

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики

На правах рукопису

ВИНОГРОДСЬКИЙ БОГДАН ВАЛЕРІЙОВИЧ
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СТРЕСОВИХ
РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Практична психологія
(психологічне консультування та психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

ФЕДОРЕНКО РАЇСА ПЕТРІВНА

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної
психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від ____ 20__ р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали _____ (Магдисюк Л.І.)

Луцьк – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	7
1.1 Історичний аспект дослідження специфіки стресових реакцій у філогенетичному розвитку особистості.....	7
1.2 Психологічні механізми стресових реакцій особистості під час війни.....	14
1.3 Методи дослідження психологічних особливостей стресових реакцій особистості під час війни.....	22
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	32
2.1 Організація та процедура емпіричного дослідження психологічних особливостей стресових реакцій у юнацькому віці.....	32
2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження.....	40
РОЗДІЛ III. ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	52
3.1. Програма психокорекційного впливу на негативні емоційні прояви у юнацькому віці під час війни.....	52
3.2 Рекомендації щодо оптимізації умов та роботи психолога з категорією юнацького віку під час війни.....	75
ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	83

ВСТУП

Актуальність дослідження. В умовах кардинальних змін і кризових явищ, які переживає українське суспільство, на передній план наукової думки виносяться проблеми, що пов'язані із суттєвими змінами особистісної сфери людини, зокрема, її емоційно-чуттєвої сфери. Відтак, одна із найбільш актуальних та складних проблем сучасної психологічної науки є вивчення проявів посттравматичних стресових розладів, депресії, корекції та профілактики виникнення депресивного стану особистості. Важкість процесу дослідження вищезазначеної проблематики полягає у відсутності єдиної думки щодо природи її виникнення та специфіки її впливів на психіку.

Переживаючи сьогоденні реалії життя, людина зустрічається з травмуючим стресом. Війна є надзвичайно потужним психологічним подразником. Кожен день насичений масою негативних новин, подій: смерті, втрати, руйнування, поранення, катування, жорстокі вбивства, понівечені житла – все призводить до гострих стресових реакцій та розвитку психотравми. Ці події зустрічають особистість часто в неготовому психологічному стані, що призводить до втрати контролю над життям.

Відсутність базової безпеки, стресові події фізично та психічно загрожують нашому виживанню. Велика частка населення країни потребує і потребуватиме в майбутньому психологічної підтримки. Багато хто відчуває себе враженим, вибитим з колії. Події по різному впливають на психіку людей.

Вивчення посттравматичних стресових розладів в умовах війни в психології здійснюється у багатьох напрямках: біхевіоризм, психоаналіз, когнітивна та гуманістична психологія. Відтак, посттравматичні стресові розлади є поведінковою реакцією навченої безпорадності людини (М.Селігман); джерелом якої виступають когнітивні порушення особистості

(А. Бек), де захисним механізмом до її виникнення обумовлюється самоактуалізацією людини (А. Маслоу).

Дослідження даного явища здійснювалось цілим рядом зарубіжних та вітчизняних психологів. У зарубіжній психології проблемами вивчення посттравматичних стресових розладів займалися А. Маслоу, А. Бек, М. Селігман, З.Фрейд, Е. Блейдер, М. Кляйн, Д. Віннікотт та ін. Серед представників вітчизняних психологів науковий інтерес виявляли Барабанщиков О.В., Берг, О.А., Вартанян, Г.А., Маклаков А.Г. та ін.

Зважаючи на широкий спектр теоретичних та експериментальних досліджень посттравматичних стресових розладів, слід зауважити, що специфіка вивчення даного феномену людської психіки переважно стосується діагностики та особливостей її прояву на певних вікових етапах становлення особистості, виокремлення загально психологічних чинників її виникнення, а також пошуку шляхів щодо її корекції. Проте, вирішення проблеми, щодо пошуку шляхів корекційно-профілактичних засобів подолання посттравматичних стресових розладів в умовах війни залишається відкритим й дотепер. Зазначене приводить до висновку про необхідність комплексного дослідження даного явища. Дослідження саморегуляції емоційного стану сучасної особистості належить до числа найбільш актуальних напрямків вивчення сучасності. Особливо у військовий час, коли психічні стани відіграють важливу роль у виживанні.

Потрясіння, яке змінюється тривалим стресом, постійним відчуттям тривоги, порушує біохімічні процеси, відбувається нейромедіаторний дисбаланс, які впливають негативно на організм. Із урахуванням досліджень психологів у окресленій дослідженням галузі, вивчення психологічних особливостей ПТСР цивільних допоможе нам з'ясувати, які психотехнології впливають на стратегію подолання особистості у кризовому стані.

Об'єкт дослідження – негативні стресові реакції у молоді під час війни.

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву стресових реакцій у молоді під час війни.

Мета дослідження – здійснити теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей стресових реакцій у молоді під час війни.

З урахуванням теми та мети дослідження, нами було окреслено ключові завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену посттравматичного стресового розладу та негативних стресових реакцій, як науково-психологічної проблеми;
2. Розкрити сутність психологічних особливостей стресових реакцій та методологічних прийомів у роботі з молодим поколінням, що перебуває в умовах війни;
3. Організувати емпіричне дослідження психологічних особливостей стресових реакцій у молодого покоління в умовах війни;
4. Розробити програму та рекомендації для психолога з метою оптимізації умов сприятливого корекційно-розвивального середовища для молодого покоління з негативними стресовими реакціями під час війни

Методи теоретичного дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел із досліджуваної проблематики: синтез, порівняння, узагальнення та систематизація науково-теоретичного матеріалу.

Методи емпіричного дослідження: проведення порівняльного дослідження; застосування стандартизованих опитувальників:

- Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
- Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лахад, Ізраїль);
- Методика Бека “Шкала депресії”;
- Шкала тривоги Спілбергера (STAI);

- Методика «Визначення емоційної стійкості особистості» Б.І.Додонова.

Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні та поглибленні знань про психологічні особливості молоді з ПТСР та ознайомлення з психотехнологіями та вибором оптимальної стратегії поведінки особистості в постстресових ситуаціях.

Практичне значення дослідження. Результати дослідження і зроблені висновки можуть бути використані у роботі практичного психолога зі стресом та психотравмою особистості.

Дослідження психологічних особливостей стресових реакцій у молоді під час війни проводилось на вибірці 60 респондентів, які належать до вікової категорії від 18 до 25 років, різної статі, та сімейного статусу. Частина з них є студентами Волинського національного університету імені Лесі Українки різних факультетів. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Апробація результатів та публікації. Участь у XVIII науково-практичному семінарі «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» 18-25 жовтня 2024 року. Тези на тему «Психологічна реабілітація військовослужбовців з гострою стресовою реакцією».

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1 Історичний аспект дослідження специфіки стресових реакцій у філогенетичному розвитку особистості.

Психологічний феномен специфічних стресових реакцій на небезпеку, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), скоріш за все, існував стільки, скільки людство переживало травму, скільки були вбивства, природні катаклізми, велися війни.

Остаточно феномен посттравматичний стресовий розлад було визнано станом, який можна діагностувати, у 1980 році, коли Американська психологічна асоціація включила його до свого діагностичного та статистичного посібника для лікарів-психіатрів.

Незважаючи на тривалість часу, який знадобився медикам, щоб офіційно визнати захворювання, цей розлад мав підтвердження протягом всієї історії. Внаслідок усіх типів травм, від стихійних лих до нападу, чи солдатів у бою. Посттравматичний стресовий розлад був визнаний людською реакцією на травму та відомий за низкою пояснень протягом всієї історії.[55]

Вперше письмові згадки про посттравматичний стресовий розлад були описані про воїнів, яких переслідували «привиди вбитих ворогів» з'явилися в історичній літературі понад дві тисячі років тому. Згадки про посттравматичні стресові розлади у воїнів виявились у письмових джерелах стародавньої Ассирії, які датуються ще 1300-600 роками до нашої ери. Ассирійські воїни, які безперервно воювали протягом тривалих років, потім бачили привидів і розмовляли з ворогами яких вони вбили в бою. Науковці засвідчують схожість цих симптомів із тими, що спостерігаються у сучасних солдатів, які брали участь в рукопашних боях. Також одну з перших згадок можна знайти у розповідях Геродота про битву під

Марафоном у Стародавній Греції в п'ятому столітті до н.е. Геродот розповідав, як один з учасників Марафонської битви несподівано втратив зір після загибелі одного з своїх товаришів, хоча сам не отримав жодних поранень. Античні твори Гомера «Іліада» й, особливо, «Одіссея» теж описували солдатів, травмованих війною. Пригоди Одіссея – це, по суті, історія повернення додому ветерана (цю паралель використав американський психолог Джонатан Шей, який працював із ветеранами В'єтнамської війни, у своїй книзі «Одіссея в Америці») після повернення з війни. Його метафорично «не пізнавала» дружина, адже він повернувся іншою людиною. Стародавні розповіді про бойові травми та сни, схожі на спогади, були задокументовані Гіппократом (407-377рр. до н.е.) і Лукрецієм у поемі «Природа», яка була написана в 50р. до н.е.

Також дослідники припускають, що дії легендарних скандинавських вікінгів – берсерків, які несамовито руйнували все на своєму шляху, пов'язані з гіперзбудженням, характерним для посттравматичного стресового розладу.

Пізніше спогади посттравматичних стресових розладів і кошмари, пов'язані з бойовим досвідом, можна було знайти в документах про Столітню війну між Англією та Францією (1337-1453рр.). Навіть Шекспір згадував про це в різних п'єсах, включаючи його п'єсу «Ромео та Джульєтта», в якій Меркуціо розповідає довгу історію королеви Маб, персонажа, який створює мрії у розумі людей, які будили б людей через сни битви та смерті. Або у п'єсі «Генріх IV» є вже не метафоричні, а конкретні описи симптомів ПТСР. Дружина одного з героїв, Генрі Персі, скаржилася, що чоловік після повернення з війни проводив весь час на одинці, втратив нормальний сон та апетит, а часом несподівано здригався та пітнів, пригадуючи минулі битви.[50]

Перші спроби наукового опису стресів пов'язаних з війною, з'явилися у XVIII столітті. У 1761 році австрійський лікар Йозеф Леопольд описав у

солдатів симптоми схожі на ПТСР. Він діагностував це як «ностальгію», оскільки солдати говорили, що мають проблеми зі сном, та тривогу через сум за домівкою.

У 1800 роках згадки про посттравматичний стресовий розлад у зв'язку з бойовими діями та участю в зоні бойових дій характеризували просто як «виснаження в бою» або «втома солдата» - це було посилення на повторні вилазки в бій травмованих солдатів, що призводило до виснаження організму, яке підживлювалося адреналіном реакції, особливо під час тривалих бойових дій із щоденним вогнем.

Насправді посттравматичний стресовий розлад часто називали «поглядом на тисячу ярдів», маючи на увазі порожній погляд і відокремлену поведінку травмованих солдатів.

У 1871 році американський хірург Якоб Мендес да Коста описав психосоматичні розлади часів Громадянської війни у США, які він назвав «солдатське серце». Лікар звернув увагу, що у солдатів, у яких не було фізичних проблем із серцем, розвинулися симптоми подібні до кардіологічних хвороб: втома і слабкість навіть при незначному навантаженні, прискорене серцебиття, задишка, біль у грудях та пітливість.

Сьогодні Національний музей медицини Громадянської війни все ще курує та розкриває інформацію про посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний із громадянською війною в США, через виставку про посттравматичний стресовий розлад і самогубства в 1860-х роках та пізніше.[54]

У 1887 році в лікарні Сарпетрієр в Парижі лікар Жан-Мартен Шарко, автор термінів «травматичний невроз» та «травматична істерія» задокументував, що травматичний досвід може згодом привести до «істеричних нападів», які можуть статися через роки після травми.

Посттравматичний стресовий розлад траплявся не лише під час бойових дій. Важкі умови життя змінювалися травмою через інший досвід. Симптоми

посттравматичних стресових розладів стали відомі в історії під різними назвами. Їх також називали «залізничний хребет» наприкінці 19-го та на початку 20-го століть для опису психологічної реакції у тих, хто був свідком або пережив яскраві залізничні аварії.

Із гуманістичних методик було хіба що психоаналітичне «лікування розмовою», яке популяризував Зигмунд Фрейд. Ця методика почала використовуватися як метод лікування симптомів, які могли бути спричинені посттравматичним стресовим розладом. Ці ранні терапевтичні втручання були першим кроком для допомоги людям, які пережили травматичні події. Решта методів були менш гуманними та пропонували лікування електричним струмом, а ще погрозами, залякуванням та покаранням, оскільки в тогочасному традиційному суспільстві будь-які психологічні розлади сприймали як недолік, слабкість, а то й ваду характеру. Особливо це стосувалося солдатів.

Суспільна думка була приблизно такою: справжній солдат має прославляти війну і не видавати жодних ознак емоцій. Ті у кого розвинувся стресовий розлад, у кращому випадку вважалися неповноцінними людьми, у гіршому – зрадниками та боягузами і подібне ставлення існувало аж до другої половини ХХ століття. Тож ветерани війни воліли не розповідати нікому про свої психологічні проблеми, навіть близьким родичам.

До 1950-х років лікування стало більш гуманним, але багато людей не бажали визнавати жодних симптомів травми через стигматизацію навколо психічних захворювань. Лікування покращилося завдяки появі групової терапії та нових психотропних препаратів.[53]

Однак проблема нікуди не зникла, а навпаки загострилась. Перша світова війна внесла нове усвідомлення травматичних наслідків війни. У 1915 в медичну літературу введено термін «оболочечний шок». Цей стан описував ті самі симптоми, що й ПТСР, і став попередником офіційного

діагнозу. Лікування контузійного шоку варіювалося від психоаналізу до радикальних і неперевіраних «лікування» електорошоком.

Друга світова війна та її психіатричні втрати призвели до прогресу у розумінні ПТСР. У 1944 році кількість госпіталізованих із психіатричних причин становила 43 особи на 1000 чоловіків.

По завершенню війни Абрам Кардінер опублікував перероблену версію своєї книги про психіатричне лікування ветеранів Першої світової війни, ґрунтуючись на своєму досвіді спілкування з солдатами Другої світової війни. Кардінер писав, що психіатричне лікування на передовій було необхідним для запобігання хронічних випадків синдрому, який ми зараз знаємо як посттравматичний стресовий розлад. Він зазначив, що травматичний невроз має як фізичні так і психологічні симптоми.

Під час Другої світової війни британські та американські лікарі використовували термін «реакція бойового стресу», «бойова втома» або виснаження, щоб описати травматичні стресові реакції на бойові дії. Через стигматизацію, пов'язану з психічними розладами у той час, цим термінам надавали перевагу через зосередженість на бойових діях, а не на психічних факторах як причині стану, який ми зараз знаємо як ПТСР.

Знання про лікування психічних розладів, отримані з попередніх війн, були активно застосовані під час війни у В'єтнамі, що призвело до зменшення гострих втрат на полях битв. Незважаючи на прогрес у лікуванні психіатричних симптомів під час війни, відстрочені наслідки бойових дій викликали значний вплив на ветеранів В'єтнаму в США. Майже чверті всіх солдатів, що приймали участь у бойових діях у В'єтнамі з 1964 по 1973 рік, а це приблизно 700 000, пізніше знадобилася допомога у лікуванні симптомів посттравматичного стресового розладу.

Поширеність посттравматичних стресових розладів часів війни у В'єтнамі призвела до нових діагностичних розробок. Серед ноу-хау була «групова терапія». Однак на початку її впровадження, коли ще тривали

бойові дії, не все пішло гладко. Солдатів із «неврозами воєнного часу» вже за тиждень повертали на передову, вважаючи, що в колі бойових побратимів їм буде краще. Запрацювала така «групова терапія» вже після завершення війни. Ветерани В'єтнамської війни так само збиралися в групи, де обговорювали труднощі повернення до цивільного життя та свої психологічні проблеми.

Уже в середині 1970-х років у США існували сотні таких груп. Вони ставали дедалі більш політично активними й все голосніше заявляли про необхідність захищати права ветеранів В'єтнаму. [56]

Громадські рухи, 1970-х років також почали привертати увагу до проблеми зґвалтувань жінок, жорстокого поводження з дітьми, насильства у сім'ї та тих хто пережив Голокост і ветеранів В'єтнаму.

У 1974-х році команда з двох осіб, що складалася з психолога Енн Волберт Берджесс і соціолога Лінді Лайтл Холмстром, ввела термін «синдром травми гвалтування» для опису варіанту посттравматичного стресового розладу, який переживають жінки, які зазнали жахливого досвіду сексуального насильства, позначеного трьома фазами реакції на стрес.[52]

Дане дослідження стало піонером у приверненні уваги до наслідків травми. М. Горовіц (Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів начолі с М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських діагностичних та статистичних посібників класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-IV), а пізніше (практично без змін) – для МКБ-10, які вважалися остаточними текстами для діагностики, серед тих хто займається психологічними професіями.

Дослідження ПТСР – синдрому в 1980-х роках стали ще масштабнішими. В цілях уточнення та розвитку різних аспектів посттравматичного стресового

розладу у США були виконані багато чисельні дослідження. Серед них виділяють роботи Егендорфа із співавторами (Egendorfetal., 1981) і Боуландера із співавторами (Boulanderet. al., 1986). Перша з них присвячена порівняльному аналізу особливостей адаптаційного процесу у ветеранів В'єтнамської війни і їх невоюючих ровесників, а друга – вивченню особливостей відстроченої реакції на стрес в того ж контингенту. Результати цих досліджень не втратили своєї важливості і до теперішнього часу.[2]

Це вплинуло на подальше дослідження ПТСР у всьому світі та на розробку методик лікування його як фізичних так і психологічних проявів. Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній двотомній монографії «Травма і її слід» (Figley 1986), де разом з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться і результати вивчення наслідки стресу у жертв геноциду, насильства над собою та інших трагічних подій.

У 1990-х роках почали з'являтися нові методи лікування ПТСР. Наприклад дестабілізація рухів очей (EDMR), нові покоління ліків і нові підходи до терапії, які постійно розвиваються протягом останніх 30 років.

Питання щодо психологічної травми і ПТСР у країнах пострадянського простору вивчали зокрема, А. Кузнецов, С Калмикова, М. Радун, І Малкіна-Пих, Н Барабріна, О Тхостов, Ю. Зінченко, ними з'ясовано основні умови виникнення та симптоматику ПТСР, але масштабних, різнобічних досліджень не проводилося.

Варто також зазначити, що війна в Україні, яка розпочалася у 2014 році засвідчує появу нової лінії досліджень симптоматики посттравматичного стресового розладу. Повномасштабна війна в Україні провокує нову хвилю проблем психосоціальної адаптації, при якій психічні стани українців набувають нових кількісних та якісних характеристик. Неврози, емоційні

зриви, панічні атаки та інші посттравматичні явища виявляються у людини з ПТСР.

Українські воєнні реалії вимагають визнати проблему, ризик посттравматичного стресового розладу, його наслідки та вплив на майбутнє як сімей так і нації в цілому. Для країни, що перебуває у стані війни, є вкрай важливим більш системне розуміння сприйняття ПТСР, зокрема на основі даних отриманих у подальшому дослідженні.

Психологам, психотерапевтам, представникам охорони здоров'я потрібно активно приймати рішення та інтенсивно впроваджувати заходи, ефективність яких буде оцінена через роки якістю розвитку суспільства та рівнем психологічного здоров'я наступних поколінь.[16]

1.2. Психологічні механізми стресових реакцій особистості під час війни

У більшості наукових джерел посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), посттравматичний синдром, «східний синдром» «комбатантський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром» тощо, – це психічний розлад, різновид неврозу, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох подій, що травмують психіку, таких наприклад як військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важкі фізичні травми, побутові та статеві насильства, загрози смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті.

Отже, посттравматичний стресовий розлад – це відтермінована, продовжена або довготривала у часі реакція на виключно сильну травматичну подію (від декількох годин до декількох днів), що загрожує психологічній і фізичній цілісності людини. Тобто подію пов'язану із загрозою життю, або загрозою сильної фізичної шкоди як для свого, так і для життя інших. Посттравматичний стресовий розлад може розвиватися як у жертви так і у свідків природних, техногенних катастроф, посягань, бойових дій або як реакція на різку зміну соціального статусу і становища (

втрата близької людини, майна, роботи). Згідно статистики близько 8% чоловіків та 20% жінок, що пережили травматичні події, мають посттравматичний стресовий розлад. З часом симптоми посилюються і якщо нічого не робити, це може призвести до руйнації стосунків, втрати роботи, здоров'я чи навіть життя. Посттравматичний стресовий розлад можна подолати або навчитися ним керувати. Посттравматичний стресовий розлад не є наслідком підвищеної психічної неврівноваженості і не являється проявом психічного захворювання, навіть у психічно здорових людей може розвинути посттравматичний стресовий розлад.

Посттравматичний стресовий розлад - це спроба організму пережити небезпечну або загрозливу для життя людини ситуацію. Отже, реакції посттравматичного стресового розладу викликані не порушенням (несправністю), а саме здоров'ям психіки, тобто це звичайна і доцільна відповідь організму, щоб краще захистити людину від небезпечного становища.[49]

Травматичні події є надзвичайними не тому, що вони трапляються зрідка, а радше тому, що вони перевантажують звичні стратегії пристосування людини до життя. Імовірність шкоди зростає, коли травматичні події включають фізичне насильство, або поранення, коли людина опиняється перед лицем екстремального насильства або стає свідком жахливої смерті. У кожному випадку помітною характеристикою травматичної події є здатність викликати безпорадність на жах.

Травматичні реакції виникають тоді, коли дія не дає результату. Коли неможливі ні втеча, ні опір, система самозахисту людини виходить з ладу та дезорганізується. Складники звичайної відповіді на небезпеку, втративши свою користь, ще довгий час утримуються в перебільшеному, зміненому стані після того як справжня небезпека минула. Травматичні події викликають тривалі, глибокі зміни у емоціях, сприйнятті, пам'яті та

фізіологічному тонусі людини. До того ж травматичні події можуть відокремлювати ці зазвичай пов'язані між собою функції.

Травмована людина може перебувати у стані постійної настороженості, дратівливості, якого не може собі пояснити. Може мати сильні емоції, але не мати чітких спогадів, або не мати жодних емоцій але пам'ятати все у найменших подробицях.

Травмівна подія (травма), що може сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу – це переживання особливої взаємодії між світом та особистістю. Травма має наступні характеристики:

- Зовнішня подія (джерело травми - зовнішня подія).
- Травма руйнує звичайну систему життєдіяльності людини і викликає в людині відчуття безсилля.
- Травма викликає відчуття жаху та переживання безпорадності.
- Реакція на травму супроводжується спробами уникнути травматичних переживань.
- Переживання травматичних ситуацій за реакцією «все або нічого», або вираження емоційного пригнічення.
- Емоційна фіксація на травмі, відчуття неможливості контролювати свої емоції.

Травматичний досвід стає у житті людини провідним. Це одна з головних особливостей ПТСР. Травмуючи події включають душевний біль. Іноді щоб позбутися страху людина намагається за рахунок нових страхів, забути старі, тоді вона шукає діяльність яка максимально пов'язана з ризиком для життя або інший варіант - намагається завантажити себе роботою («згоріти на роботі»). Це ще один несвідомий захисний механізм, який спрацьовує у пост стресових станах.[9]

Посттравматичний стресовий розлад проявляється як відкладена відповідь організму на стрес – на думку спеціалістів, його дія

спостерігається щонайменше через чотири тижні після травматичної події. Життя людини у якій ПТСР протікає у повній бойовій готовності. Ця людина миттю займається, дратується, тривожиться та переймається думками про власну безпеку. Тривожність може мати фізичне відображення: тахікардія, гіпертонус м'язів, нетравлення, закрепи чи проявлятися у порушеннях сну.

Людина з посттравматичним стресовим розладом не бажає говорити про травму, уникає згадок про неї, не бажає бути поруч з людьми, які нагадують про травмуючі події. Їй притаманна втрата інтересу до колись улюблених речей, відсторонення від близьких та емоційна порожнеча.

Під час посттравматичного стресового розладу можливі панічні атаки: відчуття сильного страху, поверхнєве дихання, нудота, запаморочення, головні болі, діарея, відчуття стиснення та печії за грудиною, прискорене серцебиття, судоми, біль у попереку, хронічний біль. Крім цього, люди з посттравматичним стресовим розладом втрачають довіру до людей, та переконані, що світ небезпечний. Такий стан супроводжується постійними негараздами у буденному житті: проблемами з роботою чи її пошуком, у школі чи у стосунках, віддаленням від партнерки чи партнера. Дуже часто виникають суїцидальні думки, прагнення часто зловживати алкоголь, наркотики, сигарети.

Одна з основних характерних ознак посттравматичного стресового розладу є повна або часткова втрата здатності до емоційних проявів. Людині важко встановлювати дружні та близькі стосунки з оточуючими, важко проявляти любов, радість, грайливість, спонтанність, творчий підйом.

Також дуже часто людину супроводжує почуття провини за те, що вижив, там де інші загинули, спалахи гніву, нічні жахіття, почуття розпачу, непрості спогади – саме ці симптоми несуть найбільшу та найсерйознішу загрозу для більшості постраждалих.

Загальною рисою, яка пов'язує всі ці психічні явища є наявність у особистості болісного відчуття, ніби вона нічого не може вдіяти, що її власні вчинки та переживання їй не підвладні. Дуже важко з власної волі зосередитися на неприємних подіях, більшість людей прагнуть ніколи їх не згадувати. Але уві сні, коли психіка не підвладна нашому вольовому контролю, людина змушена якимось чином звернути увагу на власну внутрішню війну. Прокинувшись від жахливого сну, ми прагнемо як найшвидше забути його та переключитись на щось інше.

Величезний вплив на спосіб життя більшості людей чинить батьківський будинок, люди, що оточували нас з самого початку нашого життя. Дитині властивий інстинкт наслідування. Спосіб життя батьків їх взаємини з навколишнім світом переходять у підсвідомість та діють впродовж всього нашого життя. Воно надає потужний, прихований вплив на наші підсвідомі переконання.

Часто симптоми посттравматичного стресового розладу у людини, яка зазнала впливу психологічної травми, в ряді випадків пригнічені та приховані.

Типові симптоми включають в себе нав'язливі переживання, нічні жахіття, труднощі у спілкуванні з людьми, відчуття постійного жаху, гніву, провини чи сорому, часто спостерігається емоційне замикання та втрата інтересу до життя. Люди можуть спробувати уникнути запам'ятовування або думки про травматичну подію.[43]

Розповсюдженість посттравматичних стресових розладів залежить від частоти травмівних подій. У мирний час в популяції становлять для чоловіків 0,5%, для жінок – 1.2%. Після автомобільних аварій зустрічається в середньому - 10%; після опіків цей синдром розвивається у дітей у 80% і лише 30% у дорослих. Частота ПТСР серед ветеранів В'єтнамської війни у віці до 36 років склала 19%; серед камбоджійських біженців, що піддалися геноциду – 86%; серед потерпілих від землетрусу у Вірменії – 84%. Те, що

посттравматичний стресовий розлад після травмуючої події розвивається не завжди, пояснюється тривалістю впливу стресу (чим довше тривалість – тим більше вірогідність розвитку ПТСР), а також виразністю психічної травми (при тортурах це спостерігається завжди, а при автомобільних катастрофах не так часто).[16]

Отже, посттравматичний стрес (ПТС)- це спектр станів та розладів психіки, що можуть розвинутиися після важкої травмуючої події (фізичної або психологічної) Виділяють наступні стани за часовим перебігом:

- Гостра стресова реакція (від перших хвилин після травмуючої події до двох діб)
- Гострий стрес учасника бойових дій – комплексні порушення, строком до чотирьох діб.
- Гострий стресовий розлад – від одного дня до одного місяця (ASD-Acutestressdisorder)
- Гостра форма ПТСР (від одного дня до трьох місяців).
- Хронічна форма ПТСР (більше, ніж три місяці).
- ПТСР із відстроченим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або пізніше). [57]

Численні симптоми ПТСР поділяють на три основні категорії: гіперзбудження (постійне очікування небезпеки); інтрузія (незгладимий відбиток травматичного моменту) та констрикція (реакція заціпеніння та капітуляції).

Гіперзбудження –система самозбереження людини, після отримання травматичного досвіду, переходить у стан постійної тривоги, в очікування, що небезпека може повернутися у будь-який момент. Психологічне збудження не слабне. У стані гіперзбудження, що є основним симптомом ПТСР, травмована людина погано спить, легко лякається та дратується на незначні провокації.

У більшості досліджень показано, що психофізіологічні зміни при ПТСР є значними та тривкими. Особи потерпають від поєднання симптомів генералізованої тривоги та специфічних страхів, спостерігається підвищений базовий рівень збудження, тривожні, лякливі, мають виразні реакції на специфічні подразники, пов'язані з травматичною подією. Підвищена збудженість спостерігаються як під час сну так і під час неспанья.

Інтрузія – навіть через деякий час після того, як небезпека минула, травмовані люди переживають цю подію, як ту що постійно повторюється у теперішньому часі. Для них нормальний плин життя постійно перебиває травма і в цей момент час ніби зупиняється. Травматична подія закодовується в аномальній формі пам'яті, яка спонтанно вривається у свідомість вигляді флешбеків під час неспанья, або у вигляді жахів під час сну. Навіть незначні нагадування можуть викликати ці спогади і повернутися з усією яскравістю та емоційною силою первинної події. Травма блокує нормальний перебіг подій, постійно вторгаючись у життя постраждалих, відбувається «фіксація на травмі» - одна з істотних ознак неврозу.

Травматичні події мають певні незвичні якості – вони не кодуються як нормальні спогади у вербальному лінійному наративі, який асимілюється в історію поточного життя. Натомість вони закодовані у формі яскравих відчуттів та образів, що описує травматичний спогад.

Через те що в травматичних спогадах переважають образи та тілесні відчуття і відсутні вербальні розповіді, вони нагадують спогади маленьких дітей. Ці незвичайні риси травматичної пам'яті можуть бути наслідком змін у центральній нервовій системі. У широкій добірці дослідів на тваринах, показано, що коли у крові підвищується рівень адреналіну та інших гормонів стресу - спогади глибоко закарбовуються у пам'яті, теж саме відбувається і у людей.

Травма розв'язується лише тоді, коли травмований створює нову психічну «схему» розуміння того, що сталося. Повторне переживання травми відкриває можливість опанувати ситуацію, але більшість постраждалих не шукають цього свідомо, оскільки повторне переживання травматичного досвіду провокує сильний емоційний дистрес. Спроба відгородитися від інтрузивних симптомів, ще більше посилює посттравматичний синдром, так як намагання уникнути переживання травми занадто часто призводить до звуження свідомості, втечі від реальності, спілкування з іншими та погіршення якості життя.

Констрикція – коли людина безпорадна, і будь-яка форма опору є марною, система самозахисту цілковито припиняє роботу. Безпорадна людина втікає зі свого становища не діями у реальному світі, а скоріше змінюючи стан свідомості. Такі зміни лежать у основі констрикції (заціпеніння) – третього кардинального симптому ПТСР.

Ситуації неминучої небезпеки, замість жаху або люті, викликають стан відстороненого спокою. Людині може здаватися, що події відбуваються не з нею, ніби вона за ними тільки спостерігає, перебуваючи поза власним тілом, все, що відбувається, розпізнається як поганий сон, з якого вона невдовзі прокинеться. Ці зміни сприйняття поєднуються з відчуттям байдужості, пасивності, емоційної відстороненості та відсутністю будь-якої спроби ініціативи та боротьби. Цей стан свідомості – захист від нестерпного болю. Оскільки ці змінені стани відокремлюють травматичний досвід від звичної свідомості, вони заважають інтеграційним процесам, необхідним для зцілення. Констриктивний процес тримає травматичні спогади за межами нормальної свідомості і дозволяє лише фрагменту спогадів виринати у вигляді інтрузивного симптому.

Констриктивні симптоми травматичного неврозу стосуються не лише пам'яті, мислення, станів свідомості, а й усієї сфери довільних дій та ініціатив. Намагаючись створити хоч якесь відчуття безпеки та опанувати

страх, травмовані люди обмежують своє життя. Таким чином конструктивні симптоми, правлять високу ціну за захист, який надають. Вони сильно звужують та збіднюють якість життя і зрештою увічнюють вплив травматичної події.[7]

1.3. Методи дослідження психологічних особливостей стресових реакцій особистості під час війни

Основними методами дослідження стресових реакцій, (у тому числі і ПТСР) є спостереження, опитування, тестування, експеримент.

Спостереження – метод психологічного дослідження, який полягає у спостереженні за об'єктом дослідження, реєстрації та поясненні психологічних фактів.

Метод спостережень характеризується безпосереднім сприйняттям явищ і процесів у їхній цілісності і динаміці. Спостереження як метод психологічного дослідження відрізняється від звичайного спостереження тим, що попередньо планується і проводиться з дотриманням певних вимог. Зокрема, воно передбачає етап висування і перевірки гіпотези – судження про природу і сутність явища, що вивчається. Спостереження ведеться за планом, фіксується, в тому числі й з використанням технічних засобів. [17]

В психологічному дослідженні використовують наступні види спостережень: життєве і наукове.

Життєве – обмежується описуванням зовнішніх явищ, реєстрацією фактів. Відповідь про причини тих чи інших вчинків, дій знаходиться навмання, методом проб і помилок.

Наукове – передбачає наявність чіткого плану фіксування отриманих результатів, формуванні гіпотези, яка пояснює психологічну природу спостережуваного явища, наявність узагальнень та висновків.

Зовнішнє (об'єктивне) – збір даних про психологію і поведінку людини шляхом прямого спостереження зі сторони. Воно менш суб'єктивне, ніж

самопостереження і частіше використовується там, де ознаки, за якими потрібно спостерігати, легко можуть бути виділені і оцінені зовні.

Внутрішнє (суб'єктивне) або самопостереження – використовується тоді, коли психолог-дослідник вивчає явища в тому вигляді, в якому вони відбиваються безпосередньо в його свідомості. Психолог спостерігає за своїми образами, думками, почуттями. Це спостереження є незамінним і часто виступає єдиним доступним методом збору психологічної інформації у тих випадках, коли відсутні надійні зовнішні прояви, які цікавлять дослідника.

Вільне – не має наперед встановлених рамок, програми, процедури проведення. Проводиться у тих випадках, коли неможливо точно визначити, що потрібно спостерігати, коли ознаки явища, яке вивчається, і його ймовірний хід наперед невідомі досліднику.

Стандартизоване – має наперед встановлені рамки, процедуру проведення, програму. Його краще використовувати тоді, коли у дослідника є точний і повний перелік ознак, які характерні для феномену, що вивчається.

Включене – дослідник виступає в ролі безпосереднього учасника того процесу, за ходом якого він веде дослідження. Це спостереження корисно у тому випадку, коли психолог може дати правильну оцінку явищу, лише відчувши його на самому собі.

Стороннє – не передбачає особисту участь спостерігача в тому процесі, який він вивчає. Використовується коли виникає потреба більш об'єктивно судити про спостережуване.[36]

Опитування – метод дослідження, при використанні якого людина відповідає на ряд питань, що їй задаються.

Існують наступні види опитувань: письмове (анкетування) та усне (інтерв'ю, бесіда).[37]

Анкетування – використовується, щоб одержати інформацію про типовість тих або інших явищ. На результативність анкетування впливає ряд умов: підбір питань, які найбільш точно характеризують досліджуване явище, що дають надійну інформацію; постановка як прямих, так і непрямих питань; вилучення підказок у формулюваннях питань; попередження двоїстого розуміння змісту питань.[40]

За структурою запитання анкети класифікують на відкриті, напівзакриті, закриті. Відкриті запитання не пропонують жодних варіантів відповідей, і респондент може висловлюватися на власний розсуд. У закритих запитаннях респонденту дають повний перелік варіантів відповідей, пропонуючи обрати один або декілька з них. Їх поділяють на альтернативні (коли необхідно вибрати тільки один варіант відповіді) і неальтернативні («питання-меню», які допускають вибір кількох варіантів відповідей). Напівзакриті запитання в переліку запропонованих відповідей мають позиції «інше» або «що ще?».

За формою виділяють прямі та непрямі запитання. Прямі запитання дають змогу одержати інформацію безпосередньо від респондента («Чи задоволені Ви своєю роботою?»). Коли ж від респондента необхідно одержати критичну думку про нього, інших людей, негативні явища життя, використовують непрямі запитання, пропонуючи на його розгляд уявну ситуацію, яка не вимагає самооцінки конкретно його якостей та обставин його діяльності. [41]

Основні запитання спрямовані на збір інформації про зміст досліджуваного явища; неосновні – на з'ясування основного запитання (запитання - фільтри), перевірку щирості, правдивості відповідей респондента (контрольні запитання), встановлення контакту з респондентом (контактні).

За змістом їх поділяють на: запитання про факти поведінки, спрямовані на виявлення вчинків, дій та результатів діяльності людей; запитання про

факти свідомості (виявляють думки, мотиви, оцінки, очікування, плани респондентів на майбутнє); запитання про особистість респондента (соціально - демографічний блок запитань, що виявляють вік, стать, національність, освіту, професію, сімейний стан та інші статусні характеристики респондентів). [46]

Інтерв'ю застосовується у тих випадках, коли дослідник чітко намічає мету майбутнього дослідження, формулює коло основних і допоміжних питань, що дозволять з'ясувати сутність проблем, які цікавлять дослідника. [10]

У сучасній психодіагностиці використовують такі види психологічного інтерв'ю:

- за ступенем формалізації: стандартизоване (формалізоване) інтерв'ю. У такому інтерв'ю заздалегідь визначені формулювання питань і послідовність, у якій вони задаються; нестандартизоване (вільне) інтерв'ю. При такому інтерв'ю психолог впливає лише загальному плану, сформульованому відповідно задачам дослідження, задаючи питання по ситуації. Завдяки своїй гнучкості розташовує до більш гарного в порівнянні зі стандартизованим інтерв'ю контакту між психологом і респондентом; напівстандартизоване інтерв'ю. При проведенні даного виду інтерв'ю психолог керується переліком як суворо необхідних, так і можливих питань. [39]

- за стадіями дослідження: попереднє інтерв'ю. Використовується на стадії пілотажного дослідження; основне інтерв'ю. Використовується на стадії збору основних відомостей; контрольне інтерв'ю. Використовується для перевірки спірних результатів і для поповнення банку даних.

- за кількістю учасників: індивідуальне інтерв'ю — інтерв'ю, у якому бере участь тільки кореспондент (психолог) і респондент (випробуваний); групове інтерв'ю — інтерв'ю, у якому бере участь більш двох чоловік;

масове інтерв'ю — інтерв'ю, у якому беруть участь від сотні до тисяч респондентів. В основному використовується в соціології. [12]

При проведенні бесіди дослідник враховує можливі варіанти бесіди і передбачає її хід у випадку позитивних або негативних відповідей. Ефективність бесіди багато в чому залежить від уміння створювати в спілкуванні сприятливу морально-психологічну атмосферу, спостерігати за поведінкою співрозмовника, його мімікою, емоційними реакціями, бажанням відповідати або уникати відповідей.

Основним з різновидів інтерв'ю, що застосовується при діагностиці посттравматичного стресового розладу є метод *клінічного інтерв'ю*. Включає в себе низку діагностичних модулів. Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким необхідним модулем для кожного конкретного випадку, він обирається на підставі даних загального опитування клієнта на першому етапі дослідження.

Дана методика застосовується як у дослідницьких цілях, так і у клінічній практиці. Існують різні модифікації, в тому числі і не клінічні. Одна з них — варіант інтерв'ю для діагностики ПТСР у ветеранів В'єтнамської війни — SCID-NP-V.[8]

Клінічне інтерв'ю (бесіда) - це метод отримання інформації про індивідуально - психологічні властивості особистості та його психологічні стани.

Функції клінічного інтерв'ю: діагностична і терапевтична.

Принципи клінічного інтерв'ю: однозначність, точність і доступність формулювань питань; адекватність, послідовність; гнучкість опитування; можливість перевірити отриману інформацію.

Однією з основних цілей клінічного інтерв'ювання є оцінка індивідуально - психологічних особливостей клієнта або пацієнта, ранжировка особливостей, що виявляються, за якістю, силою і важкістю, віднесення їх до психологічних феноменів або до психопатологічних симптомів.

Модель (структура) клінічного інтерв'ю:

I етап: встановлення довіри: ситуативна підтримка, надання гарантій конфіденційності; визначення домінуючих мотивів проведення інтерв'ю.

II етап: виявлення скарг (пасивне і активне інтерв'ю), оцінка внутрішньої картини - концепції хвороби; структуризація проблеми.

III етап: оцінка бажаного результату інтерв'ю та терапії; визначення суб'єктивної моделі здоров'я пацієнта та переважного психічного статусу.

IV етап: Оцінка антиципаційних здібностей пацієнта; обговорення вірогідних варіантів результату захворювання (при його виявленні) і терапії; антиципаційний тренінг.

Перевага усного опитування полягає в тому, що при бесіді, інтерв'ю, на відміну від анкети, є можливість з'ясувати незрозумілі питання, змінити формулювання питання. Анкетування таких можливостей не має, але його перевага в тому, що воно дозволяє одночасно опитати велику кількість осіб і дає можливість формалізувати опрацювання отриманих результатів.[4]

Тестування – спеціалізований метод психологічного дослідження, застосовуючи який можна отримати точну кількісну або якісну характеристику розвитку певних психічних явищ за допомогою порівняння їх показників з еталонними.

Тести – стандартизовані способи вимірювання конкретного психічного явища. Вони набули широкого застосування у психологічній діагностиці – теорії і практиці визначення рівня розвитку певних аспектів людської психіки. Тестів надзвичайно багато, і вони класифікуються залежно від спрямованості. Створення тестів – трудомісткий і тривалий процес, що потребує неабияких зусиль, а використання їх передбачає наявність ґрунтовної професійної підготовки.

Тестові завдання подають у вигляді запитань, суджень, графічних зображень, малюнків, які мають спонукати експериментальну діяльність досліджуваних. Первинні результати (відповіді, час і помилки тощо)

порівнюють з тестовими нормами – кількісними показниками виконання певного тесту, що складаються з урахуванням статі та віку досліджуваних. Норми визначаються в процесі стандартизації – попереднього випробування тесту на великих групах людей. За допомогою вимірювальних шкал – спеціальних числових систем – “сирі” оцінки переводяться в стандартні, що дає змогу зіставляти їх між собою.

Застосування тесту – тестування – є досить точним засобом вимірювання індивідуальних відмінностей людей.

Практичне використання результатів тестування зумовлює суворість вимог до тесту. Насамперед, він повинен бути надійним і валідним.

Надійність тесту визначається постійністю оцінок, які отримує досліджуваний при повторному тестуванні тим самим тестом або його аналогічною (еквівалентною) формою. Надійний тест дає високий показник збігу оцінок, що дає підставу розглядати його як достовірний інструмент психологічного дослідження.

Валідність – ступінь відповідності тесту явищу, для вимірювання якого він призначений. Надійність і валідність тесту обґрунтовують за допомогою математичної статистики.

Проте тестування має й слабкі місця. Найважливішим з них є залежність його результатів від освіти досліджуваного, його можливостей оволодівати надбаннями культури. Потрібно також пам'ятати, що некоректно інтерпретовані тести можуть набути для особистості прогностичного значення.[15]

Експеримент – метод психологічного дослідження, специфіка якого полягає в тому, що в ньому продумано створюється штучна ситуація, у якій досліджувана властивість виявляється найкраще та її можна точніше і легше оцінити. Це головний метод психологічних досліджень, який передбачає активне втручання дослідника в діяльність досліджуваного з метою створення умов, в яких виявиться психологічний факт.

Основна перевага експерименту полягає в тому, що він дозволяє надійніше, ніж всі інші методи, досліджувати певні психічні явища. Однак організувати і провести експеримент, що досліджує психіку, буває не так легко. Тому на практиці експериментальний метод зустрічається рідше, ніж інші. Крім того, проведення психологічних експериментів потребує суворого дотримання етичних норм, щоб не зашкодити досліджуваному.[5]

Види експериментального методу:

Природний експеримент проводять у звичному для досліджуваного оточенні, і він, як правило, не усвідомлює себе об'єктом дослідження. Наприклад, вивчають ефективність різних методик навчання. Це дозволяє уникати впливу на результати намірів досліджуваного, його ставлення до експерименту, проте й не враховує дії факторів, які б могли його відволікти. Лабораторний експеримент дає можливість не лише створювати, а й контролювати чинники, що впливають на його перебіг. Він здійснюється в спеціальних умовах, проводиться із застосуванням технічних засобів, що дає змогу подавати інформацію, реєструвати й обробляти відповіді на неї, діяльність досліджуваного визначається інструкцією, досліджуваний знає, що проводиться експеримент.

У психології використовуються також методи моделювання, математичної статистики, якісного аналізу та ін.

Процес психологічного дослідження складається з ряду етапів: підготовки, збирання, обробки, інтерпретації фактичних даних та формулювання висновків.

На підготовчому етапі вивчається стан досліджуваної проблеми, проводяться попередні спостереження, бесіди, анкетування, визначаються мета й завдання дослідження.

Важливим елементом цього етапу стає гіпотеза — уявлення про очікуваний результат дослідження.

Усі вихідні моменти зумовлюють планування дослідження, вибір контингенту і кількість піддослідних, місця та часу проведення дослідів, технічне оснащення, отримання попередніх експериментальних даних, форми протоколів, план кількісної (статистичної) та якісної обробки й інтерпретації даних.

На етапі збирання фактичних даних використовуються емпіричні методи (експеримент, спостереження, тестування, бесіди тощо).

Експериментальні дані фіксуються в протоколі, що має бути достатньо повним і цілеспрямованим, включаючи реєстрацію усіх необхідних параметрів експериментальної ситуації та психічних властивостей.

Етап обробки даних передбачає кількісний та якісний аналіз і синтез зафіксованих даних.

На останньому етапі дослідження здійснюються інтерпретація даних та формулювання висновків, встановлюється їхня відповідність чи невідповідність вихідній гіпотезі, виявляються нові питання та проблеми, на основі яких формується програма дослідження.

Отже, відповідно до етапів психологічного дослідження доцільно розрізняти чотири групи методів: організаційні, емпіричні, методи обробки даних та інтерпретаційні методи.

Висновки до розділу 1

В першому розділі було проаналізовано основні підходи до визначення понять «стрес», «стресостійкість», «негативні емоційні стани». Серед різних негативних психічних станів та реакцій на стрес найбільшу групу складають негативні емоційні стани, оскільки в переважної більшості станів емоційний компонент в їхній структурі є домінуючим. Виявлено, що в системі негативних психічних станів молоді у період військового стану в країні провідне місце посідають також емоційні негативні стани, а саме: стрес, нервово-психічна напруга, тривога, агресивність, неспокій, афекти,

фрустрація тощо. Значний вплив на виникнення негативних емоційних станів здійснюють екстремальні чинники постійної військової загрози, які стимулюють розвиток стану емоційної напруженості, і як наслідок, посттравматичних стресових розладів.

В результаті теоретичного аналізу сучасних підходів до вивчення негативних стресових реакцій, зокрема посттравматичного стресового розладу, було розглянуто та проаналізовано сучасні підходи до вивчення стресових реакцій в цілому.

Було проведено теоретичний аналіз вивчення проблеми стресових реакцій у молоді в сучасній психологічній науці. Проаналізовано методи дослідження негативних стресових реакцій, зокрема посттравматичного стресового розладу.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1 Організація та процедура емпіричного дослідження психологічних особливостей стресових реакцій у юнацькому віці.

Під час гострої стресової реакції поведінка людини визначається інстинктом самозбереження. Коли реальна загроза зникає і завершується гостра стресова реакція, настає перехідний період, під час якого з'являються розлади сну у вигляді погіршення засинання, постійних нічних пробуджень і ранніх просинань. Виникає нерішучість, прагнення перекласти на інших прийняття відповідальних рішень, зниження загального функціонування особистості. У цілому поведінка більшості людей в цей період спрямована на мінімізацію загрози власному життю та життю близьких людей.

Після того, як проходить перехідний період у частини осіб, які перенесли гостру реакцію на стрес, розвивається посттравматичний стресовий розлад. Учені виокремлюють особистісні чинники, які можуть знизити поріг розвитку посттравматичних стресових розладів або ускладнити його перебіг. До цих чинників можна, насамперед, віднести компульсивні та астенічні риси. Серед типів акцентуацій, які сприяють формуванню та розвитку ПТСР, найбільш значущими є тривожний, демонстративний та педантичний типи. Розлади реакції пристосування виникають у наслідок змін в житті, що обумовлені надзвичайною подією. Розлад виникає, як правило, після перехідного періоду та у більшості випадків проявляється різними за тривалістю та структурою депресивними синдромами, які позначаються на зниженому настрої, тривожності, безнадії та відсутності перспектив. У деяких випадках розлади реакції пристосування проявляються в зміні стилю життя, недотриманні загальноприйнятих норм поведінки, зниженні індивідуальних моральних критеріїв особистості.

Психологічна діагностика як доцільний спосіб отримання детальної інформації про соціально-психологічні чинники, досліджуваний процес чи об'єкт застосовується у різних галузях та має конкретні цілі. У процесі роботи щодо визначення психологічних особливостей ПТСР у цивільних під час війни, діагностика виконує комплексні функції, оскільки не можна створити найбільш сприятливі умови планування роботи з досліджуваними без знань про їхні особливості, які часто можуть впливати на досягнення психологічного благополуччя досліджуваних[10].

На даному етапі був здійснений підбір психодіагностичних методів та методик, були підібрані критерії для математичної обробки даних. Серед методів дослідження застосовані: теоретичні – методи аналізу та синтезу, інтерпретації та узагальнення; емпіричні: методи тестування, математичної статистики.

З метою вивчення особливостей та специфіки надання психологічної підтримки молоді під час війни, було проведено аналіз впливу посттравматичних подій на психологічне здоров'я досліджуваних.

В процесі дослідження психологічних особливостей стресових реакцій у молоді під час війни нами було обрано 60 респондентів, які належать до вікової категорії від 18 до 25 років, різної статі, та сімейним статусом. Частина з них є студентами Волинського національного університету імені Лесі Українки різних факультетів. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось завдяки використанню сервісу Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до окресленої дослідженням теми, включаючи наступні методики:

1. *Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (додаток А).* Методика PCL-5 була використана з метою виявлення поширеності серед вибірки симптомів посттравматичних стресових розладів. Дана методика складається з 20 питань опитувальника, які згруповані у чотири підшкали симптомів посттравматичного стресу, що відповідають критеріям DSM, а саме: симптоми нав'язливого повторення, симптоми уникнення, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та симптоми збудливості. Зміст опитувальника використовується для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу згідно з критеріями, встановленими є оновленою версією, він був розроблений групою науковців, які працювали над розробкою та оновленням опитувальника з метою відповідності до останніх критеріїв, встановлених у DSM-5, які охоплюють 20 симптомів, пов'язаних з PTSD.

Дані симптоми поділяються на чотири основні категорії:

1. Переживання вторгнення. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані з неперервними переживаннями травматичних подій, такі як нав'язливі спогади, сні про травму, неприємні відчуття і фізичні реакції на нагадування про подію.
2. Уникаюча поведінка. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані з намаганням уникнути нагадувань про травму, включаючи уникаючу поведінку, втрату інтересів, відчуття відсторонення від інших людей і емоційну затупленість.
3. Негативні налаштування. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані з негативними змінами настрою і когнітивної функції, такі як відчуття незадоволеності, песимізм, почуття провини, втрачені пам'ять та концентрація.
4. Збудження і гіпервимогливість. Ця категорія оцінює симптоми, пов'язані зі збудженням, роздратуванням, концентрацією, підвищеною пильністю, почуттям напруженості та тривоги.

Процедура заповнення PCL-5 досліджуваними побудована на тому, що учасники дослідження відображають свій стан, вказуючи ступінь, в якій вони відчують кожен симптом за останній місяць. Опитуваним необхідно уважно прочитати кожне питання та обрати ту відповідь, яка відображає, наскільки сильно його турбувала зазначена проблема останнім часом. Відповіді оцінюються за п'ятибальною шкалою, де 0 означає "зовсім не", а 4 означає "дуже сильно". Сумарний результат може бути обчислений шляхом загального обрахунку балів за кожним із 20 питань.

PCL-5 є широко використовуваним інструментом у дослідженнях і клінічній практиці для оцінки симптомів посттравматичних стресових розладів. Він дозволяє відслідкувати та отримати корисну інформацію про рівень впливу травматичних подій на психічний стан особи, допомагає встановити посттравматичний стан травмованої особистості, відстежувати зміни в симптомах в залежності від психовпливів або терапії.

2. *Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лаад, Ізраїль) (додаток Б)* – призначена для визначення основних стратегій подолання кризового стану особистості. Ізраїльський психолог травматерапевт Мулі Лаад, тривалий час досліджував способи поведінки людей у стресогенних ситуаціях. На основі проведених досліджень, він встановив, що у кожної людини є своя власна унікальна комбінація ресурсів боротьби з несприятливими обставинами. Такі висновки стали основою BASIC Ph Model. Ця модель ґрунтується на визнанні здатності особистості протистояти катастрофам, зберігати своє психічне здоров'я у будь-яких екстремальних ситуаціях. Модель містить шість основних параметрів, що складають ядро індивідуального стилю поведінки під час перебування у несприятливих обставинах (кожна літера в назві моделі BASIC Ph означає якийсь ресурс). Розглянемо детальніше їх характеристики.

1. Ціннісний підхід. Belief (віра): філософія життя, вірування та моральні цінності. Цей спосіб подолання кризи базується на вірі (в Бога, в людей, в диво чи в самого/саму себе, у свою місію). Це система переконань, цінностей та смислів, потреба в самореалізації та самовираженні. Вірування можуть бути не тільки релігійні, але й політичні тощо. Важливий сам факт наявності віри.

2. Емоційний підхід. Affect (афект): почуття, емоції. Афективна стратегія проявляється через емоції: плач, сміх, розмову з кимось про свої переживання. Цей спосіб подолання кризи вимагає, насамперед, виявлення різних почуттів та їх ідентифікацію. Далі слідує спроба висловити розпізнані почуття прийнятними для людини способами: словесно, письмово (в оповіданні чи в листі); без слів – в танці, малюнку, в музиці, в драмі. Можна записувати в щоденник свої почуття чи малювати їх.

3. Суспільний підхід. Social (соціум): приналежність, родина, друзі. Даному способу подолання кризи властиве прагнення до спілкування. Можна звертатися за підтримкою до сім'ї, друзів чи психологів. Можна допомагати іншим постраждалим, занурюватися у волонтерську роботу. Тобто, важлива соціальна включеність: прагнення бути серед людей, почувати себе частиною системи, організації і т.п. Отримати від інших людей підтвердження, що ти живий/жива, чимось корисний/корисна, можеш на щось впливати.

4. Творчий підхід. Imagination (уява): творчість, гра уяви, інтуїція. Цей спосіб подолання кризи базується на творчих здібностях. Завдяки уяві можна мріяти, імпровізувати, уявляти собі майбутнє, розвивати інтуїцію, змінюватися, шукати розраду у світі гри та фантазії. Практикувати рукоділля, гончарство тощо. Фантазія допомагає відволіктися від жорстокої реальності, проявити почуття гумору; знайти креативне рішення актуальних проблем.

5. Розумовий підхід. Cognition (когніція): знання, логіка, реальність, думки. Спосіб подолання кризи через актуалізацію ментальних здібностей, вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми та раціонально вирішувати їх. Когнітивна стратегія передбачає аналітичну роботу, складання списків чи планів.

6. Фізичний підхід. Physiology (фізіологія): фізична, чуттєва модальність та діяльність. Спосіб подолання кризи через концентрацію на фізичній діяльності тіла. Цей спосіб пов'язаний зі здатністю відчувати себе завдяки органам чуття. Передбачає фізичну активність: спорт, фізична праця, медитація, прогулянки на природі, походи в гори і т.д. Також, отримання задоволення (релаксу) через їжу.

Опитувальник складається з 36 тверджень, на які досліджуваний відповідає:

1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією:

2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією:

3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією:

4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією:

5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією:

6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

3. *Методика Бека “Шкала депресії” (додаток В)* використовувалась з метою діагностики рівня сформованості проявів депресивних станів як наслідку посттравматичних стресових розладів. Опитувальник створений Аароном Т. Беком, — це перелік самооцінки з 21 запитанням із множинним вибором відповідей, один із найбільш широко використовуваних психометричних тестів для вимірювання тяжкості депресії. Її розвиток ознаменував зміну серед фахівців у сфері психічного здоров'я, які до того часу розглядали депресію з психодинамічної точки зору, а не корінням у власних думках пацієнта.

У своїй поточній версії BDI-II розроблений для осіб віком від 13 років і складається з пунктів, що стосуються симптомів депресії, таких як безнадійність і дратівливість, когнітивних функцій, таких як провина або почуття покарання, а також фізичних симптомів, таких як втома, втрата ваги та відсутність інтересу. Зміст методики містить твердження, що описують такі симптоми як: пригніченість, поганий настрій, песимізм, почуття незадоволеності і власної неспроможності, почуття провини, проблеми відсутності працездатності, порушення в соціальній сфері, відсутність сну, апетиту, сексуальних потягів, висока втомлюваність; – дратівливість і сльозливість; – думки про суїцид. Тест умовно поділений на 2 частини:

- в 1 частини (з 1 по 13 питання) визначається здатність особистості змінювати поведінку залежно від ситуації передбачуваним способом (когнітивно-афективна шкала);
- друга частина (з 14 по 21 питання) спрямована на визначення соматичних проявів.

4. *Шкала тривоги Спілбергера (STAI) (додаток Г)* вважається доцільним інструментом для оцінки тривоги серед дорослих, відомий психологам як Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Методика базується на теоретичній моделі Ч.Спілбергера, що розділяє два психологічні конструкти:

- а) тривога як ситуативно зумовлений емоційний стан, тимчасова реакція на ситуації, що містять для людини певну загрозу та є суб'єктивно-значущими;
- б) тривожність як стійка особистісна риса, схильність сприймати широке коло життєвих ситуацій як загрозливі, відчуваючи в них стан тривоги.

В основу методики покладено ідею, що центральний елемент тривоги – відчуття загрози, що виникає, коли індивід сприймає певний подразник як актуально або потенційно небезпечний, ризикований, шкودливий. Цей неприємний емоційний стан характеризується суб'єктивними відчуттями

занепокоєння, похмурих передчуттів, а також активацією вегетативної нервової системи. Тривожна особистість схильна сприймати навколишній світ як такий, що містить загрозу й небезпеку. Деякі автори розглядають тривожність як складний конструкт, що включає поряд із тривогою і страхом, також нейротизм: зниження адаптивних можливостей і готовність до формування невротичних розладів

5. *Методика «Визначення емоційної стійкості особистості»* Б.І.Додонова (додаток Д) дає змогу визначити ступінь контролю людини над власними емоціями та її реагування на стресові подразники, виявити домінуючі емоційні спрямованості особистості, тобто прагнення до конкретних типів переживання і домінування певних потреб.

У даній методиці є 10 типів емоційної спрямованості:

- альтруїстична спрямованість;
- комунікативна спрямованість;
- спрямованість на самоствердження;
- праксична спрямованість;
- задоволення від подолання небезпеки;
- романтична спрямованість;
- гностична спрямованість;
- естетична спрямованість;
- гедоністична спрямованість;
- спрямованість на колекціонування.

Під загальною емоційною спрямованістю Б. Додонов розумів таку емоційну характеристику особистості, яка проявляється у ціннісному ставленні до певних видів емоційних переживань, прагненні особистості до цих переживань.

Тестування проводилося невеликими групами та індивідуально. Досліджувані отримували інструкції та бланки відповідей. Після

проведення тестування, отримані дані були оброблені і зведені в таблиці показників.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

З огляду на вищезазначене, діагностування психологічних особливостей посттравматичних стресових розладів у цивільних під час війни являє собою системну сукупність і порядок функціонування методологічних та інструментальних засобів, що забезпечують взаємозв'язок її основних компонентів: наукового – як частини психолого-педагогічної науки, що розробляє зміст діагностування, методи його реалізації; процесуально-описового – як алгоритму організації (модель, чітка структура сукупності форм діагностування) процесу визначення важливих особливостей дослідження; процесуально-діючого – як систему соціально-психологічних заходів (бесіда, інтерв'ю, анкетне та соціометричне дослідження).

Як зазначалось раніше, процедура психологічної діагностики під час дослідження проводилася за допомогою комплексу опитувальників та методик, до яких пред'явлені певні вимоги методологічного характеру. Розглянемо детальніше результати дослідження за кожною з методик окремо:

1) *Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)*. За даними діагностування наявності стресового розладу у досліджуваних виявлено, що більшість 48% опитаних цивільних мають високий рівень посттравматичного стресового розладу, середній рівень стресового розладу продемонстрували 20% досліджуваних, тобто вони мають стійку тенденцію до стресового розладу, низькі рівні виявлені серед 32% досліджуваних (рис.2.1.):

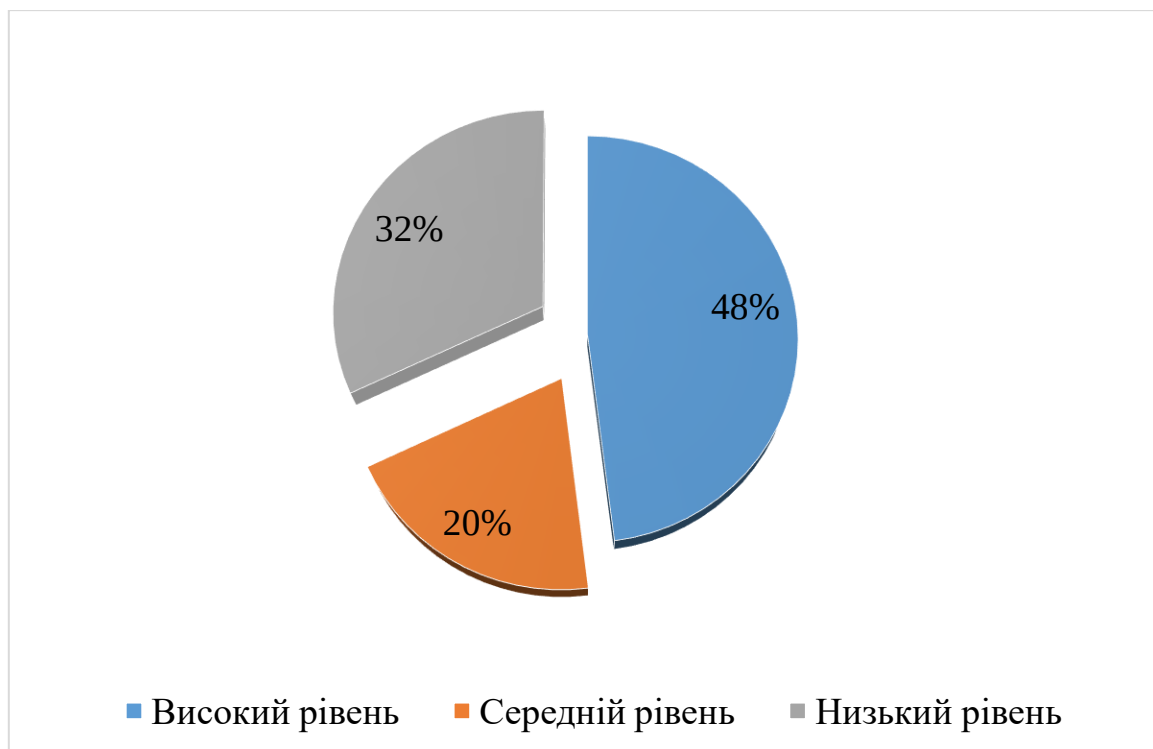


Рис.2.1. Сформовані рівні самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу

Опрацьовані дані констатувального етапу за методикою оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу у групі з 60 респондентів показали наступні результати.

Виділено певну частоту симптомів посттравматичного стресового розладу у респондентів. Серед 30% опитуваних виявлено прояви таких посттравматичних стресових розладів, як переживання тривоги, постійні спогади про травматичні події, психологічну напругу, страшні сни та інші симптоми, які свідчать про наявність посттравматичного стресу.

Серйозність симптомів виявлено серед 23% досліджуваних, яка може варіюватися від легких до важких. Деякі респонденти можуть мати міркуючу форму посттравматичного стресового розладу, тоді як інші можуть виявляти виражені симптоми, які значно впливають на їх повсякденне функціонування та якість життя.

Особливої уваги заслуговують респонденти з наявним високим рівнем

посттравматичних розладів, адже результати діагностування можуть вказувати на потребу цивільних у психологічній підтримці та інтервенціях. Це може включати індивідуальну терапію, групові психологічні сесії, програми підтримки та реабілітації.

За узагальненими результатами цієї методики, згідно з отриманими даними, можна зробити висновок, що більшість опитуваних цивільних, особливо тих, які були свідками активних бойових дій в своїх містах, мають характерні та притаманні ПТРС симптоми, що потребує своєчасної компетентної допомоги.

2) Методика “Стратегії подолання кризового стану” (модель BASIC PH – автор професор Мулі Лахад, Ізраїль. Аналізуючи отримані результати за цією методикою, можемо зробити наступні висновки: було виявлено, що особистості у стресовому стані та психотравмі використовують такі стратегії подолання кризового стану як:

1. Віра, 15% респондентів у стресовому стані. Цей спосіб подолання кризи базується на вірі в Бога, в людей, в диво чи в самого/саму себе, у свою місію. Вірування можуть бути не тільки релігійні, але й політичні тощо.
2. Соціум, 25% досліджуваних у стресовому стані. Даному способу подолання кризи властиве прагнення до спілкування.
3. Афект, 30% вибірки у стресовому стані. Афективна стратегія проявляється через емоції: плач, сміх, розмову з кимось про свої переживання. Цей спосіб подолання кризи вимагає, насамперед, виявлення різних почуттів та їх ідентифікацію.
4. Уява, 9% досліджуваних у стресовому стані. Цей спосіб подолання кризи базується на творчих здібностях.
5. Когніція, 10% респондентів у стресовому стані. Спосіб подолання кризи через актуалізацію ментальних здібностей, вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми та раціонально вирішувати їх.

6. Фізіологія, 11% досліджуваних у стресовому стані. Спосіб подолання кризи через концентрацію на фізичній діяльності тіла.

Пропонуємо розглянути схематично узагальнені результати за цією методикою (рис.2.2):

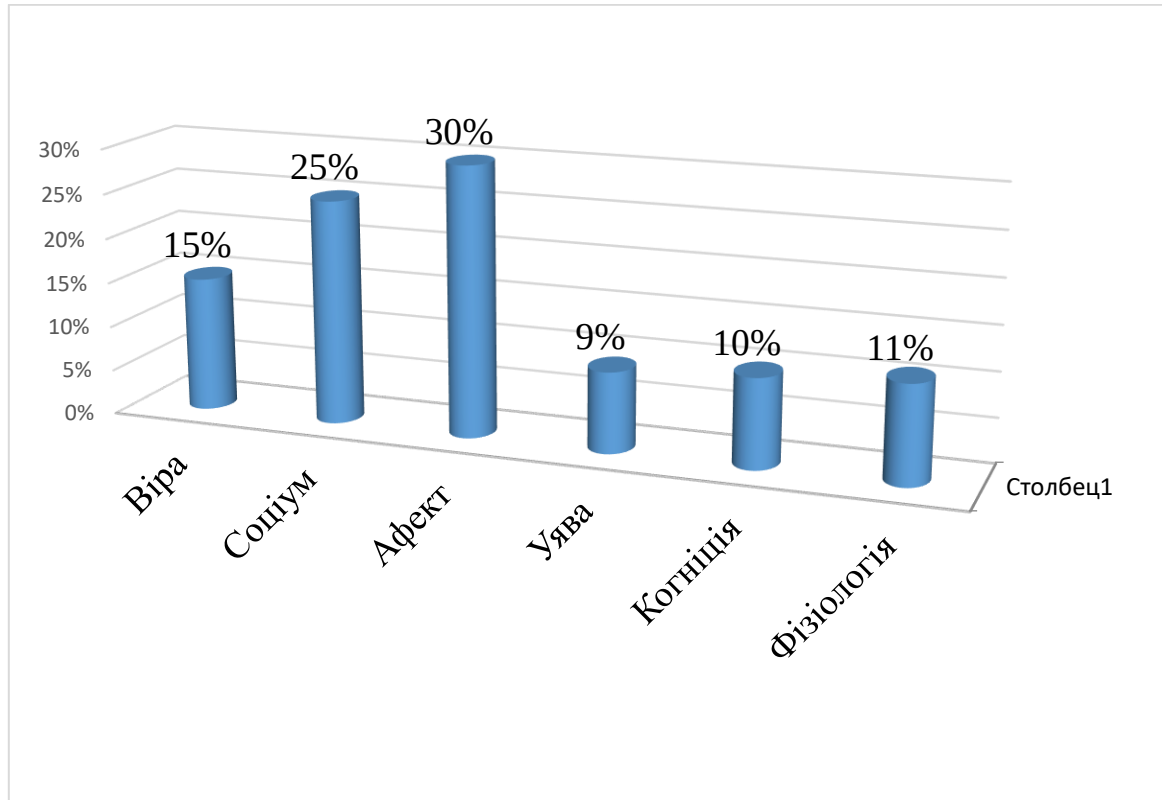


Рис.2.2.Результати вибору стратегій подолання кризового стану досліджуваними

Отже, за результатами даної методики, ми визначили актуальні ресурсні джерела в боротьбі з посттравматичним стресовим розладом. В ході супроводжуючої бесіди, було проаналізовано, як саме досліджувані намагаються контролювати свій психоемоційний стан, який зазнав впливу реалій сьогодення. Проте, нажаль, не всі респонденти знайшли доцільні методи, які давали б вичерпні позитивні очікувані результати в саморегуляції та роботі з проявами ПТСР, а ті, кому вдалося підібрати ефективні способи психокорекції, не володіють досконалими знаннями та навиками їх використання. Саме тому, вбачаємо важливість та необхідність

психологічної підтримки осіб з посттравматичним стресовим розладом з метою уникнення подальшого ускладнення психологічного стану досліджуваних.

3) *Методика Бека “Шкала депресії”*. Діагностика рівня сформованості проявів депресивних станів дала можливість констатувати, що 60% респондентів мають високий рівень прояву депресії, що свідчить про наявність дисбалансу при сприйнятті дійсності на основі внутрішніх переживань та відчуттів. Це проявляється у викривленні реальних подій і, в свою чергу, призводить психологічно нестабільного стану досліджуваних. Цей показник є маркером важкої депресії у досліджуваних. Посттравматичні стресові розлади проявляються депресивними станами і почуттям смутку, які змушують хворого відмовитися від звичного способу життя. Більшість людей із важкою депресією почуваються нікчемними та мають низьку самооцінку. Важка депресія супроводжується зниженням працездатності, втратою апетиту, життєвої стимуляції. Наслідки захворювання позначаються і на емоційній сфері, що проявляється різкими перепадами настрою. Песимістичний погляд на своє майбутнє може призвести до істерики та агресивної поведінки.

У 30% досліджуваних наявний середній рівень, підтвердженням чого є те, що в респондентів присутнє часткове викривлення навколишньої дійсності під впливом власних емоцій та думок. Цей стан супроводжується швидким падінням самооцінки та появою почуття провини за те, що досліджуваний не може заспокоїтися. Середній рівень складності характерний для респондентів, що характеризується різкою втратою апетиту і апатією, що розвивається досить швидко. Під впливом посттравматичного стресового розладу розладу змінюється емоційне сприйняття і фізичний стан людини. Коли людина втрачає інтерес до життя, всі виконувані дії виконуються механічно.

Для 10% досліджуваних характерним виявлено низький рівень

розвитку означеного критерію, оскільки наявний баланс між усвідомленістю дійсності та розумінням власних емоцій та думок. Цей результат вказував на відсутність симптомів депресії. У цьому випадку відзначають наявність слабо виражених симптомів депресії, які не є значущими і не потребують впливу психотерапії. У більшості випадків ці симптоми зникають самостійно через короткий час. Кількісні показники прояву означуваних характеристик подано далі (рис.2.3.):

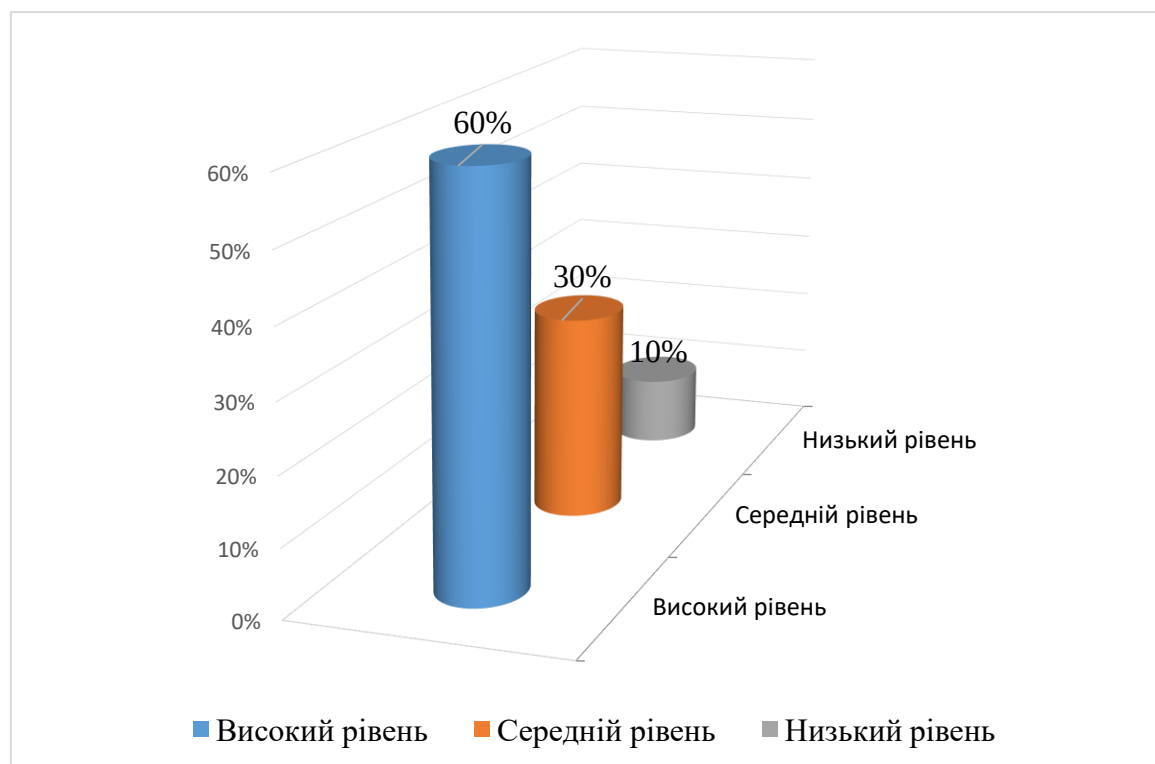


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за рівнем вираженості депресії за методикою «Шкала депресії Бека»

Показники даної таблиці свідчать про те, що у більшості частини респондентів спостерігаються прояви високого рівня депресії, що потребує розробки за використання комплексу психологічних форм роботи для даної категорії з метою зниження рівня негативних проявів.

4) *Шкала тривоги Спілбергера (STAI)*. Результати емпіричного дослідження рівня тривожності за шкалою ситуативної та особистісної тривожності показало наступне (рис.2.4).

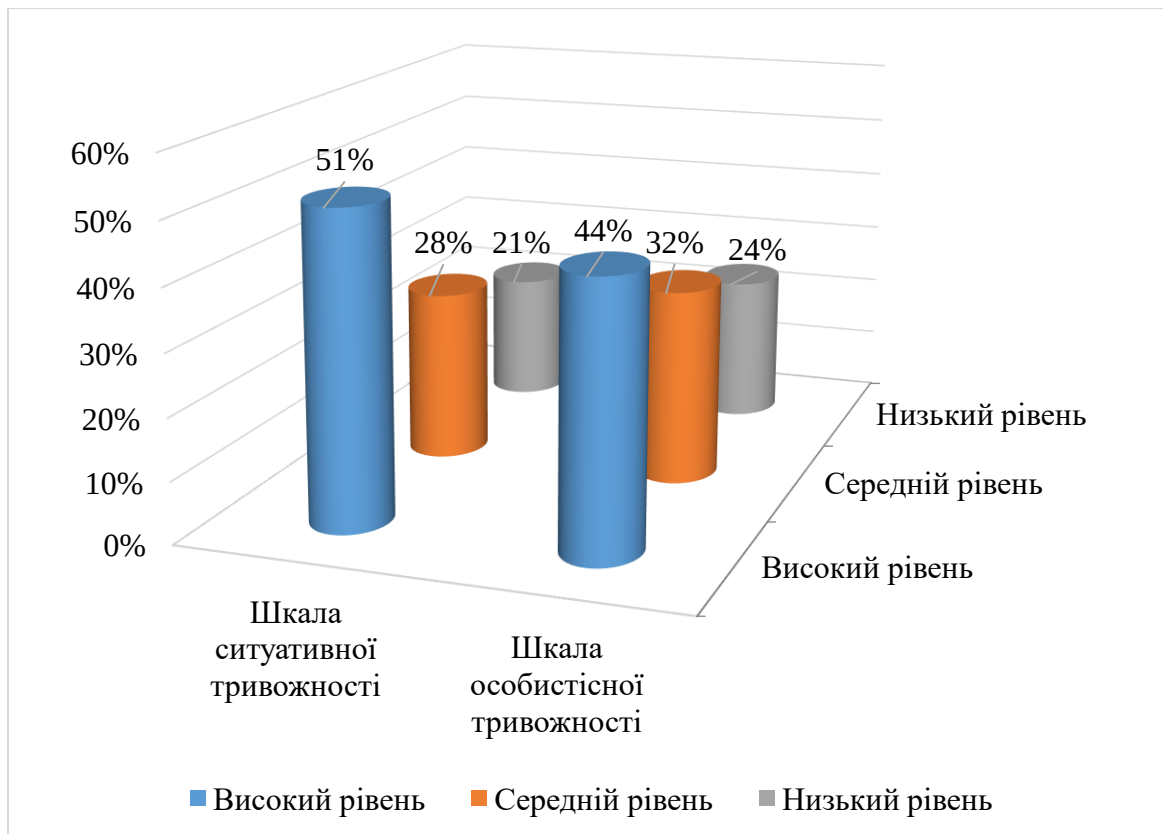


Рис.2.4. Розподіл вибірки за рівнем ситуативної та особистісної тривожності методики Спілбергера-Ханіна

Ситуативна тривожність породжується певною, такою, що викликає занепокоєння ситуацією. Такі ситуації можуть бути пов'язані безпосередньо з індивідуальними характеристиками індивіда, та зовнішніми, що знаходяться у зв'язку з ситуативними факторами, що впливають на людину ззовні. За допомогою емоцій відбувається пізнання, оцінка та формування відповідного ставлення людини до світу, що її оточує, до ситуацій, що відбуваються з нею. Також емоційні переживання дають можливість людині встановити своє місце у цьому світі у формі переживань. Те ж саме, можна сказати, що емоції є показниками задоволення або незадоволення людини у всіх ситуаціях її взаємодії з оточуючою її дійсністю, оцінкою її своєї діяльності, результатів, тощо.

Як бачимо, високий рівень виявлено у 51% респондентів, середній рівень ситуативної тривожності виявлено у 28%, 21% досліджуваних продемонстрували низький рівень.

Особистісна тривожність – особистісна риса, яка виявляється у постійній схильності до тривоги та переживань в різних життєвих обставинах.

Особистості, що належать до категорії високо тривожних, схильні бачити у широкому діапазоні ситуацій загрозу для їх самооцінки та життєдіяльності. На такі ситуації вони реагують вираженим станом напруженості. У руслі вивчення проблем тривожності розглядається і повна відсутність тривоги як явища, що перешкоджає нормальній адаптації і так само, як і стійка тривожність, що заважає нормальному розвитку та продуктивній діяльності особистості.

За шкалою особистісної тривожності, осіб з високим рівнем виявлено – 44%, респондентів з середнім рівнем ситуативної тривожності – 32% та 24% - з низьким рівнем. За результатами діагностики ми бачимо, що більшість випробовуваних мають середній та високий рівень ситуативної та особистісної тривожності. Певний рівень тривожності є необхідним для людини, викликаючи потрібний рівень збудження для реалізації своєї активності, але такий рівень має бути оптимальним та залежить від індивідуальних властивостей кожного окремого людини. У разі, коли небезпеці піддається життя людини, її фізична цілісність – з'являється тривога, що завжди пов'язана із соціальним аспектом. Вона є переживанням, що виникає при загрозі людині як соціальному об'єкту, коли небезпеці піддаються її положення в суспільстві: її цінності, уявлення про себе, потреби, зачіпається ядро особистості.

5) *Методика «Визначення емоційної стійкості особистості» Б.І. Додонова.* Результати методики, яка була спрямована на виявлення нервово-емоційної стійкості в депресивних станах досліджуваних цивільних, показали, що

низький рівень розвитку даного критерія має 40% респондентів, середній – 60%, високого рівня виявлено не було (рис.2.5.):

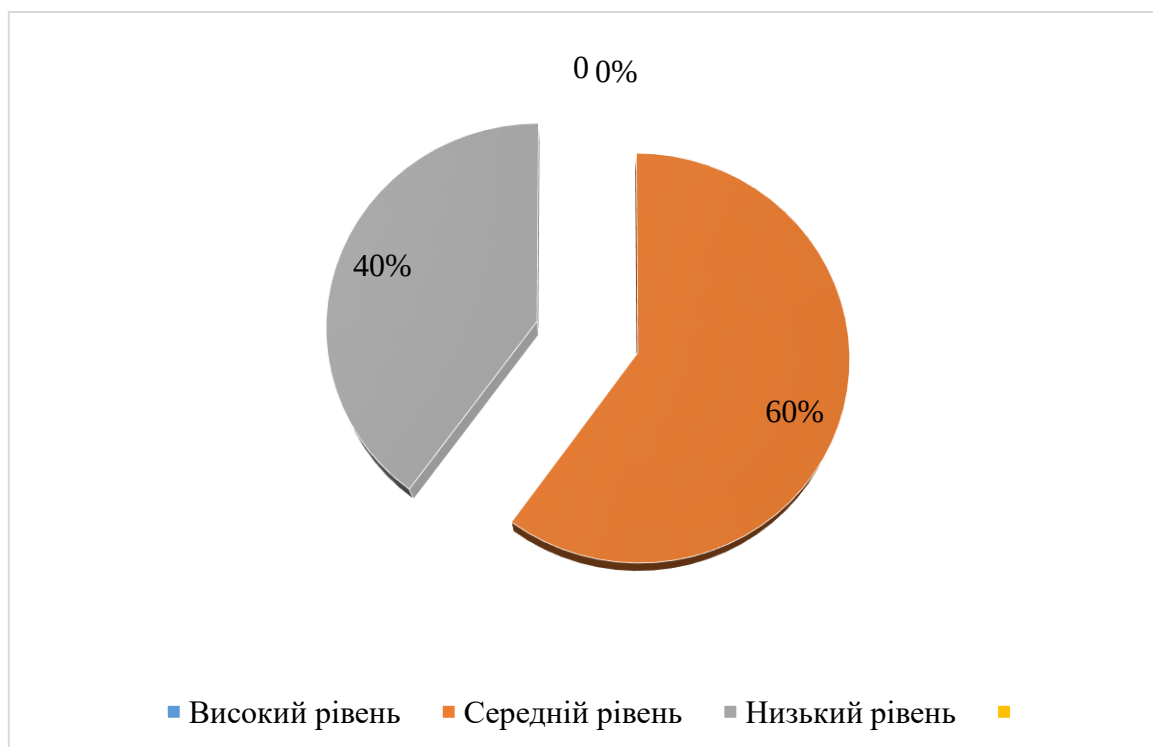


Рис. 2.5. Рівні визначення емоційної стійкості особистості за методикою Б. І. Додонова

Як підсумок, показники даної таблиці засвідчують той факт, що жоден з досліджуваних не здатний утримувати спокій до стресових факторів, однак мають труднощі у прийнятті рішень в складних життєвих ситуаціях. В свою чергу, більше половини досліджуваних цивільних схильні до прояву дратівливості на найменші дрібниці, що сприяє накопиченню негативних переживань та появи труднощів щодо поведінкових проявів. Проте, більша чверть досліджуваних, мають низький рівень розвитку поведінко-афективного критерію виникнення депресії, що вказує на домінування у них досить спокійних та реальних поглядів на життя.

Узагальнюючи результати всіх методик за всіма показниками дослідження, можна зробити висновок, що психологічні особливості ПТСР у молоді під час війни мають дещо негативний вияв серед досліджуваних

(рис.2.6.):

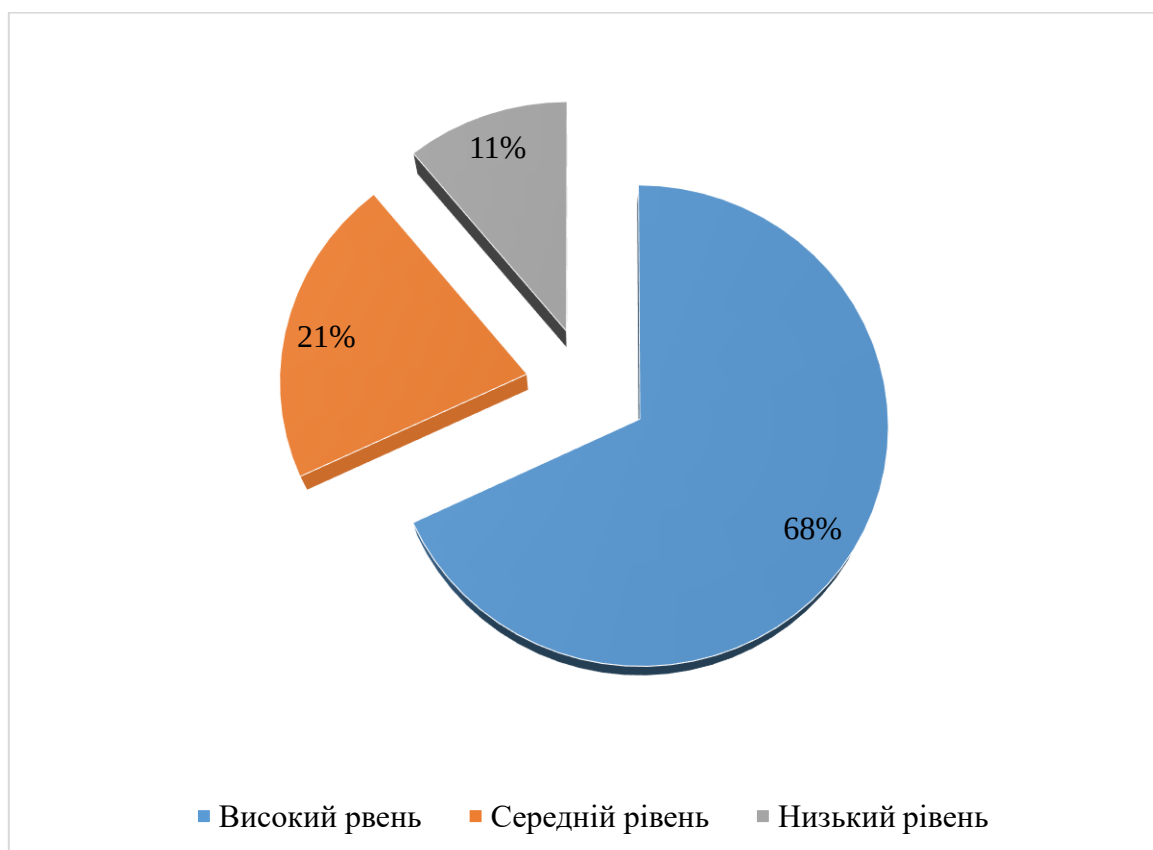


Рис. 2.6. Сформовані рівні посттравматичних розладів у молоді під час війни

Зважаючи на підтвердження припущення щодо значущості досліджуваних психологічних особливостей ПТСР у молоді під час війни, можна стверджувати, що підібраний психодіагностичний інструментарій є доцільним у процесі дослідження феномену посттравматичних стресових розладів в соціумі, сповненому психологічних впливів та наслідків війни на психологічне здоров'я особистості.

Обробка кількісних та якісних результатів дослідження за обраними методиками розкриває цілісну картину психологічного стану цивільних в умовах сьогодення: умови життя, тривоги, втрата близьких, домівок, розлука з рідними – все це провокує дисбаланс в психічних процесах людей. Важливу роль нині відіграють кваліфіковані лікарі душ – фахівці

психологічної служби, які з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості мають знайти змогу оптимізувати умови життя в молодіжному середовищі з метою збереження психологічно здорової нації.

Висновки до розділу 2

У процесі дослідження психологічних особливостей стресових реакцій серед смолоді під час війни нами було обрано 60 респондентів, які належать до вікової категорії від 18 до 45 років, різної статі, сімейним статусом. Частина з них були студентами різних факультетів Волинського національного університету імені Лесі Українки. Досліджувані з початку війни проживають на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось завдяки використанню сервісу Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до окресленої дослідженням теми, включаючи наступні методики:

За отриманими результатами дослідження по Шкалі самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) нам вдалося виявити, що більшість опитаних (48%) цивільних мають високий рівень посттравматичного стресового розладу.

На основі отриманих результатів за методикою «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC PH) було описано дослідження, адже стало відомо, що особистості у стресовому стані та психотравмі використовують такі стратегії подолання кризового стану як: віра – 16%, афект – 30%, соціум – 25%, уява – 9, когніція – 10%, фізіологія – 11%.

Аналізуючи результати дослідження за методикою Бека “Шкала депресії”, можна сказати, що діагностика рівня сформованості проявів депресивних станів дала можливість констатувати, що 60% респондентів

мають високий рівень прояву депресії, що свідчить про наявність дисбалансу при сприйнятті дійсності на основі внутрішніх переживань та відчуттів.

За використаною методикою на визначення тривожності «Опитувальник Спілбергера-Ханіна» виявлено, що чим вищий рівень особистісної тривоги тим ймовірніше досліджувані використовують стратегію соціум для подолання кризового стану; чим вищий рівень реактивної тривожності тим ймовірніше, що вони використовують стратегію афект для подолання посттравматичного кризового стану.

Результати методики визначення емоційної спрямованості особистості Б. Додонова дали змогу підтвердити, що чим вищий рівень емоційно-нервової регуляції особистості в стресових ситуаціях, тим нижча ймовірність появи негативних стресових реакцій, в тому числі посттравматичних стресових розладів.

Отже, з метою корекції наявних проявів негативних стресових реакцій, зокрема посттравматичних стресових розладів постає необхідність розробки програми корекційно-розвивального впливу на особливості прояву стресових реакцій у молоді під час війни.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНИХ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Програма психокорекційного впливу на негативні емоційні прояви у юнацькому віці під час війни

У постраждалих з негативними емоційними проявами, особливо в самих тяжких формах, зміни проявляються на всіх рівнях функціонування психіки. Люди в юнацькому віці можуть часто відчувати страх, не вірити в свої сили для подолання розладу. Боязнь та зневіра перешкоджають наданню психологічної допомоги, особливо на початкових її етапах. Тому що такі клієнти не довіряють психологу, робота з ним часто сприймається як небезпека, як ще одна значна стресова подія. Клієнти можуть мати сумніви щодо професійних здібностей психолога, його щирості, доброзичливості, а також побоювання стосовно дотримання конфіденційності. Ці захисні механізми поведінки постраждалого негативно впливають на роботу з надання психологічної допомоги. Тому необхідно, насамперед, налагодити доброзичливі стосунки, провести роз'яснювальну роботу і намагатись подолати бар'єри у спілкуванні, бо без цього буде важко досягти успіху в роботі.

Важливо розуміти, що тривалий і сильний стрес сприяє виснаженню захисних реакцій організму, тому можуть виникати розлади психіки психогенного характеру, одним із яких є посттравматичний стресовий розлад. Проте ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й навіть у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Отже, посттравматичний стресовий синдром – це сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком надзвичайної події, яка перевищує адаптаційні можливості особистості.

Вплив стресу завжди істотно позначається на глибинних рівнях психіки, і, як наслідок, загалом, на життя людини та її самосприйняття, взаємодію з іншими, особливо в юнацькому віці. Враховуючи особливості теоретичного дослідження, в основу психокорекційної роботи було покладено принцип діяльності з трьома ключовими компонентами людини: розумом, тілом та емоційно-вольовою сферою. Варто наголосити, що ПТСР проявляється як відстрочена, довготермінова реакція на стрес і спостерігається щонайменше як через чотири тижні після травматичної події. Також зазначимо, що при відсутності психологічної допомоги симптоми ПТСР мають тенденцію посилюватися.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних груп, особливо в юнацькому віці. Заходи із психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з неї (невідкладно або протягом найближчих днів). Ці заходи можуть містити психодіагностику, індивідуальне консультування, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки, психокорекційну роботу тощо.

Найважливішою умовою чіткішого усвідомлення травматичного стресу є зростаючий рівень контакту психолога з клієнтом. Глибокому переосмисленню того, що сталося, допомагає робота психолога з активізації роздумів клієнта про взаємозв'язок психотравмуючої події з минулим життєвим досвідом, про вплив травмуючої ситуації на його життя в цей період, а також роздуми про майбутнє. Основна увага при цьому приділяється вирішенню невротичного конфлікту за допомогою аналізу реакцій на психотравмуючу подію.

У практиці надання психологічної допомоги виділяють три методологічних підходи.

Перший ґрунтується на ідеї про залежність ефективності успішної корекції психічних порушень від знань про етіологію (передумови) та патогенез (розвиток хворобливих симптомів) цих порушень.

Другий підхід випливає з припущення, що, впливаючи на конкретні прояви психічних порушень, можна домогтися загального поліпшення психічного стану. Прикладами першого підходу є патогенетична психотерапія і психоаналіз, прикладом другого – техніки NLP.

Третій підхід ґрунтується на дослідженні структурних компонентів психотравмуючого стресу та конкретних посттравматичних станів з метою впливу на них різноманітними психокорекційними методами. Подібна стратегія ґрунтується на роботі не з синдромом у цілому, а з конкретними психічними станами, що виникли в процесі його формування. Тобто, якщо людина скаржитися на відчуття “втрати сенсу життя”, то необхідно працювати з її емоційними станами; якщо її турбує безсоння або регулярні кошмарні сновидіння, потрібно спрямувати роботу на корекцію підвищеної тривожності.

Головним завданням психотерапевта наразі є створення умов для поступової асиміляції (засвоєння) психотравмуючого досвіду.

У межах третього підходу застосовується:

- конкретні методи корекції психічних станів (раціональна, трансмедитативна, когнітивна, поведінкова, особистісноорієнтована терапія, гештальттерапія, терапія мистецтвом, творчим самовираженням тощо);
- форми проведення (індивідуальна, групова, сімейна);
- врахування вікових категорій пацієнтів (діти та підлітки, дорослі, люди похилого віку). Крім того, обов’язково враховується тип психічної травми:
- загроза життю і цілісності Я-образу (зґвалтування, фізичні та психічні методи тортур, бойовий стрес тощо);
- втрата близького оточення (члени сім’ї, близькі родичі, друзі);

• втрата благополуччя (місця проживання, матеріальних цінностей) внаслідок стихійного лиха або вимушеного переселення.

Практичні психотерапевтичні підходи у допомозі при подоланні посттравматичних стресів розрізняються залежно від тих теоретичних шкіл, в рамках яких вони виникли. Тут можна виділити декілька напрямів:

- логотерапію В. Франкла;
- екзистенціально-гуманістичну психотерапію Дж. Б'юдженталя;
- гештальттерапію Ф. Перлза;
- соматичну терапію психічної травми П. Левіна;
- особистісно-орієнтовану психотерапію К. Роджерса;
- тілесно-орієнтовану психотерапію;
- процесуальну психотерапію А. Мінделла.

Слід підкреслити, що основною формою надання психологічної допомоги постраждалим є різні психокорекційні заходи. Профілактичні заходи щодо передбачення негативних стресових реакцій, зокрема розвитку ПТСР і його ускладнень мають відбуватись згідно з принципом етапності та містити психокорекційні і психотерапевтичні заходи, а також своєчасне лікування хронічних соматичних і нервово-психічних захворювань, зменшення впливу негативних “професійних” чинників, поліпшення виробничо-побутових умов і сімейних стосунків, підвищення рівня інформованості щодо отримання спеціалізованої психологічної допомоги тощо.

За результатами теоретичного та констатувального емпіричного аналізу проблеми подолання посттравматичного стресового розладу серед юнацької категорії під час війни, нами було розроблено Програму психокорекційного впливу на прояви посттравматичного стресового розладу у юнацькому віці під час війни, яка включає психологічний тренінг з актуалізації особистісного потенціалу, подолання проявів посттравматичного розладу,

розвитку стресостійкості, стратегій успішного подолання стресових ситуацій.

Як зазначалось, на основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у цивільний під час війни визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення серед вибірки утворюють такі компоненти, як когнітивний та емоційно-вольовий, поведінковий, що було покладено в основу підбору відповідних вправ та технік.

Метою програми психокорекційного впливу на негативні емоційні прояви у юнацькому віці під час війни було цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень шляхом актуалізації структурних компонентів.

Таблиця 3.1.

Структура методів програми психокорекційного впливу на критерії проявів негативних стресових реакцій, зокрема посттравматичного стресового розладу

1 Блок Когнітивний	Психоедукаційні методи: спрямовані висвітлити для людей процеси, які з ними відбуваються, покликана позитивно вплинути на сферу розуму. Тобто усвідомлення доступно викладеної для розуміння інформації щодо походження травми, її симптомів та впливу на різні сфери людини, може бути першим кроком до керування патологічними психічними процесами та подоланням психотравми.	Інформаційний екскурс «Цінності та якості особистості»
2 Блок Емоційно-вольовий	Комплекс методів з елементами арттерапевтичних прийомів: матеріали, які використовуються при	Міні-лекцій «Моє сприймання психотравмуючої

	цих техніках (глина, фарби) допомагають почуттям, які виникли в результаті травматичного досвіду знайти проявлення у вигляді візуальних образів, символів. Це дає змогу дистанціюватися від травми, розвантажити переживання, пов'язані з негативними відчуттями та в подальшому інтегрувати цей травматичний досвід.	ситуації», Вправа «Розвиток творчого мислення», Дискусія «Формування емоційної компетентності особистості в умовах стресу»
3 Блок Поведінковий	Тілесно-орієнтована психотерапія: методи та вправи для роботи з посттравматичними стресовими розладами, який допомагає зв'язувати між собою почуття, розум і тілесні відчуття, відновлювати зв'язки між ними, створювати умови повного контакту людини зі своїм тілом.	Вправа «Власні рефлексії щодо посттравматичного стресового порушення», міні-лекція «Я зможу знайти в собі сили подолати посттравматичний стресовий розлад», інтерактивне заняття «Шляхи подолання посттравматичних порушень особистості», вправи «Моя поведінка і дії, коли виникає посттравматичний стресовий розлад», «Стратегії подолання негативних емоційних станів»

Важливим аспектом розробки програми психокорекційного впливу на негативні емоційні прояви у юнацькому віці під час війни була активізація особистісних ресурсів – системи психологічних конструктів у роботі з постстресовою травмою, який дозволяє максимально ефективно включити

механізми подолання та адаптації, у зв'язку з чим суттєва частина корекційної програми містить ресурсні вправи трьох блоків (див.табл.3.1).

Відповідно до розробленої програми, було розгорнуто психокорекційну роботу з розвитку когнітивного компонента (ознайомлення з психологічними особливостями перебігу проявів посттравматичного розладу, індивідуально-особистісних закономірностей розвитку особистості з ПТСР), емоційно-вольового компонента (невротизація, адаптивність, самовладання) та поведінкового - компонента, який є у великій ймовірності провідним для подолання посттравматичного стресового розладу.

Головною формою впливу програми обрано соціально-психологічний тренінг, програма якого включає в собі чотири етапи: підготовчий, основний, підсумковий, що охоплює систему занять, різної тривалості кожне (див. табл.3.2):

Таблиця 3.2.

Структура планування тренінгу

Етап роботи	Завдання	Вправи	Тривалість
Вступна	Створення сприятливого психологічного простору. Вироблення, прийняття, засвоєння правил роботи групи. Налагодження прямого та зворотного зв'язків «учасник-група» та «група-учасник». Створення ситуації рефлексії.	Знайомство. Правила. Розминка. Очікування. Вправи на рефлексію. Рухавки.	До 15 хв. Для тренінгу тривалістю 1,5-3 год. До 30 хв. для тренінгів тривалістю 6-8 год.
Основна	Оцінка рівня поінформованості щодо проблематики. Актуалізація проблеми та конкретних завдань для її розв'язання. Надання інформації,	Інтерактивні техніки. Вправи на оцінку групових процесів,	Розраховується як різниця загального часу тренінгу та часу, потрібного для проведення

	засвоєння знань. Формування умінь, навичок, розвиток здатностей. Підведення підсумків щодо змісту роботи.	стану розвитку групи.	вступної та заключної частин разом.
Заключна	Підведення підсумків щодо процесу роботи. Оцінка отриманого досвіду. Налаштування учасників на атмосферу звичайного життя	Вправи на рефлексію та відновлення сил учасників. Прощання.	До 15 хв. Для Тренінгу тривалістю 1,5-3 год. До 30 хв. для Тренінгів тривалістю 6-8 год.

У програмі використовувались різні форми роботи: міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, моделювання, а також психотерапевтичні прийоми: елементи арт-терапії, психомалювання тощо.

Тренінгова робота проводилась за чітко визначеним алгоритмом та окресленою структурою. Типова структура, мета та завдання тренінгу разом слугують основою для складання плану його проведення. Такий план може мати різні форми (таблиця, перелік послідовних дій, схема, мапа тощо). Наявність плану не означає, що тренінг пройде повністю так, як було заплановано, проте план допоможе тренеру дотримуватися основних питань, які мають бути опрацьовані в ході роботи групи, інакше неможливо досягти поставленої мети тренінгу.

Під час тренінгу неодмінно виникало багато побічних тем для обговорення, і кожна з них виявляється більш чи менш привабливою для учасників. Проте їх опрацювання слугуватиме іншим цілям. Тим часом термін заняття спливатиме, і обов'язкові питання можуть залишитися нерозглянутими. Тож саме завчасно складений план допоміг дотримуватися обраної теми та дістатися бажаної мети [5].

Структура тренінгу подолання негативних емоційних проявів у юнаків та дівчат відповідав визначеній структурі. Таким чином, наступним етапом роботи є підбір інтерактивних методик, вправ та завдань, що сприятимуть реалізації поставленої мети.

Під час підготовки були визначені наступні завдання тренінгу:

- 1) інформування учасників про психологію взаємодії, впливи психіки на соматичну сферу, про можливості поліпшення стану людини через покращення його психологічного стану та міжособистісних комунікацій, про стреси та можливості усунення його впливу;
- 2) визначення психологічної проблеми кожного учасника групи, усвідомлення шляхів їх вирішення;
- 3) створення атмосфери, яка сприятиме профілактиці та корекції постстресового розладу;
- 4) формування навичок самопізнання, прийняття себе і саморозвитку особистості;
- 5) засвоєння нових стереотипів поведінки при вирішенні проблем для покращення соціального функціонування в сім'ї, в колективі та інших соціальних групах.

Методологічною основою при створенні даної програми соціально-психологічного тренінгу слугували вихідні положення гуманістичної психології.

Структура тренінгу базувалась на принципі поступовості, де кожен наступний етап логічно витікає з попереднього, завдяки чому учасники поступово заглиблюються в хід тренінгу, що породжує творчу активність та ефективність взаємодії.

Таблиця 3.3

Тематичний план та структура занять

№	Мета заняття	Зміст роботи	Години
1	Встановлення з групою зв'язку, створення позитивного настрою на подальшу роботу. Створення доброзичливої, комфортної атмосфери на занятті.	Привітання; «Знайомство»; «Маска»; Зворотній зв'язок; Рефлексія; зв'язок; Прощання	1
2	Засвоєння поняття щодо самоцінності людського «Я», розвиток навичок самоаналізу та самооцінки. Закріплення навичок групової роботи.	Привітання; Вправа «Намалюй свій настрій»; Дискусія «Саме-саме»; Вправа «Мій всесвіт»; Зворотній зв'язок; Прощання	1
3	Закріплення навичок самоаналізу. Навчання подолання бар'єрів на шляху самокритики, розвиток впевненості у собі.	Привітання; Гра «Ярмарок переваг»; Вправа «Вверх по радугі»; Зворотній зв'язок; Прощання	1
4	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри. Розвиток відчуття емпатії.	Привітання; Вправа «Дзеркало»; Аутотренінг; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
5	Створення емоційно-позитивної атмосфери на занятті, підвищення рівня довіри	Привітання; Вправа «Перше враження»; Колаж «Образ Я»; Рефлексія; Зворотній зв'язок. Прощання	1
6	Створення емоційно-позитивної атмосфери на заняттях. Знайомство групи з способами взаємодії з тривожними думками та страхами. Пошук ресурсів особистості, за допомогою яких вона могла б позбавитись тривожних думок та страхів.	Привітання; Бесіда щодо тривожних думок та страхів; Вправа «Взаємодія зі страхом»; Вправа «Малюнок страху»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1

7	Знайомство образом сильної особистості, відпрацювання навичок впевненої поведінки.	Привітання; Бесіда щодо негативних думок; Вправа «Собі та іншим»; Тест «Як я орієнтуюсь у різних ситуаціях»; Гра «Поводир» Зворотній зв'язок; Прощання	1
8	Відпрацювання навичок комунікативної поведінки. Корекція емоційної сфери особистості на основі навичок адекватного емоційного реагування.	Привітання; Вправа «Наші відчуття»; Вправа «Вчимося казати Ні»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Релаксація «Політ до зірки»; Прощання	1
9	Формування емоційно позитивної атмосфери на занятті. Пошук особистісних ресурсів особистості.	Привітання; Вправа «Скарбниця життєвих сил»; Вправа «Реконструкція життєвого шляху»; Рефлексія; Зворотній зв'язок; Прощання	1
10	Формування емоційно позитивної атмосфери на занятті. Пошук особистісних ресурсів особистості. Узагальнення, підбиття підсумків.	Привітання; Вправа «Всі грані гармонії»; Вправа «Мій настрій»; Підсумкова діагностика; Зворотній зв'язок; Прощання.	1

Формат занять був дистанційний. Заняття впроваджені тренінгової програми направлені на згуртування групи і формування взаємної довіри, що створює умови для успішного здійснення подальшої роботи. Подальші заняття спрямовані на формування навичок конструктивного переживання

синдрому «вигорання», розуміння і висловлювання природно виникаючих емоцій і почуттів, впевненої поведінки у складних ситуаціях

Важливо зазначити, що змістовно заняття були спрямовані як на розвиток кожного окремого компонента посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення під час війни, так і комплексно на всі складові посттравматичного стресового розладу. За кожним компонентом, зокрема їх розвитком, було передбачено використання як індивідуальних, так і групових форм роботи і заплановано застосування форм методів (див.табл.3.3).

Як інструментарій застосовано адекватні до мети і завдань методи активного навчання: групова бесіда, аналіз значущих ситуацій, психологічні вправи та ігри з елементами інсценізацій.

До початку занять була здійснена певна підготовча робота, зокрема:

- формування в учасників мотивації до участі в тренінгу;
- ознайомлення учасників з метою тренінгової роботи;
- створення передумов до співпраці з тренером;
- надання інформації про можливості особистості до самовдосконалення,
- створення первинної мотивації до роботи над собою;
- інформування про можливі результати тренінгової роботи.

1 етап – організаційний (перша-друга зустрічі): орієнтація у специфіці тренінгу як методу навчання; первинна діагностика очікувань учасників і труднощів у реалізації адекватної поведінки; виявлення і корекція мотивації учасників.

Для прикладу, подаємо зразок:

Зустріч 1 (4 години) – організація діяльності учасників

Мета: організація процесу, виявлення очікувань учасників від тренінгу, створення атмосфери довіри і психологічної безпеки, ознайомлення з основними правилами роботи в групі, пробудження інтересу до занять, спрямовування учасників на групову форму роботи;

Для роботи пропонуються вправи і види діяльності, як-от:

Вправа «Тренінгове ім'я»

Мета: знайомство учасників тренінгової групи один з одним, подолання самотності.

Час: 5-7 хвилин.

Опис. Кожен учасник тренінгової групи за бажанням (або по колу) називає своє ім'я (на тренінгу надається можливість, зазвичай недоступна в реальному житті, обрати собі ім'я, але має запам'ятатися іншими учасниками тренінгу), та ім'я, яким би він хотів, щоб його називали в тренінговій групі.

2 етап – основний етап (третьо-сьома зустрічі): самовизначення учасниками тренінгу і визначення групою мети своєї роботи; створення в групі атмосфери, яка сприяла б самопізнанню і саморозкриттю особистості; дестабілізація стереотипних уявлень про себе і мотиви своєї поведінки; переосмислення уявлень про себе на основі зворотного зв'язку, аналізу діяльності в групі, рефлексії; розширення сфери усвідомленого в розумінні вчинків іншого; формування чутливості до невербальних засобів спілкування; відпрацювання ефективних способів поведінки; проектування і конструювання кожним учасником ефективних засобів поведінки (емпатійне розуміння, уміння відтворювати зворотний зв'язок тощо); відпрацювання індивідуальних стратегій і тактик ефективної адекватної поведінки.

3 етап (восьма зустріч) – заключний: рефлексія змін, що відбулися в учасників і в групі за час тренінгу; прогнозування майбутніх життєвих планів.

Така методична побудова тренінгу продиктована результатами чисельних досліджень, які присвячені впливу тренінгу на розвиток тих чи інших соціально- психологічних якостей особистості в умовах постстресового розладу під час війни.

Таким чином, тренінг, побудований у такий спосіб, дозволяє ефективно вирішувати задачі, пов'язані з розвитком індивідуально-психологічних особистісних якостей, керувати своїми емоційним станом, коректним вираженням емоцій і умінням розуміти емоції оточуючих, призводить до перебудови когнітивної, афективної та поведінкової структур особистості, сприяє самопізнанню та самоприйняттю.

Комплекс методів та форм роботи спрямований на розвиток особистісних властивостей, що обумовлюють здатність до самоактуалізації, передбачають вирішення завдань:

- формування в учасників тренінгу уявлень про процес самоактуалізації, про властивості особистості, що самоактуалізується;
- розвиток вміння приймати себе, довіряти власному «Я»;
- вироблення навичок конструктивної міжособистісної взаємодії, пізнання та прийняття інших людей;
- навчання способам ефективного планування свого часу, формулювання цілей, а також оцінки їх адекватності та реалістичності;
- стимулювання прагнення до досягнення успіху, конструктивного вирішення проблемних ситуацій;
- формування здатності до здійснення життєвого вибору, почуття відповідальності за становлення своєї особистості;
- розвиток творчого потенціалу особистості [13].

Психологічний зміст тренінгу передбачає створення умов для усвідомлення особистістю своїх індивідуальних особливостей, більш чіткого та глибокого уявлення про себе та свій актуальний стан; розвиток здатності адекватно вибудовувати життєві плани, цілі, коригувати їх.

При реалізації тренінгової програми орієнтованої щодо психокорекції постстресового розладу молоді під час війни особливу увагу необхідно звернути на створення клімату довіри, який дозволить продемонструвати велику інтенсивність зворотного зв'язку. Це надасть можливість учасникам реально побачити себе очима інших, зорієнтуватися у власному внутрішньому світі й досвіді прояву своїх можливостей, вирішенні проблемних ситуацій, реалізації поставлених цілей. Визначальною створення клімату довіри є рольова позиція тренера, яка повинна бути спрямована не на протиставлення себе групі, а на інтеграцію з нею, тобто він повинен виступати як один із учасників групи, хоча і задавати на початкових етапах групові норми й моделі поведінки.

Тренінгова робота спрямована, насамперед, на розвиток особистості взагалі, на формування ефективних емоційних реакцій на різного роду стресові ситуації, формування навичок саморегуляції, навичок конструктивної міжособистісної взаємодії. Найбільш суттєвим результатом тренінгу повинно стати розуміння менеджерами власних психологічних особливостей, причин, механізмів формування агресивності, ворожості, нестриманості, а також способів формування стійкої мотивації до саморозвитку, необхідних навичок емоційно-вольової саморегуляції.

В основу тренінгової програми покладено досвід роботи із негативними переживаннями внаслідок емоційно напружених ситуацій та психічних станів.

Розглянемо детально принципи, які було покладено в основу даної тренінгової програми:

Головний принцип тренінгу – кожний засвоює нове тільки шляхом власних активних зусиль. Принцип активності ґрунтується на визначеній закономірності про засвоєння людиною 10% інформації, що сприймається на слух, 50% інформації, сприйнятої зором, і 90% інформації, яку отримують під час самостійної діяльності. Йдеться про реальне включення в

інтенсивну групову взаємодію кожного члена групи. Використання цього принципу дозволяє здійснювати розвиток компетентності в спілкуванні в СПТ не шляхом безпосереднього впливу психолога на учасників, а створенням умов для самовдосконалення засобів організації комунікативного розвитку умінь кожного члена групи.

Принцип комплектування груп. При комплектуванні групи потрібно брати до уваги два принципи: принцип добровільності; принцип інформованої участі (учасник заздалегідь має право знати все, що з ним може відбуватися, а також про ті процеси, які будуть відбуватися в групах, тому з учасниками проводиться попередня бесіда про те, що таке тренінг, які його цілі, які результати можуть бути одержані). У групу не рекомендується включати близьких родичів; осіб, які знаходяться у службовій залежності один від одного, а також тих, хто має стійку неприязнь один до одного. Найбільш оптимальний варіант – участь у тренінгу незнайомих між собою людей.

Цілком природнім є принцип обмеження обговорення подій лише в рамках тренінгу «тут і тепер» і персоніфікація висловлювань. Для учасників тренінгових груп нерідко характерною є тенденція до відхилення від основної теми, схильність до загальних розмов, міркувань, далеких від змісту тренінгу. Цей принцип орієнтує учасників тренінгу на те, щоб предметом їх аналізу постійно були процеси, які відбуваються в групі у конкретний момент.

Принцип акцентування сприяє глибокій рефлексії учасників, вчить учасників зосереджувати увагу на собі, своїх думках, почуттях, розвиває навички самоаналізу.

Принцип персоніфікації висловлювань. Його суть полягає в тому, що учасники тренінгу повинні бути зосереджені на процесах самопізнання, на самоаналізі й рефлексії. Використання вказаного принципу допомагає

розв'язати одне із завдань тренінгу – навчитися брати відповідальність на себе і приймати себе таким, яким він є.

Успіх соціально-психологічного тренінгу також залежить від реалізації принципу «щирості й відкритості». Найголовніше тут – не обманювати, бути щирим, відвертим, конгруентним. Щирість і відкритість сприяє одержанню й наданню іншим чесного зворотного зв'язку, тобто тієї інформації, яка є важливою для кожного учасника і запускає механізми розвитку самосвідомості та механізми взаємодії у групі.

Принцип акцентуації мовлення почуттів. Відповідно до цього принципу емоційна сторона спілкування повинна бути добре і повно вираженою учасниками тренінгу; їм рекомендується акцентувати увагу на станах і проявах (своїх власних і партнерів) і при відтворенні зворотного зв'язку, якщо можливо, використовувати мову, яка відображає цей стан.

Важливим принципом соціально-психологічного тренінгу є уникнення безпосередніх оцінок людини, замінюючи їх описом власних емоційних станів, оскільки вірогідність неприйняття, негативного зворотного зв'язку зростає тоді, коли остання має суто оціночний характер.

Принцип довірливого спілкування – один із фундаментальних елементів тренінгу. Розвиток довірливого клімату – складний процес. Найпростіший перший крок до практичного створення клімату довіри: ведучий пропонує прийняти єдину форму звертання на «ти», яка психологічно зрівнює усіх членів групи і вносить у стосунки деякий елемент інтимності й довірливості між членами групи та керівником. Кожний реалізує той рівень відкритості, до якого він готовий, залежно від своїх особливостей і загального рівня довірливості в групі.

Конфіденційність всього, що відбувається в групі, – важливий принцип соціально-психологічного тренінгу, який є необхідною умовою створення атмосфери психологічної безпеки й саморозкриття. Все, що відбувається під

час занять, не виноситься за межі групи. Учасники не бояться, що зміст їхнього спілкування може стати загальновідомим.

Крім названих вище принципів, при веденні тренінгів слід керуватися такими правилами:

1. Вчасно розпочинати і закінчувати заняття.
2. Не відмовлятися від права сказати «ні», а також від права самому вирішити, як поводитися, як діяти у тій чи іншій ситуації.
3. Мати право на підтримку, допомогу з боку групи.
4. Слухати того, хто говорить, намагатися не перебивати.
5. Мати право висловити свою думку з будь-якого питання.
6. Повідомляти про свої труднощі, які заважають роботі групи (необхідність пропустити заняття, піти або прийти раніше чи пізніше призначеного часу).

Очікувані результати: Програма сприяє підвищенню рівня розвитку емоційної сфери людини, знизить рівень тривожності, покращить сприйняття себе, допоможе засвоїти корисні навички щодо саморегуляції власного емоційного стану. В процесі занять у клієнта створюється позитивний емоційний настрій, формується атмосфера довіри, позитивного мислення, доброзичливості, позитивного ставлення до оточуючих, подалання депресивного сприйняття навколишнього середовища.

Реалізація психологічного змісту проведеної роботи забезпечується під час відкриття й пошуку себе, формування відповідальності та свободи, привітності та відкритості, орієнтації на успіх і творчість. Тому особистість буде здатна стати на шлях самоактуалізації, жити осмислено та продуктивно, долаючи прояви постстресового розладу.

Програма психологічної допомоги особам із стресовими реакціями ґрунтувалась на таких вимогах: комплексність, диференційованість,

етапність. Базовими принципами у роботі з досліджуваними в процесі впровадження психокоркційної програми є наступні:

1. Безумовне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з негативними емоційними реакціями. Посттравмовані можуть відчувати себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.
2. Психолог має бути впевненим в тому, що всі прояви посттравматичного стресового розладу в клієнта обумовлені природою надзвичайної події, щоб виключити ймовірність впливу інших факторів, насамперед, психопатологічних розладів.
3. Визнання усіх реакцій постраждалих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. При цьому необхідно запевнити клієнта, що при здійсненні психотерапевтичного впливу його психоемоційний стан обов'язково покращиться.
4. Організація підтримки постраждалому з боку рідних, друзів.
5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постраждалим; навіть ймовірність появи у самого психолога симптоматики ПТСР, появи збудливості, неврівноваженості, формування захисних механізмів психіки, емоційного вигорання.
6. Застосовування у роботі з потерпілим моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у клієнта відчуття відповідальності за результати терапії.
7. Готовність психолога до того, що клієнт може його перевіряти на надійність, довіру, щирість, конфіденційність, що пояснюється страхом постраждалого бути незрозумілим психологом, піддатися критиці.
8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція у загальну систему цінностей клієнта. Переосмислення травми на

рівні поведінки та можливостей; на рівні цінностей; на рівні саморозкриття та самореалізації.

9. Нормалізація психозахисної поведінки клієнта, активізація адекватних захисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенційних психологічних ресурсів клієнтів. Переробка травми, позбавлення від наслідків травми може бути достатньо тривалим. При цьому будьякий стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду

11. Слід зазначити, що важливим вихідним принципом організації психологічного супроводу є характер і специфіка психотравмуючої події.

В процесі роботи нами було визначено, що найбільш ефективною формою психовпливу на особистість з посттравматичним розладом під час війни є групова форма роботи. Пояснюється цей факт існуванням такого феномену, як «емоційне групове єднання». Саме після впливу психотравми досліджувані відчують потребу в соціальній підтримці та розумінні, яку може забезпечити група, до складу якої входять особистості з ідентичною проблемою.

Як правило, при психологічному супроводі такої групи виникає необхідність і в індивідуальній роботі з потерпілими, яка доповнює тренінговий курс. Спостерігається складність роботи з такими особистостями, які особливо травмовані внаслідок пережитого стресу в умовах війни, пов'язана з їх психологічним і емоційним станом. Зрозумілим стає той факт, що така особистість не зможе відразу працювати в групі, оскільки вона намагається відмежуватися від соціального оточення, заглиблюється в себе, знову і знову переживає психотравмуючу ситуацію. У такому випадку найбільш ефективною формою первинного психологічного супроводу є індивідуальна консультативна робота. Відкритися, переосмислити, пережити психотравму і її наслідки на початкових стадіях ПТСР-синдрому особистості значно легше віч-на-віч з консультантом.

Наступним кроком психокорекційної роботи може стати включення в соціальне оточення, реконструкція і розвиток поведінкових контактів. Подібна схема роботи з цивільними з посттравматичним розладом є закономірністю, адже, як вже зазначалося вище, вихідним положенням при розробці корекційно-відновлювальної програми має стати специфіка психологічних особливостей пережитого стресу кожної окремої особистості. Підхід до допомоги людям у критичній ситуації називається кризовим втручанням. Це інтенсивна робота протягом короткого періоду часу з акцентом на конкретних особливостях поточної ситуації і на власних зусиллях клієнта по її зміні.

Таким чином, запропоновані методи, поєднання їх в різні системи дозволяє переробити переживання посттравматичного розладу клієнтів під час війни на різних рівнях.

Програма надання психологічної допомоги складається зі врахуванням вікових та індивідуальних особливостей особистості. Необхідно, також, наголосити на тому, що ефективність психологічної допомоги залежить від комбінування різних підходів, методів, технік. Серед прийомів і методик, які також можна використовувати для надання психологічної допомоги при посттравмах, є такі: «Я і мій життєвий шлях», «Рамки, через які ми дивимося на світ»; прийоми нервово-м'язової релаксації, дихальні релаксаційні техніки; прийом візуалізації; методика зупинки думок; арттерапія; бесіда з елементами дискусії.

Дієвою та ефективною, особливо на початковому етапі консультативної роботи, є бесіда, техніка «спостерігача», техніка дискусії. Зустрічі з клієнтом можна будувати за схемою:

- проговорення незавершених почуттів;
- використання технік, які сприяють активному переживанню травмуючої події;

- використання релаксаційних технік і технік візуалізації, технік зняття м'язової напруги;
- використання технік арттерапії;
- проговорення незавершених почуттів.

Подібна схема кожного заняття має низку переваг, а саме: використання прийому «проговорення незавершених почуттів» дозволяє не лише визначити стан клієнта, але і допомогти йому усвідомити почуття, думки і зміни, які відбуваються з ним. Робота передбачає інтенсивне переживання психотравмуючої події в умовах війни, що сприяє усвідомленню власного стану та керуванню своїми почуттями. Це потребує багато зусиль не лише постраждалого від пережитого в умовах війни, але й самого психолога.

Тому для поновлення і повернення до стабільного емоційного стану використовуються релаксаційні техніки, техніки візуалізації. Заключним етапом має стати підведення підсумків консультування, аналіз позитивних змін, висловлення побажань і пропозицій, а також планування подальшої роботи.

У роботі з юнацькою віковою групою з посттравматичним розладом під час війни в процесі надання психологічної допомоги, з допомогою методів екзистенційної терапії, відбувається переосмислення, приймання пережитих подій, усвідомлення та приймання відповідальності за свою поведінку в екстремальній ситуації та під час психотерапії. Глибше усвідомлення своїх цінностей та ресурсів дозволяє з впевненістю дивитися і майбутнє і визначати пріоритетні цілі для свого подальшого життя.

Виконане дослідження дозволило висунути ряд актуальних питань для дослідження та вивчення поставленої проблеми в контексті створення психокорекційної програми, орієнтованої на профілактику виникнення посттравматичного розладу в цивільних в умовах війни. На сьогодні, на жаль, через велику кількість стресових факторів, які носять ще й

довготривалий характер, дослідження посттравматичного стресового розладу є дуже актуальним. Не зважаючи на велику увагу дослідників останнім часом до цієї теми, залишається багато нерозкритих сторін у цьому питанні. І якщо чинники та симптоматика ПТСР є вже добре висвітленими, то корекція наслідків травми на тривалий час залишиться темою, яка буде розвиватися та доповнюватися новими відкриттями, через унікальність людської психіки, індивідуальної здатності переносити стресові, травматичні події та можливості відновлюватися після травми. Будь які дослідження в цій сфері несуть значущість у психологічній практиці, через велику цінність психічного здоров'я населення.

Отже, тренінгова програма була обрана як форма корекційної роботи, спрямованої на подолання проявів постстресового розладу серед юнацького віку під час війни, оскільки вона передбачає активність усіх членів групи і дає можливість учасникам опрацювати спільну проблему. У тренінговій групі учасники могли отримати ефективний зворотній зв'язок, спостерігати в ході розв'язання проблем за способами, що використовуються іншими членами групи. Ще однією перевагою тренінгової форми роботи є те, що існує можливість учасників взаємодіяти один з одним, долаючи комунікативні бар'єри та виробляючи ефективні способи підтримання контактів. Це важливо, оскільки професійно виснажені особи найчастіше страждають від стесових та конфліктних ситуацій та не володіють навичками конструктивної комунікації. Розроблений нами тренінг можуть використовувати з відповідною метою психологи, соціальні працівники та представники суміжних галузей.

Таким чином, можна говорити про те, що розробка методів своєчасного виявлення, корекції та, особливо, профілактики наслідків впливу травматичного досвіду на психіку людини входить до кола проблем сучасної психологічної науки та практики.

3.2. Рекомендації щодо оптимізації умов та роботи психолога з категорією юнацького віку під час війни

Варто розглянути основні правила для психолога, який працює з дорослими з посттравматичним або іншими емоційними розладами під час війни

1. Якщо клієнт звертається з приводу посттравматичного розладу і депресії, то фахівці повинні спершу працювати з посттравматичним розладом, а проблема з депресією, ймовірно, відступатиме після успішного подолання його проявів.
2. Якщо при психодіагностичному дослідженні постраждалих із емоційним розладом виявляється високий ризик суїциду або нанесення шкоди іншим людям, то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні цього ризику.
3. Якщо особи з емоційним розладом страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію (про що, наприклад, свідчить значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності або високий ризик суїциду), то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні депресії.
4. Якщо потерпілі з емоційним розладом страждають від алкогольної або наркотичної залежності, або якщо вживання алкоголю чи наркотиків значно впливає на ефективне подолання постстресового розладу, то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні проблеми з наркотиками чи з алкоголем.
5. Пропонуючи травмофокусовану психотерапію потерпілим із постстресовим розладом, які страждають від супутнього розладу особистості, фахівці повинні розглянути питання про подовження терміну терапії.
6. Людей, які втратили близького друга або родича під час війни, треба обстежити на наявність постстресового розладу або ускладнену реакцію втрати.
7. Під час оцінки стресорів повинна обережно використовуватися

термінологія, пов'язана з поведінкою; необхідно уникати таких спеціальних слів, як зловживання, насильство та ін., які за своїм внутрішнім змістом неточні і можуть по-різному сприйматися в різних культурах.

Для надання успішної допомоги в ситуації надання психологічної допомоги юнацькій категорії з постстресовим розладом під час війни, психолог повинен:

- звертатися до реальності, тим самим допомагаючи людині розширювати перспективи і бачення не тільки негативних аспектів;
- виокремлювати і підкреслювати позитивний вплив;
- уникати розвитку тривоги, визнаючи, що реакція на кризу може породити нову небезпеку або іншу, самотійну кризу;
- попереджати відстрочені реакції, що можуть наступати через тиждень або навіть місяць після критичної події.

Не менш важливим фактором при організації індивідуально консультативної роботи осіб з емоційним розладом є вікові особливості реагування на вплив психічної травми. При роботі з кожним видом проявів, з кожним симптомом пропонується використовувати певні прийоми для їх усунення.

У психологічній практиці з цивільними з посттравматичним розладом під час війни важливо дотримуватися послідовного проходження рівнів психологічної допомоги з інтеграцією різних психотерапевтичних підходів. Для корекції посттравматичного стресового розладу використовуються багато різноманітних технік, розроблених в поведінковій, когнітивній і екзистенційній терапії. Наведемо приклади найбільш дієвих і широкоживаних методів:

- техніки активуючої терапії («Ранжування завдань сьогодення за складністю», «Терапія майстерністю та задоволенням»), які застосовуються для формування нових життєвих цінностей та відновлення контролю над власним життям;

- «Сократівський діалог», з метою розширення зони усвідомлення проблеми, а також для виявлення неадаптивних думок і установок та роботи з ними;
- використання метафор, що допомагає покращити емоційний стан, дистанціюватися від проблеми, активізувати ресурси та сприяє розв’язанню проблеми;
- техніка «Історія мого життя», яка застосовується з метою розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси;
- техніка «Тестування автоматичних думок» дозволяє виявити помилкові та некорисні думки;
- техніка «Позитивні боки травматичного досвіду» дозволяє переоцінити травматичний досвід, усвідомити від чого він оберігає і до яких рішень підштовхує, а також проаналізувати його наслідки на рівні поведінки, міжособистісних відносин, родини та з точки зору розвитку власної особистості.
- техніка «Поведінкова активація» спрямована на планування і здійснення різних видів ресурсної діяльності.
- техніки експозиції дозволяють поступово знизити чутливість до тих ситуацій, які викликають негативні емоції.

Важливим елементом психологічної роботи з цільовою групою з посттравматичним розладом під час війни передбачено використання різних психотерапевтичних підходів і методів. При виборі конкретних методів та прийомів психологічної допомоги, необхідних при роботі з клієнтом, важливо дотримуватися таких вихідних положень:

- метод, який застосовується повинен мати певний прагматичний зміст та не суперечити етичним вимогам;
- методи, розроблені гуманістичною психологією, є основою для будь-якої психотерапевтичної роботи, ними необхідно керуватися при побудові стосунків і взаємодії між психологом та клієнтом.

– методи, розроблені в психодинамічному підході, дають змогу глибше розібратися в причинах виникнення проблеми, виявити захисні механізми і неусвідомлені мотиви клієнта.

У психокорекційній програмі із потерпілими з емоційними розладами важливо дотримуватися послідовного проходження рівнів психологічної допомоги з інтеграцією різних психотерапевтичних підходів. На першому рівні психологічної допомоги психокорекційна робота спрямовується на відновлення здатності до саморегуляції.

Висновки до розділу 3

Під гострими емоційними реакціями слід розуміти сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком конкретної одиничної або повторюваної надзвичайної події, що перевищує адаптаційні можливості особистості та супроводжується переживанням страху і безпорадності.

Визнаними та обґрунтованими є чотири теоретичні моделі негативного емоційного реагування на стресову подію: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна. Психологічну допомогу людям, які пережили надзвичайну ситуацію в умовах війни, необхідно розглядати як психологічний супровід особистості, спрямований на позитивні зміни. Це достатньо складне завдання у сучасних соціально-політичних, соціально-економічних умовах.

Своєчасне надання кваліфікованої первинної психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях є профілактикою виникнення посттравматичних розладів. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоб допомогти людині з посттравматичними стресовими розладами, потрібно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати, комбінувати та застосовувати найефективніші підходи, методи та техніки.

Ефективними вважаються такі види екстреної психологічної допомоги, як психологічний дебрифінг, консультування, емоційна підтримка, інформування, психологічна інтервенція, психологічна корекція тощо. На

кожному рівні психологічної допомоги інтегруються і застосовуються різні психотерапевтичні підходи (тілесноорієтовані, арттерапевтичні, когнітивно-поведінкові, психодинамічні, екзистанційні) із врахуванням вікових та індивідуальних особливостей клієнтів.

Психокорекційні та психотерапевтичні методи збільшують стійкість до несприятливих психогенних впливів, корегують систему взаємовідносин особистості, пом'якшують соматичні та вегетативні розлади, формують активну позицію хворого щодо подолання недуги, підвищують його роль в процесі отримання допомоги.

ВИСНОВКИ

В процесі досягнення мети, визначеної в на початку дослідження, нами було виконано такі завдання:

1. Здійснили історичний аналіз феномену стресових реакцій як науково-психологічної проблеми. Важливо розуміти, що тривалий і сильний стрес сприяє виснаженню захисних реакцій організму, тому можуть виникати розлади психіки психогенного характеру, одним із яких є посттравматичний стресовий розлад. Проте ПТСР може виникнути не тільки після гострої реакції на стрес, але й навіть у осіб, які після надзвичайної події не мали ніяких розладів. Отже, посттравматичний стресовий синдром – це сильний і тривалий розлад психічної діяльності, який є наслідком надзвичайної події, яка перевищує адаптаційні можливості особистості. У клінічному довіднику МКХ-10 зазначається, що ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має суб'єктивний характер погрози або катастрофи, які можуть викликати стрес майже у кожної людини.

2. Розкрили сутність психологічних особливостей та методологічних прийомів у роботі з особистістю з негативними емоційними реакціями під час війни. Методи корекції психічних станів (раціональна, трансмедитативна, когнітивна, поведінкова, особистісноорієнтована терапія, гештальттерапія, терапія мистецтвом, творчим самовираженням тощо);

- форми проведення (індивідуальна, групова,);
- врахування вікових категорій пацієнтів (юнацький вік, дорослі). Крім того, обов'язково враховується тип психічної травми:
- загроза життю і цілісності Я-образу (згвалтування, фізичні та психічні методи тортур, бойовий стрес тощо);
- втрата близького оточення (члени сім'ї, близькі родичі, друзі);
- втрата благополуччя (місця проживання, матеріальних цінностей) внаслідок стихійного лиха або вимушеного переселення.

3. Розгорнули емпіричне дослідження психологічних особливостей юнаків і дівчат з посттравматичним стресовим розладом та іншими станами під час війни, проаналізувавши отримані результати. В процесі дослідження психологічних особливостей посттравматичного стресового розладу час війни нами було обрано 60 респондентів, які належать до вікової категорії від 18 до 25 років, різної статі, сімейним статусом. Досліджувані з початку війни проживали на території України в різних регіонах, частина з них є переселенцями з регіонів, де безпосередньо відбуваються активні військові дії. Основою вибірки були студенти різних курсів та факультетів Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Забезпечення організації та проведення дослідницької роботи здійснювалось завдяки використанню сервісу Google Forms. Психодіагностичний інструментарій було підібрано відповідно до окресленої дослідженням теми, включаючи наступні методики:

За отриманими результатами дослідження по Шкалі самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) нам вдалося виявити, що більшість опитаних (48%) цивільних мають високий рівень посттравматичного стресового розладу.

На основі отриманих результатів за методикою «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC PH) було описано дослідження, адже стало відомо, що особистості у стресовому стані та психотравмі використовують такі стратегії подолання кризового стану як: віра – 16%, соціум – 25%, афект – 30%, уява – 9, когніція – 10%, фізіологія – 11%.

Аналізуючи результати дослідження за методикою Бека “Шкала депресії”, можна сказати, що діагностика рівня сформованості проявів депресивних станів дала можливість констатувати, що 60% респондентів мають високий рівень прояву депресії, що свідчить про наявність дисбалансу при сприйнятті дійсності на основі внутрішніх переживань та відчуттів.

З метою використання методики на визначення тривожності «Опитувальник Спілбергера-Ханіна», виявлено, що чим вищий рівень особистісної тривоги тим ймовірніше вона використає стратегію соціум для подолання кризового стану; чим вищий рівень реактивної тривожності тим ймовірніше, що вона використає стратегію афект для подолання посттравматичного кризового стану.

Результати методики визначення емоційної спрямованості особистості Б. Додонова дали змогу підтвердити, що чим вищий рівень емоційно-нервової регуляції особистості в стресових ситуаціях, тим нижча ймовірність появи посттравматичних стресових розладів.

4. Розробили програму та рекомендації для психолога з метою оптимізації умов сприятливого корекційно-розвивального середовища для категорії юнацького віку з негативними емоційними реакціями на стресові події під час війни. Як зазначалось, на основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу під час війни визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення серед вибірки утворюють такі компоненти, як інтелектуальний та емоційно-вольовий, що було покладено в основу підбору відповідних вправ та технік.

Метою програми психокорекційного впливу на неативні емоційні прояви під час війни було цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень шляхом актуалізації структурних компонентів.

Своєчасне надання кваліфікованої первинної психологічної допомоги у надзвичайних ситуаціях є профілактикою виникнення посттравматичних розладів. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоб допомогти людині з посттравматичними стресовими розладами, потрібно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати, комбінувати та застосовувати найефективніші підходи, методики та техніки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Поливанюк В.В., Еверт О.В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: методичний посібник / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234с.
3. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. – Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. – 777 с.
4. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія / О. А. Блінов. – К.: Талком, 2019. – 700с.
5. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: автореферат. Інститут психології імені Г. С. Костюка НΠΑН України – 45с.
6. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: автореферат. Інститут психології імені Г. С. Костюка НПАН України – 45с.
7. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / під заг. ред. доктора медичних наук О.В. Друзя та Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук Гічуна В.С. – К., 2018. – 102 с.

8. 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 : навчальний посібник. – Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. – 96 с.
9. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Герман Джудіт. – Львів, 2015. – 416 с
10. Дуб В. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять [для студентів ВНЗ] / Віра Дуб. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. – 92 с.
11. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: стаття. Науковий журнал МОЗ України | № 1 (5) 2014, Медична допомога в умовах військових дій – с.5-16
12. Загальні підходи до терапії ПТСР: методичні матеріали. ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Вінниця 2020 – 13с
13. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.:
14. Зоран Комар. Психологічна стійкість воїна: підручник. Київ 2017 – 184с. імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ, 2021. – 446с.
15. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах

- бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
16. Коун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
 17. Криволапчук В.О., Кирієнко Л.А. Проблеми медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: стаття. Наука і правоохорона, 2015, №1(27) – с.289-298
 18. Лукомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід: наукова стаття, 12 с. УДК 159.972
 19. Марсіо Перейра. Психологічне втручання в катастрофі: навчальний посібник / переклад і редагування: Орел О., Гольонко Н., Гевюк О., 2014 – 66с.
 20. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебувала в умовах бойових дій: стаття. Психологічні перспективи. Випуск 28, 2016 – с.176-185
 21. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навч.-метод. посіб. / уклад. Мельник А.П., Магдисюк Л.І., Дучимінська Т.І. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 152 с.
 22. Могілевський Л.В. Психологія бойового стресу працівників Національної поліції: стаття. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2022. – с.109-111

23. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
24. Наугольник Л.Б., Кіт В.В. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес керівниками ОВС. / Л.Б. Наугольник, В.В. Кіт / Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць / головний редактор В. В. Середа. – Львів: ЛьвДУВС, 2014. – Вип. 1. – 292 с. С. 102 – 110.]
25. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1.: навчальний посібник / заг. редакція: Н. Пророк. – Київ, 2018. – 208 с.
26. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 2.: навчальний посібник./ заг. редакція: Л. Царенко. – Київ, 2018. – 240 с
27. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 3.: навчальний посібник / заг. редакція: Л. Гридковець.. – Київ, 2018. – 236 с
28. Осьодло Г.В. Бойова психічна травма та її наслідки: методична розробка практичного заняття. Українська військово-медична академія, кафедра військової терапії. Київ-2014 – 31с. Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
29. Перегончук Н.В., Чумак Т.О. До проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах антитерористичної операції: стаття. ВДПУ ім. М.Коцюбинського. УДК 364-786:[335.08:94(477.61/.62) «2014/2017» - с.131-141

- 30.Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навчально-практичний посібник/рецензенти Осьодло В.І.,Ларіонов С.О. Харків, 2022 – 88с.
- 31.Плетка О., Чаплинская Ю. Интенсивная работа с травмой: психотерапевтические методы: пособие. К.: Талком,2017 – 232с
- 32.Попелюшко Р.П. Аналіз результатів проведення початкового етапу програми психологічного супроводу комбатантів та їх сімей: стаття. Науковий журнал НПУ ім. М. Драгоманова, 2018 – с.209-228
- 33.Попелюшко Р.П. Порівняльний аналіз дослідження стратегій поведінки у психотравмуючій ситуації як ресурсу для психологічної реабілітації особистості комбатанта: стаття. Інститут психології імені Г. С. Костюка НΠΑН України. Психологічний часопис №4(8) 2017 – с.98-110
- 34.Попелюшко Р.П. Психолого-аксіологічні засади реабілітації комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: дисертація. Інститут психології імені Г. С. Костюка НПАН України. Київ – 2021 – 446с
- 35.Приходько І.І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень: стаття. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 64. 2021.64.12 - с.193-215
- 36.Проблеми екстремальної та кризової психології: збірник наукових праць. Вип.12, частина 1 – Х.: НУЦЗУ, 2012. – 208с.
- 37.Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : кол. монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. — Луцьк : Вежа-Друк, 2016. — 260 с.

- 38.Психологічні аспекти виконання військовослужбовцями Збройних Сил України завдань за призначенням. Збірник наукових праць. / за заг. ред. генерал-майора В. Ключкова. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2023. - 561 с.
- 39.Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій /Т. В. Карамушка, Л. Ю. Полівко, О. Ю. Вісіч [та ін.]. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2023. 60 с.
- 40.Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. – Луцьк : Вежа-Друк, 2021. – 236 с.
- 41.Пузирьов Є.В., Ізвєков В.В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців: стаття. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності. 2023.1/33 – с.203-209.
- 42.Розов В. І.Адаптивні антистресові психотехнології: Навч.посібн. — К.: Кондор, 2005.-278 с.
- 43.Сергієнко Ольга. Якщо ви надмірно переживаєте за все / Львів : Свічадо, 2018 – 100с
- 44.Синишина В.М. Реабілітація учасників АТО методами психологічної допомоги: стаття. Актуальні проблеми психології. Том XI. Випуск 13, 2015 – с.237-246
- 45.Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с.

- 46.Сторожук Н.А., Мась Н.М., Покотило В.В. Сучасний стан системи психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: стаття. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Військово-спеціальні науки. 1(34)/2016 – с.34-38
- 47.Сыропятов О.Г.,Дзеружинская Н.А. Техники психотерапії при ПТСР: пособие. Украинская военно-медицинская академия, Киев 2014 – 297с
- 48.Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. – Київ : НУОУ імені Івана Черняховського, 2020. – 484 с.
- 49.Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни: стаття. Матеріали наукового семінару «Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій» - с.3-13
- 50.Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки: стаття. Наукові студії із соціальної та політичної психології. Вип. 41 (44), 2018 – с.157-167
- 51.Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції: стаття. Вісник №124, розділ 3. Підготовка фахівців у системі професійної освіти, 2015 – с.230-233
- 52.Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник/ О.М. Тохтамиш. – Вінниця : Віндрук, 2014. – 100 с

53. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с.
54. Улько Н. Розвиток внутрішньої ресурсності особистості як умова подолання кризових станів у дорослому віці: стаття. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Випуск 11 (56) 2020 Серія 12. Психологічні науки – с.104-118
55. Федоренко Р.П., Коширець В.В., Шкарлатюк К.І. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців із суїцидальною поведінкою, детермінованою сімейною ситуацією: стаття. Наукові перспективи № 8(26) 2022 – с.408-421
56. Філ Джойс, Шарлотта Сіллс. Навички в гештальт-терапії. Консультування та психотерапія. Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024 – 528с
57. Циганенко Г., Іванцова О. Пам'ятка бійцю: психологічна самодопомога в зоні бойових дій: посібник. ГО «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій». Київ – 2015 – 20с.
58. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. Навчальний посібник. Рекомендовано Міністерством освіти і науки України / Т.Ф. Цигульська – Київ: «Наукова думка», 2000. – 191 с
59. Шайхлісламов З. Р., Ковтун А. С. Особливості впливу бойового стресу на психологічну підготовку військовослужбовців в умовах бойових дій: стаття. Науковий вісник Ужгородського національного університету, 2023, Серія Психологія. Випуск 3. 2023.3.28 – с142-145

- 60.Шайхлісламов З.Р., Горбенко В.Ю. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості: Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія Том 34 (73) № 1 2023. – с. 64-69
- 61.Шевченко В.В ., Руденко А.А . Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті: стаття. Збірник наукових праць «Психологічні науки». Випуск 2.12 (103) – с.239-243
- 62.Шиделко А.В. Характеристика, сутність і зміст поняття «бойовий стрес»: стаття. The 7th International scientific and practical conference “International scientific innovations in human life” (January 19-21, 2022) Cognum Publishing House, Manchester, United Kingdom. 2022. 828 p.
- 63.Breslau N, Peterson EL, Shultz LR. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma. Archives of General Psychiatry. 2008;65:431–437.
- 64.Suzette Boon, Kathy Steele, and Onno van der Hart. Coping with trauma-related dissociation skills training for patients and their therapists / First published in the United States of America by W. W. Norton & Company, Inc, 2011 – 560p.
- 65.https://epidruchniki.com/content/869_11_Stres_travmatichnii_stres_posttravmatichnii_stresovii_rozlad.html<https://>

