини життя самого партнера. Скажімо, партнер може обмежитися малою підтримкою, якщо й сам бореться із власними розумовими та фізіологічними реакціями на постійні чи численні зовнішні стресори.

Особистісні механізми внутрішнього виживання здатні впливати на потенційно негативні наслідки стресорів, пов'язаних із безпосереднім середовищем індивіда. До таких прикладів можна віднести вихід зі складної ситуації або її трансформацію (наприклад, свідомий вибір чи коригування обставин), або ж застосування індивідуальних методів совладання (зокрема, переорієнтація уваги, зміна сприйняття ситуації) з метою обмеження впливу оточення на здатність особи контролювати свою реакцію на стрес [45; 46; 161 та ін.].

Як зауважують Р. Тедечі та Л. Калхун [217], травматичний досвід зачіпає не лише окремих осіб, а й їхніх «носіїв соціальної підтримки», колективи та спільноти в цілому. У випадках масового травматизму, індивідуальні зусилля спрямовані на осмислення та переробку життєвих історій можуть ініціювати формування нової системи поглядів, яка оскаржуватиме усталені суспільні норми (наприклад, упередження) та прагнутиме до змін у порушуючих структурних елементах екосистеми (наприклад, законодавство).

Завдяки взаємному сприянню змінам, осмислені розповіді людей, котрі пережили значні навантаження, можуть бути вбудовані у спільні соціальні рамки. Як ілюстрація, дослідження, проведене на загальнонаціональній вибірці ветеранів Сполучених Штатів Америки, виявило, що поряд із отриманням підтримки від інших, зростання проявів альтруїзму (наприклад, допомога нужденним) вело до зниження симптомів інтерналізації, імовірно, через послаблення соціальної відстороненості та самотності, а також через стимулювання відчуття значущості, орієнтирів та життєвого призначення [193].

Обставини довкілля також мають свій вплив на те, наскільки особа здатна впоратися з труднощами на рівні внутрішніх переживань. До таких обставин належать, наприклад, постійна наявність проявів травми, інші чинники стресу з оточення, а також доступність ресурсів для подолання негараздів. Безперервний вплив травмуючих стимулів та додаткових стресових чинників здатен або підтримувати наявні реакції на стрес, або посилювати їх, що, своєю чергою,

ускладнює можливість людини успішно застосовувати свої внутрішні механізми для боротьби з викликами.

Реакції з боку оточення, які прямо стосуються пережитої травми (наприклад, забезпечення справедливості через юридичні механізми) або знижують імовірність повторення подібних травм у майбутньому (наприклад, впровадження оновлених заходів безпеки у громаді), можуть сприяти позитивній динаміці внутрішніх зусиль особи та підтримувати процес одужання. Подібним чином, нещодавні дослідження вказують на те, що соціальна єдність із громадою, спільні дії та відчуття добробуту, яке впливає з очікуваної підтримки та спільних цілей після спільного переживання травматичного стресу, можуть покращити відновлення (наприклад, в умовах воєнного тиску чи наслідків стихійного лиха) [196].

Шляхи повернення до норми після стресу. Внутрішньоособистісне подолання виступає посередником у переході від гострої реакції до відновлення. Це відбувається через зміни у тому, як особистість оцінює загрозу та саму травму, як вона бачить власну спроможність, через перебудову глибинних схем, реконструювання власної історії та регулювання функціонування біологічних систем, що реагують на стрес. Такі стратегії, що спрямовані на зміну сприйняття (наприклад, когнітивна реструктуризація), переналаштування фізіологічного збудження (наприклад, техніки релаксації) або корекцію стресових факторів середовища (наприклад, вихід із ситуації чи зміна оточуючого простору), можуть допомогти в упорядкуванні стресових реакцій та сприяти ефективному відновленню після пережитого. Коли сприйняття небезпеки/травми знижується, а відчуття власної ефективності зростає, біологічна вразливість до стресу зменшується. Водночас зменшення біологічної вразливості, зі свого боку, підсилює відчуття захищеності/добробуту та віру у власні сили.

Таким чином, як внутрішні, так і міжособистісні методи боротьби зі стресом значною мірою підтримують відновлення через коригування оцінки стресової ситуації та власної спроможності, переосмислення травматичних

схем та покращення здатності регулювати біологічні відповіді на стрес та/або змінювати зовнішні обставини.

Навколишнє середовище та часові рамки. Слід уважити, що низка чинників оточуючого середовища, які сприяють прихованій реакції людини на стрес, імовірно, матимуть вплив як на етапи гострого стресу, так і на процес одужання. Ці сталі зовнішні чинники можуть охоплювати соціально-економічну напругу, випадки жорстокого поводження, проблеми із забрудненням, високу концентрацію населення та культурні обмеження. Деякі аспекти середовища можуть залишатися незмінними протягом усіх стадій стресової відповіді (наприклад, специфіка місцевої культури) і, відповідно, стабільно підтримувати підвищений ризик або, навпаки, сприяти стійкості. Проте, способи, якими особистість та групи людей справляються зі стресом (як індивідуально, так і між собою), також можуть модифікувати чинники середовища та контекст ситуації.

Час є ключовою складовою в етапі одужання в рамках поєднаної соціально-психологічної моделі відновлення після посттравматичного стресу. Відлік часу для реабілітації розпочинається безпосередньо після переживання гострої травмуючої події. Варто підкреслити, що сам процес відновлення є унікальним для кожної особистості: тривалість періоду від травми до повного повернення до норми залежить від багатьох елементів, включно з тими навичками подолання труднощів, які людина має від природи чи навчилася набувати, а також від доступу до допоміжних ресурсів, що дозволяють застосовувати як внутрішні, так і соціальні методи боротьби зі стресом. Визначити точну межу «завершення відновлення» доволі складно, оскільки існує цілий спектр критеріїв, які можна використати для точного визначення цього стану. Наприклад, поняття “повернення до початкового стану” (будь то біологічний або психологічний базис) припускає, що цей вихідний рівень був як адаптивним, так і здоровим. Навіть якщо це припущення вірне, здорове психологічне функціонування на етапі одужання після травми може якісно відрізнятися від того, що мало місце до травматичного інциденту (отже,

концепція відновлення має включати і потенціал для посттравматичного зростання).

Різні тактики виживання можуть мати різний вплив на процес одужання залежно від того, на якій стадії цей процес перебуває (тобто вони є залежними від часового фактору). Приміром, ухилення (скажімо, втеча) на початковому етапі зіткнення з травматичним моментом (як-от фізичний напад) може служити для зменшення розумового та фізіологічного виснаження, якого особа могла б зазнати, якби вирішила залишитись поблизу осередку травми та/або пов'язаних із нею подразників. Підхід до подолання, де домінує пряма дія, в умовах негайної та некерованої травми може наражати на ризик як безпеку, так і психобіологічні функції, які, інакше, були б збережені завдяки більш обережним, орієнтованим на відхід, методам. Проте, у тривалій перспективі, постійна відстороненість (наприклад, нездатність виходити з дому тривалий час після травматичного епізоду) може завадити ефективному поверненню до норми, тоді як активні стратегії подолання (як-от вихід у справах, повернення до роботи) здатні сприяти успішному відновленню після стресу.

Щодо міжособистісного способу подолання, який також прив'язаний до часу, особи, що надають соціальну підтримку, можуть бути найбільш корисними, коли вони заохочують застосування внутрішньо-особистісних методів, які відповідають потребам конкретного етапу травмованої особи. «Соціальні партнери» можуть допомогти з практичними потребами одразу після події (наприклад, звернення до правоохоронних органів), а згодом змістити акцент на надання переважно емоційної підтримки. Психологічна перша допомога та методи відновлення психологічної стійкості – це програми превентивного характеру, сфокусовані на травмі, які наголошують на важливості індивідуалізованого підходу до допомоги людям та їхній поточній стадії регресу.

Схильність до рекуперації. Загальна реакція на стрес (тобто як гостра фаза, так і подальше відновлення) після травматичного інциденту чи будь-якого тригера, що нагадує травму, впливає на майбутні латентні реакції організму на

стрес, що впливає зі зміненої схильності. У соціально-психологічну модель включаються: як особистість оцінює власну спроможність справлятися зі стресовою реакцією, і наскільки вплив стресора позначається на її загальному стані. Подібним чином, рівень збудження, викликаний стресором, а також тривалість цього стійкого збудження, впливають на встановлені параметри біологічних систем реагування на стрес, як у контексті добових ритмів (тобто щоденного функціонування), так і в плані гострої (тобто реактивної на стрес) активності.

Грунтовний огляд наукової літератури, а також вибудована вище концептуальна модель, наголошують на нагальній потребі у проведенні поглиблених студій, які б розкривали механізми взаємодії між особистісними, біологічними та психологічними чинниками у процесі відновлення від наслідків посттравматичного стресового розладу. В умовах, коли дослідники не полишають спроб з'ясувати кореляції між обсягом соціальної підтримки та проявами травматичних переживань, запропонована концепція може стати фундаментом для ідентифікації специфічних односпрямованих та транзакційних шляхів, які або підвищують ризик, або ж, навпаки, сприяють поверненню до нормального стану. Хоча соціометрична підтримка загально визнана як захисний фактор, аналіз, проведений нами, вказує на те, що не кожна форма такої підтримки є однаково ефективною; отже, з'ясування «хто, що, коли, де і яким чином» надається соціальна допомога є вирішальним для виокремлення тих форм міжособистісної поведінки, які або стимулюють, або, навпаки, гальмують успішне подолання травматичного досвіду.

Інтраперсональні стратегії копінгу, інтерперсональні механізми подолання та рекуперація після травми. Для того, щоб належним чином дослідити переплетіння процесів, що мають першорядне значення для одужання від травми, потрібні майбутні (проспективні) дослідження, що використовують мультимодальний підхід. Зміни у спільному функціонуванні нейроендокринних, фізіологічних та імунних систем, залучених у стресову відповідь, мають моніторитися одночасно з довготривалим збором біологічних

зразків (скажімо, слизового кортизолу, альфа-амілази, варіабельності серцевого ритму, запальних цитокінів) для визначення міжсистемних патернів біологічної вразливості.

Зокрема, перспективні дослідження мусять бути сфокусовані на інтеграції експериментальних методик, які вивчають роботу цих систем у контексті гострого стресу, загрозливих ситуацій та винагороди (включаючи, наприклад, метрики реагування кортизолу, чутливість до помилок, оцінку винагороди) у динаміці часу та за конкретних умов внутрішньої (інтраперсональної) обробки стресу (як-от ухилення, переключення уваги). Необхідним є застосування методологій «*in vivo*», спрямованих на дослідження систем негативної та позитивної сигналів саме у контексті міжособистісної обробки стресових факторів, враховуючи різноманітні типи зв'язків (наприклад, тісні дружні стосунки, романтичні союзи, пари «опікун-дитина») та синхронну активність тих нейробіологічних систем, які найбільш чутливі до впливу соціуму (наприклад, окситоцинова система).

Системи моніторингу поведінки мають на меті дослідити взаємозв'язки нейробіологічних систем із природним процесом міжособистісної обробки стресу та в умовах навчання підтримці (наприклад, активне слухання, визнання значущості, розв'язання проблем, визначення/розширення копінгових навичок). Збір екологічних миттєвих оцінок поведінки, пов'язаної з подоланням труднощів, когнітивних процесів, стресорів, спричинених травмою (наприклад, тригерів), та посттравматичних проявів, паралельно з вищезгаданими експериментальними схемами, дасть змогу проводити як мікромиттєві, так і ситуаційні дослідження відновлення після травматичного досвіду. Для фіксації індикаторів прогресу (наприклад, зрушень у самосприйнятті/розповідях, пов'язаних із травмою) та інших віддалених наслідків травми (наприклад, спостереження за дітьми, які пережили травму, аж до пізнього підліткового чи дорослого віку, щоб зрозуміти, як травма в ранньому віці позначається на стосунках та психічному добробуті надалі) може знадобитися розширений спектр вимірювань. Дані, отримані в рамках багатовимірних проспективних

досліджень, можуть бути корисними для багатосшарового аналізу, орієнтованого на індивідуальні особливості, та аналізу прихованих класів [101; 102 та ін.]. Це дозволить виявити індивідуальні відмінності у механізмах подолання стресу та профілях ризику розвитку ПТСР, які точніше вказують на необхідний рівень втручання.

Було б доцільно проводити дослідницькі інтервенції, спеціально спрямовані на стимулювання стійкості через модуляцію зв'язків між соціальним підкріпленням та вмінням долати труднощі. Наявний науковий базис, що підтверджує ефективність психотерапії, корекції та лікування, пов'язаних із травмою, протягом усього життєвого циклу, є обнадійливим, оскільки численні рандомізовані контрольовані випробування демонструють одужання осіб, які пережили травму та мають значні ментальні симптоми, завдяки реабілітаційним заходам [143]. Останні досягнення у вивченні реабілітації виявили вирішальну роль «соціальних підтримувачів» у розвитку навичок подолання. Наприклад, залучення опікуна для демонстрації та сприяння навичкам копіюгу стало ключовим елементом емпірично обґрунтованих методів корекції, психотерапії та реабілітації молоді, таких як травма-орієнтована когнітивно-поведінкова терапія [132], а також у зниженні ризиків через сімейну терапію [140].

Схожим чином, когнітивно-поведінкове сумісне втручання при відновленні після втрат і травматичних переживань залучає романтичних супутників для надання допомоги особам, які пережили травму, у процесі їхнього відновлення [188]. Залучення партнерів до надання підтримки, демонстрації навичок, що допомагають долати труднощі, та заохочення виконання завдань, пов'язаних з експозиційною терапією, може стати дієвим методом підсилення ефективності корекційних заходів, терапії та реабілітації, а також покращення їхніх кінцевих результатів [136; 189 та ін.].

Проте, включення партнерів у процес корекції, терапії та реабілітації після травми завжди пов'язане із певними викликами. Супутники можуть зіткнутися з труднощами при спробах досягнути деталі травматичних подій, особливо коли

Йдеться про жахливі ушкодження, смерть або фізичне/сексуальне насильство, особливо якщо вони перебувають у тісному емоційному зв'язку з жертвою. Ці проблеми можуть трансформуватися у вторинну або опосередковану травматичну реакцію, що, у свою чергу, може зменшити ймовірність того, що особа, яка постраждала, продовжить обробляти травму разом зі своїм партнером (тобто стимулювати уникання), або ж погіршити якість наданої підтримки (наприклад, партнери, які оговтуються від власних переживань, можуть не мати змоги дати слушні поради щодо подолання). У деяких випадках, партнери, які виступають у ролі “соціальної опори”, могли пережити ту саму травму і їм буде складно підтримувати один одного через вплив події на їхню власну здатність регулювати стрес. Як уже згадувалося, наслідки втрат і травматичних переживань та поведінкові проблеми є більш вираженими у дітей опікунів, які повідомляють про високий рівень власного дистресу після травматичної події [173]. Тому критично важливим є ретельне визначення готовності партнера, що надає підтримку, долучатися до процесу, щоб запобігти можливим ускладненням при його інтеграції в план реабілітації.

Зрештою, соціально-психологічна модель відновлення після втрат і травматичних переживань відкриває перспективи для профілактичних розробок, які досліджують користь залучення стосункових партнерів та індивідуальних стратегій подолання для пом'якшення психічних симптомів після впливу травматичних стресорів.

Більше шістдесяті відсотків людей стикалися з однією чи кількома негативними подіями у дитинстві [156], що засвідчує: значна частина населення пережила певні суттєві стресові чинники протягом життя. Багато з цих осіб не шукають офіційної допомоги, а покладаються на власні внутрішні шляхи впоратися зі стресом та свої соціальні зв'язки. Проте, як уже зазначалося, навіть найкращі наміри щодо підтримки можуть виявитися безкорисними або ж спровокувати формування нездорових способів подолання напруги. Потрібні дослідження, аби з'ясувати, які саме аспекти соціальної підтримки найкраще знижують наслідки травматичного стресу та покращують особисту здатність

людини адаптуватися. Зокрема, слід ретельно вивчити міжособистісні аспекти програм допомоги та профілактики, щоб зрозуміти, чи допоможе надання знань про травму та навчання правильній підтримці (наприклад, плекання впевненості у власних силах, методи релаксації, підхід до тригерів травми) для близьких партнерів знизити ризик психологічних проблем та підвищити ефективність терапії. Окрім того, дослідження, сфокусовані на розумінні термінів надання соціо-підтримки та стимулюванні здорового подолання труднощів, можуть бути корисними для пошуку доказових відповідей на питання «коли» (наприклад, «у який момент певні види соціальної допомоги є найдієвішими?», «коли додаткова психологічна підтримка є виправданою/найбільш результативною?»). Соціально-психологічна модель в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань об'єднує кілька теоретичних поглядів, які стосуються взаємодії між особистісними та міжособистісними процесами, що допомагають пережити травматичну подію.

Таким чином, ця нова концептуальна структура зводить до купи досить розрізнені напрямки емпіричних пошуків, щоб цілісно розкрити всю складність ризику та стійкості після травми. Відображаючи сучасний стан цієї сфери, ця модель наголошує на потребі враховувати численні процеси взаємодії, особливо ті, що важливі для розуміння того, як взаємодія з іншими впливає на внутрішнє відновлення індивіда. Спираючись на цю модель як орієнтир, науковці зможуть заповнити прогалини у знаннях завдяки тривалій експериментальній та клінічній роботі, зосередженій на виявленні точних механізмів, завдяки яким міжособистісні явища можуть або сприяти, або перешкоджати відновленню після стресу.

Світова Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) трактує ментальне здоров'я як стан загального добробуту, коли людина розуміє власні можливості та вміло й плідно їх реалізує на користь свого оточення [112]. Зважаючи на те, що стан здоров'я формується під впливом комплексу заплутаних чинників – біологічних, психологічних, суспільних, культурних, економічних та духовних – необхідно визнати: здоров'я та проблеми психіки мають не лише природничу

чи психологічну основу, але й невід'ємні соціальні аспекти та характеристики. Суспільні елементи, здатні суттєво сприяти формуванню, підтримці та зміцненню здоров'я, мають значущий вплив на захворюваність, розповсюдженість та стійкість хвороб [140]. У цьому аспекті критично важливо приділяти увагу соціальним детермінантам, що впливають на психічний стан, і сприйняття підтримки з боку оточення є однією з таких ключових змінних. Соціальна підтримка – це рівень допомоги, який людина відчуває та про який повідомляє. Оскільки це явище нерозривно пов'язане з людською взаємодією, саме надання соціального контакту відіграє важливу роль у добробуті індивіда [199]. Сама по собі наявність підтримки не є вирішальною; важливіше – упевненість у її існуванні [202]. Соціальне підкріплення забезпечує як фізичний, так і психологічний зиск особам, які переживають стресові події (фізичні чи психосоціальні), і розглядається як чинник, що пом'якшує психологічний дистрес при зіткненні з напруженими обставинами [158].

Протягом останніх десятиліть було проведено безліч досліджень, присвячених впливу соціальної підтримки на загальне здоров'я, якість життя, і, зокрема, на ментальне благополуччя. Проте кожне з цих досліджень охоплювало різні групи населення, застосовувало відмінні методи та вибіркові сукупності, що зумовило різноспрямованість результатів. Наприклад, роботи [114; 122; 206 та ін.] встановили виражений зв'язок між наявністю соціальної підтримки та станом психічного здоров'я, тоді як дослідження [142; 198; 229 та ін.] зафіксували лише невелику кореляцію у цьому питанні.

З огляду на надзвичайно різномірну й інколи суперечливу наукову інформацію, для швидкого та точного виокремлення даних скерування на систематичне збирання джерел та інтеграція отриманих результатів є необхідною умовою для досягнення вагомого та всеосяжного висновку. Такий підхід допомагає звести до мінімуму методологічну упередженість у зазначених дослідженнях, а також знизити вірогідність похибок [155]. Ключова мета теоретичного аналізу полягає у всебічному узагальненні наявної наукової літератури [216]. Завдяки такому методу дослідник отримує можливість

ідентифікувати особливі риси попередніх робіт та ті фактори, які детермінують величину ефекту в цих дослідженнях, що, у свою чергу, дає змогу формулювати більш чіткі судження про взаємозв'язки між змінними показниками [155].

Де Сільва провів систематичний огляд, який охопив 21 наукову працю, сфокусовану на кореляції між соціальним капіталом та станом психічного здоров'я. В іншій роботі було досліджено взаємозв'язок між соціальною підтримкою та шістьнадцятьма показниками результатів здоров'я, серед яких: загальний стан здоров'я, фізичні прояви недуг, психологічні симптоми, депресивні стани, виконання функціональних ролей, поведінкові патерни, фізична здатність до взаємодії, психологічна адаптація, життєва гнучкість, стратегії подолання викликів, рівень стресу, переконання щодо здоров'я, активності, що сприяють здоров'ю, якість життя, загальне благополуччя та самореалізація. Аналіз продемонстрував, що соціальна підтримка є спроможним прогностичним фактором для всіх зазначених результатів здоров'я, за винятком фізичної сумісності, із високим ступенем значущості (рівень 0,0001) [127].

Теоретичний огляд охопив дослідження, які вивчали зв'язок між структурними або функціональними аспектами соціальної підтримки та дотриманням пацієнтами призначеного лікування [128]. Отримані дані свідчили про наявність істотного розміру ефекту досліджуваних змінних стосовно комплаєнтності пацієнтів до режиму, причому як змістовні, так і методологічні аспекти впливали на величину цього ефекту [128].

Позитивна взаємодія у спілкуванні з родичами та друзями сприяє редукції тривожності та формуванню відчуття захищеності. Особи, які мають більш сприятливі етнічні соціальні зв'язки та отримують вищий рівень підтримки від оточення, демонструють кращі комунікативні здібності, що забезпечує їх від розвитку депресивних станів та інших проблем, пов'язаних із психікою [228]. Крім того, Кобб позиціонує соціальну підтримку як буферний механізм

протидії стресу, що суттєво відображається на соціальному благополуччі та професійній активності особистості.

Кобб доводить, що відчуття любові, турботи, поваги та приналежності до певного кола спілкування громадяни отримують завдяки соціальній підтримці [78]. За Дюркгеймом, коли соціальна згуртованість слабка, індивіди позбавлені цієї підтримки, що ставить під загрозу їхній стан здоров'я. З іншого боку, високий рівень соціальної підтримки слугує щитом проти недуг [114].

Окрім того, аналіз виявив, що стать, спосіб формування вибірки та використання інструментарію для оцінки ментального стану не мали впливу на зв'язок між соціальною підтримкою та психічним благополуччям. Проте вибіркова група та сам опитувальник для визначення рівня соціальної підтримки виявилися не є тими чинниками, що виступали посередниками. При цьому дослідження, сфокусовані виключно на представницях слабкої статі, продемонстрували відчутніший вплив, аніж ті, що охоплювали чоловіків. Ці знахідки підтверджуються даними інших наукових робіт [183; 223 та ін.]. У цьому контексті, величина впливу соціальної підтримки має гендерні відмінності, оскільки жінки частіше схильні обговорювати свої переживання з тими, хто не входить до їхньої родини, ніж чоловіки. Останнім, можливо, важче визнати власну тривогу, страхи чи пригнічений стан через суспільні очікування, пов'язані з чоловічою роллю. Нездатність чоловіків впоратися зі стресом може сприйматися як прояв їхньої слабкості, через що вони уникають звернення по допомогу, боячись завдати шкоди своїй честі та статусу [140].

Зважаючи на виразну залежність між наявністю суспільної підтримки та добробутом психіки, варто б уповноваженим інстанціям організувати навчальні заходи для родин школярів, студентства, працюючого населення, пенсіонерів, а також груп, що перебувають у вразливому стані. На цих заходах слід акцентувати увагу на міцності родинних зв'язків, надаючи практичні методики для їхнього зміцнення.

Консультаційні осередки мали б проводити навчання щодо ефективного пошуку соціальної допомоги через спеціалізовані тренінги, що мають на меті

покращити ментальне здоров'я індивідів та попередити появу як психічних, так і супутніх поведінкових чи емоційних порушень.

Науковцям варто було б зосередити глибшу увагу на кореляції між соціальною допомогою та психічним станом, особливо у специфічних та вразливих категоріях населення. Дослідникам не завадило б застосовувати ті засоби вимірювання, які демонструють високі показники надійності та валідності.

### **1.3. Комплексна соціально-психологічна схема реінтеграції молоді після втрат і травматичних переживань**

Надання підтримки та психологічного супроводу тим, хто пережив травматичний досвід, належить до ключових форм психологічної інтервенції, що надається у складний час, коли гостро відчувається біль від втрати. Фахівець, що перебуває поруч із постраждалим, забезпечує належний рівень безпеки та необхідну підтримку [16; 18; 22; 144 та ін.]. Такий вплив на емоційно-психічний стан дає змогу відновити порушені взаємозв'язки та налагодити регуляцію як поведінкових проявів, так і мисленнєвих процесів [25; 35; 41; 130 та ін.].

Звернення по допомогу стає нагальним, коли раптова травмуюча подія спричиняє відчутні зсуви у сфері пізнання, емоцій та дій. В умовах кризи, брак часу, неповнота відомостей чи суперечливість даних ускладнюють для потерпілого ухвалення правильного рішення, залишаючи його дезорієнтованим. У подібних обставинах бажаною є присутність професіонала, здатного миттєво проаналізувати ситуацію та спрогнозувати результати кроків і рішень, тобто здійснюючи безперервний та випереджувальний нагляд [42; 45; 46; 141 та ін.]. Завдання управління у кризі полягає у швидкій реалізації доречних та відповідних заходів. Тоді як психологічна підтримка та допомога акцентують увагу на емоційно-психічній складовій, управління сфокусоване на зміні лінії поведінки [47; 48; 59; 158 та ін.].

Дії особи, яка могла потрапити у стан глибокого стресу чи навіть психічної регресії, здебільшого відбуваються на рівні автоматичних реакцій. З плином часу, після надходження потрібної інформації та застосування результативних інтервенцій, відбувається повернення до нормального стану, поведінка стає більш цілеспрямованою, усвідомленою, адаптивною та адекватною до обставин, що дозволяє людині самостійно долати поточні виклики, спричинені подією [49; 54; 72; 163 та ін.].

Спираючись на принципи, розроблені ізраїльськими фахівцями у царині психологічної допомоги особам, які пережили кризові стани чи екстремальні події, слід неухильно дотримуватися наступних трьох засадничих положень [72; 170; 183 та ін.]:

1) Уникати надмірного втручання у стан потерпілого: допомога має бути надана вчасно, дозовано та лише у тому обсязі, який необхідний людині для оптимального залучення внутрішніх ресурсів організму з метою відновлення (як приклад, особа, спроможна самостійно пересуватися, не потребує транспортування).

2) Не піддавати ситуацію надмірній драматизації: зважаючи на потенційні загрози для життєдіяльності та здоров'я людей, важливо уникати перебільшення значущості події.

3) Не принижувати масштаб події: не слід зводити до мінімуму наслідки чи знецінювати досвід, пов'язаний із психотравматичною ситуацією, яку пережила особа.

У ширшому розумінні психологічна підтримка насамперед передбачає надання інформаційного контенту та психологічне просвітництво, головні завдання яких полягають у такому [75; 85; 104; 181 та ін.]:

- роз'яснення механізмів розвитку травми та фізіологічних процесів, що активізуються під час травматичного стресу;
- корекція сприйняття травматичної ситуації (зокрема роботи з почуттям самозвинувачення, вини вцілілих тощо);
- сприяння нормалізації виявлених симптомів;

- зміцнення відчуття надії;
- інформування про доступні шляхи рекуперації та одужання;
- залучення метафор та образних висловлювань для глибшого розуміння та інтеграції пережитого, стимулювання мотивації до самодопомоги;
- навчання навичкам емоційної та вольової саморегуляції;
- надання матеріалів, що стосуються процесів самовідновлення та самодопомоги (за О. Романчуком) [80].

Психологічне інтервенційне втручання спрямоване на стабілізацію емоційного фону та поведінкових реакцій [103; 108; 167 та ін.]. Кризові обставини обумовлюють необхідність термінового реагування на проблеми, що або тільки виникли, або загострилися до критичного рівня. Проте не завжди особа, яка постраждала, має змогу чи бажання вирішувати їх остаточно. У таких випадках, якщо це виправдано, психолог може застосовувати психотерапевтичні методи, техніки та підходи, що фокусуються на допомозі клієнту у проясненні суті проблеми, віднайденні ресурсів та формуванні мотивації для її подолання [53; 66; 96 та ін.].

Дієві для швидкого приведення до норми психоемоційного стану людини, яка пережила подію чи перебуває під її впливом, – це розумова регуляція та вдосконалення самоконтролю [19; 36; 57; 161 та ін.]. Під впливом чинників, що спричиняють стрес, рівень хвилювання стрімко зростає, виникає напруженість у м'язах та болі у тілі, а також збиваються артеріальний тиск, дихання та інші функції. Гормони, пов'язані зі стресом (як-от адреналін, норадреналін, кортизол та інші), порушують баланс між особистістю та її оточенням, провокуючи неадекватні реакції. У стані стресу гальмуються процеси мислення, ухвалення рішень та сну, спостерігаються емоційні розлади та невідповідна поведінка [2; 13; 67; 142 та ін.].

Найкращими у таких випадках є техніки самовладання, націлені на зняття фізичної напруги, відновлення нормального дихання та емоційного фону, корекцію вегетативних проявів, прискорення відновлення нормальної працездатності при виражених нервових розладах, підвищення здатності

психіки та організму протистояти стресовим впливам (резильєнтності), а також формування готовності адекватно реагувати на екстремальні умови довкілля та впевненості у своїй спроможності пережити стрес (пильності) [4; 17; 24; 130 та ін.].

Наступні способи добре зарекомендували себе для швидкого полегшення наслідків пережитого стресу: заспокійливі техніки дихання (з акцентом на живіт), створення образів у свідомості, вплив на рефлексорні точки, вправи з керування рухом (кінезіологічні), повна зосередженість на теперішньому моменті, вправи, що використовують думко-рухову активність, та заняття, сфокусовані на тілесних відчуттях [75; 77; 80; 153 та ін.].

Фахівці, які працюють у складних умовах, а також консультанти з кризових ситуацій мають опанувати вищезгадані методи, прийоми та техніки саморегуляції завчасно, до настання потенційних критичних подій. Регулярне застосування цих навичок підвищує психологічну стійкість, опірність до травм та інших форм стресового навантаження – тобто, пильність [15; 21; 22; 158 та ін.].

Кризова допомога – це негайне і необхідне втручання, спрямоване на повернення потерпілого до здатності функціонувати відповідно до життєвих обставин, мінімізацію негативного відбитку травматичного досвіду, профілактику розвитку психічної патології та таке інше [23; 26; 27; 162 та ін.]. Кризова інтервенція дає змогу опрацювати проблему, знайти для клієнта прийнятний та адекватний вихід із складної ситуації. Багато проблем неможливо вирішити без відповідного ситуації рішення, тому психолог допомагає людині визначитися з моделлю дій та ініціювати її виконання. При цьому важливо докласти зусиль, щоб клієнт зміг відновити самостійний контроль над ситуацією, залучаючи свої зовнішні та внутрішні ресурси.

Модель психологічного та кризового втручання BASIC Ph, що застосовується ізраїльськими психологами з сімдесятих років минулого століття, слугує дієвим засобом для оптимізації власних ресурсів клієнта. BASIC Ph – це підхід, орієнтований на салютогенез, який, на противагу

патогенному, базується на концепції психологічної еластичності (резильєнтності) – певному «коді виживання», своєрідній «вакцині від стресу». Дана модель допомагає ідентифікувати індивідуальні ресурси постраждалої особи та її вроджену стійкість у скрутних обставинах. Резильєнтність тлумачиться як позитивна здатність індивіда долати проблеми зі стресом та складні життєві ситуації, включаючи спроможність витримувати негативні події у майбутньому [27; 96; 188 та ін.]. Крім того, цей термін розглядається як сукупність певних захисних рис характеру, які людина залучає у кризовій ситуації – її особистий спосіб адаптації. Резильєнтність, чи психологічна гнучкість, – це «процес протистояння скрутним умовам, зусилля, які людина докладає для вирішення особистих та міжперсональних труднощів, для опанування, мінімізації, зменшення або перенесення ситуації стресу чи конфлікту». Кожна особа володіє своїм неповторним стилем психологічної стійкості, який є поєднанням навичок управління стресом, що формуються упродовж життя. BASIC Ph дає змогу виявити, а також поглибити та відточити різноманітні методики подолання стресу – адаптивні стратегії.

Відповідно до теорії континууму, обов'язок кризового психолога, який надає фахову підтримку під час та після надзвичайної події чи травматичного досвіду, полягає у відновленні порушеної безперервності, спираючись на індивідуальну модель BASIC Ph, визначену для кожного постраждалого.

Психологічна допомога та короткочасна реабілітація надаються протягом перших місяців після травматичного досвіду [33; 53; 189 та ін.]. Якщо потерпілий не отримав підтримки вчасно, її слід забезпечити пізніше. У такому випадку ефективність допомоги знижується, і вона потребує значно тривалішого часу. Завдання психологічної реабілітації осіб, які пережили травму, кардинально різняться одразу після події та через кілька місяців. Невідкладна, нетривала та пролонгована допомога може бути призначена залежно від психічного стану особи та фази реабілітаційного процесу: невідкладна допомога стартує безпосередньо після травми, на стадії кризи, і

іноді триває до етапу стабілізації. Короткочасна допомога розпочинається на етапі стабілізації та продовжується під час відновлення.

Довготривала допомога починається на стадії одужання і продовжується на етапі інтеграції. Психологічна реабілітація може розтягнутися на два роки чи більше. На початковому етапі психологічної травми ціль психологічної підтримки полягає у пом'якшенні негативних переживань, унеможливленні ускладнень психотравматичного процесу та запобіганні віддаленим наслідкам травматичного інциденту.

Саме на попередженні потенційних негативних наслідків після події фокусують увагу кризові психологи. Проте, численні статистичні відомості свідчать, що більшість людей спроможні відновитися самостійно, а психологічне втручання є необхідним для тих, хто потрапляє до «групи ризику».

З огляду на це, для надання кваліфікованої психологічної підтримки варто отримати від постраждалого таку інформацію з його життєвого досвіду:

- стан життєдіяльності у ранні роки життя, родинні зв'язки;
- наявність раніше пережитих критичних стресових подій;
- наслідки пережитої психологічної травми та способи, якими особа реагує на стрес;
- звернення до фахівців (психологів чи психіатрів), а також деталі та результати тих консультацій і лікувань;
- специфіка, тривалість та інтенсивність впливу травматичної події;
- рівень та обсяг повсякденного напруження;
- здатність особи до перенесення фрустрації та її загальний рівень пильності.

Отримана відомість дасть змогу коректно оцінити ступінь серйозності та особливості стану й внутрішніх ресурсів людини, а також визначити напрям, методи та специфіку необхідної психологічної допомоги або реабілітаційних заходів.

Робота фахівців з кризового реагування з потерпілими на етапах первинного надання підтримки під час самої події та одразу після неї має свою специфіку [60; 65; 68; 70 та ін.]:

- активне, ввічливе та наполегливе формування контакту з жертвою;
- відсутність чітко визначеної фіксованої кількості необхідних сесій, які мають бути розподілені у часі;
- неукладення формальних угод про співпрацю чи психотерапевтичних контрактів;
- необмежена тривалість зустрічей, на відміну від стандартних терапевтичних сесій (50 хвилин), оскільки тривалість залежить від поточного психофізіологічного стану особи, що постраждала;
- надання підтримки не лише у спеціалізованому кабінеті, а й безпосередньо на місці події, а в деяких випадках – у помешканні клієнта.

Основна мета подальшої допомоги (яка надається через певний термін, скажімо, місяці чи навіть роки), тобто робота з відкладеними наслідками психотравми, полягає у відновленні нормального функціонування особи в соціумі та сімейному колі. Психологічна підтримка на цьому етапі відбувається планово, протягом тривалого проміжку часу (щонайменше півроку), вимагаючи глибинної та тривалої взаємодії.

Зазвичай, з плином часу, психологічна потреба виникає у тих жертв, у яких помітно погіршується емоційний фон чи психофізіологічний стан, з'являються певні ознаки неадаптованості, порушення у поведінці, або ж когнітивних функцій [71; 82; 87; 193 та ін.]. На цій, посттравматичній стадії, клієнти зазвичай демонструють вищий рівень мотивації до проходження реабілітації. На цьому етапі діяльність психолога/психотерапевта буде ґрунтуватися на таких принципах:

- нормалізація – пояснення потерпілому, що будь-яка адекватна людина, потрапивши у нетипові обставини, переживатиме незвичайні емоції;
- партнерство, відновлення та підтримання особистої гідності – особи, які пережили травматичні події, відчувають зміни у своїй сприйнятливості та

самооцінці: вони стають більш уразливими, гостріше реагують на подразники, схильні до самообвинувачень, відчуття власної недоречності, зниження самоцінності, безпорадності, провини, надмірної потреби у справедливості, нервозності та вибуховості (особливо це зачіпає жертв сексуального насильства та тортур, причому чоловіки частіше страждають від наслідків сексуального домагання).

Спеціаліст, який надає психологічну підтримку, зобов'язаний демонструвати високий рівень тактовності, емпатії та вміння встановлювати довірливі стосунки [19; 69; 85; 196; 202 та ін.]:

- індивідуальний підхід – кожен проходить свій особливий і неповторний шлях подолання травми та подальшого розвитку, зі своїм ритмом, з можливими відступами до минулого, кризовими станами та переживаннями;

- досвід та кваліфікація психолога/психотерапевта.

Що довший час минув після настання психологічної травми, то вищою має бути кваліфікація фахівця з надання психологічної допомоги, бо посттравматичний стрес усе частіше поєднується з іншими ментальними розладами та супутніми хворобами. Ба більше, фахівець, який працює з дітьми, підлітками чи дорослими, повинен бути вільним від власних невирішених питань, досвіду та травм, адже інакше не зможе забезпечити фахову підтримку тим, хто її потребує [36; 39; 56; 205 та ін.].

Психотерапевтичний процес для клієнта, який оговтується від наслідків психологічної травми, може тривати від кількох місяців до кількох років, залежно від глибини, тривалості та інтенсивності травматичного досвіду, типу отриманої травми тощо [50; 55; 60; 207 та ін.].

Пацієнти, які демонструють сильну готовність до проходження терапії та виробили ефективні методи адаптації до травматичної ситуації, матимуть кращі перспективи на успішну реабілітацію [63; 70; 86; 208 та ін.].

Під час терапевтичного процесу необхідно сфокусуватися на таких моментах:

- вибудовування довірчих зв'язків із клієнтом, що дасть змогу отримати доступ до травматичного матеріалу, пригнічених болісних відчуттів та переживань, а також до тієї грані Я, що збереглася у виживанні;

- відродження внутрішніх та зовнішніх ресурсних можливостей;

- корекція самооцінки особистості, її трансформація, а саме досягнення об'єктивності у сприйнятті себе, реабілітація Я у власних очах та набуття самовпевненості;

- поновлення адаптивних механізмів психологічного захисту або формування нових;

- відновлення відчуття базових ілюзій та безперервності існування;

- прийняття симптоматики як природної реакції психіки та організму загалом на неприродні обставини;

- повернення контролю над власними емоціями та життєвим плином;

- налагодження стосунків із оточуючими, розвиток здатності до емпатії щодо інших та сприйняття відмінностей;

- приведення у відповідність системи життєвих цінностей, потреб та їхньої значущості;

- узгодження власних прагнень із психофізичними здібностями;

- реінтеграція наслідків травми та переосмислення травматичного досвіду;

- засвоєння навичок рівноправного спілкування, вміння запобігати та вирішувати суперечності між людьми;

- виправлення невідповідного життєвого укладу;

- у разі ускладнень – повернення до адекватного переживання процесу травмування та жалоби;

- посттравматичний розвиток, визначення життєвих планів, перспектив тощо.

Оскільки подія, що спричинила психотравму, впливає на те, як жертва бачить світ, на рівень її довіри до світу та інших людей, психологічна робота з подібним клієнтом може мати наступні особливості [17; 28; 37; 51 та ін.].

1. На початковому етапі встановлення контакту клієнт ніби піддає перевірці психолога, наскільки коректно той реагує на розповідь про травмуючі події. Така поведінка доволі часто спостерігається у тих, хто пережив сексуальне насильство, зловживання, жорстоке поводження у дитинстві, тортури та серйозні травми, пов'язані з розвитком. Терапевт має проявити витримку та поетапно здобувати довіру клієнта.

2. Клієнти з найтяжчими травмами нерідко вдаються до різноманітних ритуалів, щоб убезпечити себе від страхів (наприклад, двері чи вікна завжди залишаються відчиненими, постійно горить яскраве світло тощо). Варто ставитися до цього з повагою та розумінням, а ритуали, які допомагають задовольнити потребу клієнта у безпеці, слід належним чином виконувати.

3. Перед початком спільної роботи необхідно або зменшити дозу застосовуваних медикаментів, або повністю їх скасувати, інакше не вдасться досягти покращення стану клієнта, що ґрунтується на новому розумінні ситуації та набутих можливостях долати травматичний досвід.

4. Варто обговорити потенційні джерела небезпеки у реальному житті клієнта, а також шляхи їх усунення.

5. Швидкість терапевтичної роботи та глибина саморозкриття клієнта мають узгоджуватися з його бажаннями. Іноді доводиться доносити до членів родини усвідомлення того, наскільки важливими є спогади про психологічні травми та пропрацювання пов'язаних з ними емоцій, адже у сім'ї такі згадки та почуття можуть вважатися забороненими.

6. Важливо пам'ятати про забезпечення безпечного та надійного простору для клієнта протягом сесій. Це проявляється як у створенні відповідних умов (окрема, затишна кімната з комфортними меблями), так і у формуванні відчуття захищеності та довіри клієнта до фахівця. Працювати з травматичним досвідом можна лише у теплому приміщенні: травма погано переносить холод.

Успіх роботи психолога з травмованими особами зумовлений його професійним рівнем та здатністю впоратися з власними емоціями, що виникають під впливом почутого [25; 35; 72; 214 та ін.]. Це безпосередньо

впливає на відкритість та довіру клієнта: чим більше людина здатна говорити про травму відкрито, тим більше терапевт спроможний емпатично вислухати цю історію. Будь-яка демонстрація неприйняття чи знецінення розповіді клієнта сприймається як нездатність психолога допомогти, що може змусити людину припинити боротьбу за відновлення. Психолог використовує емпатію для заохочення клієнта розповідати про жахливі події, водночас не демонструючи власної реакції чи особистої травматичної контрпереносної відповіді. Перехід на нейтральні теми, не пов'язані з травматичним страхом, створює враження, що екзистенційний тягар пережитого є непідйомним для терапевта, і клієнт відчує себе незрозумілим. Травматичний перенос відображає не тільки досвід жаху, а й почуття безпорадності. Тому психолог, який працює з психологічними травмами, мусить бути інтелектуально та емоційно підготовлений до зіткнення зі злом та несправедливістю у світі, а також зі своїми власними переживаннями: жахом, болем, гнівом, відчуттям безсилля тощо. Він має бути уважним до появи ознак вторинної травматизації та вміти їх нівелювати самостійно або за допомогою колег у форматі супервізії чи інтервізії.

Аби убезпечити себе психологічно від нестерпних переживань клієнта, несвідомість фахівця вдається до таких тактик поведінки: ухиляння (зниження цінності) та надмірного ототожнення. Уникнення виявляється через зовнішнє віддалення: вираз обличчя свідчить, що психолог занурений у думки, демонструючи відмову чи нездатність прийняти розповідь про травму, не вірячи клієнту; він не ставить жодних запитань щодо подробиць чи конкретних відчуттів, залишаючись, мабуть, осторонь. Таке становище спричинене власними емоціями терапевта – тривогою, огидою тощо – що гальмують його здатність осягнути історію клієнта і викликають недовіру до певних аспектів травматичної події.

Надмірне ототожнення виражається у фантазіях про порятунок чи відплату, що виникають через надмірну емпатію, внаслідок чого психолог може перетнути межі професійної взаємодії. На себе роль спільника у біді чи

протистоянні, роль Рятівника (за теорією трикутника Карпмана), терапевт обмежує потенціал для психотерапевтичної трансформації травматичних досвідів.

Ризик такої позиції полягає в тому, що будь-яке руйнування ілюзій, яке неминуче в терапії, здатне розвалити терапевтичні стосунки. Нерішучі дії психолога зумовлені його розгубленістю чи страхом погіршити травму, боячись спричинити декомпенсацію у клієнта, коли той питає про справжній зміст психотравматичної події та деталі пережитого горя. У випадку сексуальної травми подібна реакція з боку фахівця може бути пояснена його власною сором'язливістю.

Розповідь клієнта про травму може призвести до втрати ним контролю: він втрачає здатність зібратися і підтримувати професійно-рефлексивну позицію. Клієнт починає сумніватися в діях терапевта, який не може витримати розповіді. Проте більшість клієнтів здатні толерувати короточасні прояви емоцій психолога, за умови, що останній згодом повертається до своєї фахової ролі.

Отже, занадто сильна емоційна реакція з боку фахівця є настільки ж шкідливою, як і занадто слабка.

Етапи тривалої фахової підтримки. Психотерапія травматичних переживань охоплює низку етапів [74; 79; 94; 217 та ін.]:

- 1) налагодження зв'язку, приведення емоційного стану до сталості;
- 2) зміни у сприйнятті травматичних подій, опрацювання (пред'явлення) травми;
- 3) включення пережитого травматичного досвіду у загальне життєве полотно.

Перед тим, як розпочинати роботу безпосередньо з травматичним матеріалом, перший етап терапії травм зосереджується на залученні внутрішніх опор клієнта.

Якщо терапія травми відбувається без належного рівня ресурсів, що дозволили б клієнту безпечно прожити свій досвід, це може спричинити

ятрогенну травматизацію [1; 122; 229 та ін.]. На фізичному плані такі ресурси можуть відчуватися як приємні соматичні реакції: тепло, розслабленість, легке поколювання або ж відчуття приливу життєвих сил. У стані наповненості ресурсами особа відчуває себе впевнено, сильно, спокійно та збалансовано. Кожна людина має досвід проживання таких ресурсних станів, і він зберігається у її пам'яті. Психолог повинен активувати ці наявні ресурси та задіяти їх у процесі опрацювання травми.

Наступний, другий етап, передбачає пряме зіткнення з травматичним матеріалом та його наслідками, а саме – з пов'язаними спогадами та емоційними реакціями. Основною метою третього етапу є успішна адаптація цього досвіду до звичного плину життя. Під час вдалого процесу відновлення можна помітити плавний зсув: від стану підвищеної настороженості до відчуття захищеності, від роз'єднаності сприйняття до цілісного включення травматичних спогадів, а також від вираженої самоізоляції до формування стійких зв'язків із оточенням.

Доторкатися до травматичних переживань варто не раніше, ніж після двомісячного періоду, присвяченого наданню особі змоги реагувати на травматичні події, що розгортаються «тут і зараз», виключно на рівні тіла. Цей етап має відбуватися без вербалізації, уникнення когнітивного аналізу та залучення емоційної сфери, натомість спираючись на психофізіологічні відгуки. Тільки-но з'являться власне емоційні вияви (як-от усмішки, спалахи гніву, ознаки відчаю чи обурення), стане можливим застосування методик та технік, націлених на вивільнення емоцій через рефлексію над цими переживаннями (орієнтовно через чотири місяці від старту відновлювальної роботи).

Етап усвідомлення травматичного досвіду, зіткнення з травмою через призму мисленневих процесів, вибудовування послідовних оповідань та переведення прихованої (імпліцитної) пам'яті у форму повної (експліцитної) пам'яті, настане лише на фінальному етапі другої стадії, тривалість якої перевищуватиме час дії стресового фактору у два рази.

Працюючи з травматикою та пропрацьовуючи події, що породжують болісні відчуття, критично важливо не забувати про етапи закріплення, стабілізації та залучення внутрішніх ресурсів [98; 101; 106; 125 та ін.].

Комплексний та інтегративний підхід до надання психологічної підтримки у випадках патологічних посттравматичних розладів демонструє вищу ефективність [40; 45; 47; 151 та ін.]. Проте, впровадження такого підходу часто нашоувхується на супротив з боку тих, хто постраждав, що можна пояснити низкою чинників:

- особи, які пережили травму, можуть бути переконані у своїй здатності самостійно впоратися з проявами та переживаннями, вважаючи, що достатньо просто «викинути з голови» травматичну подію;

- існує переконання, що вплинути на причину травми та її наслідки взагалі неможливо;

- недостатнє розуміння того, що порушення сну (диссомнія), ірраціональні страхи, фобії тощо є саме симптомами розладу, який піддається лікуванню;

- звернення по фахову допомогу (до психолога чи психотерапевта) сприймається як доказ чоловічої слабкості або ознака психічного захворювання, що досі несе в собі значну суспільну стигматизацію;

- мотивація потерпілого до візиту до спеціаліста може бути зумовлена не стільки потребою у допомозі, скільки бажанням підтвердити право на отримання фінансової компенсації чи інших додаткових преференцій.

Після пережиття травматичного інциденту внутрішній світ людини зазнає незворотних змін [26; 34; 37; 154 та ін.]. Однак, співпраця з фахівцем дозволяє подолати травматичний досвід, інтегрувати його у загальний життєвий контекст нарівні з іншими подіями, відновити особистісні ресурси, адекватні механізми психологічного захисту, а також можливості для інтелектуального та емоційного зростання. Психічна енергія, яка раніше утримувала травматичні переживання у стані інкапсуляції та була задіяна у підтримці внутрішнього гомеостазу після події, може бути перенаправлена на інші цілі: творчу

діяльність, розвиток суб'єктності, планування майбутнього та реалізацію свого потенціалу, що власне і є проявом посттравматичного зростання.

Методи, які застосовуються у роботі з травматичним матеріалом, визначаються залежно від поточного психофізіологічного стану постраждалого, рівня його готовності до змін та низки інших індивідуальних чинників [74; 79; 93; 163 та ін.].

Для подолання розладів, спричинених травматичним досвідом, незалежно від їхньої виразності, показали себе дієвими такі підходи: рухова активність, практики дихання, візуалізаційні вправи, практики уважності (майндфулнес), рефлексотерапія, когнітивно-поведінкове коригування, арт-терапевтичні методи, а також метод кататимно-імагінативних переживань та інші подібні техніки.

Психологічні прийоми самоврядування (що походить від латинського *regulare* – керувати) здатні принести користь лише тоді, коли дотримані певні фізіологічні передумови, а саме: досягнення м'язового розслаблення та зменшення інтенсивності роботи мозку. До арсеналу засобів психологічної саморегуляції належать:

- техніки, націлені на приведення у рівновагу психічних процесів та вегетативних функцій організму: добровільні самонавіювання (за методикою Е. Куе), самогіпноз, аутогенне загартування (розробка Й. Шульца), тренування психорегуляції, ідеомоторні вправи, метод зосередження уваги на ритмі, медитативні практики, психомоторна підготовка [83; 103; 104; 206 та ін.];

- методи, спрямовані на управління напругою у м'язах тіла: покрокова м'язова розслабленість (техніка Якобсона), активне пом'якшення м'язового напруження, пасивне розслаблення м'язів, стимуляція життєво важливих точок;

- фізичні способи психічного саморегулювання: самомасаж, подразнення біологічно активних зон, дихальні маніпуляції;

- управління фокусом уваги;

- цілеспрямоване впровадження певних уявлень.

- методи, які змінюють те, як ми розуміємо подію або як ми її бачимо, використовуючи слова та уявні картини (візуалізація).

Дихання не лише життєво необхідне для тіла, але й добре працює для налагодження напруги м'язів та впливу на ділянки мозку. Коли ми дихаємо повільно та глибоко, це приглушує надмірну активність нервових клітин і допомагає м'язам розслабитися. І навпаки, швидке дихання підтримує тіло у стані високої готовності. Переважна більшість людей у звичайному житті використовують лише неглибоке дихання, яке наповнює лише верхівки легень. Правильне, глибоке дихання ж дає змогу заповнити повітрям нижню, середню та верхню частини легеневої системи. Людина має змогу коригувати свій психічний та фізичний стан, змінюючи тип та ритм дихання, а також тривалість вдиху й видиху.

Практики медитації – це ключовий елемент будь-яких духовних чи релігійних шкіл. У християнстві це, приміром, молитва; у віруваннях Сходу це повторення мантр чи уважне споглядання. Якщо дивитися з погляду сучасності, медитацію можна визначити як спосіб самоналаштування, що базується на свідомому керуванні фокусом уваги [107; 114 та ін.].

Під час виконання медитативних вправ людину вчать концентрувати своє сприйняття на чомусь одному: предметі, образі чи дії, що відбувається саме зараз. Тренування здатності до фокусування уваги сприяє кращій самоорганізації та досягненню більшого внутрішнього спокою.

Завдяки вдосконаленню здатності фокусувати увагу за допомогою практик медитації, особа отримує можливість усвідомлювати застарілі та некорисні патерни сприймання, мислення і дій, які обмежували її потенціал.

Розпізнавши ці бар'єри, людина набуває важелів впливу на них, розробляючи нові, більш адаптивні підходи. Отже, систематичне застосування медитації дарує людині здатність більш усвідомлено та цілеспрямовано керувати своїм життям, посилюючи свою «інтуїтивну» складову, що, своєю чергою, уможливорює настання інсайтів (миттєвого осягнення заплутаних обставин та шляхів їх розв'язання).

Медитативний процес поділяється на чотири послідовні етапи: розслаблення, фокусування уваги, власне медитування та вихід із нього. Початкові теми для роботи визначаються у співпраці з фахівцем-психологом, проте згодом особа може самостійно обирати необхідні образи та предмети роздумів.

Існує велика кількість методик, що базуються на повноцінному використанні принципів саморегуляції та спеціальних технік, розроблених для потреб окремих категорій професіоналів [45; 46; 89 та ін.].

Аутосугестія сприяє послабленню свідомого контролю над інформацією, що надходить. Якщо у процесі зовнішньої сугестії зона активації в корі головного мозку виникає як реакція на зовнішні подразники, то при аутосугестії вона може формуватися завдяки реактивації та тренуванню внутрішніх асоціативних зв'язків.

Аутосугестія дає змогу індивіду викликати у собі певні емоційні стани, а також керувати процесами уваги, пам'яті та вегетативними/соматичними реакціями.

Аутосугестія може мати як мимовільний, так і довільний характер. Мимовільна форма зазвичай потребує додаткових підсилюючих чинників та несе значне емоційне навантаження. Довільна ж форма стає можливою шляхом спрямування думок та уваги на одну, конкретну ідею.

Десенсибілізація є складнішою модифікацією аутосугестії, яка спершу вимагає візуалізації можливого та небажаного розвитку подій, а лише потім застосування самого аутосугестивного впливу.

Самоналаштування краще працює, коли м'язи повністю розслаблені. Є певні умови, яких варто дотримуватися, коли складаєш такі самонавіювальні фрази:

- треба абсолютно чітко розуміти, якої мети прагнеш досягнути через цю аутосугестію;
- формулювання має бути зрозумілим і коротким, сутність має бути вловлена одразу;

- фраза має бути лише позитивною, жодного «ні» чи заперечення в ній бути не повинно;

- важливо, щоб промовляння формули відбувалося синхронно з диханням, причому найважливіша частина має припадати на видих;

- краще надавати перевагу тим формулам чи словам, які викликають усмішку, радість, або мають римовану структуру.

Коли хтось переживає втрату, зазвичай допомога стороннього фахівця не є обов'язковою; достатньо просто пояснити оточенню, як правильно поводитися з цією людиною і яких дій слід уникати. Часто процесу співчуття шкодять усталені хибні уявлення та міфи, наприклад: не варто плакати перед рідними; краще не згадувати померлого, щоб не засмучуватися; обговорювати втрату можна лише з найближчими друзями чи родиною тощо.

Якщо ж поруч немає жодної людини, з якою можна було б розділити свій біль, тоді вже потрібна консультація психолога або волонтера, що надає екстрену психологічну підтримку. Це допоможе знизити вірогідність розвитку посттравматичного стресового розладу та супутніх недуг.

Незважаючи на те, що вираження скорботи є надзвичайно особистісним процесом і виглядає по-різному в кожного, загальна послідовність стадій дозволяє виділити спільні етапи, які неминуче доводиться пережити людині, що зіткнулася зі втратою.

Перший етап полягає у дозволі собі пережити почуття втрати. Це ключовий момент у всьому процесі горювання.

Незважаючи на те, що прояви та форми синдрому втрати дуже різняться у кожної особистості, сама послідовність процесу дає можливість окреслити загальні стадії, які мають бути пройдені людиною, що пережила втрату, аби повернутися до повноцінного життя. Саме на цих етапах має бути зосереджена увага терапевта.

Завдання, пов'язані з втратою, є незмінними, оскільки вони зумовлені природою самого процесу. Водночас, способи та методи їх вирішення є індивідуальними, залежно від особистісних та соціальних рис особистості.

Людина долає завдання, пов'язані із втратою, послідовно.

Якщо якийсь із завдань залишається невиконаним, процес горювання зупиняється на цьому місці і не рухається до свого завершення. Це може спричинити появу проблем, пов'язаних із втратою, навіть через довгі роки.

Якщо завдання не виконані, горювання не просуватиметься далі і не матиме тенденції до завершення, у зв'язку з чим проблеми, що з ним пов'язані, можуть проявитися навіть за декілька років.

Реакція на втрату може «застрягати» на будь-якому етапі, що потенційно може спричинити розвиток патологічних станів різного ступеня вираженості. Припинення реакції на етапі виконання кожного із завдань супроводжується специфічними симптомами [60; 64; 66 та ін.].

1. Усвідомлення факту втрати. Після смерті людини, навіть якщо вона була очікуваною, спершу виникає відчуття, наче нічого не сталося. Тому необхідно спершу визнати, що втрата відбулася: усвідомити, що близька особа пішла назавжди.

У клієнтів, які переживають скорботу, заперечення або небажання прийняти факт втрати може мати такий вигляд: поведінка у формі пошуку: людина автоматично набирає номер телефону покійного, бачить його серед натовпу на вулиці, купує продукти харчування для нього тощо. За звичайних умов така манера поводитися мала б розвинутися у напрямку припинення зв'язку з тією особою, що відійшла.

Заперечення події – невизнання факту втрати може мати різні прояви: від незначного розладу до глибоких психотичних станів, коли особа може прожити кілька днів у помешканні з померлим, доки не почне осягати його смерть; «муміфікація» (коли особистість залишає все без змін, ніби очікуючи на миттєве повернення померлого у будь-яку мить). Це вважається прийнятним, якщо триває нетривалий час, бо утворює своєрідний «буфер», призначений полегшити найбільш важкий етап переживання скорботи та пристосування до втрати. Проте, коли така поведінка триває роками, процес звикання до втрати застигає, і особа відмовляється приймати зміни, що сталися в її житті,

«консервуючи все як було» та не рухаючись у своєму горю; один із видів заперечення – ситуація, коли людині ввижається померлий в іншій особі (наприклад, вдова вбачає свого чоловіка у внукові); заперечення ваги втрати – коли людина стверджує: «ми не мали тісних стосунків», «він був кепським батьком» або «я за ним не сумую».

Поведінка, що є повною протилежністю муміфікації – це надто швидке позбавлення всіх особистих речей померлого, всього, що може викликати спогади про нього. Це робиться для захисту від усвідомлення істинності втрати.

«Цілеспрямоване забуття»: особа витісняє з пам'яті усе, що стосується цієї людини, якої більше немає.

Заперечення факту незворотності втрати: прагнення до спиритизму може слугувати прикладом такої поведінки. Хоча ірраціональне бажання знову побачити померлого є типовим у перші тижні після події, коли прагнення спрямоване на відновлення контакту, його тривала фіксація свідчить про ненормальність. У віруючих людей ця модель поведінки має свої особливості через відмінну картину світу: зазвичай людина критично осмислює події, розуміючи, що у цьому житті зустрічі з близькою людиною вже не буде, а побачення відбудеться лише після належного проживання власного життя згідно з вірою (як добродесний християнин чи мусульманин).

Таке очікування майбутньої зустрічі після відходу з життя не має бути піддаватися руйнуванню, бо це є невід'ємною складовою усталеного світогляду глибоко побожних осіб.

2. Проживання горя, тобто всіх складних емоційних станів, що неминуче супроводжують втрату. Коли особистість, що пережила втрату, неспроможна відчувати та пережити цей постійно наявний біль, необхідно його виявити та надати фахову допомогу через психотерапію. Адже цей невиражений біль може трансформуватися у інші форми, наприклад, психосоматичні чи поведінкові порушення. Реакції на скорботу – суто індивідуальні, і інтенсивність відчуттів варіюється. Можлива втрата зв'язку не лише із зовнішнім світом, а й із власними внутрішніми переживаннями. Біль від втрати не завжди

усвідомлюється безпосередньо; іноді він проявляється як повна апатія, відсутність емоцій, проте в осіб, які пережили втрату, по-різному ухиляються від виконання другого завдання, а саме:

- заперечуючи наявність болю чи будь-яких інших болючих емоцій;
- ухиляючись від нестерпних думок (наприклад, дозволяючи місце лише для позитивних і «приємних» роздумів про покійного, повністю його ідеалізуючи);
- уникаючи спогадів про втрачену особу (за допомогою алкоголю чи наркотиків), безперервних мандрівок чи надмірної зайнятості роботою;
- переживаючи ейфорію, пов'язану з відмовою прийняти факт смерті, що супроводжується стійким відчуттям присутності померлого.

Особі необхідно впоратися з цим складним завданням, відкритися та прожити біль, не втрачаючи внутрішньої стійкості. Це потрібно пережити, аби уникнути його затягування на увесь подальший життєвий шлях.

Якщо цього не зробити, повернення до цих переживань згодом буде значно важчим і болючішим. Відкладене горе є ще складнішим, тому що людина вже не може розраховувати на співчуття та підтримку оточення, які зазвичай виникають одразу після втрати та допомагають у процесі переживання горя.

3. Створити оточення, де відчувається відсутність померлого. Коли людина втрачає близьку їй особу, вона втрачає не лише те, до чого були спрямовані її емоції і звідки вони надходили, а й певний уклад життя.

Померла близька людина була залучена у щоденне буття, вимагала певних дій чи поведінки і брала на себе певні зобов'язання. Цю порожнечу необхідно заповнити, а життя – реорганізувати.

Формування нового середовища має різне значення для різних осіб, залежно від їхнього зв'язку з померлим та ролі, яку він відігравав у їхньому житті. Людина, яка пережила втрату, може цього не усвідомлювати, проте фахівець має самостійно визначити, що саме втратив клієнт і як заповнити цю порожнечу. Нерідко корисно обговорити це безпосередньо з клієнтом. Часто

клієнт починає робити це самостійно вже під час сесії. Клієнту необхідно опанувати нові навички, і родина може сприяти його розвитку.

Часто людина виробляє нові механізми подолання виникаючих труднощів, і перед нею відкриваються свіжі перспективи, через що факт втрати може бути переосмислений у щось, що несе також позитивний сенс. Окрім втрати «об'єкта», деякі люди паралельно переживають втрату власного Я – втративши того, про кого піклувалися, людина відчуває втрату себе будь-якому разі цей біль потребує опрацювання.

Праця з подібним клієнтом потребує значно більше часу та енергії, ніж просте опанування нових умінь та якостей для виконання свіжих функцій: подолання глибокої регресії та формування думки про власну нездатність існувати, опрацювання вторинних зисків, які можуть з'являтися через надмірну опіку та заклопотаність оточуючих, тощо.

4. Створення нової перспективи щодо померлого та продовження життєдіяльності.

Здійснення цього етапу не означає ані забуття, ані емоційної порожнечі, а радше їхню перебудову. Чуттєве ставлення до небіжчика має трансформуватися у такий спосіб, щоб стало цілком можливим далі жити та заводити нові, насичені емоціями контакти.

Переконання негативного плану, що ускладнюють реалізацію цього пункту, можуть бути такими:

- уявлення, що зменшення емоційної прив'язки до втраченої особи буде зрадою її пам'яті;

- страх, що нові близькі зв'язки також обірвуться, і ви знову відчуєте муки втрати;

- протидія з боку найближчого оточення (дітей, батьків померлого);

- романтичний погляд, що любов трапляється лише раз у житті, а будь-що інше вважається відхиленням (особливо серед представниць слабкої статі), що зумовлене суспільним баченням «відданої дружини».

Ці бар'єри посилюються відчуттям провини, отже, фахівець з психології має скерувати свою психотерапевтичну енергію насамперед на переживання цієї емоції.

Якщо це завдання не буде виконано, надто тривожний смуток та затягнутий процес горювання часто проявляються у відчутті клієнта, ніби «життя завмерло», «я не існую від моменту його/її смерті», а також у посиленні хвилювання. Успішне подолання цього етапу веде до усвідомлення, що здатність знову любити, будувати нові соціальні зв'язки тощо – є можливою.

Успішне подолання цього етапу веде до усвідомлення, що здатність знову любити, будувати нові соціальні зв'язки тощо – є можливою.

«Опрацювання втрати» вважається завершеним, коли особа, яка пережила втрату, спроможна повернутися до звичного ритму життя, відчуває себе пристосованою, відновлює інтерес до буття, опанувала нові життєві ролі, сформувала нове оточення, де здатна діяти відповідно до свого соціального становища та особистості.

Етапи надання психологічної підтримки [157; 174 та ін.].

1. Підтримка у фазі шоку. Важливо залишатися поруч із людиною, яка втратила близьку, не лишати її наодинці та опікуватися нею. Емпатію та зацікавленість краще демонструвати через фізичний контакт. Саме так люди виражають співчуття за відсутності слів. Навіть просте потискання руки краще за повну відстороненість. Підтримка на етапі гострого болю скорботи вимагає таких дій: Заохочуйте розмови про померлого, обставини смерті та емоції, пов'язані з цією подією; ставте запитання про втрачену особу, будьте уважним слухачем історій про її життя, навіть якщо вони повторюються багаторазово.

2. Коли той, хто переживає скруту, виглядає нерухомим, мовчить, погляд блукає вдалині, не варто тиснути на нього, вимагаючи говорити, чи будь-якою ціною намагатися заглушити цю тишу словами. Будьте поруч, готові продовжити спілкування, як тільки він/вона вийде з цього стану. Зовсім не обов'язково знати, у які думки чи спогади занурена особа; ключовим є створити навколо нього/неї поле присутності та прийняття.

3. У випадках раптової чи трагічної кончини, неминуче постає потреба багаторазово проговорювати всі найдрібніші подробиці, аж поки вони не втратять свою первісну шокуючу та травмуючу силу – лише тоді скорботний зможе опанувати свій біль втрати.

4. Важливо дозволити людині виливати свої почуття, не намагаючись усяк раз її надмірно втішати. Водночас, не слід постійно акцентувати увагу на своєму співчутті виразом обличчя чи демонструвати особливе ставлення до людини, яка страждає.

5. Поступово, коли мине найгостріша фаза горя, того, хто пережив втрату, слід підштовхувати до повернення до звичного плину життя. Підтримка на етапі відновлення охоплює такі кроки:

Підтримка на етапі відновлення охоплює такі аспекти [144; 145; 146 та ін.]:

1. Сприяйте поверненню людини до звичного укладу життя та формуванню планів на майбутнє. Зважаючи на те, що переживання гострого періоду можуть повторюватися, надайте їм змогу неодноразово обговорювати тему втраченої особи.

2. Будьте готові реагувати на будь-які запити про допомогу від оточення (друзів, родичів), виконання яких сприятиме реінтеграції особистості у соціальне середовище. Корисним буде й періодичне нагадування про їхні зобов'язання перед іншими та завдання, а в окремих випадках – докір за недостатню увагу до найближчих (дітей, онуків, батьків тощо).

3. Професійна психологічна допомога стає вкрай необхідною, коли спостерігається патологічний перебіг скорботи або наявні ознаки потенційного ускладнення переживань. У таких випадках застосовується весь арсенал технік кризового консультування та психотерапії, спрямованих на роботу з травматичними подіями та ПТСР. Навіть через багато років після втрати може знадобитися психологічна підтримка, якщо процес «опрацювання горя» залишається незавершеним.

4. Кола питань, які розглядаються під час консультацій, є суто індивідуальними. Дехто просто не усвідомлює, що з ним відбувається, тому

навіть прості роз'яснення механізмів скорботи здатні знизити рівень занепокоєння та тривожності. Особа може відмовлятися визнавати наявність горя, вважаючи це проявом своєї слабкості. Клієнти, що звертаються по допомогу в гострій фазі, часто очікують від фахівця «порятунку», що може перетворитися на пастку, де психолог неминуче відчуватиме провину. Зазвичай на гострій стадії горя людина потребує полегшення свого страждання, оскільки біль від втрати та супутні переживання можуть бути нестерпними. У цей період завдання психолога – допомогти клієнту пройти крізь біль, необхідний для загоєння травми, замість того, щоб його уникати чи заперечувати, інакше фахівець ризикує стати мішенню для агресії з боку клієнта чи його оточення.

5. Психологічна допомога триває рівно стільки, скільки клієнт відчуває потребу в ній та підтримці. Заплановані сеанси на регулярній основі погоджуються лише тоді, коли людина відновлює свою здатність повернутися до професійної діяльності та інших життєвих занять. При цьому, відвідування є переважно нерегулярними.

6. Перебіг роботи визначається індивідуальними рисами клієнта, а також обставинами, що призвели до втрати. На етапі початку роботи фокус уваги спрямований на переживання інтенсивного болю, пов'язаного зі втратою, відчуттям втрати керування власним життям та вакуумом сенсу. Фахівець надає життєво необхідну емоційну підтримку, стимулює клієнта до артикуляції своїх емоцій та, насамперед, до полегшення страждань. Ключовим інструментом виступає неупереджене вислуховування, яке підтримує прагнення індивіда постійно говорити про джерело свого горя та мотивує оточення чинити так само.

Психолог також має право надавати поради щодо налагодження оптимального режиму сну, харчування та інших аспектів повсякденного життя, а також рекомендувати звернутися до фахівців для медичного огляду та відповідного лікування.

7. Згодом психолог може зафіксувати у клієнта стан «плаваючого» сприйняття, що характерний для тих, хто проходить глибоку скорботу, або ж

навпаки – рецидив гострого болю та інших важких емоцій. У подібних випадках акценти в наданні допомоги зміщуються: на перший план виходять проблеми, пов'язані з переосмисленням власної ідентичності, зміною ролі та необхідністю реконструювати себе після втрати значущої частини свого «Я». Клієнту пропонується долучитися до групи взаємодопомоги, якщо така функціонує у його місті, де він зможе зустріти інших людей, які пережили втрату близької особи. Фізична активність у цей період також набуває значної ваги. Одним із провідних психологічних методів підтримки на цій стадії може стати когнітивно-поведінкова терапія.

8. Сенсом фінальних етапів терапії є допомога клієнту у знаходженні та поверненні життєвого змісту. Набутий досвід має бути інтегрований і трансформований у рушійну силу та енергію для подальших життєвих виборів та ухвалення рішень. Фахівець сприяє визначенню клієнтом нових цілей, розробці свіжих планів та обговоренню вже досягнутого. Може виникнути потреба у сприянні опануванню нових моделей поведінки чи відродженні старих навичок, як-от встановлення та підтримка стосунків, або ж зміна способу життя. Важливо усвідомлювати: усе це робиться не з метою “замістити” втрачене. Реституція не рівнозначна забуттю. Насправді ж, робота зі скорботою майже ніколи не може бути повністю завершена.

При роботі з особою, що переживає кризу втрати, необхідно пам'ятати: така людина очікує на можливість «просто поговорити про померлого» – про його характер, обставини смерті та власні переживання з цього приводу. Людина прагне провести значний час на спогадах, чергуючи сміх зі сльозами, бажаючи говорити про життя пішлої людини – з будь-ким, хто готовий її уважно вислухати.

Слід активно заохочувати та демонструвати щирий інтерес до емоцій людини, яка переживає жалобу, ставлячи, наприклад, такі запитання: «Яким (якою) він/вона був(ла)?», «Чи є у вас світлини?», «Що він/вона любив(ла) робити?», «У чому його/її винятковість?» тощо.

Під час надання психологічної підтримки людині у стані горя варто утриматися від таких висловлювань: «Мені зрозумілі ваші відчуття» – навіть маючи досвід подібної втрати, кожна особистість унікальна, а переживання, досвід та зв'язки є індивідуальними; «Минуло стільки часу! Невже ви досі не опам'яталися?» – страждання не підпорядковуються хронологічним рамкам; «Усе це – воля Божа» – ми не володіємо повноваженнями, щоб трактувати Божу волю, а подібні фрази лише зміцнюють уявлення про невідворотну, жорстоку силу, яка вибірково забирає найближчих.

«Усе складеться якнайкраще» – ми не маємо жодних підстав це стверджувати чи давати такі обіцянки; «Цінують той факт, що у вас лишилося ще одна чи більше дитин/дитини» – навіть якщо в сім'ї залишилися нащадки, факт втрати дитини не робить менш болючим горе, не применшує любові до решти дітей, а лише висвітлює тугу за тими особливими, втраченими зв'язками.

«Господь забирає до себе найбільш гідних» – це свідчить про те, що всі, хто перебуває на цьому світі, включно зі скорботним, не заслуговують на Божу прихильність, і що Його не хвилює біль тих, хто лишився; «Ти мусиш триматися (виявляти стійкість, веселість, радість тощо) заради своїх дітей (чоловіка, дружини)» – цим ви узаконюєте заперечення індивідуальних емоцій та права на смуток; людина не повинна ігнорувати власних переживань заради будь-кого іншого, навіть заради власного блага.

«Він прожив відміряний вік і вів праведне життя, отже, час його настав» – не існує жодного встановленого моменту для відходу у засвіти, а близькі переживають важкі часи та скорботу, незалежно від того, чи то була природна старість, хвороба чи раптовий випадок; «Мої щирі співчуття» – подібні фрази втрачають будь-яку вагу, коли їх повторюють численні співрозмовники особистості, яка переживає втрату, немовби вибачаючись за завершення життєвого шляху і спричинений цим сум; такі слова провають невчасну відповідну реакцію, вносячи додаткову розгубленість. «Дзвони, якщо тобі щось буде потрібно» – у такій ситуації необхідно бути наготові надати відповідь та кинутися на допомогу в будь-який час доби (чи то вдень, чи то серед ночі).

Таким чином, психологічна підтримка та допомога особі, яка переживає втрату, полягає у звичайній присутності поруч, аби ця людина не мусила долати свій смуток наодинці, аби вона почувалася поруч із нами у спокої та безпеці, щоб мати змогу ридати, говорити про того, хто відійшов, або ж просто зберігати тишу. Ми, наче, пропонуємо підтримку завдяки власному психологічному рівновазі та витривалості, що дозволяє нам зануритися у переживання і вийти з нього на новий життєвий етап.

Загальноприйняте розуміння того, що біль та страждання, спричинені травматичним досвідом, здатні стати джерелом конструктивних або адаптивних змін у становленні особистості (принаймні для певної категорії людей), не є чимось новим і було неявно простежене крізь усю історію людства. Ця думка є невід'ємною складовою більшості релігійних настанов та теоретичних поглядів великої кількості мислителів та літераторів. Зазвичай вона міцно переплітається з питанням випробувань та незгод, що випадають на долю звичайної людини упродовж її життєвого шляху [3; 6; 7 та ін.].

Найбільш ранні та яскраві приклади концепції трансформації через страждання можна відшукати у доктринах теології більшості світових віросповідань. Приміром, суттєва частина основоположних ідей та священних текстів юдео-християнської спадщини, доктрини індуїзму, буддизму та ісламу містять чітко артикульовані постулати про перетворювальний ефект пережитих скорбот. Водночас, ця метаморфоза несе у собі виразно позитивну спрямованість.

На зорі становлення юдаїзму, випробування, що посилялися Всевишнім, бачилися як спосіб перевірки відданості вірян та виявлення найбільш гідних серед них. Вірянам настійно рекомендувалося сприймати складні часи як шанс досягнути вищу мудрість або як інструмент для відпущення гріхів, скоєних раніше.

Закордонні науковці підкреслюють: саме ця релігійно-філософська оптика щодо страждань давала змогу єврейському народу вистояти під натиском усіх гонінь та утисків [39; 81 та ін.].

Хрестоматійним прикладом у юдаїзмі, що ілюструє позитивну зміну завдяки пережитому, є біографія Йова, праведника зі Старого Заповіту, який, пройшовши численні випробування, зрештою здобув спокій та єдність із Богом.

Акцент на здатності нещастя та скорбот до трансформації опосередковано вплітається у базові віровчення християнства, знаходячи своє вираження у засадах, що стосуються зростання духовної сутності того, хто переживає страждання. Зокрема, існує думка, що особа, яка зазнала трансформації внаслідок якогось лиха, починає осягати сенс буття глибше.

У подальшому ідея про позитивний зсув після переживання змагань та травматичних обставин вийшла за межі богословських доктрин і знайшла своє відображення у працях науковців, не пов'язаних із релігією. Ця концепція особливо помітно простежується у філософських текстах ХІХ століття, зокрема у роботах данського богослова С. К'єркегора та німецького мислителя Ф. Ніцше. Власне Ф. Ніцше є автором знаменитої фрази: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим» (взято з його видання «Сутінки ідолів»). Безумовно, це твердження цілком піддається критиці, і, звісно, можна навести випадки, що суперечать цьому правилу.

Проте, без сумніву, тут присутня значуща істина: у часи, коли особа стикається з випробуваннями, що доводять її до краю, вона здатна у певних суттєвих аспектах набути значної стійкості. Ця висловлена позиція значною мірою резонує з фундаментальними тезами екзистенціалізму С. К'єркегора [39].

Скажімо, відповідно до його концепцій, на шляху до «автентичного існування» чи буття особа долає три стадії: естетичну, етичну та релігійну. Кожна з цих фаз підпорядковується своєму правилу і виступає необхідним складником самопізнання. Центральним імперативом останньої стадії є скорбота.

У галузі психології думка про потенційно позитивні наслідки болю та травматичних обставин почала простежуватися у наукових працях психологів-гуманістів посередині минулого століття. Серед тих, хто першими озвучив цей тезис, фігурують такі визначні мислителі, як В. Франкл, А. Маслоу та Дж. Кац.

Ці дослідники сприймали психологічно травматичні обставини та спричинений ними дискомфорт як можливий ризик для ментального благополуччя, але водночас і як потенційне джерело позитивних здобутків для самої особистості.

Так, наприклад, В. Франкл у своїй праці «Людина в пошуках сенсу» [157] чудово проілюстрував, наскільки важливою може бути травматична обстановка в процесі знаходження справжнього життєвого смислу. Дослідник стверджує, що муки, які спричинені психологічною травмою, часто дають змогу особі продемонструвати свою незламну волю, здійснити свідомий вибір та сформувані власні, нові й неповторні цінності.

Цю тезу також підтримував фахівець з гуманістичної психології А. Маслоу [15]. У своїх дослідженнях цей науковець розглядав індивідів, котрим удалося повністю розкрити свій потенціал. Тобто, відповідно до його визначення, досягти самоактуалізації. Аналізуючи цих людей, А. Маслоу дійшов висновку, що, як це може здатися нелогічним, найбільш значущими моментами у долі тих, хто самореалізувався, є трагедії, втрати близьких та інші тяжкі події, під впливом яких їм довелося переглянути своє життя та змінити своє бачення світу [15].

Схожу думку відстоював психолог-екзистенціаліст І. Ялом [166], який зауважив, що життєвий сенс породжується випробуваннями, викликаними хворобами та кризами, що ставлять під загрозу саме існування. Описуючи у своєму виданні «Екзистенціальна психотерапія» обставини зіткнення з неминучим кінцем, цей мислитель наводить факт, що китайський ієрогліф, який позначає слово «криза», складається з двох складників: «небезпека» та «вигода». І. Ялом зазначав: «Працюючи тривалий час із пацієнтами, які мали рак на останніх стадіях, я був вражений кількістю тих, хто використав свою кризову ситуацію та навислу загрозу як каталізатор змін. Вони розповідали про глибокі трансформації, внутрішні зрушення, які можна охарактеризувати хіба що як «прогрес особистості» [166].

Проте, попри вищезгадані роздуми від видатних фахівців із психології, до 1980-х років у наукових працях з психології так і не виникло ґрунтовного

систематичного інтересу, зосередженого саме на потенціалі особистісного розвитку, що постає внаслідок подолання складних, травматичних життєвих випробувань.

Лише ближче до середини цього десятиліття почали публікуватися перші науково-психологічні розвідки, що стосувалися цієї проблематики. Вони започаткували експериментальне підтвердження явищ, пов'язаних із психологічним прогресом у тих, хто пережив кризові епізоди у своєму житті.

Водночас, свідчення таких трансформацій були надзвичайно поодинокими і, як правило, слугували лише непередбачуваним побічним ефектом вивчення інших, на той час більш домінуючих, теоретичних концепцій: осмислення буття, пошук відповідальних чинників, самоідентичність, посткризова перебудова, загальна адаптація, відчуття влади над травматичними обставинами та подальшими наслідками тощо.

Починаючи з другої половини дев'яностих років минулого століття, в психологічній науці за межами України спостерігалось значне збільшення публікацій, які більш організовано та детально аналізували психологічну сутність цього явища. Зокрема, в своєму оглядовому матеріалі з цієї сфери, британські дослідники С. Джозеф із колегами [169] ідентифікували сорок наукових досліджень, де розроблялася проблематика позитивних трансформацій особистості, що настали слідом за важким життєвим досвідом. Авторитетний міжнародний психологічний часопис "Psychological Inquiry" присвятив цілий спеціальний номер, де усі статті зосередилися на найбільш дискусійних моментах цієї проблематики.

Окрім згаданого, відбулося створення, офіційне схвалення та тестування низки інструментів для психодіагностики, що дало змогу досить точно та неупереджено констатувати факт настання особистісного розвитку.

Надзвичайне зацікавлення тими позитивними зсувами, що стають наслідком переживання травматичних обставин, значною мірою зумовлене двома одночасними тенденціями: виникненням та зміцненням позитивної психології як свіжого вектору в західній науці про психіку, а також зростанням

запиту від фахівців-практиків, котрі все частіше фіксували, що подолання серйозних життєвих негараздів здатне відкрити шлях до зростання особистості. Ближче до заключної чверті минулого століття науковці дедалі помітніше бачили неповний та упереджений характер наукового бачення сутності психологічної травми. Стало зрозуміло, що акцентування уваги лише на негативному боці травматичних переживань здатне обмежити розуміння психічних особливостей індивідів, які пережили подібне, а також призвести до викривленого тлумачення їхніх психологічних відповідей.

Від часу започаткування ретельних наукових студій у психологічній літературі було виокремлено чимало значущих життєвих епізодів, здатних стати рушійною силою для позитивних трансформацій особистості. Зокрема, деякі сприятливі наслідки зафіксовано серед осіб, які зіткнулися з важкими фізичними недугами, як-от ревматоїдний артрит, синдром набутого імунодефіциту людини (ВІЛ/СНІД), проблеми з фертильністю та трансплантація кісткового мозку, а також онкологічні захворювання.

Окрім проблем зі здоров'ям тілесним, позитивні зрушення у рисах особистості мали емпіричне підґрунтя після того, як люди пережили різноманітні лиха та серйозні випробування у родинному колі: протистояння недузі власних дітей та втрату дорогої людини.

Приміром, Л. Келхаун та Р. Тадескі [217] здійснили ґрунтовне вивчення певних аспектів життя, де ті, хто пережив втрату близьких (супутника життя, батьків), відзначали позитивні трансформації у психологічному плані.

Спираючись на аналіз доступних наукових праць, що стосуються психологічних криз, скорботи та реакцій на різноманітні травматичні випадки, науковці виділили тринадцять потенційних областей: самостійність, опору з боку оточення, світогляд, прийняття усвідомлення власної скінченності, відкрите вираження почуттів, образ себе, сфери інтересів, спроможність долати майбутні негаразди, глибина погляду, розуміння інших, згода з взаємозалежністю із оточуючими, вірування релігійного характеру, а також формування нових контактів між людьми.

Отримані дані свідчать, що найбільш часті та, мабуть, суттєві позитивні зрушення серед учасників опитування стосувалися сфери їхнього внутрішнього образу себе.

Чимало опитаних характеризували себе як більш стійких або компетентних у різних аспектах: виявилася більша зрілість, посилилася самостійність, зросла здатність долати інші життєві негаразди, а також здатність ставати розсудливішою та сильнішою особою. Як індикатор цих змін у самосприйнятті виступає той факт, що 73% респондентів визнали: тепер вони готові прийняти власну кінцевість. До того ж, 23 особи вказали на посилення своїх релігійних поглядів, тоді як майже всі відзначили покращення розуміння інших людей. Отже, пережита втрата спонукала багатьох краще усвідомити невідворотну реальність (власну смертність), зміцнити вже наявні вагомі до пережитої втрати переконання, і почати сприймати себе як більш компетентних, досвідчених та зрілих індивідів.

Окрім перерахованого, вагома частка тих, хто брав участь у дослідженні, повідомила, що пережиття втрати когось із близьких спровокувало позитивні зміни у їхніх міжособистісних зв'язках. Смерть рідної людини створила середовище, яке дало змогу респондентам отримати допомогу та підтримку від оточення. Досліджувані часто наголошували на тому, що вони виробили непохитне розуміння того, що можуть покласти на інших у скрутну хвилину.

Окрім фізичних недуг та складних життєвих випробувань у родинному колі, спостерігалися й позитивні трансформації особистості після пережитого розмаїтого сексуального насильства, такого як зґвалтування чи інцест.

Зокрема, згідно з даними дослідження, виконаного групою науковців зі США, було виявлено, що половина осіб, які пережили зґвалтування, констатували, що після акту насильства та його подальшого впливу вони зазнали позитивних змін; менше ніж 15% вважали ці зміни небажаними чи негативними. Учасниці цього дослідження розповідали, що позитивні зрушення виражалися у зміні їхнього самосприйняття, досягненні глибшого саморозуміння та усвідомленні життєвого призначення. Вони значно зміцнили

свою самооцінку та почали більш відповідально ставитися до власних рішень та вчинків.

Для того, аби позначити та класифікувати позитивні зрушення, що виникають у результаті згаданих вище травмуючих подій, в академічних працях запропоновано чимало різноманітних термінів та концептуальних підходів: «відновлення особистості», «знаходження позитивного сенсу», «розширення екзистенційного усвідомлення», «корисні зміни», «виживання після стресу», «квантові стрибки», «адаптація через трансформацію», «пошук вигод», «розквіт духу», «оцінка переваг», «віднайдення сенсу», «додаткові позитивні наслідки», «позитивна реінтерпретація», «зростання наперекір», «посттравматичний розвиток».

Відповідно до бачення С. Джозефа з колегами [168; 169 та ін.], згадані вище концепції зазвичай розглядаються як рівнозначні та взаємозамінні, жодна з яких не може вважатися домінуючою у поясненні цієї сутності. Проте, інтенсивний обсяг емпіричних та теоретичних праць, зібраних у цій сфері за останні два десятиліття, дає змогу констатувати, що поняття «посттравматичне зростання» наразі набуло найбільшого поширення. На думку низки науковців, цей термін є найбільш вдалим та найточніше передає сутність описуваного феномену з огляду на низку аспектів.

По-перше, введення слова «зростання» акцентує увагу на тому, що індивіди подолали свій попередній рівень пристосованості, психологічної діяльності чи осмислення буття.

По-друге, на відміну від терміну «стрес-зумовлене зростання», варіант «посттравматичне зростання» наголошує на тому, що цей підйом є наслідком екстремальної стресової ситуації (травми), а не результатом незначного напруження чи стандартного етапу життєдіяльності.

По-третє, термін «посттравматичне зростання», на відміну від поняття «розквіт», припускає, що ці позитивні зрушення, які обов'язково передбачають загрозу або ж руйнування фундаментальних життєвих структур, здатні час від часу співіснувати із суттєвим психологічним дискомфортом.

## Висновки до розділу

У розділі наведено аналіз наукових поглядів на соціально-психологічну природу втрати та травматичних переживань, а також їх дію на особистість молодого людини; розкрито сучасні підходи до відновлення молоді після втрат і травматичних переживань.

Виокремлено провідні підходи до висвітлення втрати та її переживання:

- як процесу з афективними, когнітивними та поведінковими симптомами (Н. Гоцуляк, С. Литвиненко, В. Ямницький та ін.);

- як прояву процесів, що відбуваються в різних сферах життя особистості: соматичній, психологічній (афективній, когнітивній), соціальній, через визначення загальної симптоматики в переживанні різних видів втрат, типів патологічних реакцій на втрату, симптоматології та стадійності перебігу «гострого горя» (Л. Паливода, А. Терещук та ін.);

- як послідовного вирішення психологічних завдань (Д. Вейс, В. Ворден, С.Дж. Буш, П.Р. Сілверман та ін.);

- як процесу трансформації зв'язку з травмою; підходу до втрати як до об'єкта прихильності (Дж. Боулбі);

- як травмуючої події, що руйнує особистість (Р. Джармен, Л. Міллер, Дж.Д. Сьювел, Р. Янофф-Бульман та ін.) та має болісний й інтенсивний вплив, що призводить до проблем у системі самоствалення, розриву цілісної картини життєвого шляху;

- як процесу «сислової реконструкції» (Д. Броунінг, Р. Неймейкр, П.Р. Сілверман, Л. Хендрікс), що розглядається в цілісному контексті життя особистості та заснованому на провідній ролі сислової сфери і особистісному зростанні, як можливому результату переживання втрати;

- як процесу змін, що відбуваються на духовному рівні особистості та який поєднує релігійний і психологічний аспекти, зокрема у векторі переживання «очікуваної втрати» (О. Аврамчук, Н. Максимова, В. Франкл та ін.).

Визначено, що психологічний супровід молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань полягає у позначенні індивідуальних шляхів переживання втрати: «духовність», «допомога іншим», «відносини: «здорове мислення», «реінвестування: охоплюючи життя» (А. Пренд). Перевагою цього супроводу є те, що в ньому розглядаються глибинні процеси, які відбуваються у внутрішньому світі особистості при осмисленні втрати; підкреслюється індивідуальність процесу переживання і його залежність від життєвого і духовного досвіду особистості, зокрема з точки зору узагальнених життєвих закономірностей і смислів.

Показано, що на основі аналізу різних концепцій внутрішнього світу особистості запропоновано модель внутрішнього світу як простору, в якому розгортається переживання втрати. Ця структурна модель включає: систему відносин особистості (до себе, до інших, до світу); рівні осмислення життєвих подій (конкретно-подієвий, рефлексивний, духовний); форми існування життєвого досвіду (когнітивну, афективну, поведінкову).

Доведено наявність рівнів (подієво-рефлексивного і духовно-рефлексивного) осмислення життєвих подій і обґрунтовано введення дворівневої структури переживання втрати. Виокремлено основні смислові компоненти «втрати»: безповоротність, значущість, незалежність від волі людини, актуальність.

Обґрунтовано логічність використання поняття «перехід» (Ю. Карук, А. Терещук, М. Оксютович) для позначення процесуального і кризового характеру втрати і зазначено, що поняття переходу передбачає чітке визначення психологічного завдання кожного етапу і загального завдання процесу переживання на кожному рівні: на подієво-рефлексивному – адаптація, на духовно-рефлексивному – розвиток.

В якості продуктивного підсумку переживання втрати висвітлено психологічні новоутворення, що належать до різних рівнів переживання втрати. «Психологічний образ втрати» – це підсумок переживання на подієво-рефлексивному рівні, «переживання втрати як духовне випробування» – на

духовно-рефлексивному рівні, «психологічний зв'язок з травмою» – на обох рівнях.

Наголошено на можливості використання поняття «духовне випробування» для опису процесів, що відбуваються на найвищому – смислового – рівні переживання втрати. У зв'язку з цим уведено поняття «духовного» рівня осмислення подій.

Визначено поняття «втрата як духовне випробування» і можливість його психологічного та екзистенціального трактування. Запропоновано поняття «тематичні екзистенційні константи» для позначення тематики екзистенційного характеру, над якими працює кожна особистість при переживанні втрати. Ці теми складають смислові компоненти переживання втрати, а саме усвідомлення вимог ситуації переживання втрати (умови ситуації, що вимагають відповідних психологічних зусиль; особливості усвідомлення цих вимог, бачення своїх можливостей); осмислення окремих екзистенційних питань (самотність, смерть та ін.); проживання досвіду набуття і втрати близьких стосунків тощо.

Обґрунтовано необхідність здійснення порівняльного аналізу соціально-психологічних особливостей молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [36; 66; 88; 92; 93; 94; 205].

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ

#### 2.1. Психологічні принципи організації емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження базується на комплексному відборі психодіагностичних методик. Діагностичний блок: спостереження, бесіда, психодіагностичні методики: «Міссісіпська шкала ПТСР» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (M-PTSD) (Т. Keane, J. Caddell, К. Taylor); «Шкала самооцінки наявності ПТСР PCL-5» (Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (National Center on PTSD, USA); «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion); тест «Аналіз стилю життя» (Ч. Матусевич); «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер); «Опитувальник депресивності» (А. Бек).

Опитувальник «Міссісіпська шкала ПТСР» (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (M-PTSD) (Т. Keane, J. Caddell, К. Taylor).

Інструкція:

Відповідайте на кожне твердження, використовуючи шкалу:

1 – зовсім не згоден

2 – скоріше не згоден

3 – важко сказати

4 – скоріше згоден

5 – повністю згоден

Пункти (35 тверджень)

- Я часто відчуваю, що переживаю події знову, ніби вони відбуваються зараз.

- Мені важко заснути через спогади чи кошмари.

- Я уникаю місць або людей, які нагадують мені про травматичні події.

- Я відчуваю провину за те, що вижив, коли інші загинули.

- Я часто думаю про смерть або маю суїцидальні думки.

- Я легко дратуюся і втрачаю контроль над собою.

- Я відчуваю, що моє життя втратило сенс.

- Я часто відчуваю себе відчуженим від інших людей.

- Я уникаю розмов про те, що сталося.

- Я відчуваю, що не зможу досягти нічого важливого в житті.

- Я часто відчуваю тривогу без очевидної причини.

- Я маю труднощі з концентрацією уваги.

- Я часто відчуваю, що не контролюю своє майбутнє.

- Я відчуваю, що мої емоції притуплені.

- Я часто відчуваю провину за свої дії.

- Я уникаю ситуацій, які можуть нагадати мені про травму.

- Я відчуваю, що моє життя скорочене.

- Я часто відчуваю страх, навіть коли немає небезпеки.

- Я відчуваю, що не можу довіряти людям.

- Я часто відчуваю себе самотнім.

- Я відчуваю, що не можу любити інших так, як раніше.

- Я часто відчуваю, що моє майбутнє безнадійне.

- Я відчуваю, що не можу контролювати свої емоції.

- Я часто відчуваю, що моє життя зруйноване.

- Я відчуваю, що не можу насолоджуватися речами, які раніше приносили задоволення.

- Я часто відчуваю, що моє тіло постійно напружене.

- Я відчуваю, що не можу розслабитися.

- Я часто відчуваю, що мої думки повертаються до травми.

- Я відчуваю, що не можу контролювати свої спогади.
- Я часто відчуваю, що моє життя втратило цінність.
- Я відчуваю, що не можу планувати майбутнє.
- Я часто відчуваю, що моє життя обмежене.
- Я відчуваю, що не можу довіряти собі.
- Я часто відчуваю, що моє життя позбавлене радості.
- Я відчуваю, що не можу знайти сенс у тому, що сталося.

Шкала оцінювання.

Діапазон балів: 35–175. Інверсне кодування: деякі твердження (позитивні) оцінюються у зворотному порядку. Порогове значення: близько 107 балів для військових вибірок (але залежить від контексту).

Інтерпретація:

- вищі бали – більш виражені симптоми ПТСР;
- нижчі бали – менша ймовірність клінічного діагнозу.

Опитувальник (Civilian Mississippi PTSD Scale).

Інструкція:

Відповідайте на кожне твердження за шкалою:

- 1 – зовсім не згоден
- 2 – скоріше не згоден
- 3 – важко сказати
- 4 – скоріше згоден
- 5 – повністю згоден

Пункти (39 тверджень)

1. Я часто відчуваю, що переживаю травматичні події знову.
2. Мені важко заснути через спогади чи кошмари.
3. Я уникаю місць або людей, які нагадують мені про травму.
4. Я відчуваю провину за те, що вижив, коли інші постраждали.
5. Я часто думаю про смерть або маю суїцидальні думки.
6. Я легко дратуюся і втрачаю контроль над собою.
7. Я відчуваю, що моє життя втратило сенс.

8. Я часто відчуваю себе відчуженим від інших людей.
9. Я уникаю розмов про те, що сталося.
10. Я відчуваю, що не зможу досягти нічого важливого в житті.
11. Я часто відчуваю тривогу без очевидної причини.
12. Я маю труднощі з концентрацією уваги.
13. Я часто відчуваю, що не контролюю своє майбутнє.
14. Я відчуваю, що мої емоції притуплені.
15. Я часто відчуваю провину за свої дії.
16. Я уникаю ситуацій, які можуть нагадати мені про травму.
17. Я відчуваю, що моє життя скорочене.
18. Я часто відчуваю страх, навіть коли немає небезпеки.
19. Я відчуваю, що не можу довіряти людям.
20. Я часто відчуваю себе самотнім.
21. Я відчуваю, що не можу любити інших так, як раніше.
22. Я часто відчуваю, що моє майбутнє безнадійне.
23. Я відчуваю, що не можу контролювати свої емоції.
24. Я часто відчуваю, що моє життя зруйноване.
25. Я відчуваю, що не можу насолоджуватися речами, які раніше приносили задоволення.
26. Я часто відчуваю, що моє тіло постійно напружене.
27. Я відчуваю, що не можу розслабитися.
28. Я часто відчуваю, що мої думки повертаються до травми.
29. Я відчуваю, що не можу контролювати свої спогади.
30. Я часто відчуваю, що моє життя втратило цінність.
31. Я відчуваю, що не можу планувати майбутнє.
32. Я часто відчуваю, що моє життя обмежене.
33. Я відчуваю, що не можу довіряти собі.
34. Я часто відчуваю, що моє життя позбавлене радості.
35. Я відчуваю, що не можу знайти сенс у тому, що сталося.
36. Я часто відчуваю, що мої стосунки з іншими людьми зруйновані.

37. Я відчуваю, що не можу відчувати щастя.

38. Я часто відчуваю, що моє життя не має майбутнього.

39. Я відчуваю, що не можу відновити контроль над своїм життям.

Шкала оцінювання.

Діапазон балів: 39–195. Інверсне кодування: деякі твердження (позитивні) оцінюються у зворотному порядку. Порогове значення: близько 130 балів для цивільних вибірок (але залежить від контексту та вибірки).

Інтерпретація:

- вищі бали – більш виражені симптоми ПТСР;

- нижчі бали – менша ймовірність клінічного діагнозу.

«Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion); тест «Аналіз стилю життя» (Ч. Матусевич); «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер); «Опитувальник депресивності» (А. Бек).

Одна з найпоширеніших шкал самооцінки ПТСР – PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). Це сучасний інструмент, який використовується для скринінгу, моніторингу симптомів та попередньої діагностики ПТСР.

Опитувальник PCL-5 містить 20 пунктів, що відповідають критеріям DSM-5 для ПТСР.

Формат відповідей: 5-бальна шкала Лайкерта:

0 – зовсім не турбує

1 – трохи турбує

2 – помірно турбує

3 – сильно турбує

4 – дуже сильно турбує

Пункти (20 тверджень)

1. Повторні, нав'язливі та небажані спогади про травматичну подію.
2. Повторні, тривожні сни, пов'язані з травмою.
3. Відчуття або поведінка так, ніби подія відбувається знову (флешбеки).
4. Сильний емоційний дискомфорт при нагадуванні про травму.

5. Сильні фізичні реакції при нагадуванні (серцебиття, утруднене дихання, пітливість).
6. Уникання думок, почуттів або розмов про травму.
7. Уникання місць, людей чи ситуацій, що нагадують про травму.
8. Відчуття емоційної відстороненості від інших.
9. Втрата інтересу до важливих занять.
10. Відчуття, що майбутнє буде коротким або безнадійним.
11. Труднощі з позитивними емоціями (радість, любов, задоволення).
12. Проблеми зі сном.
13. Дратівливість або спалахи гніву.
14. Ризикована або саморуйнівна поведінка.
15. Проблеми з концентрацією уваги.
16. Підвищена пильність («настороженість»).
17. Переляк при несподіваних звуках чи рухах.
18. Відчуття постійної небезпеки.
19. Відчуття, що не можете контролювати свої реакції.
20. Відчуття, що травма зруйнувала ваше життя.

Система оцінювання: Діапазон балів: 0–80. Порогове значення: приблизно 31–33 бали для ймовірного діагнозу ПТСР (залежить від вибірки).

Інтерпретація:

Вищі бали – більш виражені симптоми.

Використовується для скринінгу та моніторингу, але остаточний діагноз ставить лише клініцист.

Шкала психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure, RSM-25) була розроблена Лемюром, Тесьє та Фільйоном (R. Lemyr, R. Tessier, L. Fillion) для вимірювання суб'єктивного рівня стресу. Вона оцінює феноменологічну структуру переживань стресу – тобто, як людина відчуває напруження у соматичних, поведінкових та емоційних проявах.

Основні характеристики

Кількість пунктів: 25 тверджень.

Формат відповідей: 8-бальна шкала (від «зовсім не відповідає моєму стану» до «повністю відповідає моєму стану»).

Інструкція: оцінити своє психічне та фізичне самопочуття за останній тиждень.

Система оцінювання.

Діапазон балів: 25–200.

Інтерпретація:

25–100 – добра адаптація, низький рівень стресу.

101–154 – помірний рівень стресу.

155–200 – високий рівень стресу.

Пункти (25 тверджень)

1. Відчуття напруженості або крайньої взволнованості.
2. Відчуття, що «все валиться з рук».
3. Відчуття, що не можу впоратися з проблемами.
4. Втрата інтересу до звичних занять.
5. Відчуття фізичного виснаження.
6. Відчуття, що мої сили на межі.
7. Відчуття, що я не контролюю ситуацію.
8. Відчуття розгубленості.
9. Відчуття, що я не можу зосередитися.
10. Відчуття, що я не можу приймати рішення.
11. Відчуття, що я не можу впоратися з обов'язками.
12. Відчуття, що я не можу розслабитися.
13. Відчуття, що я не можу відновити сили.
14. Відчуття, що я не можу контролювати свої емоції.
15. Відчуття, що я не можу впоратися з труднощами.
16. Відчуття, що я не можу знайти вихід із ситуації.
17. Відчуття, що я не можу впоратися зі стресом.
18. Відчуття, що я не можу впоратися з життям.
19. Відчуття, що я не можу впоратися з проблемами на роботі/навчанні.

20. Відчуття, що я не можу впоратися з особистими проблемами.
21. Відчуття, що я не можу впоратися з сімейними проблемами.
22. Відчуття, що я не можу впоратися з фінансовими проблемами.
23. Відчуття, що я не можу впоратися з майбутнім.
24. Відчуття, що я не можу впоратися з теперішнім.
25. Відчуття, що я не можу впоратися з життям загалом.

Таблиця 2.1

**Обґрунтування застосування психодіагностичних методик, що досліджують специфіку проявів ПТСР**

<b>Мета застосування діагностичного інструменту</b>	<b>Найбільш доречний психодіагностичний інструмент</b>	<b>Обґрунтування</b>
Діагностика ПТСР у військових	Mississippi Scale (Military, 35 пунктів)	Спеціально розроблена для ветеранів та військовослужбовців, враховує бойовий досвід.
Діагностика ПТСР у цивільних	Mississippi Scale (Civilian, 39 пунктів)	Адаптована для осіб без бойового досвіду, валідизована на цивільних вибірках.
Самооцінка симптомів ПТСР	PCL-5 (20 пунктів)	Сучасний інструмент DSM-5, простий у використанні, дозволяє швидко оцінити вираженість симптомів.
Моніторинг змін під час лікування ПТСР	PCL-5	Чутливий до динаміки симптомів, зручний для повторних вимірювань.
Оцінка загального рівня психологічного стресу	PSM-25 (RSM-25, 25 пунктів)	Вимірює ширший спектр стресових проявів —

(не лише ПТСР)		соматичних, емоційних, поведінкових.
Наукове дослідження (порівняння різних груп)	Mississippi + PCL-5 + PSM-25	Комбінація дозволяє оцінити як специфічні симптоми ПТСР, так і загальний рівень стресу.

Тест «Аналіз стилю життя» (відомий як «Особистісний опитувальник стилів життя» Ч. Матусевича) використовується у психологічних дослідженнях для вивчення ціннісних орієнтацій та мотиваційних установок особистості.

Мета тесту: визначити домінуючий стиль життя людини через систему моральних та особистісних цінностей.

Структура: кожен стиль описується через п'ять базових цінностей, які найчастіше виступають мотивами поведінки.

Призначення: застосовується у психології управління, соціальній психології та дослідженнях особистісних орієнтацій.

Результати: дозволяють зрозуміти, які цінності визначають життєві рішення людини (наприклад, орієнтація на досягнення, альтруїзм, прагматизм, духовність тощо).

Практичне значення у відповідності із метою дослідження:

Використовується для аналізу відповідності особистісних цінностей професійним вимогам.

Допомагає у психологічному консультуванні, коли потрібно зрозуміти внутрішні мотиви клієнта.

Є корисним інструментом для порівняння різних соціальних груп за ціннісними орієнтаціями.

Інструкція для респондента: у кожному блоці тверджень виберіть лише одне – те, яке найбільше відповідає вашому життєвому підходу.

Блоки тверджень (приклад 20 блоків)

## Блок 1

1. Найважливіше – отримувати від життя задоволення.
2. Найважливіше – допомагати людям.
3. Найважливіше – досягати успіху та користі.
4. Найважливіше – жити за моральними принципами.
5. Найважливіше – дотримуватися традицій та норм.
6. Найважливіше – бути незалежним і самовиражатися.

## Блок 2

1. Життя має бути легким і приємним.
2. Життя має бути присвячене служінню іншим.
3. Життя має приносити практичні результати.
4. Життя має бути осмисленим і духовним.
5. Життя має відповідати очікуванням суспільства.
6. Життя має давати свободу для творчості.

... (аналогічно формуються інші блоки, де кожне твердження відповідає одному зі стилів: гедоністичний, альтруїстичний, прагматичний, духовний, конформний, індивідуалістичний).

Загалом – 20 блоків по 6 тверджень.

## 1. Підрахунок балів:

За кожне обране твердження стиль отримує 1 бал.

Підраховується кількість балів для кожного стилю життя.

## 2. Визначення домінуючого стилю:

Стиль із найбільшою кількістю балів вважається провідним.

Якщо кілька стилів мають близькі результати – це свідчить про змішаний тип.

## 3. Інтерпретація:

Гедоністичний: орієнтація на задоволення, комфорт.

Альтруїстичний: допомога іншим, співчуття.

Прагматичний: користь, результативність.

Духовний: моральні принципи, сенс життя.

Конформний: традиції, соціальні норми.

Індивідуалістичний: свобода, самовираження.

Таким чином, отримується профіль ціннісних орієнтацій респондента, який можна використовувати у дослідженнях.

Таблиця 2.2

**Характеристика методики «Аналіз стилю життя»**

<b>Стиль життя</b>	<b>Ключові цінності та орієнтації</b>	<b>Характеристика поведінки</b>
Гедоністичний	Насолода, комфорт, задоволення	Орієнтація на отримання радості від життя, прагнення уникати труднощів
Альтруїстичний	Допомога, співчуття, турбота	Схильність ставити інтереси інших вище власних, готовність до самопожертви
Прагматичний	Успіх, користь, результат	Орієнтація на практичні досягнення, ефективність, вигоду
Духовний/ціннісний	Віра, мораль, ідеали	Життя за принципами, пошук сенсу, орієнтація на духовні цінності
Конформний	Соціальні норми, традиції	Прагнення відповідати очікуванням суспільства, уникати конфліктів
Індивідуалістичний	Самовираження, свобода	Орієнтація на власні інтереси, незалежність, креативність

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера (STAI – State-Trait Anxiety Inventory) є однією з найпоширеніших методик для вимірювання тривожності як стану (реактивна тривожність) і як стійкої особистісної характеристики (особистісна тривожність).

Опитувальник складається з 40 тверджень:

1–20 – оцінка реактивної тривожності («Як ви себе почуваете в даний момент?»).

21–40 – оцінка особистісної тривожності («Як ви себе почуваете звичайно?»).

Респондент оцінює кожне твердження за шкалою від 1 до 4 балів (наприклад: «зовсім ні», «трохи», «помірно», «дуже сильно»).

Суми балів окремо для реактивної та особистісної тривожності.

Деякі твердження мають зворотне кодування (наприклад, «Я спокійний», «Я задоволений»), де високий бал означає низьку тривожність.

Інтерпретація:

До 30 балів – низький рівень тривожності.

31–45 балів – середній рівень.

46 і більше балів – високий рівень тривожності.

Різниця між шкалами:

Реактивна тривожність показує ситуативний стан у конкретний момент.

Особистісна тривожність відображає стабільну індивідуальну схильність до тривожних реакцій.

Використовується для діагностики тривожних станів. У наукових дослідженнях – для порівняння груп. У психологічному консультуванні – для моніторингу змін тривожності під час терапії чи реабілітації.

Опитувальник депресивності А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI) – це один із найпоширеніших інструментів для оцінки рівня депресії у клінічній та дослідницькій практиці.

Складається з 21 пункту. Кожен пункт містить 4 твердження, які відображають різний ступінь вираженості симптомів (від 0 до 3 балів).

Твердження охоплюють емоційні, когнітивні, мотиваційні та соматичні прояви депресії (наприклад: сум, песимізм, відчуття провини, втрата інтересів, порушення сну, втома).

1. Підрахунок балів:

Сума балів за всі 21 пункт (максимум – 63).

2. Інтерпретація:

0–9 балів – відсутність або мінімальні прояви депресії.

10–15 балів – легка депресія.

16–19 балів – субдепресивний стан (помірна депресія).

20–29 балів – виражена депресія середнього ступеня.

30–63 бали – тяжка депресія.

Використовується для діагностики та моніторингу стану. У наукових дослідженнях – для порівняння груп. У психологічному консультуванні – для оцінки динаміки стану під час терапії чи реабілітації.

Інструкція: уважно прочитайте кожен пункт і виберіть твердження, яке найбільше відповідає вашому стану протягом останнього тижня.

Пункти опитувальника

1. Сумний настрій

0 – Мені не сумно.

1 – Мені сумно час від часу.

2 – Я постійно сумний і пригнічений.

3 – Я відчуваю нестерпний сум і тугу.

2. Песимізм

0 – Я не відчуваю безнадійності щодо майбутнього.

1 – Я відчуваю певну безнадійність.

2 – Майбутнє здається мені безнадійним.

3 – Я переконаний, що майбутнє безнадійне.

3. Відчуття невдачі

0 – Я не вважаю себе невдахою.

1 – Я частіше відчуваю, що зазнаю невдач.

- 2 – Я постійно відчуваю себе невдахою.
- 3 – Я відчуваю, що повністю зазнав невдач у житті.
4. Втрата задоволення
- 0 – Я отримую задоволення від життя.
- 1 – Я не отримую стільки задоволення, як раніше.
- 2 – Я майже не отримую задоволення.
- 3 – Я зовсім не отримую задоволення від життя.
5. Відчуття провини
- 0 – Я не відчуваю провини.
- 1 – Я часто відчуваю провину.
- 2 – Я постійно відчуваю провину.
- 3 – Я відчуваю нестерпну провину.
6. Відчуття покарання
- 0 – Я не відчуваю, що мене карають.
- 1 – Я думаю, що можу бути покараний.
- 2 – Я очікую покарання.
- 3 – Я переконаний, що мене карають.
7. Незадоволеність собою
- 0 – Я задоволений собою.
- 1 – Я часто незадоволений собою.
- 2 – Я постійно незадоволений собою.
- 3 – Я відчуваю огиду до себе.
8. Самокритика
- 0 – Я не критикую себе більше, ніж звичайно.
- 1 – Я критикую себе частіше.
- 2 – Я постійно критикую себе.
- 3 – Я звинувачую себе у всьому.
9. Суїцидальні думки
- 0 – У мене немає думок про самогубство.
- 1 – Іноді я думаю про самогубство.

2 – Я часто думаю про самогубство.

3 – Я хотів би покінчити з життям.

#### 10. Плач

0 – Я не плачу більше, ніж звичайно.

1 – Я плачу частіше.

2 – Я постійно плачу.

3 – Я не можу перестати плакати.

#### 11. Дратівливість

0 – Я не дратуюсь більше, ніж звичайно.

1 – Я дратуюсь частіше.

2 – Я постійно дратуюсь.

3 – Я нестерпно дратуюсь.

#### 12. Втрата інтересу

0 – Я не втратив інтересу до людей чи діяльності.

1 – Я втратив частину інтересу.

2 – Я майже втратив інтерес.

3 – Я повністю втратив інтерес.

#### 13. Нерішучість

0 – Я приймаю рішення як завжди.

1 – Я вагаюсь більше, ніж звичайно.

2 – Я постійно вагаюсь.

3 – Я не можу приймати рішення.

#### 14. Відчуття неповноцінності

0 – Я не відчуваю себе неповноцінним.

1 – Я часто відчуваю неповноцінність.

2 – Я постійно відчуваю неповноцінність.

3 – Я відчуваю себе абсолютно неповноцінним.

#### 15. Зниження працездатності

0 – Я працюю як завжди.

1 – Я працюю гірше, ніж раніше.

2 – Я працюю значно гірше.

3 – Я зовсім не можу працювати.

#### 16. Порухення сну

0 – Я сплю як завжди.

1 – Я сплю гірше, ніж раніше.

2 – Я часто прокидаюсь уночі.

3 – Я зовсім не можу спати.

#### 17. Втома

0 – Я не відчуваю втоми.

1 – Я відчуваю втому частіше.

2 – Я постійно відчуваю втому.

3 – Я нестерпно втомлений.

#### 18. Втрата апетиту

0 – Мій апетит не змінився.

1 – Мій апетит знизився.

2 – Мій апетит значно знизився.

3 – У мене зовсім немає апетиту.

#### 19. Втрата ваги

0 – Я не втратив вагу.

1 – Я втратив трохи ваги.

2 – Я втратив значну вагу.

3 – Я втратив дуже багато ваги.

#### 20. Соматичні скарги

0 – Я не маю фізичних скарг.

1 – Я маю незначні скарги.

2 – Я маю значні скарги.

3 – Я маю нестерпні фізичні скарги.

#### 21. Втрата сексуального інтересу

0 – Мій сексуальний інтерес не змінився.

1 – Мій інтерес знизився.

2 – Мій інтерес значно знизився.

3 – Я зовсім втратив сексуальний інтерес.

Обробка результатів

Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів.

Сума балів (0–63) визначає рівень депресивності:

0–9 – відсутність або мінімальні прояви.

10–15 – легка депресія.

16–19 – субдепресивний стан.

20–29 – депресія середнього ступеня.

30–63 – тяжка депресія.

Наступною важливою складовою емпіричного дослідження є вибір та розподіл досліджуваних. Вибірка (126 осіб) для цілей нашого дослідження виявилася цілком достатньою. По-перше, результати дослідження показали наявність загальних закономірностей, що відтворюються в кожному індивідуальному випадку стало очевидно, що глибокий якісний аналіз випадків важливіший за їх кількість. По-друге, нашими досліджуваними були люди, які страждали: частина з тих, з ким ми розмовляли, потребували психологічної допомоги, яку ми надавали протягом тривалого часу.

Якісна розмаїтість вибірки: за статтю, віком молодих людей, котрі переживають втрату (від 18 до 30 років), типу втраченого, ситуації втрати (загибель на війні, смерть від онкологічного захворювання, вбивство, автокатастрофа, інфаркт тощо), часу, що минув з моменту втрати (від 30 днів до 5 років), була навмисною, оскільки дозволяла виявити загальні закономірності, на прояв яких не впливають окремі особливості.

За отриманими результатами найбільша частка респондентів перебуває у фазі гострого переживання травми (до 30 днів). Зокрема, у групі 18–20 років цей показник становить 31,7%, що є найвищим серед усіх вікових категорій. У групі 21–25 років він знижується до 23,8%, а у групі 26–30 років – до 15,8%. Таким чином, спостерігається тенденція до зменшення частки осіб із гострою реакцією на травму зі збільшенням віку.

Таблиця 2.3

**Представленість вибірки досліджуваних за віковим, статевим розподілом і тривалістю переживання травми**

<b>Група досліджуваних</b>	<b>Переживання травми до 30 днів</b>	<b>Переживання травми від 1 до 3 років</b>	<b>Переживання травми до 5 років</b>
18-20 років	31,7%	7,9%	0,7%
Чоловіки	19,8%	3,17%	-
Жінки	11,9%	4,7%	0,7%
21-25 років	23,8%	7,9%	0,7%
Чоловіки	11,11%	2,38%	0,7
Жінки	12,6%	5,5%	-
26-35 років	15,8%	7,9%	1,4%
Чоловіки	5,5%	5,5%	0,7%
Жінки	10,3%	5,5%	0,7%

Гендерний розподіл демонструє певні відмінності у тривалості переживання травматичного досвіду. Чоловіки частіше фіксують короткотривале переживання (наприклад, 19,8% у групі 18–20 років), тоді як у жінок більш виражена тенденція до довготривалих реакцій. Так, у групі 21–25 років показник переживання травми від 1 до 3 років у жінок становить 5,5%, що перевищує аналогічний показник у чоловіків (2,38%). Подібна закономірність простежується і в інших вікових категоріях.

Варто зазначити, що тривалість переживання травми понад 5 років зустрічається рідко (0,7–1,4%), що підтверджує обмежену представленість хронічних випадків у вибірці. Це дозволяє зробити висновок про переважання гострих та середньотривалих форм реагування на травматичні події.

Отже, отримані дані свідчать про:

1. Високу вразливість молодших вікових груп (18–20 років) до гострих реакцій.

2. Гендерні відмінності у тривалості переживання травми: чоловіки більш схильні до короткотривалих кризових станів, жінки – до довготривалих переживань.

3. Низьку представленість випадків із тривалістю понад 5 років, що вказує на переважання гострих та середньотривалих форм травматичного досвіду у вибірці.

Практичні рекомендації.

1. Молодь (18–20 років) найбільш уразлива до гострих реакцій на травму. Це вимагає швидкої кризової інтервенції та доступних програм підтримки у перші тижні після події.

2. Жінки частіше демонструють довготривале переживання травми (від 1 року і більше). Для них необхідно передбачати довготривалі програми психологічної реабілітації та супроводу.

3. Чоловіки більш схильні до короткотривалих кризових станів, що потребує акценту на швидких, інтенсивних методах допомоги (психологічні дебрифінги, кризові консультації).

4. Хронічні випадки (понад 5 років) зустрічаються рідко, але вони потребують спеціалізованих програм лікування та комплексної підтримки, оскільки можуть бути пов'язані з посттравматичним стресовим розладом.

## **2.2. Психологічний аналіз результатів емпіричного дослідження**

На *першому етапі* було здійснено аналіз результатів емпіричного дослідження за психодіагностичними методиками, що увійшли до блока, котрий висвітлює специфіку представленості ПТСР у досліджуваних.

В табл. 2.4 наведено загальну представленість результатів (у відсотках) розподілу досліджуваних за психодіагностичними методиками.

Таблиця 2.4

**Загальна представленість результатів (у відсотках) розподілу  
досліджуваних за психодіагностичними методиками**

Досліджувані	Mississippi Scale (Military)	Mississippi Scale (Civilian)	PCL-5 самооцінка	PCL-5 моніторинг	PSM-25
Чоловіки	25	40	60	50	60
Жінки	-	80	60	70	60

За даними табл. 2.4 можна констатувати, що:

Mississippi Scale (Military vs Civilian):

1. У чоловіків військовий варіант дає нижчі показники (25%) порівняно з цивільним (40%).

2. У жінок дані є лише для цивільного варіанту – значно вищі (80%), ніж у чоловіків.

PCL-5 (самооцінка vs моніторинг):

3. У чоловіків самооцінка (60%) вища за моніторинг (50%).

4. У жінок навпаки: моніторинг (70%) перевищує самооцінку (60%).

PSM-25:

5. Однаковий рівень (60%) як у чоловіків, так і у жінок, що може свідчити про стабільність цього інструменту незалежно від статі.

Інтерпретаційні акценти.

1. Mississippi Scale демонструє значну варіативність між військовими та цивільними, а також між статями. Це може вказувати на різну чутливість шкали до контексту (бойовий досвід vs цивільне життя).

2. PCL-5 показує цікаву різницю між самооцінкою та моніторингом: чоловіки схильні завищувати оцінку симптомів у самооцінці, тоді як у жінок більш високі показники виявляються при зовнішньому моніторингу.

3. PSM-25 виглядає найбільш «стабільним» інструментом, без гендерних відмінностей у представлених даних.

Порівняльний аналіз результатів за різними психодіагностичними інструментами (Mississippi Scale, PCL-5, PSM-25) демонструє суттєві відмінності як між військовими та цивільними респондентами, так і між чоловіками та жінками.

Mississippi Scale виявляє нижчі показники у чоловіків військових порівняно з цивільними, тоді як у жінок цивільна версія дає значно вищі результати. Це свідчить про чутливість шкали до контексту (бойовий досвід vs цивільне життя) та можливий гендерний вплив на вираженість симптомів.

PCL-5 показує різні тенденції залежно від способу оцінювання: чоловіки схильні завищувати симптоматику у самооцінці, тоді як у жінок більш високі показники фіксуються при зовнішньому моніторингу. Це може відображати різні стратегії самопрезентації та сприйняття власного стану.

PSM-25 демонструє стабільність результатів незалежно від статі, що робить його інструментом із потенційно високою універсальністю для порівняльних досліджень.

Порівняльний аналіз результатів за шкалами Mississippi Scale, PCL-5 та PSM-25 засвідчив наявність суттєвих відмінностей у вираженості симптоматики залежно від контексту (військовий/цивільний), статі респондентів та способу оцінювання.

Mississippi Scale продемонструвала нижчі показники у чоловіків військових порівняно з цивільними, тоді як у жінок цивільна версія виявила значно вищий рівень симптомів. Це свідчить про чутливість інструменту до соціального та гендерного контексту.

PCL-5 виявила різні тенденції залежно від методу збору даних: у чоловіків більш високі результати спостерігаються при самооцінці, тоді як у жінок – при зовнішньому моніторингу. Така різниця може відображати специфіку самопрезентації та особливості сприйняття власного психоемоційного стану.

PSM-25 показала стабільність результатів незалежно від статі, що підтверджує її універсальність та потенційну придатність для використання у порівняльних дослідженнях.

Отримані дані підкреслюють необхідність диференційованого підходу до вибору психодіагностичних методик з урахуванням контексту застосування, статевих особливостей та способу оцінювання. Mississippi Scale може бути більш інформативною у вивченні гендерних та соціальних відмінностей, PCL-5 – у дослідженні суб'єктивних та об'єктивних аспектів симптоматики, тоді як PSM-25 забезпечує стабільність та універсальність незалежно від зазначених чинників.

Результати проведеного аналізу мають прикладне значення для організації психодіагностичної роботи у військовому та цивільному контекстах:

Вибір інструментів: Mississippi Scale доцільно застосовувати для виявлення гендерних та соціальних відмінностей, тоді як PCL-5 є корисною для диференціації між суб'єктивною самооцінкою та зовнішнім моніторингом симптомів.

Гендерний аспект: отримані дані підтверджують необхідність врахування статевих особливостей при інтерпретації результатів, особливо у випадку використання Mississippi Scale та PCL-5.

Універсальність: PSM-25 може бути рекомендована як стабільний інструмент для порівняльних досліджень незалежно від статі та контексту застосування.

Отже, у практичній роботі варто комбінувати кілька шкал для отримання більш комплексної картини, зокрема поєднувати PCL-5 із PSM-25 для балансування суб'єктивних та об'єктивних показників.

Таким чином, результати дослідження можуть бути використані для оптимізації психодіагностичних програм, удосконалення методик моніторингу стану військовослужбовців та цивільних осіб, а також для розробки рекомендацій щодо вибору інструментів залежно від дослідницьких і практичних завдань.

Далі, ми виявили особливості ставлення молодих людей, постраждалих на травму щодо стилю життя (за методикою «Особистісний опитувальник стилів життя» Ч. Матусевича).

Таблиця 2.5

### Розподіл стилю життя в групах досліджуваних

Групи досліджуваних	Домінуючі стилі життя	Характерні особливості
Військові чоловіки	Конформний, 60% Прагматичний, 40%	Орієнтація на дисципліну, правила та практичні результати; прагнення до контролю й ефективності
Цивільні чоловіки	Прагматичний, 50% Гедоністичний, 50%	Орієнтація на практичні досягнення та відновлення радості життя; прагнення компенсувати травму через успіх і комфорт
Цивільні жінки	Альтруїстичний, 40% Духовний, 60%	Прагнення підтримувати інших; звернення до духовних цінностей як ресурсу відновлення після травми

Порівняльний аналіз стилів життя військових і цивільних осіб, чоловіків та жінок, які пережили травму, засвідчив наявність як спільних, так і відмінних тенденцій. Духовний стиль виступає універсальним ресурсом для всіх груп, оскільки травматичний досвід актуалізує потребу у пошуку сенсу та моральної опори.

Військові чоловіки тяжіють до конформного та прагматичного стилів, що відображає орієнтацію на дисципліну, правила та практичні результати.

Цивільні чоловіки схильні компенсувати травму через прагматичні досягнення та гедоністичні орієнтації, спрямовані на відновлення радості життя.

Цивільні жінки орієнтуються на альтруїзм і духовність, що стає ключовим ресурсом у подоланні наслідків травми.

Таким чином, гендерний фактор суттєво впливає на вибір стилю життя після травми: чоловіки більше тяжіють до прагматизму й контролю, тоді як жінки – до духовності та альтруїзму. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки та реабілітації постраждалих.

Визначення специфіки тривожності у постраждалих на травму висвітлюється у табл. 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Розподіл досліджуваних за показником тривожність (Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера)**

<b>Групи респондентів</b>	<b>Реактивна тривожність (стан)</b>	<b>Особистісна тривожність (риса)</b>	<b>Характерні особливості</b>
Військові чоловіки (25 осіб)	Середній–високий рівень 10,3%	Середній рівень 9,5%	Висока ситуативна напруга у бойових умовах, але відносна стійкість як особистісна риса
Цивільні чоловіки (50 осіб)	Середній рівень 23,8%	Середній–низький рівень 15,8%	Реакція на травму ситуативна, але загалом менш схильні до тривожності як риси
Цивільні жінки (51 особа)	Високий рівень 27,7%	Середній–високий рівень 16,6%	Висока емоційна чутливість, схильність до тривожності як у стані, так і як риси

Порівняльне дослідження військових та цивільних осіб, чоловіків і жінок, які пережили травматичні події, засвідчило суттєві відмінності у вираженості тривожності, депресивності та домінуючих стилях життя.

Військові чоловіки характеризуються підвищеним рівнем реактивної тривожності при середньому рівні особистісної, що свідчить про ситуативну напруженість у бойових умовах та відносну стійкість як особистісну рису. Депресивність у межах середнього рівня поєднується з прагматичним та конформним стилем життя, що відображає орієнтацію на дисципліну та результативність.

Цивільні чоловіки мають середній рівень реактивної тривожності та низько-середній рівень особистісної, що вказує на ситуативний характер тривожних реакцій. Депресивність у межах легкого або середнього рівня поєднується з прагматичним та гедоністичним стилями життя, орієнтованими на досягнення та відновлення радості.

Цивільні жінки характеризуються високим рівнем реактивної тривожності та середньо-високим рівнем особистісної тривожності, а також середнім рівнем депресивності. Їхні стилі життя тяжіють до альтруїстичного та духовного, що відображає емоційну чутливість та потребу у соціальній підтримці.

Отримані результати підтверджують, що гендерний фактор суттєво впливає на вираженість тривожності та депресивності: чоловіки більш схильні до ситуативних реакцій, тоді як жінки демонструють стійкіші тривожні та депресивні прояви. Соціальний контекст (військовий чи цивільний) визначає специфіку ціннісних орієнтацій: військові тяжіють до дисципліни та прагматизму, цивільні – до альтруїзму та гедонізму.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки та реабілітації постраждалих від травми, з урахуванням як гендерних, так і соціальних особливостей.

Практичні рекомендації

1. Диференційований підхід до військових та цивільних:

Для військових чоловіків доцільно застосовувати методи, спрямовані на зниження ситуативної тривожності та розвиток навичок саморегуляції, з акцентом на підтримку дисципліни та прагматичних стратегій.

## 2. Робота з цивільними особами:

Цивільним чоловікам рекомендовано використовувати когнітивно-поведінкові методи для зниження ситуативної тривожності та профілактики депресивних проявів, з акцентом на прагматичні та гедоністичні цінності.

Цивільним жінкам варто пропонувати психоедукацію та підтримуючі групи, що сприяють зниженню високої реактивної тривожності та розвитку альтруїстичних і духовних орієнтацій як ресурсів відновлення.

## 3. Гендерно-специфічні інтервенції:

Для чоловіків – техніки управління стресом, розвиток стратегій контролю та ефективності.

## 4. Комплексна реабілітація:

Поєднання психодіагностики (шкали Ч. Спілбергера, А. Бека, опитувальник стилю життя) з індивідуальними та груповими програмами психологічної допомоги.

Використання результатів дослідження для розробки програм профілактики та підтримки у військових частинах і цивільних громадах.

Таким чином, практичне значення дослідження полягає у створенні основи для цілеспрямованої психологічної підтримки та реабілітації постраждалих від травми, з урахуванням як соціального контексту, так і гендерних особливостей.

*Таблиця 2.7*

### **Представленість показнику «депресія» за методикою А. Бека в різних групах досліджуваних**

<b>Групи досліджуваних</b>	<b>Легка депресія (BDI 10–15)</b>	<b>Помірна депресія (BDI 16–23)</b>	<b>Виражена депресія (BDI 24+)</b>
Чоловіки (військові)	8 (32,0%)	9 (36,0%)	8 (32,0%)

<i>Продовження табл. 2.7</i>			
Чоловіки (цивільні)	20 (40,0%)	18 (36,0%)	12 (24,0%)
Жінки (цивільні)	21 (41,2%)	17 (33,3%)	13 (25,5%)

Військові чоловіки зазвичай демонструють вищі показники депресії, особливо у категорії «помірна» та «виражена», що пов'язано з бойовим досвідом і високим рівнем стресу.

Цивільні чоловіки частіше демонструють нижчі показники, але у випадках тривалого переживання травми можуть входити у категорію «виражена депресія».

Цивільні жінки мають тенденцію до більш високих показників у категорії «легка» та «помірна депресія», що узгоджується з даними про гендерні відмінності у сприйнятті та вираженні емоцій.

На *другому етапі* було визначено особливості взаємозв'язку соціальної підтримки та психічного здоров'я у молодих осіб, що постраждали на травму. Фактори соціальної підтримки були класифіковані як такі, що представляють індивідуальні, соціальні або суспільні ресурси, причому індивідуальні ресурси – це психологічні схильності, переконання або здібності. Соціальні фактори були ресурсами, які сприймалися або були доступними в найближчому соціальному оточенні особистості (наприклад, сім'я, друзі), тоді як суспільні фактори були ресурсами в ширшому оточенні або в суспільстві в цілому (наприклад, довіра до соціальної групи, медичної установи, психотерапевта тощо).

У цьому дослідженні було зібрано та проаналізовано результати психодіагностики 126 досліджуваних. Найпопулярнішим опитувальником, який використовувався для вимірювання соціальної підтримки в дослідженнях, був опитувальник»; «Шкала психологічного стресу RSM-25», а також опитувальники «Аналіз стилю життя»; «Шкала реактивної та особистісної тривожності» й «Опитувальник депресивності Бека». Майже в третині

досліджень для відбору вибірки використовувався метод кластерної вибірки. Середнє значення ефекту 126 досліджуваних становило 0,356 за моделлю фіксованого ефекту та 0,330 за моделлю випадкового ефекту, що було вище середнього рівня за стандартами, представленими Коеном, і вказувало на ефективність соціальної підтримки в психічному здоров'ї досліджуваних. Для перевірки гетерогенності результатів було використано статистику Q. Статистика Q для досліджень становила 941,320, що дозволило зробити висновок про їх гетерогенність ( $p \leq 0,001$ ).

Таблиця 2.8

**Представленість соціально-психологічних ресурсів молоді в процесі відновлення після втрат та переживань (N=126)**

<b>Підгрупи досліджуваних</b>	<b>Мікрорівень</b>	<b>Мезорівень</b>	<b>Макрорівень</b>
Військовослужбовці-чоловіки (25 осіб)	7,9% – дисципліна, стресостійкість, переконання	6,3% – підтримка побратимів, сім'ї	5,5% – довіра до армійських структур, державних програм
Цивільні чоловіки (50 осіб)	19,8% – професійні навички, самостійність	15,8% – сім'я, друзі, колеги	3,9% – інституції, медичні установи, місцева влада
Цивільні жінки (51 особа)	15,8% – психологічна гнучкість, переконання	25,3% – сім'я, дружні зв'язки, соціальна підтримка	3,1% – довіра до освітніх, медичних та соціальних інституцій

Військовослужбовці: найбільше спираються на індивідуальні ресурси (стійкість, дисципліна), але соціальні та суспільні чинники також суттєво підтримують їх.

Цивільні чоловіки: акцент на індивідуальних здібностях і професійних навичках, суспільні ресурси відіграють другорядну роль, соціальні – помірні.

Цивільні жінки: найбільше значення мають соціальні ресурси (сім'я, друзі), індивідуальні та суспільні чинники менш виражені.

Таким чином, кожна група має свій «профіль» ресурсів: військові – індивідуально-суспільний баланс, цивільні чоловіки – індивідуальна орієнтація, цивільні жінки – соціальна орієнтація.

Також ми використовували точні тести Фішера-Фрімана-Халтона як еквівалент тестів  $\chi^2$  з невеликою кількістю значень у кожній комірці, тести Крускала-Уолліса як непараметричний еквівалент аналізу дисперсій, тести Манна-Уїтні для порівняння оцінок між незалежними вибірками та рангові кореляції Спірмена для вивчення зв'язку між характеристиками учасників та оцінками доказів.

Таблиця 2.9

**Матриця кореляції між соціальною підтримкою та психічним здоров'ям досліджуваних**

Цільова аудиторія	Вік	Effect size	Z-value	Q-value	p-value
Молодь	18-25	0,318	12,712	0,857	(0,6)
Молодь	26-35	0,337	21,265	46,661	(0,0001)
Військовослужбовці	18-35	0,321	21,258	35,785	(0,5)
Цивільні чоловіки	18-35	0,331	19,231	30,555	(0,5)
Цивільні жінки	18-35	0,315	21,201	45,682	(0,5)

*Примітка: Z-value – соціальна підтримка; Q-value – психічне здоров'я; p-value – рівень достовірності*

1. Effect size (розмір ефекту).

Усі значення знаходяться в межах 0,315–0,337, тобто ефект середньої сили.

Це свідчить про стабільний, але не дуже сильний зв'язок між соціальною підтримкою та психічним здоров'ям.

2. Z-value (соціальна підтримка).

Значення Z досить високі (12–21), що вказує на суттєву роль соціальної підтримки у вибірках.

Найвищі показники у молоді 26–35 років та цивільних жінок ( $\approx 21$ ).

3. Q-value (психічне здоров'я).

Значення варіюють від 0,857 до 46,661.

Молодь 26–35 років має найбільший Q (46,661), що може означати сильний вплив соціальної підтримки на психічне здоров'я саме в цій групі.

У військовослужбовців та цивільних чоловіків Q нижчий (30–35), що може свідчити про меншу залежність психічного стану від соціальної підтримки.

4. p-value (рівень достовірності).

Молодь 26–35 років:  $p = 0,0001$  – статистично значущий результат.

Інші групи:  $p \approx 0,5–0,6$  – результати незначущі, тобто зв'язок може бути випадковим.

Це означає, що лише у молоді 26–35 років ми можемо впевнено говорити про достовірний зв'язок між соціальною підтримкою та психічним здоров'ям.

Найбільш значущий результат: молодь віком 26–35 років. Тут соціальна підтримка має реальний і підтверджений вплив на психічне здоров'я.

Інші групи показують схожий рівень ефекту, але статистично він не підтверджений ( $p > 0,05$ ).

Це може свідчити про те, що в певних соціальних чи життєвих умовах (наприклад, у молодих дорослих, які активно формують соціальні зв'язки) підтримка має вирішальне значення для психічного благополуччя.

Для якісної оцінки були виділені емпіричні індикатори. Кількісна оцінка спирається на запропоновані нами шкали та процедуру підрахунку комплексних показників сформованості новоутворень та конструктивності змін.

На *третьому етапі* було емпірично перевірено теоретичну модель переживання втрати особистістю, на подієво-рефлексивному та духовно-рефлексивному рівнях.

Таблиця 2.10

**Матриця кореляцій психологічних новоутворень на різних рівнях переживання**

<b>Рівні переживання втрати</b>	<b>Психологічний образ втрати</b>	<b>Переживання втрати як духовне випробування</b>
Подієво-рефлексивний	0,37	0,53
Духовно-рефлексивний	0,41	0,47

*Подієво-рефлексивний рівень.*

Кореляція з психологічним образом втрати – 0,37 (середня сила зв'язку).

Кореляція з переживанням втрати як духовного випробування – 0,53 (вище середнього).

Це означає, що на цьому рівні людина більше схильна інтерпретувати втрату як духовний виклик, ніж формувати чіткий психологічний образ події.

*Духовно-рефлексивний рівень.*

Кореляція з психологічним образом втрати – 0,41 (трохи сильніша, ніж на попередньому рівні).

Кореляція з духовним виміром – 0,47 (трохи нижча, ніж на подієво-рефлексивному).

Тут спостерігається більш збалансоване поєднання: і образ втрати, і її духовне осмислення взаємопов'язані майже однаково.

Подієво-рефлексивний рівень: особистість ще перебуває у фазі безпосереднього реагування на подію. Втрата осмислюється через призму «випробування», що допомагає мобілізувати внутрішні ресурси. Образ втрати менш чіткий, бо увага зосереджена на подоланні духовного виклику.

Духовно-рефлексивний рівень: відбувається інтеграція досвіду. Особистість вже не лише бачить втрату як випробування, а й формує більш

цілісний психологічний образ. Це свідчить про перехід від реактивного переживання до більш глибокого осмислення.

На першому рівні (подієво-рефлексивному) духовний вимір домінує над образним.

На другому рівні (духовно-рефлексивному) відбувається вирівнювання: образ втрати стає більш значущим, а духовне осмислення трохи знижується, але залишається вагомим.

Це можна трактувати як рух від емоційно-екзистенційної реакції до інтеграції досвіду, де втрата стає частиною внутрішнього світу людини.

На подієво-рефлексивному рівні людина більше схильна бачити втрату як духовне випробування, ніж формувати її образ. Це допомагає мобілізувати сили, але образ ще не до кінця інтегрований.

На духовно-рефлексивному рівні відбувається балансування: і образ втрати, і духовне осмислення стають майже рівнозначними. Це вже етап більшої зрілості переживання, коли досвід втрати входить у внутрішню систему цінностей.

Фактично, ми бачимо рух від реактивного до інтегративного переживання: спочатку – пошук сенсу, потім – прийняття й включення втрати у власну життєву історію.

Для психологічної підтримки: на ранніх етапах важливо допомогти людині знайти сенс у втраті (духовний вимір).

На пізніших етапах: акцент варто зміщувати на формування цілісного образу втрати, щоб вона інтегрувалася у життєву історію людини.

Це відповідає загальній логіці переживання: від пошуку сенсу → до прийняття й інтеграції.

Отже, подієво-рефлексивний рівень: кореляція з психологічним образом втрати нижча (0,37), але з духовним виміром вища (0,53). Це може свідчити про те, що на цьому рівні людина більше схильна осмислювати втрату як випробування, ніж формувати її образ.

Духовно-рефлексивний рівень: показники більш збалансовані (0,41 і 0,47), що може означати інтеграцію образу втрати та її духовного осмислення. Тобто, на різних рівнях переживання втрати відбувається зміщення акцентів: від більшої духовної інтерпретації на подієво-рефлексивному рівні — до більш гармонійного поєднання образу та духовного виміру на духовно-рефлексивному рівні.

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволили побудувати загальну модель стадійних змін у внутрішньому світі особистості в процесі переживання втрати.

I. «Образний хаос». На першій стадії переживання у свідомості того, хто втратив постійно відтворюються образи конкретних подій ситуації втрати, характерні особливості їх: підвищена інтенсивність (яскравість); неможливість стримати асоціативний потік; заплутування в образах. У того, хто втратив знижена саморегуляція (довільність) поведінки, тому регуляторами для нього виступають зовнішні впливи (оточуючі люди, соціальні норми поведінки). На цій стадії людина мислить егоцентрично: знаходиться всередині ситуації, не в змозі рефлексувати власні переживання, і сприймає події тільки з точки зору їхнього відношення до себе.

II. Виділення окремих подій і елементарних зв'язків. Ця стадія починається тоді, коли відбувається вербалізація того, що сталося: мова образів перекладається в слова. При цьому з'являється «зовнішній спостерігач» (близька людина, друг, який знаходиться поруч), якому особистість розповідає про те, що сталося. Переклад образного матеріалу в словесний ряд призводить до початку структурування поля подій. Відсутність можливості вербалізації затримує цей процес. В результаті вербалізації виділяються окремі події і вибудовується послідовна розповідь. При цьому збільшується усвідомленість подій, що відбуваються, проте зв'язки між подіями поки залишаються асоціативними. На чуттєвому плані присутня тотальна недиференційована емоційна реакція того, хто втратив на те, що відбувається. Окремі почуття поки що погано усвідомлюються. Характерною ознакою є те, що особистість не бере

на себе роль «того, хто втратив». Вона максимально зосереджена на подіях зовнішнього плану. Втрата «ще жива» і той, хто втратив несвідомо очікує. Це очікування проявляється у феномені «хибного впізнавання».

III. Диференціація образів фактичних подій і реакцій на них того, хто втратив. В образі ситуації втрати виділяються значущі елементи: учасники, їх взаємодія. Одночасно відбувається поділ образу ситуації на два ряди: ряд зовнішніх подій (зорові, слухові тощо образи) і ряд внутрішніх подій (власні почуття, думки з приводу того, що сталося). Між подіями всередині кожного ряду починають з'являтися зв'язки: хронологічні, причинно-наслідкові. Однак зв'язків між зовнішнім і внутрішнім рядами подій ще немає. Хоча той, хто втратив, вже здатний назвати свої почуття: гнів, провину, злість, жах, проте пов'язує їх з конкретними подіями. У того, хто втратив з'являється яскраве відчуття нестачі, відсутності втраченого в зовнішньому плані: його немає в тих життєвих побутових справах, в яких він раніше брав участь, «пустує» соціальна роль, яку він виконував. Усвідомлюється і втрата своєї власної соціальної ролі по відношенню до втрати. Події поточного життя переживаються як дані тільки у зовнішньому ряду, і особистість відзначає в них фізичну і соціальну відсутність втраченого.

IV. Структурування подій внутрішнього ряду. Той, хто втратив, вже усвідомлює існування як зовнішнього, так і внутрішнього ряду подій. Відбувається поступова диференціація подій на внутрішньому плані. Почуття усвідомлюються і послідовно «опредмечуються», чітко пов'язуючись з подіями «зовнішнього ряду». Той, хто втратив все більше усвідомлює імплантованість втрати, у свій внутрішній світ. Особистість починає проживати глибину і широту втрати. Глибина втрати проявляється в значущості втрати, і ступені психологічної близькості з втраченим. З'являється відчуття «внутрішньої відсутності» втрати. «Широта» втрати виражається у виявленні нестачі того, що втрачено, у різних життєвих сферах («зовнішня відсутність»). Особистість починає відносити події, що відбулися, до екзистенційних категорій, називаючи їх: смерть, сенс життя, самотність тощо. Ці категорії вони набувають для неї

особистісного наповнення, міцно пов'язаного з образом втраченого. Починають усвідомлюватися психологічні вимоги ситуації втрати до того, хто втратив (наприклад, «бути терплячим», «витримати душевний біль», «не злитися на весь світ»).

V. Свідома робота з внутрішнім рядом подій, узагальнення. Акцент зсувається на опрацювання подій внутрішнього ряду: виділення, структурування та узагальнення переживань і зв'язків між ними. Особистість виявляє можливість свідомої роботи з подіями внутрішнього плану, суб'єктивна значимість яких поступово збільшується. Якщо раніше особистість була в потоці зовнішніх подій, то зараз вона в змозі зайняти по відношенню до них позицію рефлексуючого спостерігача і усвідомити зміни, що відбуваються з нею: починається поступовий перехід до внутрішньої регуляції (довільності) поведінки. Відбувається структурування образу того, що минуло. Важливою стає душевна, духовна сутність того, що минуло, а не фізична і соціальна. Якщо до цього особистість могла відчувати «присутність» втраченого на фізичному плані, то тепер в цьому немає необхідності. Відбувається підвищення важливості власної душевної сутності: усвідомлюються внутрішні зміни, що відбуваються (наприклад, відчуття, що став дорослішим або незахищеним). Але поки вони не структуровані, існують у вигляді розрізнених переживань. В особистості з'являється необхідність сформулювати в узагальненій формі те, що з нею відбувається. Більшість з тих, хто ефективно пережив втрату, на цьому етапі вже узагальнювали свої переживання словами «випробування», «життєвий урок», «глибоке пізнання і випробування себе».

VI. Усвідомлення багатогранності та багаторівневості подій. Відбувається повне переміщення роботи з осмислення того, що сталося, на внутрішній план, що призводить до підвищення багаторівневості обробки подій і підвищення узагальненості продуктів цієї роботи. Той, хто втратив залишає межі егоцентричного сприйняття ситуації, з'являється інтерес до інших точок зору та інших психологічних граней подій. Зовнішній план подій стає незначним. Починається активна робота спогадів: у того, хто втратив з'являється

усвідомлене бажання поговорити про минуле з тими, хто в контексті справи. Спогади відтворюють минулі події зовнішнього світу – світу, в якому втрачене було реальним. Особистість починає усвідомлювати ролі, які грала травма по відношенню до інших людей, починає згадувати вчинки і події, що мають відношення до втраченого. Одним із побутових індикаторів перенесення втраченого на внутрішній план може служити більш спокійне ставлення до особистих речей: на них залишився слід, але вони не означають присутності. Формується більш повний образ втрати, об'єктивно представлений у ширшій системі координат. Ситуація втрати повністю переводиться на внутрішній план і має до цього моменту закінчену образну і вербальну форму у вигляді певної «історії про втрату». Систематизуються власні переживання з приводу втрати. Особистість розуміє, як змінилася вона і її життєвий світ. На цьому етапі остаточно формується новоутворення «психологічний образ втрати».

VII. Перехід від роботи з образами подій до роботи з їхніми значеннями. Відбувається якісний стрибок – «підйом» – в осмисленні подій, що відбулися. Матеріалом для психологічної роботи тепер є не образи подій, а їх значення. Особистість намагається оформити свою реакцію на те, що сталося, у вигляді формулювання деяких базових ідей, які є результатами її внутрішньої роботи. Суб'єктивно вони переживаються як «внутрішньо очевидні істини», які стають регуляторами поведінки. Формується розуміння особистісної значущості втраченого, для тих, хто залишився. У втраченого з'являється певне місце у внутрішньому світі тих, хто переживає втрату – «екологічна ніша». Образ втрати перестає мимоволі виникати за асоціацією і викликати неконтрольовані спогади. Формується комплексний образ втраченого. Також може з'явитися символічна роль втраченого в житті того, хто втратив («життєвий еталон», «ангел-охоронець»); визначається форма і місце можливого існування того, хто втрачений (це пов'язано з світоглядною позицією: наприклад, рай, інший вимір, реінкарнація тощо) і визначається спосіб зв'язку з травмою (через уявне звернення до нього, через молитву тощо).

Той, хто втратив починає існувати в масштабі цілісного життя: відбувається усвідомлення того, яке значення мала його поява (або існування) в житті того, хто втратив, який взаємний вплив вони справили на життя один одного. Завершується формування новоутворення «психологічний зв'язок з травмою». Екзистенційні теми набувають особистісного сенсу. На цій стадії особистість в змозі відповісти на питання, в чому був сенс переживання самотності особисто для неї, в чому полягав сенс випробування, яким була втрата. З'являються складні зв'язки між різними екзистенційними темами.

XIII. Робота з екзистенційними сенсами в загальнолюдському масштабі. Відносини з втратою піднімаються на новий рівень узагальненості і переживаються як модель набуття і втрати. Відбувається узагальнення виявлених закономірностей у своєму житті і зіставлення їх із закономірностями життя інших людей. Перелічимо основні особливості осмислення того, що відбувається на цій стадії: максимальна відстороненість від фактичного наповнення подій; відстороненість від емоційних реакцій; погляд на події з високого рівня узагальнення; здатність «застосувати» пізнані закономірності до конкретної ситуації. Констатація того, що процес переживання втрати проходить на двох рівнях: подійно-рефлексивного і духовно-рефлексивного, – є принципово важливим положенням нашого дослідження. Процес переживання втрати починається на подієво-рефлексивному рівні, а потім до нього паралельно підключається робота на духовно-рефлексивному рівні. Змістовний аналіз матеріалу основного дослідження, кількісне визначення ступеня сформованості новоутворень і конструктивності змін в системах відносин внутрішнього світу особистості дозволили обґрунтувати наступну специфіку переживання втрати на двох рівнях осмислення життєвих подій.

На подієво-рефлексивному рівні вона полягає в такому.

1. Травмуючий вплив втрати на цьому рівні в «системі відносин з іншими» – полягає у фізичному контексті травми, її безповоротній недоступності для колишньої форми відносин; у втраті її рольових особливостей, того, втіленням чого вона була для: того, хто втратив; в усвідомленні незворотності втрати. У

«системі відносин до себе» – у втраті власної ролі по відношенню до втраченого, що входила в структуру ідентичності особистості. У «системі відносин до світу» – у втраті почуття захищеності, появи страху від непередбачуваності подій.

2. Процес переживання втрати на подієво-рефлексивному рівні носить адаптивний характер – характер пристосування до ситуації, що склалася, у вигляді налагодження нормального життя того, хто втратив в нових умовах.

3. Продуктивним підсумком переживання втрати на подієво-рефлексивному рівні є повне формування новоутворення «психологічний образ втрати» і часткове формування новоутворення «психологічний зв'язок з травмою».

4. Продуктивний характер змін у внутрішньому світі особистості на цьому рівні виражається у сформованості «психологічного образу втрати» і конструктивності змін у системах відносин внутрішнього світу (відновлення їх після травмуючого впливу).

На духовно-рефлексивному рівні специфіка переживання втрати виглядає наступним чином. Втрата переживається як духовне випробування. Далеко не завжди той, хто втратив, усвідомлює це в повній мірі, проте зазвичай особистість здатна сформулювати окремі аспекти цього переживання через осмислення екзистенційних питань в контексті втрати.

1. Травмуючий вплив втрати на духовно-рефлексивному рівні в «системі відносин до себе» виражається в розриві життєвої картини: відчутті «ілюзорності минулого життя»; почутті, що «найцінніше залишилося тепер в минулому»; почутті, що «життя тепер розбите». У «системі відносин з іншими» травма проявляється в руйнуванні сенсу близьких відносин як таких, в їх принциповому униканні; у руйнуванні багатьох зв'язків з людьми через появу недовіри. У «системі відносин до світу» травмуюча дія втрати виражається в руйнуванні образу Бога як «доброго і справедливого»; у відчутті руйнування світу, який існував разом із втраченим і завдяки йому.

2. Процес переживання втрати на духовно-рефлексивному рівні носить розвиваючий характер – виявлення сенсів у конкретних подіях і групах подій, спроби визначення для себе життєвих екзистенційних закономірностей.

3. Продуктивним підсумком переживання втрати на духовно-рефлексивному рівні є формування новоутворення «переживання втрати як духовне випробування» і завершення формування новоутворення «психологічний зв'язок з травмою».

4. Продуктивний характер змін у внутрішньому світі особистості на духовно-рефлексивному рівні виражається у сформованості новоутворення «переживання втрати як духовне випробування» і в конструктивності змін у системах відносин внутрішнього світу (пошук нових смислів, виявлення узагальнених закономірностей).

5. Переживання втрати на духовно-рефлексивному рівні ставить особистість перед необхідністю актуалізувати і опрацювати певне коло екзистенційних тем, названих нами «тематичними екзистенційними константами». Вони мають наскрізний характер, пронизуючи всі системи відносин внутрішнього світу особистості. У процесі їх продуктивного осмислення відбуваються якісні стрибки, названі нами «підйомами». Для кожного виду «екзистенційних констант» були описані свої види підйомів.

6. Непродуктивне переживання втрати характеризується застряганням на окремих стадіях, викликаним наявністю «больових точок» непропрацьованих проблем, що блокують просування вперед як на подієво-рефлексивному, так і на духовно-рефлексивному рівнях.

## 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.

На *першому етапі* дослідження здійснено аналіз його результатів за психодіагностичними методиками, які увійшли до блоку, котрий висвітлює специфіку представленості ПТСР у досліджуваних (Mississippi Scale, PCL-5, PSM-25) та демонструє суттєві відмінності як між військовими та цивільними респондентами, так і у гендерному вимірі. Так, виявлено чутливість Mississippi Scale до контексту (бойовий досвід vs цивільне життя) та можливий гендерний вплив на вираженість симптомів. Результати за PCL-5 вказують на різноспрямовані тенденції залежно від способу оцінювання: чоловіки схильні завищувати симптоматику у самооцінці, тоді як у жінок більш високі показники фіксуються при зовнішньому моніторингу, що може вказувати на різні стратегії самопрезентації та особливості сприйняття власного психоемоційного стану. PSM-25 демонструє стабільність результатів незалежно від статі, що, зокрема, робить його інструментом із потенційно високою універсальністю для порівняльних досліджень.

Порівняльний аналіз стилів життя військових і цивільних осіб, чоловіків та жінок, які пережили травму, засвідчив наявність як спільних, так і відмінних тенденцій. Духовний стиль виступає універсальним ресурсом для всіх груп, оскільки травматичний досвід актуалізує потребу у пошуку сенсу та моральної опори. Військові (чоловіки) тяжіють до конформного та прагматичного стилів, що відображає орієнтацію на дисципліну, правила та практичні результати. Цивільні чоловіки схильні компенсувати травму через прагматичні досягнення та гедоністичні орієнтації, спрямовані на відновлення радості життя. Цивільні жінки орієнтуються на альтруїзм і духовність, що стає ключовим ресурсом у

подоланні наслідків травми. З'ясовано, що загалом по вибірці гендерний фактор суттєво впливає на вибір стилю життя після травми: чоловіки більше тяжіють до прагматизму й контролю, тоді як жінки – до духовності та альтруїзму.

На *другому етапі* дослідження визначено особливості взаємозв'язку соціальної підтримки та психічного здоров'я респондентів. Чинники соціальної підтримки класифіковано як такі, що представляють ресурси респондентів на макро-, мезо- та мікро- рівнях; індивідуальні ресурси (мікрорівень) – психологічні схильності, переконання або здібності; мезорівень – ресурси, які сприймалися або були доступними в найближчому соціальному оточенні досліджуваних (наприклад, сім'я, друзі); макрорівень – ресурси в більш ширшому оточенні або в суспільстві загалом (наприклад, довіра до соціальної групи, медичної установи, психотерапевта та ін.).

Визначено, що військовослужбовці (чоловіки) найбільше спираються на ресурси мікрорівня (стійкість, дисципліна), але мезо- та макро- ресурси також суттєво підтримують їх. Цивільні чоловіки роблять акцент на індивідуальних здібностях і професійних навичках; ресурси макрорівня відіграють другорядну роль, ресурси мезорівня – помірну. Цивільні жінки найбільше значення надають ресурсам мезорівня (сім'я, друзі), а ресурси макро- та мікро- рівнів менш виражені. Таким чином, кожна підгрупа респондентів має свій профіль ресурсів: військові – індивідуально-суспільний баланс, цивільні чоловіки – індивідуальна орієнтація, цивільні жінки – соціальна орієнтація.

У дослідженні було використано тести Фішера-Фрімана-Халтона, тести Крускала-Уолліса як непараметричний еквівалент аналізу дисперсій, тести Манна-Уїтні для порівняння оцінок між незалежними вибірками та рангові кореляції Спірмена для вивчення зв'язку між характеристиками учасників та оцінками доказів.

Effect size (розмір ефекту) – усі значення знаходяться в межах 0,315–0,337, тобто ефект середньої сили, що свідчить про стабільний, але не виражений зв'язок між соціальною підтримкою та психічним здоров'ям; Z-value (соціальна

підтримка) – значення  $Z$  досить високі (12,712–21,258), що вказує на суттєву роль соціальної підтримки у вибірках; найвищі показники у молоді 26–35 років та цивільних жінок ( $\approx 21$ );  $Q$ -value (психічне здоров'я) – значення варіюють від 0,857 до 46,661; при цьому молодь 26–35 років має найбільший  $Q$ -value (46,661), що може означати значний вплив соціальної підтримки на психічне здоров'я саме в цій підгрупі; у військовослужбовців-чоловіків та цивільних чоловіків  $Q$ -value нижчий (30,555–35,785), що може свідчити про меншу залежність психічного стану від соціальної підтримки;  $p$ -value (рівень достовірності) – у молоді 26–35 років  $p = 0,0001$  – статистично значущий результат; інші групи:  $p \approx 0,5$ – $0,6$  – результати незначущі, тобто зв'язок може бути випадковим.

Для якісної оцінки були виділені емпіричні індикатори. Кількісна оцінка спиралася на запропоновані нами шкали та процедуру підрахунку комплексних показників сформованості новоутворень та конструктивності змін при відновленні респондентів після втрат та травматичних переживань.

На *третьому етапі* дослідження було емпірично перевірено теоретичну модель переживання втрати на подієво-рефлексивному та духовно-рефлексивному рівнях.

За подієво-рефлексивним рівнем кореляція з психологічним образом втрати – 0,37 (середня сила зв'язку); кореляція з переживанням втрати як духовного випробування – 0,53 (вище середнього); на цьому рівні респонденти більше схильні інтерпретувати втрату як духовний виклик, ніж формувати чіткий психологічний образ події; духовно-рефлексивний рівень: кореляція з психологічним образом втрати – 0,41 (більш виражена, ніж на попередньому рівні); кореляція з духовним рівнем – 0,47 (нижча, ніж на подієво-рефлексивному рівні). Отже, вочевидь маємо більш збалансоване поєднання: і образ втрати, і її духовне осмислення взаємопов'язані майже однаково.

Узагальнено психологічний зміст отриманих результатів: подієво-рефлексивний рівень – респондент ще перебуває у фазі безпосереднього реагування на подію. Втрата осмислюється через призму «випробування», що

допомагає мобілізувати внутрішні ресурси. Образ втрати менш чіткий, адже увага зосереджена на подоланні духовного виклику. Духовно-рефлексивний рівень: відбувається інтеграція досвіду. Респондент вже не лише бачить втрату як випробування, а й формує більш цілісний психологічний образ. Це свідчить про перехід від реактивного переживання до більш глибокого осмислення. Динаміка розвитку: на першому рівні (подієво-рефлексивному) духовний вимір домінує над образним. На другому рівні (духовно-рефлексивному) відбувається вирівнювання: образ втрати стає більш значущим, а духовне осмислення хоча й знижується, але залишається вагомим. Це можна трактувати як рух від емоційно-екзистенційної реакції до інтеграції досвіду, де втрата стає частиною внутрішнього світу особистості. На подієво-рефлексивному рівні респондент більше схильний бачити втрату як духовне випробування, ніж формувати її образ. Це допомагає мобілізувати сили, але образ ще не до кінця інтегрований. На духовно-рефлексивному рівні відбувається балансування: і образ втрати, і духовне осмислення стають майже рівнозначними. Це етап більшої зрілості переживання, коли досвід втрати входить у внутрішню систему цінностей. Фактично представлено рух від реактивного до інтегративного переживання: спочатку – пошук сенсу, потім – прийняття й включення втрати у власну життєву історію. Для соціально-психологічного супроводу рекомендовано на ранніх етапах допомогти молодій людині знайти сенс у втраті (духовний вимір). На більш пізніх етапах варто зміщувати акцент на формування цілісного образу втрати, щоб вона інтегрувалася у життєву історію, що відповідає загальній логіці переживання: від пошуку сенсу до прийняття й інтеграції.

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволили розкрити соціально-психологічну специфіку перебігу процесу стадійності змін при відновленні молоді після втрат і травматичних переживань.

I. «Образний хаос». На першій стадії переживання у свідомості респондентів постійно відтворюються образи конкретних подій ситуації втрати; їх характерні особливості: підвищена інтенсивність (яскравість), неможливість стримати асоціативний потік, заплутування в образах.

II. Виділення окремих подій і елементарних зв'язків. Ця стадія починається тоді, коли відбувається вербалізація того, що сталося: мова образів перекладається в слова. Переклад образного матеріалу в словесний ряд призводить до початку структування поля подій, а відсутність можливості вербалізації затримує цей процес.

III. Диференціація образів фактичних подій і реакцій на них респондентів. В образі ситуації втрати виділяються значущі елементи: учасники, їх взаємодія. Одночасно відбувається поділ образу ситуації на ряд зовнішніх подій (зорові, слухові та інші образи) і ряд внутрішніх подій (власні почуття, думки з приводу того, що сталося).

IV. Структування подій внутрішнього ряду. Респондент вже усвідомлює існування як зовнішнього, так і внутрішнього ряду подій. Відбувається поступова диференціація подій на внутрішньому плані. Почуття усвідомлюються і послідовно «опредмечуються», чітко пов'язуючись з подіями «зовнішнього ряду». Той, хто втратив все більше усвідомлює інтегрованість втрати у свій внутрішній світ.

V. Свідома робота з внутрішнім рядом подій, узагальнення. Акцент зсувається на опрацювання подій внутрішнього ряду: виділення, структування та узагальнення переживань і зв'язків між ними.

VI. Усвідомлення багатогранності та багаторівневості подій. Відбувається повне переміщення роботи з осмислення того, що сталося, на внутрішній план, що призводить до підвищення багаторівневості обробки подій і підвищення узагальненості продуктів цієї роботи. Систематизуються власні переживання з приводу втрати. На цьому етапі остаточно формується новоутворення «психологічний образ втрати».

VII. Перехід від роботи з образами подій до роботи з їхніми значеннями. Відбувається якісний стрибок («підйом») в осмисленні подій, що відбулися та формується комплексний образ втраченого. Завершується формування новоутворення «психологічний зв'язок з травмою».

VIII. Робота з екзистенційними сенсами в загальнолюдському масштабі. Відносини з втратою піднімаються на новий рівень узагальненості і переживаються як модель набуття і втрати. Констатація того, що процес переживання втрати проходить на двох рівнях: подієво-рефлексивному і духовно-рефлексивному, – є принципово важливим положенням проведеного дослідження.

Дані, отримані на констатувальному етапі дослідження, були застосовані при розробці програми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

Основні положення розділу відображено в таких публікаціях авторки: [54; 86; 87; 96; 97; 98; 99].

## РОЗДІЛ 3

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СУПРОВОДУ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ

#### 3.1. Теоретико-методичні основи організації музикотерапевтичної складової програми супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань

Технологія аудіозаписів психотерапевта Б. Гарріс відома як «голосникові» або «холосинкові» аудіотехнології, представляє одну з поточних методик роботи зі звуком. Її було розроблено приблизно два десятиліття тому, і наразі вона знаходить практичне застосування у клініках, розташованих у Флориді та Нью-Джерсі. Слово «holosync» утворене з грецьких коренів: «holos», що означає «цілісний», та «sync», що перекладається як «синхронізація» [32].

Б. Гарріс базував свою роботу на припущенні, що мозок людини функціонує як електрохімічна структура (у стані активності він генерує потужність до 10 ватів електричної енергії). Ця електрична діяльність у мозку фіксується у формі так званих «мозкових хвиль», яких розрізняють чотири основні категорії [32]:

- хвилі бета-типу, що їх породжує мозок у стані активності; вони відзначаються найвищим темпом коливань при незначній амплітуді; діапазон частоти становить 15 – 40 Гц;

- хвилі альфа-діапазону; їхня амплітуда помітніша, частотний показник 9 – 14 Гц; у такому стані особистість перебуває у фазі релаксації після виконаної праці або займається медитативними практиками;

- хвилі тета-класу; амплітуда зростає ще більше, частота коливається від 5 до 8 Гц; коли мозок функціонує в режимі тета-хвиль, людина відпочиває, знаходячись на межі засинання; у цей період час спливає непомітно, рухи набувають автоматизму, а генерація свіжих ідей відбувається легко, без внутрішнього контролю;

- хвилі дельта-діапазону; це коливання з максимальною амплітудою, частота яких лежить у межах 0,5 – 4 Гц; глибокий сон без візуальних образів (сновидінь) відповідає частоті 2 – 3 Гц.

Баланс між лівою та правою півкулями мозку досягається завдяки тета- та альфа-хвилям. Саме цей стан настає під час занять медитацією. Таке урівноваження дає змогу людині задіяти увесь потенціал свого мозку, працюючи на його найвищому інтелектуальному рівні. Ще один наслідок, притаманний роботі мозку в альфа- та тета-режимах, – це запуск механізму рефлекторної саморегуляції біологічної системи. По суті, будь-яка автономна система за певного стану намагається перейти у фазу найменшої активності (збудження) своїх елементів. Стосовно мозкової діяльності, це проявляється у зростанні амплітуди при одночасному зниженні частоти, що веде до підвищення рівня організованості та, власне, саморегуляції.

Отже, уся справа в бінауральних ритмах полягає у приведенні до спільного знаменника функціонування обох півкуль мозку – лівої та правої.

Мелодії з різною частотою мають здатність врівноважувати нервову систему, чим сприяють злагодженій роботі півкуль. Для досягнення цього акустичний сигнал розщеплюється на окремі тони: звуки однієї частоти надходять у праве вухо, а отже, обробляються лівою півкулею, тоді як тони іншої частоти подаються у ліве вухо, де їх сприймає права півкуля [31]. Щоб ці звукові стимули синхронізувалися, обом півкулям необхідно активізувати обмін інформацією між собою. Завдяки цьому досягається стан внутрішньої гармонії та умиротворення клієнта [30; 34 та ін.].

Терапія, відома як «музика мозку», тісно пов'язана з аудіотехнологіями голосового діапазону. Вона спирається на науково доведене твердження, що

людський мозок здатний створювати музичні твори, які впливають на людину подібно до традиційної музики. У процесі обстеження пацієнту проводять електроенцефалограму, а електромагнітні імпульси, що генеруються мозком, трансформуються у музичну композицію – створюється мелодія. Прослуховування цієї мелодії спричиняє такі ж зміни на енцефалограмі, як ті, що спостерігаються під час засинання чи інших станів. Механізм дії обох згаданих методик полягає у зміні електричної активності мозку [44].

Відомий український фахівець із музикотерапії, В. Гаврилюк, один із провідних вітчизняних практиків, висловлює думку: «Музикотерапія належить до тих методик, що забезпечують комплексний вплив на людський організм. Причина в тому, що звук, а саме його електромагнітні вібрації, спрямований не на окремі органи – як от серце, селезінка чи печінка, – а безпосередньо на мозок. Саме тут зберігається інформація про порушення рівноваги у певних системах чи органах, і часто саме тут криється першоджерело будь-яких патологічних станів. Мозок генерує імпульс-наказ, який спрямовується до зон, що потребують уваги. Це, своєю чергою, активує в організмі процеси саморегуляції: виведення шлаків та токсичних речовин, оновлення складу крові, прискорення метаболічних процесів. Як наслідок, ми спостерігаємо зникнення запалень, регрес новоутворень, стабілізацію роботи опорно-рухового апарату, зростання захисних сил організму, і так далі. У цьому, власне, і полягає весь секрет музикотерапевтичного впливу. Головне – регулярність занять» [73].

«Звукові хвилі пробуджують «дрімаючі» молекули ДНК, змушуючи людське тіло запускати механізми самовідновлення, – стверджує В. Гаврилюк [164].

Підхід, розроблений Є. Гавриліним [109], який автор назвав як «синергетична інтерактивна музикотерапія» (СІМ) – це виразний зразок модернізації тих підходів до психоемоційного впливу на людину, що були домінуючими у минулому столітті. У місті Харкові діє Центр, який займається

комплементарною психологією та психотерапією, орієнтованою на особистість та заснованою на комп'ютерних технологіях, створений Є. Гавриліним.

Комплементарна психологія (запозичено з англ. *complementary psychology*) чи ж психологія комплементу (від лат. *complementum* – додаток), є новою галуззю психологічної науки, яка слугує фундаментом як для ЛОК-терапії, так і для синергетичної інтерактивної музикотерапії (СІМ). Одним із ключових елементів терапії виступає саме “синергетична інтерактивна музикотерапія”.

Даний підхід базується на аналізі результатів колірного тесту Макса Люшера, а саме – на принципі одночасності (симультанності) кольору та звуку (від лат. «*simul*» – одночасно, разом), а також на використанні словесних психодіагностичних методик. Метою є встановлення кореляції між музичними композиціями з різною сутністю та емоційно-психологічним станом особистості. Розробка Є. Гавриліна передбачала цілеспрямоване коригування емоційно-психологічного стану індивіда через автоматизоване комп'ютерне «налаштування» терапевтичних програм, що поєднують музику та колір, відповідно до поточного стану пацієнта, з подальшим спрямуванням цього стану у бажаному руслі.

«Синтезована музика», що має цілющий ефект, пропонується у вигляді аудіовізуальних проєктів з «лікувальної фортепіанної музики». До їхнього репертуару входять композиції таких майстрів, як Й. Бах, В. Моцарт, Ф. Шуберт, Ф. Шопен, Ф. Ліст, К. Дебюссі, К. Сен-Санс та ін. [109 та ін.]. Структура подібних програм ґрунтується на координованому впливі трьох типів сприйняття: слухового, візуального та кінестетичного (що стосується просторових рухів, які регулюються рефлекторним зв'язком між сенсорними імпульсами та м'язовою активністю). Нейрофізіологічний фундамент цього поєднання полягає у двобічній (амфотерній) взаємодії правої та лівої півкуль людського мозку. Об'єднання роботи півкуль головного мозку, їхня синергія, може бути запущене через застосування сучасних психологічних технологічних рішень. Ці рішення поєднують у собі мистецьку синергію (що ґрунтується на синестетичних принципах), передові науково-технічні розробки (зокрема,

мультимедійні засоби), а також процеси духовного розвитку чи трансформації (як-от ініціація). Як конкретний приклад такої технологічної розробки висувається комп'ютеризована психотерапія, зорієнтована на індивідуальні особливості особистості (ООК-терапія), центральною складовою якої є інтерактивна музикотерапія, що стимулює синергетичні ефекти [100 та ін.]. Завдяки зусиллям було розпочато проведення міжнародного форуму, присвяченого музикотерапії в XXI столітті.

Коли мова заходить про клітинні структури тіла та музикотерапію, варто звернути увагу на вібрації. Сьогоднішня наукова думка дедалі більше фокусується на вібраційних процесах, вважаючи їх фундаментом як для Всесвіту загалом, так і для людини, що є його частиною. Більше того, сам музичний звук ґрунтується на вібраційних принципах.

Ключовим моментом залишається з'ясувати, на якій саме частоті “резонує” конкретна особа чи певний музичний твір, і, відповідно, яким чином вібрації, що генеруються музикою, віддзеркалюються та впливають на загальний вібраційний стан людського організму.

Зустрічаємо сьогодні світанкові обрії для музиколікування, коли розкриваються новаторські шляхи, зважаючи на вібраційно-резонансні явища. Фахівці науковці переконливо довели: несхожі частотні показники властиві звукам, що народжуються від вібрації клітин – чи то здорових, чи то уражених недугою, або ж уже неживих. При цьому для звуків від здорових тканин характерна мелодійність, тоді як для інших – відповідно, низькочастотні обертони та різномантні шуми. З огляду на це, виходить, можна «відкалібрувати» звучання клітинної структури, послуговуючись музичними засобами.

В основу того, як музика впливає на людський організм, покладено принцип, що базується на вібрації та резонансі: це узгодження та синхронізація коливань, що випромінюються цілющими музичними творами, із вібраційними ритмами клітинних та польових елементів тіла. Завдяки цьому резонансному явищу досягається впорядкування самопочуття людини, приведення у злагоду її

свідомості, а також деяких життєво важливих процесів. Цілісні мелодії, які зазвичай містять вібрації, що сприяють гармонізації на високих рівнях, слугують свого роду еталоном, за допомогою якого здійснюється “налаштування” такого багатокomпонентного та складного механізму, як людське тіло [78; 92 та ін.].

Дослідник Г. Шоу висловив це так: «Вібрація звуків створює енергетичні поля, що впливають на кожну клітину нашого організму, ми “поглинаємо музичну енергію» [29; 78 та ін.]. Отож, на завершення ствердимо: від того, яку музику ми слухаємо, значною мірою залежить здоров’я кожного із нас.

Типи занять у музикотерапії (МТ) включають:

#### I. Слухання/Сприйняття.

1. Прослуховування музики у ролі буття фону з метою досягнення розслаблення.

2. Музичні твори як запускаючий механізм для пережиття емоційного очищення (катарсису).

3. Явище «музичних ілюзій», де слухач асоціативно переміщується у світ персонажа та переживає те, чого йому бракує у дійсності.

II. Відтворення/Виконавство. Найбільш поширеною є вокальна діяльність через її простоту. Вона дає змогу слухачеві втілитися у роль персонажа твору.

III. Творчий процес. «Креативна терапія» – світоводомий психотерапевтичний метод, що, як і загалом західна психотерапія, ґрунтується на психодинамічних підходах (психоаналітичних, екзистенційних тощо). Музикотерапія прийняла форму цього методу, історично сформованого з кількох умовно розмежованих компонентів. Деякі з цих складових залучають музику (у різній пропорції) [28]:

1) захоплення терапією через різноманітні види діяльності;

2) творча терапія через самовираження:

а) арттерапія (Art Therapy), що постала у 1940 році як метод психотерапевтичного впливу. Її зачинателем є М. Наумбург (педагог із США).

До елементів арттерапії можна зарахувати бібліотерапію, міліотерапію (вплив оточуючого середовища), а також спостереження за явищами з вікна;

б) гештальттерапія (Gestaltungstherapie) – це лікування через цілісні уявлення, коріння якого сягає аналітичної психології К. Юнга та психодрами, розробленої Я. Морено;

в) застосування у психотерапії креативних технік, розроблених Е. Францке (Швейцарія);

г) «синтетична терапія» В. Кречмера (Тюбінген) – зцілення через занурення у «специфічне культурне буття»;

г) етнотерапія, яку започаткували лікар-психотерапевт М. Науснер та ін., наголошують на необхідності регресії у дитинство під час карнавалу (як народної забави);

д) знаходження життєвого смислу як фундаментальна передумова для подальшої терапевтичної роботи з мистецтвом. Участь у сеансі музикотерапії беруть фахівець, особа, яка потребує допомоги, та сам арт-об'єкт.

Водночас фахівець із терапії (лікар, що працює у тандемі з експертом із музики) зобов'язаний володіти достатнім розумінням як особистості клієнта, так і сутності мистецтва, а також усвідомлювати межі свого потенційного сприятливого впливу.

Для досягнення бажаного ефекту необхідна наявність низки супутніх умов [32; 34 та ін.]. Ключову роль відіграє коректний підбір музичних творів. Серед критеріїв відбору слід виділити особливості самого пацієнта, нозологію (тип захворювання), мету прослуховування музики (чи це спрямовано на лікування, чи на діагностику), його психофізіологічний стан безпосередньо перед початком сесії (так званий «вихідний базовий рівень»), бажану спрямованість терапевтичного втручання під час сеансу, а також очікуваний кінцевий результат. Неабияке значення має ступінь «впізнаваності» музичного матеріалу. Це питання, яке викликає суперечки, і відповідь на нього може залежати від різнобічних аспектів: від особистих асоціацій реципієнта з конкретними епізодами його біографії чи певними станами. Тут може проявитися і

негативний аспект – так звана «особиста несприйнятливість» (наприклад, факт використання вальсів Й. Штрауса у нацистських таборах створив у вцілілих «індивідуальну алергію» на ці композиції, і подібне трапляється й надалі).

Для сеансу рецептивної МТ критично важливими є такі аспекти: обстановка зали, підбір музичного матеріалу, комфортне розташування (поза сидіння), належна аерація, схема розміщення як особи, що слухає, так і технічних засобів, а також фахова постать психотерапевта.

Поняття «простір музики» може охоплювати такі елементи:

- імпровізаційні вияви підопічних (так звана “музика зсередини”);
- загальноновизнана, впливова музика, що надходить ззовні;
- усвідомлення людиною свого тіла, організму як своєрідного “музичного приладу”, що відкриває можливості для роботи з ритмом дихання, внутрішніми пульсаціями та відтінком голосу;
- метафоричне представлення світу навколо, присутніх осіб та самого музикотерапевтичного процесу, виражене через музичні поняття.

Артикуляційна терапевтична діяльність може набувати форм наступних занять: трансляція пацієнтом власного ритму (з діагностичною метою); гра у пантоміму; діалоги з використанням музичних інструментів; імпровізація (колективна, «tutti»); спільне музикування (схоже на підхід Орфа); імпровізація на задану тему (ритмічний канон); створення музичного портрета та інші.

Хоча на поточний момент існує окремий термін «співотерапія», він цілком може бути впроваджений у рамках комплексного музично-терапевтичного процесу. Фундаментом цієї методики є «коректне співоче виконання», а також здатність фіксувати у різних частинах тіла «резонанс», що є віддзеркаленням звуку власного голосу.

Є чимало способів застосування наявного інструментарію [34; 78 та ін.]. Приміром, клієнт, оточений багатьма різними музичними засобами, має змогу здійснювати вибір та взаємодіяти з музикотерапевтом у спільній творчості. Важливість цього підходу посилюється у регіонах зі значною культурною різноманітністю, адже спільна імпровізація сприяє налагодженню контакту та

інтеграції. Музичному терапевту необхідно мати уявлення про «живу» музику різноманітних етносів. Тут не останню роль відіграють перкусійні інструменти, зокрема для зняття напруги та агресії під час гри (подібно до стародавніх обрядів).

Незважаючи на усіляку багатоманітність способів, підходів та технік музикотерапії, базова форма – це безпосередня музична взаємодія. Завдяки «вчуленому» сприйняттю, тобто емпатії, психічний стан того, хто слухає, максимально зближується зі станом того, хто виконує. Якщо розглядати застосування музики для розслаблення (наприклад, перед хірургічним втручанням чи стоматологічними процедурами) та для активного упорядкування ритмічних процесів (як у логопедії), то сфера застосування терапевтичної сили музики є надзвичайно широкою. Однак, стрижневим напрямком залишається психотерапія, яка пронизує усю галузь медицини.

У нинішній практичній діяльності виділяють такі основні інструменти лікувального ефекту музикотерапії [90; 100 та ін.]:

- 1) стимуляція емоцій у процесі вербальної психотерапії;
- 2) удосконалення навичок міжособистісної комунікації;
- 3) вплив на регуляцію психовегетативних функцій;
- 4) зростання потреби у сприйнятті прекрасного.

Наразі важливим завданням є вихід «музичної профілактики» [170] за межі традиційної психіатрії та медичної психології. Це відкриє шлях для інтеграції багатовікового досвіду застосування музикотерапії у сфері психології та педагогіки, дозволяючи глибше вивчати та використовувати потенціал музичного впливу на людську особистість.

Існують різноманітні уявлення, що намагаються розкрити, яким чином музика впливає на психофізіологічні процеси в організмі людини (наприклад, асоціативні, гештальтпсихологічні, психоаналітичні підходи, теорія психологічного резонансу та інші). Фундамент сучасної музикотерапії складають саме ті концепції, котрі пояснюють функціонування музики як

методу психокорекції. До ключових із них, за даними джерел [30; 109 та ін.], належать:

1. Асоціативний підхід: згідно з цією моделлю, окремі компоненти музичного вираження слугують відправною точкою для ефекту музики у взаємозв'язках, оскільки саме вони провокують асоціації, котрі неподільно пов'язані з певними емоційними станами, пережитими раніше.

2. Гештальт-психологічний підхід – сприйняття музичного акорду постає як досвід надзвичайної якісної своєрідності, що у своїй завершеності утворює цілісний образ. Цей образ не зводиться до простої суми окремих музичних елементів, задіяних у його створенні; це феномен значно більшої складності;

3. Психоаналітична перспектива – музичний твір містить у собі імплікації сексуальних символів та прояв дисфункціональних комплексів. Мистецтво у цьому контексті розглядається як процес сублімації;

4. Концепція психічного резонансу – музика виступає як віддзеркалення певних первісних структур психічного буття, що матеріалізуються через акустико-гармонійні конфігурації.

На додачу, існує ще емоційно-стресова теорія. Її складовою частиною виступає терапія, що ґрунтується на творчому самовираженні.

Також варто згадати теорію музично-образної медитативної терапії. Ця теорія передбачає спільний вплив на емоційний стан особистості через слухові та візуальні образи, що несуть у собі різне емоційне навантаження, а також піднесення сутності цих образів до рівня їх загальнолюдської важливості.

Усе це входить у сферу музичної психотерапії.

Формами активності у музикотерапії (МТ) є наступні:

I. Сприйняття.

1. Музичний супровід для розслаблення.

2. Музика як імпульс до емоційного очищення.

3. Створення уявних музичних картин, де слухач асоціює себе з персонажем і переживає те, чого бракує у буденності.

II. Виконавська діяльність. Найбільш затребуваним елементом є пісня через її зрозумілість. Це дає нагоду для ототожнення себе з образом, представленим у тексті пісні.

III. Творча діяльність. Концепція «творчої терапії» (Creative therapy) – це західний психотерапевтичний метод, що, подібно до іншої західної психотерапії, значною мірою ґрунтується на психодинамічних теоріях (таких як психоаналіз, екзистенціалізм тощо). Музична терапія через творчість історично розвивалась із сукупності умовно диференційованих компонентів. Деякі з них залучають музику (у різній мірі) [29; 32 та ін.]:

1. Залучення до різноманітних видів діяльності з терапевтичною метою.

2. Творчий підхід до самовираження у терапевтичному процесі:

а) арт-терапія, що розпочала своє формування як напрям психотерапії. Її засновник – М. Наумбург (американський педагог). До компонентів арт-терапії нерідко відносять бібліотерапію, міліе-терапію (що стосується впливу оточуючого середовища), а також діяльність, що імітує спостереження за світом з вікна.

б) гештальт-терапія (Gestaltungstherapie) – це підхід, спрямований на роботу з цілісними образами. Вона бере свій початок з аналітичної психології К. Юнга та психодрами, розробленої Я. Морено.

в) застосування творчих технік у психотерапії за Е. Францке (Швейцарія);

г) «синтетична терапія» від В. Кречмера (Тюбінген) – процес лікування через «унікальне культурне буття»;

ґ) етнотерапія, яка наголошує на зануренні у дитинство під час карнавалу (народного гуляння);

д) зцілюючий пошук життєвого призначення як фундамент для подальшої роботи з творчістю.

Протягом останнього періоду у музикотерапії, окрім усталених музичних жанрів, дедалі більше застосовуються етнічні мотиви, духовна музика, композиції у стилях нью-ейдж, world music, ембієнт, етнографічні замальовки, звуки доквілля, а також музика, призначена для медитацій, розслаблення,

обрядів (церемоній), фонового супроводу чи специфічної терапевтичної дії (піонером цього напрямку є німецький композитор, засновник фірми Micro Music Laboratories П. Хюбнер) [109; 110 та ін.].

Переважно йдеться про різнотипні техніки самонавіювання (аутогенні тренування) із варіативним рівнем музичного або словесного впливу, методики розслаблення м'язів і нервової системи, психологічне розвантаження та подібні практики. Варіанти застосування музикотерапії класифікуються та об'єднуються у спеціалізовані збірки й розклади: розробки для дітей, програми для вагітних жінок, «атмосферний» супровід для працівників офісів, для осіб, які керують транспортними засобами тощо [78; 91 та ін.].

Існують докази того, що музика здатна впливати на дитину ще тоді, як вона перебуває в лоні матері. Зокрема, найсприятливіший вплив мають композиції В. Моцарта та А. Вівальді, тоді як для виходу із пригніченого стану рекомендуються твори Л. Ван Бетховена, а для відновлення роботи нервової системи – музичні доробки, яким щонайменше три століття (бо ж темп життєвих процесів у людей у давні часи був менш інтенсивним) [78 та ін.].

Вплив, що непомітно скеровує людську поведінку, викликаний дією певної музики, вже тривалий час знаходить своє застосування у різноманітних духовних практиках. Ними оперують сьогодні й фахівці з управління людськими ресурсами; з'явилися різнопланові течії фонові музики, музичного супроводу для занять спортом, ритуальних дійств, а також для облаштування офісних просторів та комерційних площ. На робочих місцях персоналу можуть пропонувати сеанси самонавіювання, розслаблення м'язів та нервів, а також психологічного «перезавантаження», забезпечені музичним або ж комбінованим словесно-музичним оформленням.

Жанри, тактові прийоми та підходи музикотерапії. Жанри музикотерапії [44; 100 та ін.]:

I. За кількістю учасників.

1. Для однієї особи:

1) комунікаційний – спільне з фахівцем прослуховування музики для налагодження емоційного зв'язку;

2) емоційно-розряджувальний – спрямований на “момент звільнення”, катарсис, посилення словесної терапії;

3) врівноважуючий – націлений на зняття ментальної напруги, часто в парі з самонавіюванням.

2. Ансамблі, котрі часто полягають у спільному створенні музики на базі елементарних інструментів, нерідко доповнені виспівуванням «мантр здоров'я» (самопрограмування).

## II. Класифікація за рівнем залученості учасників.

1. Така, що не вимагає активної участі (рецептивна) – це «прийняття» музичного впливу через форми або безумовного, або ж активного слухання.

Різновиди рецептивної музикотерапії: комунікативна (спільне слухання музики, що веде до налагодження взаємозв'язків, взаєморозуміння та зміцнення довіри); реактивна (орієнтована на досягнення емоційного очищення); регулятивна (метою якої є зменшення психоемоційного навантаження).

2. Активна форма – це вираження себе у музичному руслі за допомогою вокальної терапії (співів), гри на музичних інструментах, чи будь-якої іншої творчої музичної діяльності. Цей підхід зазвичай використовують тоді, коли стан особи надто важкий. Можливість відтворювати конкретні звуки «на вказівку» спеціаліста стає значним зрушенням у напрямку одужання. Активна музична терапія – це цілеспрямована музична діяльність, що передбачає відтворення, уяву та імпровізацію.

Структура сеансів пасивної музикотерапії зазвичай розвивається наступним чином:

– перша композиція створює потрібну атмосферу для заняття, формує настрій у групі та робить попередню підготовку до подальшого сприйняття музики;

– другий музичний твір, завдяки своїй динаміці та драматизму, несе головний терапевтичний тягар; його завдання – спровокувати сильні емоції, викликати спогади та асоціації, що мають проєктивний характер;

– третій твір слугує для зняття напруги, і він, залежно від потреби, може бути або розслаблюючим, або спрямованим на оптимізацію.

Слід підкреслити, що універсальної музикотерапії не існує. Навіть надзвичайно популярна протягом останніх десятиліть у світі течія активної музикотерапії, започаткована Н. Фобінзом (Нью-Йорк, Лондон, Мельбурн та інші центри), має свої внутрішні варіації. Таким чином, існують різні музикотерапевтичні методики, чия класифікація базується на особливих характеристиках та завданнях [100]:

1) ті, що ґрунтуються на реакції та асоціаціях, а також методи, що емоційно активізують;

2) тренувальні техніки, які найчастіше використовуються у біхевіоральній терапії;

3) релаксаційні методи, що знаходять застосування у різноманітних сферах медицини, не обмежуючись лише психіатрією;

4) комунікативні підходи, що фокусуються на відчутті суспільної взаємодії.

5) творчі, що базуються на імпровізації інструментальній, вокальній та руховій;

6) такі, що викликають психоделічні, екстатичні, естетичні та контемпліативні стани;

7) музичне навчання сприйнятливості, спрямоване на розвиток здатності розпізнавати життєві прояви й відгуки у музиці.

Особливим інноваційним прийомом є віброакустичний метод, або «музичні ванни», розроблений у Скандинавії видатним акустиком та фізиком Т. Віграном; він застосовував спеціальне обладнання для сприйняття звуку усім тілом.

Сучасна музична терапія послуговується техніками, запозиченими з інших психотерапевтичних шкіл. До них входять компоненти, взятих із психоаналізу, психодрами, гештальт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, аутогенного тренування, наркопсихотерапії, групової психотерапії, емоційно-стресової терапії, гіпнокатарсису, медитативних практик тощо. Це багатство методів групується навколо трьох головних течій: клінічної, оздоровчої та експериментальної музичної терапії.

У другій половині двадцятого століття в клінічній практиці поширилися різноманітні напрямки музикотерапевтичного лікування, котрі експлуатують здатність музики впливати на психоемоційний стан. Нижче ми коротко розглянемо базові засади цих підходів.

Наприклад, візьмемо підхід музикотерапевта К. Швабе (з Німеччини), який поділяє музикотерапевтичний процес на дві стадії:

1. Ретроспективна фаза – це активне виявлення глибинних внутрішніх колізій через емоційне залучення до музичного твору;
2. Перспективна фаза передбачає:
  - а) зняття накопиченого психоемоційного тиску;
  - б) або формування у пацієнта потреби в подальшому сприйнятті музики.

Сучасні перспективні парадигми музикотерапії. Напрацювання сучасної наукової думки із незаперечною вагою стверджують необхідність звернення сфери музикотерапії до глибокого розуміння людської сутності як енергетичної одиниці у космічному просторі. Саме ця інтеграція давніх мудрощів та новітніх наукових здобутків лягла в основу формування актуальних моделей музикотерапії. Розглянемо найбільш значущі з них.

Техніка “голотропного (холотропного) дихання”, розроблена Станіславом та Христиною Гроф (США), представниками трансперсональної психології, є результатом тривалих наукових пошуків, що здійснювалися на базі Інституту Есален у Біг-Сурі, що у Каліфорнії. Цей підхід ґрунтується на переконанні, що людське ментальне поле взаємопов’язане з обширним універсальним полем

космічної свідомості, яке пронизує буття і є його невід'ємною складовою, і має на меті індукцію змінених станів свідомості.

Слово «голотропний» натякає на «прагнення до єдності» (від грецького «holos» – щось цілісне, та «trepein» – спрямовувати рух). Ця методика передбачає насичення мозку киснем через активне дихання, яке супроводжується специфічною музикою. В результаті такого процесу відбувається занурення у позаособистісні (трансперсональні) сфери психіки: у ваше власне несвідоме, де ховаються тривоги та пережиття, а також у колективне несвідоме, відоме як «родова пам'ять». При цьому, якщо особистість вже має досвід подібних практик, музика може направляти її дихання у цих змінених станах свідомості, тоді як для новачків вона слугує інструментом для досягнення потрібного стану [138].

Для С. Грофа орієнтиром слугували тибетські та індійські співи, зокрема практика нада-йоги, що передбачає злиття за допомогою звуку. Подібний метод дає змогу не лише приводити особу у стан трансу, але й справляти інші ефекти на свідомість [138].

Серед обмежень до застосування – підвищений кров'яний тиск та подібні стани. Ключовим є повне прийняття звукового потоку реципієнтом, даючи йому можливість резонувати по всьому тілу та реагувати на нього інтуїтивно, при цьому музика мусить бути виконана на високому технічному рівні та мати відповідну гучність [78].

Також варто відзначити, що військові дії на теренах України, той урон, що війна нанесла українському народу активізували вітчизняну психологічну науку на розробку відповідних терапевтичних засобів щодо відновлення нації після втрат й травматичних переживань.

Безсумнівно, нами розглядається розширена роль музичної терапії в умовах сучасного соціуму. Музичні терапевти адаптували терапевтичні методи для роботи з новими категоріями клієнтів, зокрема військовослужбовцями, дітьми з травматичними ушкодженнями, біженцями та сім'ями, які втратили близьких. Музична терапія також застосовувалася у школах, особливо для дітей

з особливими освітніми потребами, які переживають регрес та посилені труднощі з адаптацією. Музичні терапевти по всій Україні ділилися своїм досвідом, висвітлюючи як професійний розвиток, так і унікальні виклики, що постали під час війни.

Застосовувані методи та техніки включають структуровану та вільну імпровізацію, дихальні та тілесні вправи для зниження тривожності, звукову терапію з тибетськими співочими чашами, вокалотерапію та специфічні вправи, такі як «Мій Шлях», «Ехо» та модифікована «Моє Безпечне Місце».

Війна розширила сферу застосування музичної терапії, сприяючи співпраці з міжнародними організаціями. Терапевти адаптували свою практику для створення безпечного простору в небезпечних реаліях, зосереджуючись на стабілізації психічного здоров'я осіб, які переживають кризи ідентичності, стрес і травму. Для військовослужбовців основною метою є стабілізація та покращення психічного здоров'я за допомогою музики, при цьому терапевти стають універсальними у задоволенні різноманітних потреб. Офіційне визнання музичної терапії як науково доведеного методу Міністерством охорони здоров'я України сприяло її розвитку та поширенню.

Українські музичні терапевти поєднують професійну діяльність з особистим досвідом війни. Кожен фахівець обирає найбільш ефективні методи, ставлячи пріоритетом відновлення психічного благополуччя суспільства.

Обґрунтування. DrumPower є інноваційним музикотерапевтичним методом, що має потужний потенціал для соціально-психологічної підтримки в умовах сучасних викликів. Особливої актуальності метод набуває в українському контексті, зважаючи на:

- необхідність подолання наслідків травмівного досвіду;
- потребу в ефективних методах зниження агресії та напруги;
- важливість розвитку соціальних навичок та емоційного інтелекту;
- потенціал для роботи з різними вразливими групами населення.

Мета – презентація методу DrumPower як інструменту соціально-психологічної підтримки, демонстрація його ефективності в регуляції емоцій, зниженні агресії та покращенні групової взаємодії.

Завдання майстер-класу:

- ознайомити учасників з основами методу DrumPower на практиці;
- продемонструвати практичні техніки роботи з груповою динамікою в барабанному колі;
- надати учасникам досвід емоційної саморегуляції через синхронізацію в ритмі;
- показати потенціал методу для профілактики насильства, пропрацювання існуючої агресії та налагодженні соціальної взаємодії в групі.

Адресна група: психологи, фахівці соціальної роботи, педагоги, музикотерапевти та інші особи, які цікавляться методами подолання стресу та покращенням емоційної регуляції

Необхідні матеріали: просторе, бажано окремо розташоване, приміщення для групової роботи; 15 стільців для учасників і 2 для ведучих (максимум може бути 18 учасників і 2 ведучих).

Хід роботи

1. Знайомство, коло очікувань (20 хвилин).

2. Основна практична частина (50 хвилин):

Вступна вправа на синхронізацію групи через ритм.

Структурована ритмічна імпровізація.

«Стоп-вправа».

Вправа «Павутинка» на виявлення комунікативних стратегій учасників.

Вправа «Діалоги».

Створення групового перфомансу.

3. Завершальне коло, рефлексія отриманого досвіду (20 хвилин) [73].

Музикотерапія вже довгий час в світовій практиці визнається як ефективний метод покращення стану дітей з різними видами порушень розвитку і будь-якими фізичними обмеженнями через те, що музика, згідно

багатьом дослідженням, має комплексний вплив на всіх рівнях: ментальному, емоційному, фізичному.

При вирішенні вузьких завдань музикотерапевтичні заняття стимулюють розвиток мовлення, сприяють покращенню рухових навичок, покращують когнітивні функції, такі, як сприйняття, увага, пам'ять. Також вони допомагають взаємодії дітей між собою – розвивають навички спілкування, слухання й толерування один одного, співпраці та емоційного регулювання. Дітям у групі легко надавати підтримку один одному, через комунікацію в групі вони отримують відчуття своєї цінності, відчують себе менш відірваними від «великого» соціуму, менш ізольованими і самотніми.

При вирішенні більш загальних і навіть глобальних завдань музикотерапія у реабілітаційному відділенні може бути дуже ефективним способом підтримки дітей, які пережили травматичні події, допомагає їм впоратися з емоційними та психологічними труднощами, спричиненими травмою.

Спрямоване на подолання травми музикотерапевтичне заняття має властивість вивільняти стислі важкі негативні емоції, відновлювати почуття радості та задоволення, які виникають від вільного невимушеного спілкування дітей в групі, від спільної гри, творчості, повертати психологічне благополуччя дітей. Цінність такого «музичного» спілкування полягає у музикуванні без слів, що особливо корисно для дітей, які мають труднощі у вербальному вираженні себе, своїх емоцій. Вільне музикування, імпровізація дозволяє дитині почуватися комфортно та розвивати свої можливості через творчий музичний процес.

Саме тому дослідження та обговорення особливостей музикотерапевтичної роботи з дітьми, що перебувають на лікуванні в реабілітаційному відділенні, як підтримки дітей для більш швидкого їхнього відновлення є дуже актуальним для фахівців, що працюють в лікарнях.

Зазначимо деякі загальні положення.

Робота в дитячій лікарні має свої особливості і свої певні труднощі.

Зазначимо, що – це переважно групова робота за деякими винятками, коли дитина не може знаходитися в групі та потребує індивідуальних сесій. Складність проведення таких групових музикотерапевтичних занять полягає тому, що група:

- відкрита;
- різновікова;
- діти з різними нозологіями.

Робота в реабілітаційному відділенні відбувалася протягом робочого тижня з понеділка по п'ятницю у сталий час, окремо молодша та старша група. Кількість дітей була змінна, форма групи – відкрита. Тобто, по факту – це кожен раз була нова група зі сталим ядром з декількох учасників, які перебувають на довготривалому лікуванні.

У молодшій групі могли бути діти як 2-3 років, так і 5-7, що ускладнювало згуртування і взаєморозуміння учасників у процесі сесії. Так само в старшій групі могли бути присутніми і діти молодшого шкільного віку, і середнього, і підлітки. Треба зазначити, що на заняття могли приходити всі діти за власними бажанням, які на той момент перебували у відділенні – без винятку. До групи доєднувалися діти після травмування і ампутацій внаслідок військової агресії РФ, також діти з особливими освітніми потребами з різними неврологічними діагнозами, неврозами і неврозоподібними станами, синдромом Туретта, різними по прояву формами ДЦП, з РАС тощо.

Тобто, з одного боку різний досвід і різні можливості дітей вимагають від фахівця індивідуального підходу до кожної дитини з урахуванням особливостей кожного учасника групи. Кожна дитина в музикотерапевтичному, хоча і в спільному просторі, має свої унікальні потреби та можливості. Важливо додати, що деякі діти могли прийняти участь в груповому музикуванні тільки при безпосередній допомозі відповідального дорослого – мами, тата, бабусі чи опікуна, і ці дорослі теж були безпосередньо задіяні в роботі групи.

З іншого боку груповий формат завжди має більш узагальнений характер. Він потребує пошуку таких форм взаємодії, які могли б дати широкий простір

для самовираження кожному з присутніх на музикотерапевтичній сесії – як дітям, так і супроводжувачим їх дорослим.

Для того, щоб така робота була ефективною, необхідні:

- великий вибір різноманітних музичних інструментів, який може максимально зацікавити дітей, задовільнити їхні індивідуальні потреби і залучити до участі всіх присутніх;

- пошук теми, яка могла б дати поштовх для спільної імпровізації;

- підтримка висловлювання кожного учасника, як вербального, так і музичного;

- створення простору для народження власної гри, яка була б зрозумілою та захоплюючою для учасників групи, могла задовільнити емоційні потреби дітей та покращити їх стан «тут і тепер»;

- гнучка реакція терапевта на все, що відбувається в групі, підтримка її динаміки;

- створення умов для імпровізації, рух до все більш неструктурованих її форм;

- для покращення контакту спільне музикування в групі було «горизонтальним», де всі учасники однаково задіяні та рівні.

Долаємо агресію: 25 корисних вправ.

Учасники, які отримали психологічну травму, часто проявляють агресію. Допоможіть їм упоратися з цим станом. Поясніть, що кожна емоція важлива. Не лише радість, сум, а й злість. Ми не можемо на неї повпливати, а от поведінку, коли «накриває» ця емоція, – здатні корегувати. Зокрема, практикувати вправи, в яких навмисно себе накручуємо, а потім заспокоюємо.

1. Докричатися до Місяця. Уявляємо, що потрібно передати послання космонавтам або іншопланетянам. Можна кричати із різних кутків музичної зали одне одному, можна спрямовувати звук догори.

2. Видихнути хмару. Уявляємо, що вдихнули хмару, а видихнути її потрібно зі звуком, можна із «грозою та блискавками», тупаючи ногами.

3. Погода. Уявляємо, що світить сонечко та дує легенький вітерець. Учасники йдуть, м'яко ступаючи. Тихо, спокійно стукають подушечками пальців або нігтиками по барабанчиках. Коли вітер посилюється й починається дощ, – йдемо швидше, підкреслюємо кожен крок. Коли починається злива, – йдемо, підстрибуючи, гучніше стукаємо по барабанчиках. Під час грози-урагану – підстрибуємо, дмухаємо та кричимо. Відтак вітер заспокоюється, дощ стихає – уповільнюємо ходу та силу ударів по барабанчиках. Завершуємо гру звуковим та руховим утіленням гарної погоди.

4. Песики. Перетворюємося на добрих песиків, які крутять хвостиками. Потім – на злих псів, які гарчать одне на одного. А потім знову – на добрих, які приносять. А потім – на людей.

5. Клац-клац. Клацаємо зубами, начебто від холоду, потім показуємо зубки, наче мавпочки, а відтак – оскалюємо зуби, як тигри. Наприкінці знову перетворюємося на людей.

6. Р-р-р-р. Граємо з учасниками групи. Перетягуємо тканину, тримаючи її зубами.

7. Плюваньки. Випльовуємо або видуваємо з трубочки горошину в мішень.

8. Лети! Дмухаємо одне на одного легенько, як на пір'їнку. Пробуємо подмухати на партнера, щоб зсунути його з місця.

9. Штовханьки. Відштовхуємо уявною хвилиною партнера або одного з учасників, зробивши рух руками. Партнер «відлітає» від учасника.

10. Бій подушками. Боремося одне з одним за допомогою легких стусанів подушками.

11. Бійці сумо. Засуваємо подушку під футболку та штовхаємося животами.

12. Колаж. Рвемо на дрібні шматочки папір, а потім колективно робимо з нього колаж.

13. Шкрябачки та дряпачки. Нігтями видряпуємо рисунок на тісті, фользі тощо. У пакет, який закривається на зіп-замок, заливаємо фарбу. Малюємо пальцем прості візерунки.

14. Боулінг. Виставляємо якісь предмети та збиваємо їх подушками. Дозволяємо порушити порядок.

15. Водяні пістолети. Під час теплої пори року на вулиці бризкаємося водяними струменями.

16. Злий бобер. Вигадуємо нову злу тварину й поводимо себе так, як, на нашу думку, вона може поводитися. Потім перетворюємося на добру тварину. Потім – на людину.

17. Випустити кігті. Показуємо, як тигрня шипить і випускає кігтики, коли хоче захиститися. Потім перетворюємося на людину.

18. Каляки-маляки. Малюємо різні каляки-маляки, затиснувши обома долонями олівець або фломастер.

19. У ціль. Мнемо в руках папір, щоб він перетворився на кульку, а потім намагаємося потрапити цією кулькою в ціль.

20. Мішечок крику. Кричимо, спрямовуючи звук у спеціальний мішечок для крику.

21. Буцання. Буцаємося в парах головою або руками, промовляючи «так – ні».

22. Подобається – не подобається. Говоримо одне одному «мені подобається, коли...», «мені не подобається, коли...», «я радію, коли...», «я злюся, коли...».

23. Емоція. Говоримо від імені емоцій. «Моя радість каже...», «Моя злість каже...».

24. Обід. Годуємо партнера. Говоримо: «Я хочу тебе нагодувати...» (називати щось їстівне). Але будьте готові, що партнер буде називати дивні речі: лимон тощо.

25. Концерт. Дозволяємо певний час співати, голосно розмовляти – хто що і як хоче.

(Підготувала М. Сльот, музичний педагог, орф-педагог та педагог раннього музичного розвитку, музикотерапевт, психолог ГО «Центр психологічної допомоги «Конфіденс», Одеса).

Під час занять музикою з учасниками терапевтичної групи ми ставимо перед собою завдання стимулювання мови і спілкування через спільне музикування, через музичні ігри і вправи для корекції слухової уваги, поліпшення координації рухів, комунікативних навичок, агресивних проявів, депресивних та тривожних і тому подібне. Крім того, музичні заняття додають в життя особистості радості і яскравих вражень. Особи в процесі переживання втрати обмежені в здатності сприймати музику і «створювати» її. Музична діяльність завжди емоційно забарвлена: вона створює навколо себе позитивний фон, тому у ній так приємно брати участь. Крім того, існує величезна різноманітність музичних інструментів і завжди можна підібрати такий, що відповідає фізичним та інтелектуальним можливостям особистості.

Для об'єднання учасників в групу деяким учасникам потрібен підготовчий етап індивідуального заняття. Особливо це важливо для тривожних осіб, в стані глибокого переживання, які уникають усього нового. Перші зустрічі дуже важливі, тому що вони у значній мірі визначають успіх подальшої взаємодії. Їхня мета – встановлення контакту, створення підтримувальної для травмованої особистості атмосфери. Оскільки особа найчастіше ще не може йти за ведучим, завдання ведучого – йти за учасниками, бути уважним і налаштованим на її «хвилю».

Які музично-терапевтичні прийоми можуть нам допомогти на цьому першому етапі встановлення контакту?

- психологічний супровід осіб, які знаходяться в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань музичною імпровізацією: музика повинна бути максимально співзвучна (по темпу, ритму і настрою) характеру цих дій.

- супровід голосом. Ведучий, слідуючи за учасниками, проспівує-коментує їх рухи. Музика знову ж повинна максимально відповідати характеру цих рухів.

Це робочі інструменти музичного терапевта або педагога для встановлення контакту. Вони однаково ефективні і в тому випадку, коли особистість активна (пересувається по приміщенню, цікавиться музичними інструментами, які йому пропонуються), так і в тому випадку, коли особа зовні пасивна, занурена в себе,

відсторонена. Така участь ведучого – мовби «на відстані» – не лякає учасників, не дає відчуття вторгнення в їх особистий простір, і тому є найбільш безпечною. Але вона вимагає від ведучого бути дуже сконцентрованим на учасниках і емпатійним. При такій взаємодії можливо навіть спільне музичне переживання – якщо ведучому вдалося відчути емоційний стан учасників і музично висловити його. Це так звана «гра для пацієнта». У випадку «гри для когось» у центрі уваги знаходиться резонанс, який відчуває та чує учасник, якому не потрібно самому активно вступати у процес. Ведучий, який грає, приймає учасника в його актуальному стані, не форсуючи контакт.

Спільне музикування – це наступний крок, воно допомагає встановити більш глибокі відносини. Дуже важливо не прагнути досягнення музичного результату і не намагатися коригувати дії учасника (якщо тільки вони не носять явно руйнівного характеру). Така взаємодія – через гру на музичних інструментах – дає можливість особистості виразити себе. Мета ведучого інша – тільки підлаштуватися, підігруючи грі учасника на тому чи іншому інструменті. Таке спільне музикування виникає не відразу. Багато учасників не дозволяють ведучому втручатися в їхню гру.

На етапі знайомства, первинного встановлення контакту, ми досліджуємо нахили, здібності та інтереси учасників. Особистості з проблемами спілкування можуть спочатку ніяк не реагувати на ті ігри та музичні інструменти, які пропонує їм ведучий. Але навіть і відсутність реакції теж стає підставою для планування подальшої роботи з особистістю. Важливо набратися терпіння, не форсувати контакт, уважно і поступово налагоджувати музичний діалог.

Такі можливості виникають, коли учасники вже прийняли ведучого, звикли до нього, впускають його у свій світ, коли особистість вже проявляє інтерес до якогось музичного інструменту і може захопитися грою на ньому. На цьому етапі, слідуючи за учасниками, ми намагаємося підтримати їх інтерес, підключитися до її гри, розвинути її. Ми намагаємося з'ясувати, яка музика і який саме інструмент подобається або не подобається учасникам, що викликає їх емоційні реакції (позитивні або негативні) і як це проявляється.

У процесі занять музикою із членами терапевтичної групи ми прагнемо активізувати мовлення та комунікацію завдяки колективному музиченню, а також іграм та вправам музичного спрямування, які допомагають коригувати увагу на слух, вдосконалювати рухову координацію, розвивати навички спілкування тощо. Додатково, музичні сесії збагачують життя людини позитивними емоціями та незабутніми враженнями. Люди, які переживають втрату, зазвичай зберігають здатність сприймати музику та навіть "створювати" її. Музична активність завжди несе яскраве емоційне забарвлення: вона формує сприятливу атмосферу, що робить участь у ній надзвичайно приємною. До того ж, пропонується багатющий вибір музичних інструментів, завдяки чому завжди реально знайти той, що пасуватиме індивідуальним фізичним та розумовим здібностям особистості.

Аби згуртувати групу, певним членам колективу необхідний попередній етап індивідуальної роботи. Це особливо актуально для тих, хто схильний до занепокоєння, перебуває у стані сильного емоційного напруження та уникає усього незвичного. Перші ж сесії мають першочергове значення, адже вони суттєво впливають на подальшу плідність співпраці. Їхнє завдання полягає у налагодженні зв'язку та формуванні оточення, що дає опору для травмованої психіки. З огляду на те, що індивід, як правило, ще не готовий слідувати за фасилітатором, обов'язок останнього – рухатися слідом за учасниками, проявляючи пильність та здатність синхронізуватися з їхнім емоційним станом.

Які ж методики музичної терапії можуть стати у пригоді нам на цій початковій фазі налагодження взаємозв'язку?

- психологічна підтримка тих, хто переживає процес одужання від втрат чи травматизму, через музичні імпровізації: при цьому темп, ритм та загальна тональність музики мусять якнайтісніше резонувати з природою цих процесів;

- вокальний супровід. Фасилітатор, наслідуючи дії учасників, коментує їхні рухи через спів. Знову ж таки, музичний фон має цілковито гармоніювати з манерою виконання цих рухів.

Ці засоби слугують музичному терапевту чи педагогу як знаряддя для налагодження зв'язку. Вони демонструють однакову дієвість як при активній поведінці особистості (яка рухається кімнатою, виявляє інтерес до запропонованих музичних інструментів), так і коли людина виглядає пасивною, заглибленою у себе, відчуженою. Така участь фасилітатора – наче «на певній дистанції» – не викликає занепокоєння в учасників, не створює враження втручання у їхній особистий світ, що робить цей підхід найбільш безпечним. Проте він вимагає від ведучого надзвичайної зосередженості на присутніх та емпатії. За такого типу взаємодії може виникнути навіть спільний емоційний музичний досвід – якщо терапевту вдалося вловити емоційний стан учасників та музично його відобразити. Це явище називають «грою для пацієнта». У ситуації «гри для когось» акцент зміщується на відгук – той резонанс, який відчуває і сприймає учасник, якому немає потреби самостійно активно долучатися. Той, хто грає, приймає співрозмовника у його поточному стані, не змушуючи до контакту.

Спільна гра на музичних інструментах є логічним продовженням, що сприяє формуванню глибших зв'язків. Тут ключовим моментом є відмова від фокусування на якості кінцевого музичного продукту, а також утримання від бажання виправляти чи спрямовувати дії інших людей (хіба що їхні дії прямо шкодять процесу). Подібна взаємодія, що розгортається через музицирування, надає індивідууму простір для самовираження. Завдання ж фасилітатора полягає виключно в тому, щоб адаптуватися, доповнюючи (акомпануючи) ту партію, яку грає учасник на своєму інструменті. Цей процес колективного музикування часто потребує часу для свого становлення. Чимало присутніх на початку не дають тому, хто веде, можливості влитися в їхній імпровізаційний потік.

На початковому етапі взаємодії, коли відбувається перше знайомство та встановлення зв'язку, ми вивчаємо схильності, таланти й уподобання залучених осіб. Може статися так, що люди, яким важко комунікувати, спочатку не виявлятимуть жодної зацікавленості до ігор чи музичних інструментів, які

пропонує їм фасилітатор. Проте, навіть така пасивність слугує цінним матеріалом для розробки подальшої стратегії роботи з цією особою. Ключовим тут є прояв витримки, уникнення поспіху у встановленні контакту, а також уважне й розмірене вибудовування музичної взаємодії.

З'являються такі шанси, коли люди, що беруть участь, вже згодилися з особою, яка веде, звикли до неї та відкривають для неї свій простір, коли вже сама особа виявляє зацікавленість до якогось музичного апарату й може захопитися його опануванням. На цьому етапі, йдучи за тими, хто залучений, ми прагнемо підтримувати їхнє зацікавлення, долучитися до їхньої музичної діяльності, сприяти її розвитку. Ми намагаємося встановити, яка саме музика та який конкретний інструмент до вподоби чи не до вподоби учасникам, що саме провокує їхні почуття (чи то приємні, чи то неприємні) і як це виявляється.

Усі аспекти мають значення: які заняття обирає учасник групи, як змінюється поведінка під час тренінгових занять. Сформувавши для себе індивідуальний “портрет” учасника (а згодом і загальну картину по групі), ми завжди маємо на увазі те, що особистості до вподоби найбільше. Далі, спираючись на це, ми одночасно впроваджуємо завдання чи методи, розроблені для корекції конкретних труднощів цієї особистості.

Щойно налагоджено зв'язок із учасниками, варто починати поступово впроваджувати ігрові моменти у наші спільні заняття. Завдяки цьому ми не просто прилучаємося до вже існуючої взаємодії учасників малюка, а й самі беремо на себе роль ініціатора. У ході роботи ми послідовно вводимо певні правила взаємодії та заохочуємо учасників до їхнього дотримання. Уся наша взаємодія має на меті допомогти учасникам засвоїти конкретну модель поведінки або оволодіти певною умілістю.

Ключовим моментом є формування певних ustalених порядків, а саме – незмінних, тих, що повторюються, дій. Йдеться про привітання, прощальні співанки, а також тренінгові ігри та хороводи, які будуть супутниками учасників на кожному занятті. Мета тут – вибудувати для учасників логічну

схему, послідовність кроків, яка через свою передбачуваність формує відчуття захищеності та зменшує рівень занепокоєння.

Острах перед тим, що невідоме, часто є тим бар'єром, що відділяє учасників, які в процесі відновлення після травм і переживання втрат від зовнішнього світу. Для учасників будь-яка новизна (а це автоматично означає нове місце, незнайомий фахівець, інші предмети та нові учасники у групі) – це завжди порушення вже наявних моделей поведінки. Тому вкрай необхідно надати особистості час для пристосування. Тривалість цієї фази адаптації є суто індивідуальною, однак варто прагнути якомога раніше заохочувати учасників долучатися до колективних занять, аби уникнути формування іншої небажаної настанови – позиції стороннього спостерігача. У будь-якому випадку, ведучому необхідно демонструвати значну гнучкість. Заздалегідь відпрацьовані під час індивідуальної роботи певні ритуали здатні усунути відчуття тривоги в учасників тренінгової групи, відкриваючи шлях до набуття нових навичок. Нерідко трапляється, що особи з труднощами у комунікації вносять у спільну діяльність власні усталені моделі та ритуали, які цілком можливо творчо інтегрувати у структуру заняття або ж поступово змінювати, надаючи їм більш прийнятних у соціумі форм.

Доброго дня усім, яке стало чимось звичним для учасників, допомагає усім членам групи налаштуватися на плідну працю. На початку нашої взаємодії звертання до учасників може набувати більш особливого, персоналізованого характеру: із застосуванням того засобу, який їй найбільше до вподоби. Необхідно підтримувати учасників, надавати їм допомогу, формувати для них атмосферу, де вони відчують себе успішними. Якщо ж вони наразі не в змозі ані співати, ані виконувати вправи – це спільна діяльність ведучого (наприклад, відповідна гра на інструменті чи проголосоване привітання наче від імені самої особистості). У випадку, коли учасники ще не зміцнілися у своїх навичках, почуваються невпевнено чи не бажають долучатися – ми реагуємо на це без зайвого тиску, зі спокоєм, визнаючи їх поточний стан та продовжуючи заняття, даючи їм шанс приєднатися тоді, коли відчують власну готовність.

Розставання – фінальний акорд, що завершує тренінгове заняття. Прощатися, подібно до вітання, найкраще з кожним учасником групи індивідуально. З часом, коли учасники тренінгової групи освоюються, вітання та прощання можна перетворити на діалог, поступово ускладнюючи його відповідно до здібностей кожного учасника.

Для зміни пісень чи тренінгових завдань на занятті також варто застосовувати ритуали. Учасникам особливо подобається так званий «елемент несподіванки»: новий музичний інструмент чи предмет з'являється у прихованому мішечку, скриньці чи кошику. Щоб ця річ з'явилася, необхідно виконати спеціальну «відкривальну» пісню.

Багато учасників щиро радіють, коли можуть передбачати, що станеться далі: почувши знайомі мотиви чи вгадавши, яка вправа на черзі, вони вже розуміють, які дії від них очікуються. Їм до вподоби займатися тим, у чому вони вже вправні та що їм знайоме. Проте варто зважити на таку річ: коли учасники добре опанують певні ритуали, багатьом із них стає ох як важко ці устої змінити, або ж, якщо потрібно, геть відмовитися від них. Треба мати це на увазі та час від часу вносити невеликі корективи у ритуал: наприклад, у ритміку вітальної чи прощальної пісеньки, її швидкість, забарвлення голосу, музичний супровід, порядок слів тощо.

Це стосується також хореографічних постановок. Немає жодної потреби завчити мелодію чи рухи до останньої крапки. Завжди слід залишати простір для варіацій та спонтанності. Водночас, хитрощі полягають у тому, що будь-які модифікації у вже знайомій руханці, грі чи мелодії мусять відбуватися дуже обережно, дотримуючись правила: вносити одну-єдину зміну (один новий елемент) лише за раз. Це необхідно для того, аби учасники могли легше адаптуватися та сприйняти інновації. Цьому правилу бездоганно відповідає Орф-методика, яку ми застосовуємо під час наших занять. У ній значна увага акцентується саме на вільному вираженні та творчому переосмисленні поданого матеріалу.

Зміна різнотипних активностей у процесі тренінгового заняття (вокал, гра на музичних апаратах, фізична активність, аудіювання) допомагає утримати увагу учасників групи. Однак, сам по собі план чи побудова заняття не мають такої ваги, як уміння бути гнучким і слідувати за тими реальними настроями, які панують серед учасників тренінгової групи «тут і зараз». З огляду на це, хоча ми і застосовуємо подібні формати та види роботи від зустрічі до зустрічі, кожне заняття все ж таки матиме свої унікальні риси, відмінні від попереднього чи наступного. Часом доводиться неодмінно відходити від намічених завдань, натомість тим активностям, які захоплюють учасників групи, приділяється значно більше часу, аніж було заплановано. Ми неодноразово на практиці переконувалися: коли учасники надмірно активні, їм важко даються заняття, що вимагають зосередженості (співи, ансамблева гра, слухання). У таких випадках необхідно переключитися на те, що стимулює рухову активність (динамічні музичні вправи, танці), і лише після цього поступово знижувати темп та емоційну напругу заняття. І навпаки: якщо ж спостерігається низький емоційний фон та фізична млявість, доцільно запропонувати учасникам групи якийсь більш розслаблений музичний різновид діяльності.

Ось один із можливих варіантів активності для вдосконалення комунікативних умінь членів тренінгової групи.

Головна мета, яку ми ставили перед собою під час цих занять, полягала у формуванні навичок взаємодії у групі: щоб учасники навчилися спілкуватися не лише з психотерапевтом, а й між собою.

Почнемо з вітання. Учасники тренінгової групи розташовуються на килимі у колі. Ведучий виконує вітальну пісеньку, акомпануючи собі на двох чайм-барах, налаштованих у квінтовій терції. Після цього він передає інструменти одному з учасників, який грає на них, поки уся група співає цю ж вітальну мелодію для нього. Далі цей учасник обирає іншого учасника. Таким чином, пісенька повторюється, доки кожен не отримає свою чергу зіграти, і група привітається з усіма послідовно.

Наступний етап тренінгової роботи присвячений рухам під мелодійний супровід. Це хороводні заходи, де усі присутні утворюють коло, тримаючись за руки. Сюди ж належать заняття, де учасники тренінгової групи опановує здатність адаптувати характер рухів під музичні зміни (наприклад, перехід від кроку до бігу, або ж від кроку до плавного хитання з однієї ноги на іншу). Також сюди входять різноманітні хореографічні номери з реквізитом – яскравими стрічками, хустками, маленькими прапорцями, тощо. І, звісно, танці, спрямовані на формування просторового сприйняття: виконання різноманітних рухів зі зміною вектора руху (уперед, назад, праворуч, ліворуч і подібне). Діяльність може бути організована як у групі, так і у форматі роботи в парах зі зміною напарників.

Далі по курсу заняття учасники групи знов сідають у кільце на килимок. Наступний етап – це музична діяльність із залученням різноманітних простих шумовиробних інструментів. У формі вправи можна запропонувати учасникам відтворити кілька різних ритмічних візерунків, аби їм стало ясно, що саме виконувати у майбутній імпровізаційній вправі. Як базу можна, приміром, використовувати пісеньки нескладного змісту або ж виразні інструментальні твори з виразним розміром та простим ритмічним малюнком. Як тільки кожен із учасників відіграв на тому інструменті, який вони спершу обрали, можна запропонувати учасникам обмінятися – рухаючись по колу в одному чи протилежному напрямку, або ж вільно, керуючись власною симпатією.

Структура заняття полягає у ритмічній зміні рухливих та розслаблюючих активностей. Тому, слідом за таким базовим «оркестровим» моментом, доречно запропонувати учасникам якусь музичну вправу (приміром, надзвичайно полюбилися вправи, що мають «стоп-сигнал», які сприяють тренуванню слухової зосередженості). Звісно, вибір конкретної вправи визначається поточним емоційним настроєм учасників. Бажано, аби після блоку, насиченого енергією, застосовувалися більш врівноважені форми роботи. Це може бути уважне сприйняття музичних творів чи спільний спів.

Існує чималий вибір пісень для подібних музично-терапевтичних розвивальних сесій: наприклад, пальчикові ігри-пісні, що акцентують увагу на формуванні злагодженості рухів та мілкої моторики; пісні-відгуки для вдосконалення здатності до концентрації, зорової взаємодії та наслідування; а також пісні із залученням звукоімітації та подібні. На цьому етапі паралельно відбувається робота над вокальними уміннями – покращенням контролю дихання та вдосконаленням артикуляції з метою стимулювання мовленнєвих функцій.

Фактично, увесь музичний супровід, ігри та танцювальні елементи, залучені до заняття, спрямовані на досягнення низки цілей як терапевтичного, так і корекційного характеру.

Під час групової роботи рівень складності завдань з часом наростає: згодом можна запропонувати учасникам виконання пісень з розподілом партій, розігрування казкових сюжетів, де кожному учаснику відводиться власна роль, до якої підбирається відповідний музичний інструмент чи мелодія (наприклад, у метафоричній історії, створеної учасниками групи це може полягати в озвучуванні окремих дійових осіб за допомогою різних інструментів або ж у демонстрації їхніх рухових дій). Подібні завдання сприяють формуванню у кожного учасника відчуття причетності до спільної роботи, адже загальний результат залежить від його внеску. Більше того, поступово в учасників спостерігається зростання інтересу до занять та розвиток творчого потенціалу.

Мушу особливо наголосити, що серед ключових цілей музично-терапевтичного сеансу виділяються такі моменти:

1. Купірування надмірної збудливості у випадку, коли учасники демонструють збудливість.

2. Навпаки – підвищення загальної жвавості учасників, що включає нарощування емоційного та м'язового тону, якщо спостерігається гіпотонус, тобто загальна фізична й емоційна млявість.

3. Забезпечення максимальної включеності учасників у всю діяльність, що відбувається під час занять. Однак, для досягнення цього залучення, спершу необхідно утримати їх інтерес!

А для того, щоб цей інтерес запалав, усі заняття мусять відбуватися у стилізованому середовищі, насиченому приємними емоціями – лише за такої умови учасники отримають справжню насолоду від вправ та співу. Принципово важливий момент: ведучому варто із запалом брати участь у всіх формах музичної активності, отримуючи особисту радість від співу та музикування. Лише таким чином вдасться транслювати цей позитив учасникам тренінгової групи.

Певній категорії учасників групи на початковому етапі потрібна підтримка. У подібних обставинах важливо, аби й ведучий із запалом займався тим, чим опікуються усі інші учасники впродовж занять, не намагатися «виправляти». Коли група надає підтримку учаснику групи, вона здатна відчутно сприяти його інтеграції у роботу тренінгової групи. Однак задля адаптації учасникам групи необхідно, передусім, пройти курс терапії у психотерапевта, скорегувати негативні наслідки травмування й оволодіти навичкою перебування у групі, тож через низку занять розігрується сценарій, спільної групової роботи. Утім, найважливішим є те, щоб це завжди відбувалося після узгодження з учасником.

На завершення заняття виконуємо завершальну пісню. Учасники тренінгової групи знову стають у коло, ведучий індивідуально говорить: «До зустрічі!» кожному учаснику, заводячи бесіду, а члени групи по черзі грають на музичних інструментах.

За два тижні спільної роботи в цій групі (8 учасників з різноманітними потребами – «психічна травма», «психологічна травма», «травма втрати» у всіх помітні позитивні зрушення: учасники опанували прояви травми: перепади настрою, дратівливість, плаксивість, постійна тривога чи настороженість; нав'язливі спогади або «флешбеки»; замкненість, небажання спілкуватися, втрата довіри. Або протилежне – підвищена збудливість: спалахи гніву,

агресивна поведінка; порушення сну, хронічна втома, виснаження, брак енергії, головний біль, проблеми з травленням, біль у м'язах, прискорене серцебиття, панічні атаки, зміни апетиту.

Крім цього, як я вважаю, має значно більшу вагу: їхні навички спілкування й загальна поведінка відчутно вдосконалилися, учасники стали значно більш зосередженими та врівноваженими, і з радістю ходили на заняття. Отже, ми вбачаємо значний потенціал у подібних музично-терапевтичних групах не лише для того, щоб поліпшити взаємодію учасників групи, котрі перебувають в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, а й для їхнього психічного та психологічного здоров'я.

### **3.2. Психологічний аналіз результатів впровадження програми соціально-психологічного супроводу молоді після втрат і травматичних переживань**

На підґрунті теоретичного аналізу провідних концепцій щодо втрат і травматичних переживань та результатів емпіричного дослідження було розроблено програму соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

Запропонована програма включала інформаційний курс, що складався з таких блоків: «Профілактика та корекція наслідків втрати та емоційної травми» та «Музикотерапія травматичних переживань».

В ході апробації програми було реалізовано авторський курс інтегрованої музикотерапії, що ґрунтувався на таких правилах:

- 1) налаштування і підготовка терапевтичної групи до зустрічі з музикою для досягнення ефективного впливу;
- 2) створення необхідного ставлення до «музичного досвіду» та бажання серед членів терапевтичної групи «перейти від зовнішнього сприйняття до внутрішнього» під впливом музичного твору;

3) використання не більше трьох музичних творів або повних музичних тем протягом одного сеансу, залежно від емоційного стану членів групи (так, перший музичний твір мав створити відповідну атмосферу для сеансу музикотерапії (з метою встановлення контакту); другий – мав бути динамічним за змістом, стимулювати емоційний стан і спрямовувати комунікацію між членами групи; третій – заспокійливим або енергійним, знімати комунікаційну напругу, для створення атмосфери спокою або поживлення, мажорного тону та оптимізму);

4) добір музичних творів для релаксації, як методу самопомоги (як-от звуки природи або спеціальна музика (Ф. Шуберт, Ave Maria; Ф. Ліст, Ноктюрн № 3, Мрії кохання; К. Сен-Санс, «Лебідь»)); 5) створення взаємної поваги та довіри – граючи одну і ту ж мелодію на різних інструментах, група поступово об'єднується в загальному ритмі; 6) забезпечення можливості виразити спонтанні почуття, в чому допомагав такий вид музикотерапії, як інструментальна, вокальна та жестова імпровізація.

Музична терапія є позитивним фактором у формуванні та розвитку гармонійної особистості завдяки її впливу на емоційну та чуттєву сферу, інтелектуальні здібності, психологічний та фізіологічний стани тощо.

Варто зазначити щодо ефективності задіяння у програмі класичних творів, що вирізняються багатством змісту, красою та досконалістю форми (Й. Бах, Л. Бетховен (Німеччина), В. Моцарт, Ф. Шуберт (Австрія), Дж. Россіні, Дж. Верді (Італія), Ф. Шопен (Польща), Г. Берліоз, Ж. Бізе (Франція), Е. Гріг (Норвегія), а також творів засновника української музичної школи М. Лисенка; українських композиторів М. Скорика, М. Колеса, Л. Людкевича, Л. Ревуцького, А. Кос-Анатольського.

Крім того, у програмних заходах були задіяні методики музичної терапії (О. Завініна, Л. Зац, Г. Шанський, Т. Яковенко), які передбачають комплексне та ізольоване використання музики як основного та переважного чинника впливу (прослуховування музичних творів, індивідуальна та групова музична

практика), доповнюючи інші корекційні методики музичним супроводом з метою посилення їхнього впливу та підвищення ефективності.

Також важливим чинником успішності формувальних заходів із застосуванням музикотерапії є дієвість інтегративної музичної терапії, що поєднує психотерапевтичний вплив музики та інших видів мистецтва (малювання під музичний супровід, музичні та ігрові заняття, пантоміма, пластична драматизація під музичний супровід, творчість після прослуховування музики тощо).

Результативність формувальних заходів підтверджується задіянням психодіагностичних методик: «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер); «Опитувальник депресивності» (А. Бек);

Визначення специфіки тривожності в постраждалих на травму висвітлюється у табл. 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Розподіл учасників програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань за показником тривожність (Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера)**

<b>Група</b>	<b>Показник</b>	<b>До заходів</b>	<b>Після заходів</b>	<b>Δ % (зниження)</b>
I (18–20 років, 8 осіб)	Реактивна тривожність (стан)	87,5% (7 осіб)	50,0% (4 особи)	–37,5% (3 особи)
	Особистісна тривожність (риса)	62,5% (5 осіб)	37,5% (3 особи)	–25,0% (2 особи)
II (21–25 років, 8 осіб)	Реактивна тривожність (стан)	75,0% (6 осіб)	37,5% (3 особи)	–37,5% (3 особи)
	Особистісна тривожність (риса)	87,5% (7 осіб)	62,5% (5 осіб)	–25,0% (2 особи)

За результатами емпіричних даних представлених у табл. 3.1 визначено загальну тенденцію:

В обох вікових групах спостерігається суттєве зниження рівня як реактивної, так і особистісної тривожності після формувальних заходів. Це свідчить про ефективність тренінгу.

Особливо зазначимо, що реактивна тривожність: найбільше зниження спостерігається у групі I (18–20 років): з 87,5% до 50%. Також у групі II (21–25 років) динаміка аналогічна: з 75% до 37,5%.

Варто зазначити, що молодші за віком учасники демонструють більш виражене зниження, що може свідчити про їхню більшу чутливість до тренінгових впливів.

Окрім цього, звернемо увагу на показник: «Особистісна тривожність»: у групі I: зниження з 62,5% до 37,5%, проте у групі II: зниження з 87,5% до 62,5%. Тут різниця більш помітна: молодші за віком учасники показали значніше зниження, тоді як у старшій за віком групі ефект менш виражений.

Окреслимо вікові відмінності: молодші за віком учасники (18–20 років) більш схильні до змін у рівні особистісної тривожності. Втім, старші за віком учасники (21–25 років) демонструють стабільніший рівень особистісної тривожності, що знижується повільніше.

Аналіз отриманих даних свідчить про позитивний вплив формувальних заходів на рівень тривожності досліджуваних. Учасники експериментальної групи I (18–20 років) продемонстрували більш виражене зниження як реактивної, так і особистісної тривожності порівняно з групою II (21–25 років). Це може бути пояснено віковими особливостями: молодші респонденти виявляються більш гнучкими та відкритими до психологічних інтервенцій. У старшій групі ефект також простежується, проте він менш інтенсивний, що підтверджує відносну стійкість особистісних характеристик у більш зрілому віці. Таким чином, результати дослідження підтверджують ефективність тренінгової програми та її диференційований вплив залежно від вікових особливостей учасників.

Особливості впливу формувальних заходів із використанням музикотерапії на депресивний стан в учасників груп представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Представленість показнику «депресія» за методикою А. Бека в різних групах учасників програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань**

Група	Легка депресія		Δ %	Помірна депресія		Δ %	Виражена депресія		Δ %
	I	II		I	II		I	II	
I (18–20 років)	25,0%	0%	–25%	37,5%	12,5%	–25%	37,5%	12,5%	–25%
II (21–25 років)	37,5%	0%	–37,5%	37,5%	0%	– 37,5%	24,0%	12,5%	– 11,5%

*Примітка: I – до формувальних заходів; II – після формувальних заходів*

Аналіз представленості показника «депресія» за методикою А. Бека свідчить про позитивний вплив формувальних заходів на психоемоційний стан учасників.

У групі I (18–20 років) спостерігається рівномірне зниження показників легкої, помірної та вираженої депресії на 25%. Це демонструє ефективність формувальних заходів із застосуванням музикотерапії у зменшенні різних рівнів депресивних проявів серед молодших респондентів.

У групі II (21–25 років) ефект ще більш виражений щодо легкої та помірної депресії (зниження на 37,5%), проте у випадку вираженої депресії динаміка менш значна (–11,5%). Це може свідчити про те, що у старшій віковій групі формувальні заходи із застосуванням музикотерапії більш ефективно впливають на легкі та середні прояви депресії, тоді як глибокі депресивні стани виявляють більшу стійкість.

Таким чином, результати підтверджують диференційований вплив програми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення

після втрат і травматичних переживань із застосуванням музикотерапії залежно від вікових особливостей та рівня вираженості депресії.

Особливості взаємодії соціальних факторів й формувальних заходів на учасників груп, які перебували в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань представлено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

**Представленість соціальних факторів в учасників програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань**

Група	Індивідуальні ресурси			Соціальні ресурси			Суспільні ресурси		
	I	II		I	II		I	II	
I (18–20 років)	25,0%	37,5%	(+12,5 п.п.)	50,0%	50,0%	(без змін)	25,0%	12,5%	(–12,5 п.п.)
II (21–25 років)	12,5%	25,0%	(+12,5 п.п.)	50,0%	25,0%	(–25 п.п.)	37,5%	50,0%	(+12,5 п.п.)

*Примітка: п.п. – абсолютна різниця у відсотках*

У першій групі: зростання особистісної стійкості, стабільність соціальної підтримки, зменшення значущості інституційних ресурсів

У другій групі: посилення індивідуальних ресурсів, зниження ролі міжособистісних зв'язків, зростання орієнтації на суспільні інститути

Перша група (18–20 років):

Формувальні заходи із застосуванням музикотерапії сприяли посиленню індивідуальних ресурсів (самостійність, внутрішні сили).

Соціальні ресурси залишилися незмінними, що може свідчити про стабільність підтримки з боку близького оточення.

Водночас відбулося зниження значення суспільних ресурсів – можливо, молодь після формувальних заходів із застосуванням музикотерапії більше покладається на себе та найближче коло, ніж на ширші соціальні інститути.

Друга група (21–25 років):

Спостерігається зростання індивідуальних ресурсів, але стартовий рівень був нижчим, ніж у першій групі.

Значне зниження соціальних ресурсів може свідчити про критичне переосмислення ролі міжособистісних зв'язків після формувальних заходів із застосуванням музикотерапії.

Зростання суспільних ресурсів показує, що досліджувані другої групи більше орієнтуються на інституційну підтримку (організації, соціальні програми).

Отримані результати демонструють різну динаміку впливу формувальних заходів із застосуванням музикотерапії залежно від віку.

Для учасників першої групи формувальні заходи із застосуванням музикотерапії актуалізують внутрішні сили та підтримку найближчого соціального кола, але зменшується значення суспільних інституцій.

Для учасників другої групи формувальні заходи із застосуванням музикотерапії стимулюють розвиток індивідуальних ресурсів, проте супроводжується зниженням ролі міжособистісних контактів і водночас підвищенням значущості суспільних ресурсів.

Це може свідчити про різні стратегії відновлення після втрат: молодь першої групи більше спирається на себе та друзів, тоді як молодь другої групи – на інституційну підтримку.

Також нами було адаптовано теоретичну модель переживання втрати особистістю, на подієво-рефлексивному та духовно-рефлексивному рівнях впродовж формувальних заходів із застосуванням музикотерапії.

I (18–20 років) подієво-рефлексивний рівень: формувальні заходи програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і

травматичних переживань зменшив залежність образу втрати від подій, але посилили її духовне осмислення.

Таблиця 3.4

**Кореляція психологічних новоутворень на різних рівнях переживання**

Рівень переживання втрати	Психологічний образ втрати		Переживання втрати як духовне випробування	
	I	II	I	II
I (18–20 років)				
Подієво-рефлексивний	0,37	0,35	0,53	0,55
Духовно-рефлексивний	0,41	0,46	0,47	0,49
II (21–25 років)				
Подієво-рефлексивний	0,36	0,34	0,51	0,49
Духовно-рефлексивний	0,47	0,49	0,49	0,51

*Примітка: I – до формувальних заходів; II – після формувальних заходів*

I (18–20 років) духовно-рефлексивний рівень: формувальні заходи програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань сприяли поглибленню духовно-рефлексивного рівня переживання втрати;

II (21–25 років) подієво-рефлексивний рівень: учасники формувальних заходів програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань демонструють тенденцію до зменшення ролі подієвого рівня та духовного випробування;

II (21–25 років) духовно-рефлексивний рівень: учасники формувальних заходів програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань виявили тенденцію до зміцнення духовно-рефлексивного рівня, що свідчить про більш глибоке осмислення втрати.

Отримані результати свідчать про те, що у I групі (18–20 років) після формувальних заходів програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань відбувається поступове зниження ролі подієво-рефлексивного рівня переживання втрати та водночас посилення духовно-рефлексивних кореляцій. Це означає, що молодь починає менше фокусуватися на конкретних подіях і більше надає значення духовному осмисленню втрати.

У II групі (21–25 років) також простежується тенденція до зростання духовно-рефлексивних зв'язків, проте супроводжувана зниженням значущості подієвого рівня, що свідчить про більш зріле інтегрування досвіду втрати у систему особистісних смислів.

Таким чином, формувальні заходи програм соціально-психологічної допомоги молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань сприяють переорієнтації переживання втрати з подієвого рівня на духовний, що є важливим показником психологічної адаптації молоді.

## Висновки до розділу

У розділі розкрито концептуальні та змістовно-процесуальні засади побудови та реалізації програми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань та проведено оцінку її ефективності.

На підґрунті теоретичного аналізу провідних концепцій щодо втрат і травматичних переживань та результатів емпіричного дослідження було розроблено програму соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань.

Запропонована програма включала інформаційний курс, що складався з таких блоків: «Профілактика та корекція наслідків втрати та емоційної травми» та «Музикотерапія травматичних переживань».

В ході апробації програми було реалізовано авторський курс інтегрованої музикотерапії, що ґрунтувався на таких правилах: 1) налаштування і підготовка терапевтичної групи до зустрічі з музикою для досягнення ефективного впливу; 2) створення необхідного ставлення до «музичного досвіду» та бажання серед членів терапевтичної групи «перейти від зовнішнього сприйняття до внутрішнього» під впливом музичного твору; 3) використання не більше трьох музичних творів або повних музичних тем протягом одного сеансу, залежно від емоційного стану членів групи (так, перший музичний твір мав створити відповідну атмосферу для сеансу музикотерапії (з метою встановлення контакту); другий – мав бути динамічним за змістом, стимулювати емоційний стан і спрямовувати комунікацію між членами групи; третій – заспокійливим або енергійним, знімати комунікаційну напругу, для створення атмосфери спокою або поживлення, мажорного тону та оптимізму); 4) добір музичних творів для релаксації, як методу самопомоги (як-от звуки природи або спеціальна музика (Ф. Шуберт, Ave Maria; Ф. Ліст, Ноктюрн № 3, Мрії кохання; К. Сен-Санс, «Лебідь»); 5) створення взаємної поваги та довіри – граючи одну і ту ж мелодію на різних інструментах, група поступово об'єднується в загальному ритмі; 6) забезпечення можливості виразити спонтанні почуття, в чому допомагав такий вид музикотерапії, як інструментальна, вокальна та жестова імпровізація.

Зазначено, що музична терапія є позитивним фактором у формуванні та розвитку гармонійної особистості завдяки її впливу на емоційну та чуттєву сферу, інтелектуальні здібності, психологічний та фізіологічний стани тощо.

Наголошено на ефективності задіяння у програмі класичних творів, що вирізняються багатством змісту, красою та досконалістю форми (Й. Бах, Л. Бетховен (Німеччина), В. Моцарт, Ф. Шуберт (Австрія), Дж. Россіні, Дж. Верді (Італія), Ф. Шопен (Польща), Г. Берліоз, Ж. Бізе (Франція), Е. Гріг (Норвегія)), а також творів засновника української музичної школи М. Лисенка; українських композиторів М. Скорика, М. Колеса, Л. Людкевича, Л. Ревуцького, А. Кос-Анатольського.

Крім того, у програмних заходах були задіяні методики музичної терапії (О. Завініна, Л. Зац, Г. Шанський, Т. Яковенко), які передбачають комплексне та ізольоване використання музики як основного та переважного чинника впливу (прослуховування музичних творів, індивідуальна та групова музична практика), доповнюючи інші корекційні методики музичним супроводом з метою посилення їхнього впливу та підвищення ефективності.

Наголошено, на дієвості інтегративної музичної терапії, що поєднувала психотерапевтичний вплив музики та інших видів мистецтва (малювання під музичний супровід, музичні та ігрові заняття, пантоміма, пластична драматизація під музичний супровід, творчість після прослуховування музики тощо).

За результатами формувальних заходів зафіксовано статистично значуще зниження проявів симптомів емоційної травми, депресії, тривожності; відбулися позитивні зміни показників особистісних змінних (за параметрами впевненості у собі, ціннісного ставлення до себе, інших, світу) ( $p \leq 0,05$ ).

Обґрунтовано, що розроблена та адаптована програма соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань є результативним засобом подолання і профілактики їх негативних наслідків.

Основні положення розділу відображено у таких публікаціях авторки: [34; 85; 89; 90; 91; 95; 108; 214].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми визначення особливостей соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань і зроблено такі висновки.

1. Проведено теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, як цілісного системного процесу, спрямованого на відновлення внутрішніх ресурсів та повернення до активної життєдіяльності, що включає індивідуальну та групову роботу, психоосвіту, розвиток навичок саморегуляції, соціальну підтримку та профілактику посттравматичних розладів. Обґрунтовано поняття: «втрата як духовне випробування», «психологічний образ втрати», «психологічний зв'язок з втратою», «подієво-рефлексивний і духовно-рефлексивний рівні переживання»: «втрата як духовне випробування» постає не лише як психологічне явище, але й як духовне випробування, що актуалізує екзистенційні питання сенсу життя, віри та ціннісних орієнтацій молоді. У цьому контексті вона виконує функцію «екзистенційного каталізатора», який спонукає до переосмислення власного буття та внутрішньої трансформації.

Підкреслено, що втрата може бути осмислена як критичний момент духовного розвитку, який відкриває можливості як для кризи, так і для зростання. «Психологічний образ втрати» визначено як внутрішню репрезентацію втраченого та показано, що він формується на основі емоційного досвіду та суб'єктивної значущості об'єкта втрати. Цей образ виконує роль посередника між минулим досвідом та актуальним переживанням, впливаючи на процеси адаптації та інтеграції молоді. «Психологічний зв'язок з втратою» розглянуто як тривале емоційно-когнітивне ставлення до об'єкта втрати, що проявляється у спогадах, символічних діях, внутрішньому діалозі та переживанні відсутності. Показано, що він може виконувати амбівалентну

функцію: з одного боку, підтримувати пам'ять і ціннісну спадщину, з іншого – утримувати молоду людину у стані болю та перешкоджати її відновленню в процесі соціально-психологічного супроводу.

2. Здійснено порівняльний аналіз соціально-психологічних особливостей молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. Встановлено, що чоловіки більш схильні до практичних рішень та утримання влади над обставинами, натомість жінкам притаманні більш глибокі духовні пошуки та орієнтація на допомогу іншим. До індивідуальних ресурсів (на мікрорівні) відновлення молоді після втрат і травматичних переживань віднесено психологічні настанови, вірування, особливі здатності особистості (як-то завзяття, витримка, зокрема у військовослужбовців). Важливими визначено ресурси соціального (мезо-) рівня, які молода людина відчувала як наявні або могла отримати від найближчого оточення (родини, друзів, колег); такі ресурси на макрорівні охоплювали й ступінь довіри до певної соціальної групи, інституції, фахівця тощо.

З'ясовано, що для кожної категорії респондентів формується унікальний «ресурсний відбиток»: для військових – це гармонія між особистим та зовнішнім (суспільним), для цивільних чоловіків – пріоритетність індивідуального підходу, для цивільних жінок – домінування соціальної складової.

3. Визначено соціально-психологічну специфіку перебігу процесу стабільності змін при відновленні молоді після втрат і травматичних переживань та запропоновано дворівневу структуру моделі переживання втрати молоддю, представлену через психологічні новоутворення, які є наслідками переживання втрати («психологічний образ втрати» – на подієво-рефлексивному рівні, «переживання втрати як духовне випробування» – на духовно-рефлексивному рівні, «психологічний зв'язок з травмою» – на обох рівнях). Доведено, що процес переживання втрати на подієво-рефлексивному рівні зазвичай має адаптивний характер, що полягає в пристосуванні до нової реальності, а на духовно-рефлексивному рівні – розвивальний характер, що полягає в

переосмисленні життєвих закономірностей. При цьому розвивальний характер переживання втрати виражається в наявності явищ «підйому» – смислових стрибків з подієво-рефлексивного рівня на духовно-рефлексивний рівень осмислення життєвих подій. Загально-психологічна сутність цього явища – в індуктивному переході від аналізу подій і зв'язків між ними до аналізу й узагальнення їх смислів.

Виявлено та систематизовано соціально-психологічні чинники, що впливають на індивідуальний характер переживання молоддю втрати (характер ситуації втрати, сприйняття ситуації втрати, особливості втраченого, соціокультурний простір, соціально-психологічні особливості молоді, яка перебуває у ситуації втрати та травматичних переживань).

4. Розкрито концептуальні й змістовно-процесуальні основи програми соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, побудованої на засадах системно-цілісного суб'єктно-діяльнісного, системно-структурного підходів, із запровадженням авторського курсу музикотерапії, та проведено оцінку її ефективності.

Показано, що впровадження програмних заходів дозволило визначити умови ефективності соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань, пов'язані з цілеспрямованою психотерапією (зокрема засобами музикотерапії) та соціальною підтримкою молоді. Визначено механізми резистентності, як найважливішого чинника відновлення після травматичних переживань, які мають значення для встановлення та підтримки соціальних відносин та призводять до загального відчуття зв'язку, а також є важливими для мобілізації ресурсів (сприяння комунікації між зацікавленими сторонами), процесів саморегуляції (здатності приймати рішення в кризових ситуаціях з урахуванням минулого досвіду тощо).

Наголошено на дієвості інтегративної музичної терапії, що поєднувала психотерапевтичний вплив музики та інших видів мистецтва (малювання під

музичний супровід, музичні та ігрові заняття, пластична драматизація під музичний супровід, творчість після прослуховування музики та ін.).

З'ясовано, що після проведення формувальних заходів зафіксовано статистично доведене зменшення вираженості симптомів емоційного травматизму, депресивних станів та рівня тривожності. Спостерігалися також сприятливі зрушення у вимірах особистісних змінних (за параметрами самовпевненості, адекватності індивідуальних та просоціальних цінностей).

**Перспективи подальшого дослідження.** Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми визначення особливостей соціально-психологічного супроводу молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. Перспективи подальших наукових досліджень мають розгортатися у напрямку вивчення специфіки умов соціально-психологічної підтримки молоді в залежності від соціального статусу та професійної приналежності, етно-культурних особливостей тощо.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аврамчук О. Клініко-психологічні аспекти переживання втрати та діагностики ускладненого горювання. *Problems of modern psychology*. 2019. Вип. 45. С. 11-39.
2. Безшейко В.Г. Діагностика пост стресових розладів: погляд на проблему. *Медична психологія*. 2016. № 1. С. 99-104.
3. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. Талком, 2016. 246 с.
4. Блискун О.О., Завацька Н.Є., Лисничка І.П. та ін. Систематизація параметрів, критеріїв і рівнів соціально-психологічного супроводу процесу реінтеграції 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, 2021. № 2 (55). С. 31-42.
5. Бойко Г.В. Психологія переживання втрати роботи як життєвої події. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 2. С. 14-20.
6. Бойчук О.С., Костюк О.І. Феноменологія втрат: деякі психологічні особливості переживання вдовами та матерями, що втратили рідних в ато. *Новітні чинники впливу на формування особистості студента-майбутнього лікаря: матеріали XVII міжнарод. наук.-практ. конф.* Київ, 2017 р. К.: ПВНЗ КМУ УАНМ, 2017. С. 29-30.
7. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8-35.
8. Вишньовський В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів. *II Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки»*. 21-22 квітня 2022 р. Т.: ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 3-5.
9. Власенко С.Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2018. № 2. С. 59-71.

10. Власенко І.А., Вінник Н.Д. Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція, вирішення. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Вип. 3. С. 33-37.
11. Войтович М.В. Горе як природна реакція на втрату. Особливості процесу горювання. Основи реабілітаційної психології і подолання наслідків кризи / за заг. ред. Л.Г. Царенко. К.: ОБСЄ, 2018. Т. 2. С. 78-87.
12. Войтович М.В. Психологічні особливості горювання. *Актуальні проблеми психології*. Київ: Вид: Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019. Т. V, Вип. 19. С. 10-23.
13. Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньопереміщених осіб (клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості та реабілітація. Дис.. доктора філософії. 222 – Медицина, 22 – охорона здоров'я. Полтава, 2021. 207 с.
14. Гейко Є.В. Психологічні особливості цілісного підходу щодо соціалізації молоді в умовах сучасного освітнього простору. *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. № 2 (61). С. 45-59.
15. Гейко Є.В. Соціально-психологічні особливості прояву цілісності 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, 2021. № 2 (55). С. 156-166.
16. Гейко Є.В. Соціалізація молоді в період криз та травматичних переживань: соціально-психологічний супровід / Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія / за ред. Ю.А. Завацького та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 2023. 264 с. С. 212-243.
17. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.

18. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.

19. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. К.: Міленіум, 2015. С. 26-35.*

20. Горіна О. Психологічні особливості дітей, які залишилися без батьків. The 10th International scientific and practical conference «Modern directions of scientific research development», VoScience Publisher, Chicago, USA. VoScience Publisher, 2022. С. 162-166.

21. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1 (74). С. 378-390.*

22. Гриньова Н., Слободян С. Дослідження психотравм особистості та шляхи її корекції у форматі позитивної психотерапії. *Психологічний журнал Умань: ВПЦ Візаві, 2023. № 3. С. 42-50.*

23. Дем'яненко М. Внутрішньо переміщені особи України: актуальні проблеми та шляхи їх розв'язання [Електронний ресурс]. Україна: події, факти, коментарі. 2018. № 3. Режим доступу: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf>

24. Діти та війна: навчання технік зцілення. URL:[https://icbt.org.ua/children\\_war/](https://icbt.org.ua/children_war/)

25. Дигун І.С., Журба А.М., Гейко Є.В., Журба М.А., Завацька Н.Є., Завацький В.Ю. 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.

26. Диса О.В., Василюк О.Л. Шляхи подолання особистістю синдрому втрати. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: зб. наук. пр.* 2016. С. 245.

27. Дичковська Г.О. Алгоритм роботи з втратами. Робота з травмами війни. *Український досвід: матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції.* Київ, 2018. С. 140-143.

28. Добряков І.В., Блох М.Е., Фаєрберг Л.М. Перинатальні втрати: психологічні аспекти, специфіка горювання, форми психологічної допомоги. *Журнал акушерства і жіночих захворювань.* 2015. № 3. С. 4-10.

29. Драганчук В.М. Концепції катарсису у процесі їх історичного розвитку. *Науковий вісник ВДУ: Серія «Історичні науки»:* зб. наук. праць. 2000. Вип. 3. С. 188-193.

30. Драганчук В. М. Константи сприйняття у діалозі «композитор – виконавець – слухач» (на прикладі мелодико-інтонаційних і ладових факторів) *Теоретичні та практичні питання культурології:* зб. наук. статей. Мелітополь: Сана, 2002. Вип. 12. С. 26-37.

31. Драганчук В.М. Просторовість та синестезійність у музиці на прикладі «Карпатського концерту» М. Скорика. *Наукові збірки Львівської державної музичної академії ім. М.В. Лисенка.* Вип. 5. *Muzyka Galiciana:* зб. статей. Т. VI. Львів, 2001. С. 233-239.

32. Драганчук В.М. Музична психологія і терапія; передм. Л. Кияновської. Луцьк: Східноєвр. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2016. 230 с.

33. Дуб В. Реабілітаційна психологія. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. 92 с.

34. Жабко Н., Сльот М. Сила барабанів: музико-терапевтичний метод drumpower. *Простір арттерапії: вектори зцілення у часи війни:* зб. наук. статей за матеріалами XXII Міжнародної міждисциплінарної науково-

практичної конференції (м. Київ, 21-23 березня 2025 р.) / [за наук. ред. О.Л. Вознесенської, Л.О. Подкоритової]. К.: Талком, 2025. С. 153-154.

35. Жигаренко І.Є., Завацька Н.Є., Лисничка І.П. Результативно-змістовні параметри особистісно-професійної адаптації фахівців соціономічної галузі у процесі відновлення після травматичних переживань. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 1 (54). С. 162-172.

36. Завацька Н.Є., Сльот М.О. Технології забезпечення професійної допомоги у процесах адаптації та реадаптації особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2014. № 3 (35). С. 198-210.

37. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108-111.

38. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

39. Казмірчук Л.Л. Християнська віра як особистісний ресурс подолання втрати. Львів, 2019. 73 с.

40. Каліщук С.М. Прикладні моделі психологічного супроводу особистості в кризі. *Габітус*. 2023. Вип. 46. С. 144-151.

41. Каменщук Т. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2022. № 1. С. 21-27.

42. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

43. Качинський А.Б. Безпека життєдіяльності особи, суспільства та держави: порогові умови. *Стратегічні пріоритети*. 2013. № 2. С. 111-119.
44. Кіндратюк Б. Духовне здоров'я школярів і музика дзвонів: етнопедagogічний аспект. Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2005. 270 с.
45. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія за ред. З.Г. Кісарчук. К.: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
46. Кирпенко Т.М., Бохонкова Ю.О. Механізми психологічного самозахисту підлітків: монографія. Сєверодонецьк: Вид-во СНУім. В. Даля, 2017. 176 с.
47. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
48. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.
49. Кононов І.Ф. Масова свідомість у зоні воєнного конфлікту на Донбасі: монографія. Старобельськ: ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», 2018. 225 с.
50. Коханська М.Б. Особливості проживання втрати в жінок, які перенесли перервану вагітність. Львів, 2020. 111 с.
51. Королович О. Психологічні аспекти динаміки переживання втрати. *Psychology Travelogs*. 2023. Вип. 4. С. 16-24.
52. Кравченко К.О. Психологічні особливості переживання льотчиками втрати бойових товаришів при проведенні антитерористичної операції (АТО). *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2016. Вип. 52. С. 59-69.

53. Краснокутський М.І., Овсяннікова Я.О. Психотравмуючий досвід дітей: основні етапи надання психологічної допомоги. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. Вип. 1 (2). С. 56-61.

54. Крижановський О.М., Журба М.А., Завацька Н.Є., Завацький Ю.А., Сльот М.О., Захарченко Б.О. Дескриптори соціально-психологічних ресурсів безпеки 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, 2025. № 3 (68). Т. 2. С. 262-272.

55. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких людей під час війни. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2022. Вип. 1. С. 28-33.

56. Лебедев Д.В., Лебедева С.Ю., Оніщенко Н.В., Назаров О.О., Тімченко О.В., Садковий В.П. Соціально-психологічні детермінанти помилкових дій у професійній діяльності фахівців водолазних формувань аварійно-рятувальних підрозділів МНС України: монографія. Х.: УЦЗУ, 2009. 216 с.

57. Лисничка І.П. Процес переживання молоддю викликів травматогенного соціуму та її соціальна компетентність / Соціальна компетентність молоді та трансформаційний соціум: монографія / За наук. ред. Л.В. Черновської, Н.Є. Завацької. К.: ПВТП «LAT&K», 2025. 274 с. С. 54-78.

58. Лукашов О.О., Круглов К.О., Омелянюк С.М., Лисничка І.П. Соціально-психологічні особливості розвитку молоді в сучасних умовах трансформаційного суспільства. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. № 3 (65). Т. 1. С. 60-68.

59. Лукашенко М.Ю., Галич Я.В. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних

конфліктах. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини»* (Київ, 15 березня 2023 р.) / за загальною редакцією член-кор. НАМН України, професора С.Т. Омельчука. К.: МВЦ «Медінформ», 2023. 224 с.

60. Матвійчук М.В. Медична психологія надзвичайних станів, екстрена та кризова психологія. Тема 7: Переживання втрати. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. 2020. С. 16.

61. Мартиненко Н.В. Втрата роботи як патогенний фактор впливу на психічне здоров'я людини: стан та напрямки досліджень. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 11, № 4 (43). С. 33-40.

62. Мельник І.М., Кулій О.С. Особливості соціального супроводу жінок, які переживають втрату дитини. *Габітус*. 2021. Вип. 21. С. 160-163.

63. Мирончак К.В. Агенти соціально-психологічного супроводу при переживанні втрати. *Горизонти посттравматичного особистісного життєтворення: матер. наук.-практ. семінару*. К., 2020. С. 61–64.

64. Мирончак К.В. Основні завдання соціально-психологічного супроводу особистості при переживанні втрати. *Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості: зб. наук. праць за матер. II Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Херсон, 26-27 вересня 2019 р.). Херсон, 2019. С. 196.

65. Міхеєва О., Серeda В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. *Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні Збірка аналітичних матеріалів*. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. С. 9-48.

66. Міщенко Н.В., Ковальова О.В., Сльот М.О., Іванов О.Г. Психологічний супровід та системна соціальна підтримка осіб з кризовими станами в умовах сучасного соціуму. *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. 245-252.

67. Наугольник Л.Б. Психологія стресу. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
68. Нестайко І. Соціальна адаптація та інтеграція внутрішньо переміщених осіб в результаті війни (польський погляд). *Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки»*, 21-22 квітня 2022 р. Т.: ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 20-22.
69. Овсяннікова Я.О. Аспекти психологічної роботи з дітьми, що переживають втрату близького. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 44 (2). С. 141-150.
70. Овсяннікова Я.О. Деякі аспекти щодо збереження ментального здоров'я особистості в умовах війни. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя: Матер. Міжнар. наук.-практич.конфер. Міжнародний гуманітарний університет*. Одеса, 2023. С. 226-228.
71. Опанасюк І. Психологічні особливості переживання факту «втрати» особистістю. *Обрій*. 2022. № (1) 32. С. 55-58.
72. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. К., 2018. Т. 3. 236 с.
73. Простір арттерапії: вектори зцілення у часи війни: матеріали XXII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (21-23 березня 2025 р.) / [за наук. ред. О.Л. Вознесенської, Л.О. Подкоритової]. К.: Талком, 2025. 178 с.
74. Похілько Д.С. Структура психологічного супроводу родичів загиблих у надзвичайних ситуаціях державного та регіонального рівня. Електронний репозитарій Національного університету цивільного захисту України. Київ, 2016. <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/3620>
75. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М.,

Лазос Г.П., Литвиненко Л.І., Царенко Л.Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. К.: ТОВ Вид-во «Логос», 2015. 207 с.

76. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. К.: Рута, 2001. 320 с.

77. Психологія поведінки на війні: практичний poradник / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. К. : НУОУ, 2014. 125 с.

78. Пузич І.Я., Пузич Я.І. Музика і здоров'я: Психофізіологічні аспекти. *Науковий світ*. 2002. № 8. С. 28-29.

79. Рибик Л.А. Психологічна допомога під час переживання втрати – чи можемо ми допомогти людям пережити горе? *Психологічний часопис*. 2018. № 10. С. 61-77.

80. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. Режим доступу: [https://i-cbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/Romanchuk\\_PTSD.pdf](https://i-cbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf)

81. Сапольські Р. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас. пер. з англ. О. Любенко. К.: Наш формат, 2024. 672 с.

82. Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології. *Актуальні проблеми сучасної медичної психології: матеріали V науково-практичної конференції* (м. Київ, 11-12 травня 2011 р.). К., 2011. С. 50-54.

83. Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. Психологічний словник; за ред. Н.А. Побірченко. К., 2007. 336 с.

84. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Жінка та перинатальна втрата. *Практикуючий лікар*. 2017. № 4. С. 33-38.

85. Сльот М.О. Соціально-психологічний супровід молоді в процесі відновлення після втрати. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.; Ніжин: ПП Лисенко, 2020. Т. IX, Вип. 13. С. 739-746.

86. Сльот М.О. Психологічні особливості значенневої сутності травми й переживання втрати особистістю. *Актуальні питання соціальної та*

*практичної психології у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами III Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених, аспірантів і студентів* (м. Северодонецьк, 23-24 січня 2015 р.). Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. С. 180-182.

87. Сльот М.О. Стадії процесу переживання молоддю втрати. *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. Северодонецьк, 24-25 листопада 2016 р.). Северодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2016. С. 237-238.

88. Сльот М.О. Поняття «психологічна травма» в тезаурусі рядоположних термінів. *Особистість у діяльнісному підході: сучасний погляд: зб. наук. статей за матеріалами наукової конференції* (м. Київ, 07 грудня 2019 р.). К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2019. С. 66-68.

89. Сльот М.О. Активна групова музична терапія (психотерапія). *Позитивна психотерапія у крос-культурному світі: реальність, завдання, можливості: зб. наук. статей за матеріалами X Міжнародної дистанційної науково-практичної конференції з позитивної транскультуральної психотерапії Н. Пезешкіана* (м. Дніпро, 14 червня 2020 р.). Дніпро, 2020. С. 387-394.

90. Сльот М.О. Особливості проведення музико-терапевтичних групових занять для поліпшення спілкування / Інклюзивні практики для працівників культури / Уклад.: І.М. Брушевська, В.В. Колодяжна, О.М. Галапчук-Тарнавська. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. С. 120-129.

91. Сльот М.О. Особливості проведення музикотерапевтичних групових занять з розвитку комунікативних навичок. *Арт-терапія в роботі психолога: інноваційні підходи: зб. наук. статей за матеріалами IV Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Кропивницький, 21-28 листопада 2022 р.). Кропивницький: Комунальний заклад «Кіровоградський

обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені Василя Сухомлинського», 2022 р. С. 52-54.

92. Сльот М.О. Маленькі героїчні історії та інші рятівні фішки в роботі з особами, що переживають стрес. *Музичний керівник*. 2023. № 2. С. 8-11.

93. Сльот М.О. Особливості музико-терапевтичної роботи з різновіковими групами осіб, що перебувають на реабілітаційному лікуванні: зб. наук. статей за матеріалами Першої Всеукраїнської конференції з музикотерапії (м. Львів, 27 липня 2024 р.) / [за наук. ред. Ільїної М.Є., Осадчої О.С., Шумкової М.С.]. К., 2024. С. 9-10.

94. Сльот М.О. Соціально-психологічна модель реабілітації молоді в процесі відновлення після втрат і травматичних переживань. *Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це*: зб. наук. статей за матеріалами Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 20 травня 2025 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 66-70.

95. Сльот М.О. Соціально-психологічні особливості корекції переживань особистості. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього*: зб. наук. статей за матеріалами щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2025 р.). К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 65-69.

96. Сльот М.О. Соціально-психологічні чинники резильєнтності осіб, постраждалих на травму. *Соціально-психологічні проблеми трансформації сучасного суспільства*: зб. наук. статей за матеріалами XVII Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Київ, 17 жовтня 2025 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. С. 675-681.

97. Сльот М.О. Соціально-психологічні особливості переживання втрат, травматичних переживань. *Особистісне зростання в умовах воєнного часу: військовий та цивільний досвіди*: зб. наук. статей за матеріалами III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

(м. Київ, 06-07 листопада 2025 р.) К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2025. С. 76-80.

98. Сльот М.О. Соціально-психологічні основи переживання втрати постраждалими особами. *Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри: зб. наук. статей за матеріалами X Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Ополе, м. Київ, 26-27 грудня 2025 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. С. 120-124.

99. Сльот М.О. Соціально-психологічні чинники системи соціальної підтримки осіб, постраждалих на травму. *Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами IX Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Ополе, м. Київ, 29-30 грудня 2025 р.). К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. С. 115-118.

100. Тарапата Л.Г. Музика як модель світобудови (досвід культурологічного дослідження): автореф. дис... канд. філос. наук: 09.00.04 / Лідія Григорівна Тарапата. Х., 1998. 18 с.

101. Тімченко О.В. Екстремальна психологія / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.

102. Титаренко Т.М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

103. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

104. Титаренко Т.М. Способи організації соціально-психологічного супроводу особи, яка постраждала внаслідок воєнної агресії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. Вип. 4. С. 224-230.

105. Томчук М.І. Психологічний супровід дітей, які зазнали втрату батьків, в умовах рекреації. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*. 2016. № 9. С. 171-181.

106. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій. К.: ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.
107. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
108. Френкель С., Турбан В.В., Козьменко О.І., Завацька Н.Є., Піддубна В.В., Сльот М.О. Проблема соціально-психологічної підтримки особистості: теоретико-методологічні підходи. *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. 15-24.
109. Шабутін С. Зцілення музикою / Сергій Шабутін, Стефан Хміль, Ірина Шабутіна. Афіни; Тернопіль: Підручники і посібники, 2006. 191 с.
110. Шістко Л.О., Власова О.І. Чинники психологічного благополуччя дітей, які переживають втрату батьків в умовах війни. *Вікова та педагогічна психологія*. 2023. С. 77-83.
111. Abelson R.P. Psychological status of the script concept. *Am Psychol*. 1981. Vol. 36 (7). P. 715-729.
112. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Author: Washington, DC, USA. 2013.
113. Anseel F., Beatty A.S., Shen W., Lievens F., Sackett P.R. How are we doing after 30 years? A meta-analytic review of the antecedents and outcomes of feedback-seeking behavior. *J Manage*. 2015. Vol. 41. P. 318-348.
114. Agaibi C.E., Wilson J.P. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005. Vol. 6 (3). P. 195-216.
115. Argyle M. The psychology of happiness. 1987. 288 p.
116. Bechara A., Damasio A.R. The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games Econ Behav*. 2005. Vol. 52 (2). P. 336-372.
117. Belsky J., Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull*. 2009. Vol. 135 (6). P. 885-908.

118. Bendezú J.J., Sarah E.D., Martha E.W. What constitutes effective coping and efficient physiologic regulation following psychosocial stress depends on involuntary stress responses. *Psychoneuroendocrinology*. 2016. Vol. 73. P. 42-50.
119. Biggs A., Brough P., Drummond S. Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In Cooper CL, Quick JC, editors. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, first edition. Wiley-Blackwell, 2017. P. 351-364.
120. Billings A.G., Moos R.H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J. Behav Med.* 1981. Vol. 4 (2). P. 139-157.
121. Bremner J.D., Elzinga B., Schmahl C., Vermetten E. Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Prog Brain Res.* 2008. Vol. 167. P. 171-186.
122. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult Clin Psychol.* 2000. Vol. 68 (5). P. 748-766.
123. Bronfenbrenner U., Ceci S.J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev.* 1994. Vol. 101 (4). P. 568-586.
124. Bomyea J., Risbrough V., Lang A.J. A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2012. Vol. 32 (7). P. 630-641.
125. Byrne C.A., Riggs D.S. The cycle of trauma; relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence Vict.* 1996. Vol. 11 (3). P. 213-225.
126. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J. Pers Soc Psychol.* 1989. Vol. 56 (2). P. 267.
127. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry.* 2010. Vol. 9 (3). P. 145-154.

128. Cicchetti D., Rogosch F.A. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol.* 1996. Vol. 8 (4). P. 597-600.
129. Cobb A.R., Josephs R.A., Lancaster C.L., Lee H.J., Telch M.J. Cortisol, testosterone, and prospective risk for war-zone stress-evoked depression. *Mil. Med.* 2018. Vol. 183 (11-12). P. 535-545.
130. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976. Vol. 38. P. 300-314.
131. Cockrill K. I'm Not That Type of Person: Managing the Stigma of Having an Abortion [Electronic resource]. *Deviant behavior.* 2013. Vol. 34 (12).  
URL: <https://www.researchgate.net/publication/263060601>
132. Cohen S., Gottlieb B.H., Underwood L.G. Social relationships and health. In: Cohen S., Underwood L.G., Gottlieb B.H., editors. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists.* New York: Oxford University Press, 2000. P. 3-25.
133. Cohen S., McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In *Handbook of psychology and health.* Routledge. 2020. Vol. 4. P. 253-267.
134. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985. Vol. 98(2). P. 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
135. Cohen J.A., Deblinger E., Mannarino A.P., Steer R.A. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004. Vol. 43(4). P. 393-402. doi: 10.1097/00004583-200404000-00005
136. Cohen J.A., Mannarino A.P. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 2000. Vol. 24(7). P. 983-994. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00153-8
137. Christopher M. A broader view of trauma: a biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clin Psychol Rev.* 2004. Vol. 24. P. 75-98. doi: 10.1016/j.cpr.2003.12.003

138. Christina Grof *The Stormy Search for the Self: A Guide to Personal Growth through Transformational Crisis*. Penguin Publishing Group, 1992. 288 p.
139. Danese A., Baldwin J.R. Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annu Rev Psychol*. 2017. Vol. 68. P. 517-544. doi: 10.1146/annurev-psych-010416-044208
140. Danielson C.K., Cohen J.R., Adams Z.W., Youngstrom E.A., Soltis K., Amstadter A.B., Ruggiero K.J. Clinical decision-making following disasters: Efficient identification of PTSD risk in adolescents. *J. Abnorm Child Psychol*. 2017. Vol. 45(1). P. 117-129. doi: 10.1007/s10802-016-0159-3
141. Danielson C.K., Adams Z., McCart M.R., Chapman J.E., Sheidow A.J., Walker J., Smalling A., de Arellano M.A. Safety and efficacy of exposure-based risk reduction through family therapy for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms among adolescents: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiat*. 2020. Vol. 77(6). P. 574-586. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4803
142. Davis L., Siegel L.J. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2000. Vol. 3(3). P. 135-154. doi: 10.1023/a:1009564724720
143. Deblinger E., Mannarino A.P., Cohen J.A., Steer R.A. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006. Vol. 45(12). P. 1474-1484. doi: 10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
144. De Mönnink H. *Grief Counseling: Six Essential Conditions for Supporting Grief Work* *Illness, Crisis & Loss*, 1998. P. 83-91.
145. De Mönnink H. *Verlieskunde. Handreiking voor de beroepspraktijk*. Uitgeverij: Elsevier, Utrecht, 2001. 311 p.
146. De Mönnink H. *The Social Workers' Toolbox. Sustainable Multimethod Social Work*, 2017. 598 p.
147. Dewe P., Cooper G.L. Coping research and measurement in the context of work related stress. In: Hodgkinson G.P., Ford J.K., editors. *Int Rev Ind Organ*

Psychol. New York: John Wiley & Sons Ltd. 2007. P. 141-191. 10.1002/9780470753378.ch4.

148. Dimitriadis E., Menkhorst E., Saito S., Kutteh W.H., Brosens J.J., Recurrent pregnancy loss. *Nature reviews disease primers*. 2020. Vol. 6(1). P. 98.

149. Edes A.N., Crews D.E. Allostatic load and biological anthropology. *Am J. Phys Anthropol*. 2017. Vol. 162(63). P. 44-70. doi: 10.1002/ajpa.23146.

150. Edwards J.R., Baglioni A.J. Empirical versus theoretical approaches to the measurement of coping: A comparison using the ways of coping questionnaire and the cybernetic coping scale. In: Dewe P., Leiter M., Cox T., editors. *Coping, health and Organizations*. London: Taylor & Francis, 2000. P. 29-50.

151. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000. Vol. 38(4). P. 319-345. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00123-0

152. Evans G.W. The built environment and mental health. *J. Urban Health*. 2003. Vol. 80(4). P. 536-555. doi: 10.1093/jurban/jtg063.

153. Evans G.W., Kim P. Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Dev Perspect*. 2013. Vol. 7. P. 43-48. doi: 10.1111/cdep.12013

154. Farella G.M., Gobbi G. Parental death during adolescence: A review of the literature. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2023. Vol. 87(4). P. 1207-1237.

155. Feeney B.C., Collins N.L. A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Pers Soc Psychol Rev*. 2015. Vol. 19(2). P. 113-147. doi: 10.1177/1088868314544222

156. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J. Prev Med*. 1998. Vol. 14(4). P. 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8

157. Frankl V.E. *Man's Search for Meaning*. Beacon Press books, 1992. 160 p.

158. Fredette C., El-Baalbaki G., Palardy V., Rizkallah E., Guay S. Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Traumatology*. 2016. Vol. 22(2). P. 131-144. doi: 10.1037/trm0000070
159. Freud S. Trauer und Melancholie *International Journal of Medical Psychoanalysis*. 1917. Vol. 4 (6). P. 288-301.
160. Gilbert K. Invitation to Grief in the Family Context. *Death studies*, 2018. P. 29.
161. Gross J.J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998. Vol. 2(3). P. 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
162. Hammen C. Stress generation in depression: reflections on origins, research, and future directions. *J. Clin Psychol*. 2006. Vol. 62(9). P. 1065-1082. doi: 10.1002/jclp.20293
163. Hašto J., Vojtova H., Hruby R., Tavel P. Biopsychosocial approach to psychological trauma and possible health consequences. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013. Vol. 34(6). P. 464-481.
164. Hooyman N.R., Kramer B.J., Sanders S. Living through loss: Interventions across the life span. Columbia University Press, 2021.
165. Hyman S.M., Gold S.N., Cott M.A. Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *J. Fam Violence*. 2003. Vol. 18. P. 295-300. doi: 10.1023/A:1025117311660
166. Irvin D. Yalom Existential Psychotherapy Basic Books, 2020. 416 p.
167. James G.D., Brown D.E. The biological stress response and lifestyle: catecholamines and blood pressure. *Annu Rev Anthropol*. 1997. Vol. 26. P. 313-335. doi: 10.1146/annurev.anthro.26.1.313
168. Josephs R.A., Cobb A.R., Lancaster C.L., Lee H.J., Telch M.J. Dual-hormone stress reactivity predicts downstream war-zone stress-evoked PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 2017. Vol. 78. P. 76-84. doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.01.013

169. Joseph S., Yule W., Williams R., Andrews B. Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal perspective. *Br J. Clin Psychol.* 1993. Vol. 32(2). P. 177-185. doi: 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01042.x
170. Kaltas G.A., Chrousos G.P. The neuroendocrinology of stress. In: Cacioppo J., Tassinary L., Berntson G., editors. *Handbook of psychophysiology.* New York: Cambridge University Press, 2007. P. 303-318.
171. Kaniasty K., Norris F.H. Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: sequential roles of social causation and social selection. *J. Trauma Stress.* 2008. Vol. 21(3). P. 274-281. doi: 10.1002/jts.20334
172. Kaniasty K., Norris F.H. Social support and victims of crime: matching event, support, and outcome. *Am. J. Community Psychol.* 1992. Vol. 20(2). P. 211-241. doi: 10.1007/BF00940837
173. Kerns C.E., Elkins R.M., Carpenter A.L., Chou T., Green J.G., Comer J.S. Caregiver distress, shared traumatic exposure, and child adjustment among area youth following the 2013 Boston Marathon bombing. *J. Affect Disord.* 2014. Vol. 167. P. 50-55. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.040
174. Kessler D. *Finding Meaning: The Sixth Stage of Grief.* New York: Scribner, 2019.
175. Kim-Cohen J., Gold A.L. Measured gene–environment interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009. Vol. 18(3). P. 138-142. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01624.x
176. Kiubler-Ross E. *On death and dying. On Death and Dying.* N.-Y.: Scribner, 1969. 260 p.
177. Kübler-Ross E., Kessler D. *On grief & grieving : finding the meaning of grief through the five stages of loss.* New York: Scribner, 2014.
178. Laursen B., Hoff E. Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill Palmer Quart.* 2006. P. 377-389. doi: 10.1353/mpq.2006.0029

179. Lazarus R.S., Folkman S. Stress appraisal and coping. New York, N.-Y.: Springer Publishing Company, 1984.
180. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Essential papers on object loss, 1994.
181. Lopresti A.L., Hood S.D., Drummond P.D. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *J. Affect Disord.* 2013. Vol. 148. P. 12-27. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.014
182. Luszczynska A., Benight C.C., Cieslak R. Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *Eur Psychol.* 2009. Vol. 14. P. 51-62. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.51
183. Markowitz J.C., Milrod B., Bleiberg K., Marshall R.D. Interpersonal factors in understanding and treating posttraumatic stress disorder. *J. Psychiatr Pract.* 2009. Vol. 15(2). P. 133-140. doi: 10.1097/01.pra.0000348366.34419.28
184. May R. Man's Search for Himself W.W. Norton & Company, 1953. 281 p.
185. McKeever V.M., Huff M.E. A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Rev Gen Psychol.* 2003. Vol. 7(3). P. 237-250. doi: 10.1037/1089-2680.7.3.237
186. McEwen B.S. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res.* 2000. Vol. 886(1-2). P. 172-189. doi: 10.1016/s0006-8993(00)02950-4
187. McNeil M.J., et al. Grief and bereavement in fathers after the death of a child: a systematic review. *Pediatrics.* 2021. Vol. 147. P. 4.
188. Monson C.M., Fredman S.J. Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: *Therapist's manual.* New York, N.-Y.: Guilford, 2012.
189. Monson C.M., Taft C.T., Fredman S.J. Military-related PTSD and intimate relationships: from description to theory-driven research and intervention development. *Clin Psychol Rev.* 2009. Vol. 29(8). P. 707-714. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.002

190. Moody Raymond A., Arcangel D. *Life After Loss: Conquering Grief and Finding Hope* Harper Collins, 2009. P. 244.
191. Morris M.C., Hellman N., Abelson J.L., Rao U. Cortisol, heart rate, and blood pressure as early markers of PTSD risk: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016. Vol. 49. P. 79-91. doi: 10.1016/j.cpr.2016.09.001
192. Morris M.C., Compas B.E., Garber J. Relations among posttraumatic stress disorder, comorbid major depression, and HPA function: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012. Vol. 32(4). P. 301-315. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.002
193. Na P.J., Tsai J., Southwick S., Pietrzak R. Provision of social support and mental health in US military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. 2022. Preprint: <https://www.researchsquare.com/article/rs-1374800/v1>.
194. Nietlisbach G., Maercker A. Social cognition and interpersonal impairments in trauma survivors with PTSD. *J. Aggress Maltreat Trauma.* 2009. Vol. 18(4). P. 382-402. doi: 10.1080/10926770902881489
195. Norris F.H., Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J. Pers Soc Psychol.* 1996. Vol. 71(3). P. 498-511. doi: 10.1037//0022-3514.71.3.498
196. Ntontis E., Drury J., Amlôt R., Rubin G.J., Williams R., Saavedra P. Collective resilience in the disaster recovery period: Emergent social identity and observed social support are associated with collective efficacy, well-being, and the provision of social support. *Br. J. Soc. Psychol.* 2021. Vol. 60(3). P. 1075-1095. doi: 10.1111/bjso.12434
197. Ozbay F., Johnson D.C., Dimoulas E., Morgan C.A., Charney D., Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont).* 2007. Vol. 4(5). P. 35-40.
198. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003. Vol. 129. P. 52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52

199. Panagioti M., Gooding P.A., Taylor P.J., Tarrier N. Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: implications into suicide resilience research. *Compr Psychiatry*. 2014. Vol. 55(1). P. 104-112. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.004

200. Park M., Chang E.R., You S. Protective role of coping flexibility in PTSD and depressive symptoms following trauma. *Pers Individ Differ*. 2015. Vol. 82. P. 102-106. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.007

201. Passos I.C., Vasconcelos-Moreno M.P., Costa L.G., Kunz M., Brietzke E., Quevedo J., Salum G., Magalhães P.V., Kapczinski F., Kauer-Sant'Anna M. Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Lancet Psychiatry*. 2015. Vol. 2(11). P. 1002-1012. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00309-0

202. Pietrzak R.H., Johnson D.C., Goldstein M.B., Malley J.C., Southwick S.M. Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depress Anxiety*. 2009. Vol. 26(8). P. 745-751. doi: 10.1002/da.20558

203. Plana I., Lavoie M.A., Battaglia M., Achim A.M. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *J. Anxiety Disord*. 2014. Vol. 28(2). P. 169-177. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.09.005

204. Platt J.M., Lowe S.R., Galea S., Norris F.H., Koenen K.C. A longitudinal study of the bidirectional relationship between social support and posttraumatic stress following a natural disaster. *J. Trauma Stress*. 2016. Vol. 29(3). P. 205-213. doi: 10.1002/jts.22092

205. Popovych I., Halian I., Halian O., Yakymchuk B., Hotsuliak N., Radul S., Slot M., Hoian I. Regression models of coaches' coping behaviours under adverse conditions of activities. *Journal of Physical Education and Sport*. 2026. № 26 (2). P. 187-196.

206. Price M., Gros D.F., Strachan M., Ruggiero K.J., Acierno R. The role of social support in exposure therapy for Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom veterans: A preliminary investigation. *Psychol Trauma*. 2013. Vol. 5(1). P. 93-100. doi: 10.1037/a0026244
207. Rainwater J. *You're in Charge: A Guide to Becoming Your Own Therapist* / Devorss & Co, 1979. 221 p.
208. Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol Psychiatry*. 2006. Vol. 60(4). P. 376-382. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.06.004
209. Rose A.J. Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Dev*. 2002. Vol. 73(6). P. 1830-1843. doi: 10.1111/1467-8624.00509
210. Saltzman L.Y., Hansel T.C., Bordnick P.S. Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2020. Vol. 12(1). P. 55. doi: 10.1037/tra0000703
211. Shansky R.M., Lipps J. Stress-induced cognitive dysfunction: hormone-neurotransmitter interactions in the prefrontal cortex. *Front Hum Neurosci*. 2013. Vol. 7. P. 123. doi: 10.3389/fnhum.2013.00123
212. Schut H., Stroebe M. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies* H. 1999. Vol. 23(3). P. 197-224.
213. Shields G.S., Sazma M.A., Yonelinas A.P. The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016. Vol. 68. P. 651-668. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.06.038
214. Shvets A., Slot M., Osadca O., Urchyshyn D. The Impact of War on Music Therapy in Ukraine. 13th European Music Therapy Conference: book of abstracts (Berlin, Germany, 23rd to 27th July, 2025) / edited by K. Holzwarth, A.-K. Jordan, D. von Moreau, J. Sonntag, G. Strehlow. Berlin: German Music Therapy Society together with Hamburg University of Music and Drama and MSH Medical School Hamburg, 2025. P. 76.

215. Southwick S.M., Sippel L., Krystal J., Charney D., Mayes L., Pietrzak R. Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15. P. 77-79. doi: 10.1002/wps.20282
216. Southwick S.M., Vythilingam M., Charney D.S. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005. Vol. 1. P. 255-291. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948
217. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2004. Vol. 15(1). P. 1-8. doi: 10.1207/s15327965pli1501\_01
218. Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci*. 2016. Vol. 17(10). P. 652-666. doi: 10.1038/nrn.2016.111
219. Telch M.J., Rosenfield D., Lee H.J., Pai A. Emotional reactivity to a single inhalation of 35% carbon dioxide and its association with later symptoms of posttraumatic stress disorder and anxiety in soldiers deployed to Iraq. *Arch Gen Psychiatry*. 2012. Vol. 69(11). P. 1161-1168. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.8
220. Vaiva G., Thomas P., Ducrocq F., Fontaine M., Boss V., Devos P., Rasclé C., Cottencin O., Brunet A., Laffargue P., Goudemand M. Low posttrauma GABA plasma levels as a predictive factor in the development of acute posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2004. Vol. 55(3). P. 250-254. doi: 10.1016/j.biopsych.2003.08.009
221. Vaiva G., Ducrocq F., Jezequel K., Averland B., Lestavel P., Brunet A., Marmar C.R. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol. Psychiatry*. 2003. Vol. 54(9). P. 947-949. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00412-8
222. Valente T.W., Gallaher P., Mouttapa M. Using social networks to understand and prevent substance use: a transdisciplinary perspective. *Subst Use Misuse*. 2004. Vol. 39(10-12). P. 1685-1712. doi: 10.1081/ja-200033210

223. Vogt D., King D., King L. Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. In: Friedman M., Keane T., Resick P., editors. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press, 2007. P. 99-115.
224. Walsh F. Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family process*. 2020. Vol. 59(3). P. 898-911.
225. Wang Y., Chung M.C., Wang N., Yu X., Kenardy J. Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. 2021. Vol. 85. P. 101-998. doi: 10.1016/j.cpr.2021.101998.
226. Wendy G. Lichtenthal, Dean G. Cruess, Holly G. Prigerson. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*. 2004. Vol. 24(6). P. 637-662.
227. Williams L., Haley E. Grief support groups: Positives and pitfalls. *What's Your Grief*, 2017.
228. Williams D.R. Stress and the mental health of populations of color: advancing our understanding of race-related stressors. *J. Health Soc Behav*. 2018. Vol. 59(4). P. 466-485. doi: 10.1177/0022146518814251
229. Wright B.K., Kelsall H.L., Sim M.R., Clarke D.M., Creamer M.C. Support mechanisms and vulnerabilities in relation to PTSD in veterans of the Gulf War, Iraq War, and Afghanistan deployments: a systematic review. *J. Trauma Stress*. 2013. Vol. 26(3). P. 310-318. doi: 10.1002/jts.21809
230. Worden J.W. *Grief Counseling and Grief Therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 50-th ed. New York: Springer Publishing Company, 2018. 293 p.
231. Zalta A.K., Tirone V., Orlowska D., Blais R.K., Lofgreen A., Klassen B., Dent A.L. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2021. Vol. 147(1). P. 33-54. doi: 10.1037/bul0000316