МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ГЛАВАЦЬКА НАТАЛЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

Допускається до захисту:
Завідувач кафедри психології
д. економ. наук, к. псих. наук,
професор
_____ В.А. Оверчук
«___»_____ 20___р.

Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу військовими

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:

Лапшова Н.С.,
Доцент кафедри психології,
к. псих. наук

_____
(підпис)

Оцінка: _____/_____/

(бали/ за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК:_____

(підпис)

Вінниця – 2024

АНОТАЦІЯ

Главацька Наталя Олександрівна. «Психологічні особливості переживаня посттравматичного стресового розладу військовими». Спеціальність 053 Психологія. Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях. Донецький національний університет імені Василя Стуса. Відповідно до визначених об'єкта, предмета й мети дослідження були досліджено такі завдання:

Опис поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних дослідженнях;

Проведений аналіз індивідуальної вразливості та наслідків психологічної травми військових;

Сформовано значення особливості психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі у військових.

Дослідження посттравматичного стресовового розладу у військових.

Розробка практичних рекомендацій для зниження інтенсивності переживань посттравматичного стресового розладу військовими.

Ключові слова: війна, ПТСР, військові, наслідки психологічної травми, дослідження, зниження інтенсивності переживань.

94 с.,7 дод., 37 джерела

Natalya Hlavatska. "Psychological features of post-traumatic stress disorder experienced by military personnel." Specialty 053. Psychology кehabilitation in emergency situations. Donetsk National University named after Vasyl Stus. In accordance with the defined object, subject and purpose of the research, the following tasks were investigated:

1. Description of the concept of post-traumatic stress disorder in psychological research;

2. Conducted analysis of individual vulnerability and consequences of psychological trauma of military personnel;

3. The significance of the features of psychological care for post-traumatic stress disorder in military personnel is formed.

4. Study of post-traumatic stress disorder in military personnel.

5. Development of practical recommendations for reducing the intensity of post-traumatic stress disorder experienced by military personnel.

Key words: war, PTSD, military, consequences of psychological trauma, research, reduction of intensity of experiences.

94 p., 7 add., 37 sources

ЗМІСТ

ВСТУП ……...4
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ УЧАСНИКАМИ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ…….……...9

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психології та психологічні дослідження……..……10

1.2. Індивідуальна вразливість та наслідки психологічної травми військових…….……...18

1.3. Особливості психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі військових……..…23

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВИМИ…….....30

2.1. Структура дослідження та обґрунтування вибору на прикладі діагностичних методик ……....30

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження……..…….35

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ІННОВАЦІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ПІД ЧАС ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ……41

3.1. Психосоціальна реабілітація військових ……..41

3.2. Практичні рекомендації щодо застосування методик у подоланні посттравматичного стресового розладу військовими…….....48

ВИСНОВКИ……54

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ……...…56

ДОДАТКИ ……..60

ВСТУП

Війна в Україні підняла актуальність проблеми збереження психологічного здоров'я військовослужбовців на принципово новий рівень. Адже участь у бойових діях практично в більшості випадків супроводжується фізичною стресовою реакцією організму людини , яка без своєчасної кваліфікованої підтримки може мати негативний вплив, як для самого військовослужбовця, так і для суспільства в цілому. Психологічні травми особового складу стають причиною зниження ефективності виконання завдань та збільшенню небойових втрат. Також вона зумовлює виникнення труднощів із соціалізацією та погіршує якість життя військовослужбовців, створює тривалі соціальні, економічні та політичні проблеми у нашій країні. У зв'язку з цим існує важлива потреба в консультуванні та психотерапевтичній підтримці різних категорій травмованих осіб, а саме, військовослужбовцям, ветеранам, членам їхніх сімей, які переживають руйнацію звичного життя.

Посттравматичний стресовий розлад визначається як - характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психологічної травми, спричиненої подіями, які виходять за межі нормального людського досвіду. У військовій професійній діяльності виділено такі види психічної травми: психічні травми як екстремальні події, обмеженої тривалості в часі та негативного впливу на психіку військовослужбовця; довготривалі психологічні травми; або численні незначні психотравмуючі події, що виникають в результаті повторюваних щоденних ситуацій на фоні професійного стресу.

Структуру посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців утворюють такі компоненти: поведінковий, інтелектуальний, емоційно-вольовий. Поведінковий компонент знаходить своє вираження у комунікабельності, умінні здійснювати самоаналіз власної

діяльності. Інтелектуальний компонент містить системні знання й професійну обізнаність, володіння навичками професійної компетентності в сфері діяльності військовослужбовців (професійний досвід). Емоційно-вольовий компонент виражає усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, а саме наявність у них професійно важливих якостей, як: холодний розсуд, стресостійкість, наполегливість, схильність до ризику та урівноваженість.

Раніше проведені дослідження посттравматичних стресових розладів здебільшого зображені в роботах медичного, загально -психологічного й медико-психологічного профілю (Ю.Ващенко, Б.Карвасарський, Р.Лазарус, К.Максименко, Г.Мозгова, В.М'ясищев та ін.). Низка досліджень присвячена з'ясуванню особливостей переживання стресу у військовій діяльності (С.Балашова, О.Бойко, М.Варій, Г.Дубровинський, А.Романишин та ін.)

Серед факторів, які зумовлюють імовірність виникнення посттравматичних психічних розладів, виділені такі, як особливості реагування на стресові події (Г.Сельє, Т.Холмс), специфіки особистісного профілю (Ф.Александер, Ф.Данбар), окремих рис характеру (О.Жузжанов, В.Симаненков, О.Тельнова), тип соціально-психологічної дезадаптації (Т.Айвазян, Ю.Губачов, Н.Завацька та ін.). Дослідження В.Абрамова, О. Гаврилова К.Максименка, Н.Максимової, Г.Мозгової, К. Островської, Л.Шестопалової, Л.Юр'євої розкрили основні проблеми та напрямки у вивченні посттравматичних стресових розладів особистості – медико-психологічні, соціально-психологічні, психолого-педагогічні.

Важливість проблеми, її недостатнє теоретичне дослідження та практична реалізація, що набуває особливої актуальності, зумовили вибір теми дослідження «Психологічні особливості переживання посттравматичного розладу військовими».

Мета дослідження – виявлення особливостей перебігу посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців та розробка

практичніих рекомендацій щодо психокорекційного супроводу військослужбовців.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців.

Предмет дослідження: особливості переживання посттравматичного стресового розладу військовослужбовців.

Відповідно до визначених об'єкта, предмета й мети дослідження сформульовано такі **завдання:**

1. Описати поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних дослідженнях;
2. Проаналізувати індивідуальну вразливість та наслідки психологічної травми військових;
3. Визначити особливості психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі військових.
4. Емпірично дослідити посттравматичний стресовий розлад військових.
5. Розробити практичні рекомендації для зниження інтенсивності переживань посттравматичного стресового розладу військовими.

Гіпотеза дослідження: особливості посттравматичного стресового розладу військовослужбовців проявляються на поведінковому, інтелектуальному та емоційно-вольовому рівні.

Методи дослідження: Для вирішення поставлених завдань на досягнення мети було використано наступні методи:

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз, порівняння інформації із загальної та спеціальної психолого-педагогічної та медичної наукової літератури, узагальнення й систематизація теоретичних даних – для визначення стану розробленості проблеми, якісної обробки дослідницької інформації, визначення перспективних напрямів подальшого дослідження проблеми.

– *емпіричні*: спостереження, анкетування, тести, психологічний експеримент (констатувальний); на різних етапах дослідження було використано тестові методики, а саме: метод Холмса-Раге (на наявність стресового розладу, тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, тест інтелекту Амтхауера, методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, тест САН, дослідження вольової саморегуляції А.Зверкова – Е.Ейдмана, дослідження схильності до ризику О.Шмельова, опитувальник FPI, багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" А. Маклакова, С. Чермяника (шкали адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність);

– *обробки даних* з використанням методів математичної статистики (за допомогою програми «STATISTIKA Stat Soft 6.0» та «Microsoft Excel 2007», із застосуванням аналізу за критерієм Ст'юдента, кореляційного, факторного та кластерного статистичних методів.

Практична значимість дослідження: полягає в можливості використання теоретичних , емпіричних та практичних результатів магістерської роботи практикуючими психологами при плануванні та організації психологічної допомоги військовослужбовцями з ПТСР. Реалізації програми подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, яку можна використати в роботі психологів,які працюють з учасниками бойових дій.

Апробація дослідження : результати були представлені на I Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції (м. Віниця, 18-19 травня 2023 року) актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни та миру: проблеми, досвід, нові концепції та перспективи.Сучасні дослідження в медичній психології та психології здоров'я та на III Міжнародній науково-практичній конференції (м. Вінниця, 16-17 листопада 2023 року), актуальні проблеми адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєстійкості психологічні проблеми адаптації.

Структура роботи : Кваліфікаційна (магістерська) робота загальним обсягом 94 сторінок, складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, висновків, списку використаних посилань з 37 найменувань та додатків. Містить 5 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ УЧАСНИКАМИ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних дослідженнях.

Проблема посттравматичного стресового розладу та необхідності його постійного подолання для військових стає ще більш актуальною у зв'язку із повномасштабним вторгненням росії на територію України та особливо спостерігається серед військовослужбовців, що піддаються впливу багатьох стресогенних факторів як соціального так і особистісного характеру. Розвиткові психологічного напруження сприяє також специфіка виконуваної діяльності, характер якої, у сполученні з особистісними властивостями, позначається на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій.

Травматичний досвід не вписується в алгоритм повсякденної поведінки людини. Йдеться про ситуації коли існує загроза (фізична чи психологічна) життю та безпеці людини, де було порушено базові людські інстинкти, а саме: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду. В таких випадках прийняття всіх ситуації одночасно має руйнівний вплив на психіку. Одним з найпотужніших психологічних захистів, механізмом витіснення є медикаментозне лікування.

Єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів не існує. Причина полягає не тільки в складності посттравматичного стресу, але й з багатогранністю природи розладу, коли відбувається різні адаптивні та дезадаптивні процеси. Тому багато дослідників і клініцистів, запропонували психологічні й інші моделі засновані на різних гіпотезах, до них належать: психодинамічні, когнітивні, психосоціальні, психобіологічні, умовнорефлекторні моделі, розроблені в останні роки, багатофакторна модель посттравматичного стресового розладу.

Аналізуючи посттравматичний стресовий розлад, Є. Александров спирається на диференціацію розгорнутої картини стресу на субсиндроми: емоційно-психологічний, вегетативний, когнітивний та соціально-психологічний.

Так, поєднавши основні підходи, був розроблений психосоціальний підхід, де вводиться вплив навколишнього середовища на виникнення посттравматичного стресового розладу. Ця модель реагування на травму також є багатофакторною і враховує вагу кожного фактору у розвитку стресової реакції. У цій моделі виділені такі соціальні фактори, які впливають на успішність адаптації потерпілих від психічної травми як: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, соціальну підтримку з боку суспільства та вплив близьких людей [10].

Відповідно до DSM-5, депресивні розлади характеризуються сумним, спустошеним чи дратівливим настроєм, та супроводжуються соматичними та когнітивними змінами, які суттєво впливають на якість життя людини [15]. Найвідомішим із них є «великий депресивний розлад», який діагностують у випадку наявності мінімум п’яти із наступних симптомів, присутніх протягом останніх двох тижнів: пригнічений настрій протягом більшої частини дня, значне зниження інтересу чи задоволення від більшості активностей, значна зміна ваги тіла чи апетиту, надмірна сонливість або безсоння, психомоторне збудження або загальмованість, відчуття нестачі енергії, почуття меншовартості або провини, знижена здатність до концентрації уваги та повторювані думки про власну смерть, суїцидальні наміри чи спроби.

На сьогоднішній день в західний психології існує стандартна практика використання структурованого діагностичного інтерв’ю для того, щоб переконатися у детальному врахуванні всіх симптомів ПТСР. Діагностичне інтерв’ю поєднує в собі переваги точних діагностичних рекомендацій з методом інтерв’ю, який відповідає певним психометричним параметрам

(надійність та валідність). Використання структурованого діагностичного інтерв'ю в клінічній практиці може суттєво підвищити точність діагнозу і покращити планування лікування.

Важливу роль у когнітивному посттравматичному процесі відіграють дисоціативні стани, що пов'язані з особливостями процесу запам'ятовування травматичної інформації та супроводжуються різними відчуттями втрати зв'язку з реальністю. Часто можуть проявлятися мимовільні перенесення людини в травматичне минуле та здійснення нею дій, які не адекватні, а є адекватними саме ситуації в минулому. Відмова від прийняття життєвого досвіду і породжує основну причину посттравматичної дезадаптації – когнітивний конфлікт, суть цього полягає, що травматичні спогади прориваються крізь бар'єри заборон. Емоційна інтенсивність прориву спогадів постійно зростає. Тяжкість емоційного стану, що супроводжує травматичні спогади, з часом робить неможливим нормальне життя функціонування людини [7].

Аналітичне опрацювання досліджень та наукових висновків вчених М. Решетнікова, В. Ротштейна, Н. Тарабріної, В. Ягупова та ін. дозволило створити класифікацію психотравмуючих ситуацій залежно від їх раптовості, тривалості, інтенсивності, частоти, характеру наслідків, включеності особи, наявності підсилюючих чинників.

Результати численних досліджень показали, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу бойової ситуації та бойових дій, не належить до жодної з категорій відомих клінічній практиці. Наслідки психологічної травми можуть з'явитися раптово, через тривалий проміжок часу, на тлі загального погіршення зовнішнього стану добробуту військовослужбовця, і з часом це погіршення стає все більш чітко вираженим. Різноманітні симптоми, що вказують на таку зміну стану , обговорювалися раніше, проте довгий час не розроблялися чіткі критерії його діагностики. На фоні високої актуальності соціально-психологічного вивчення феноменів психічної травми та психотравми, стримуючий вплив на

емпіричні дослідження, відсутність узгодженості теоретичного позиціонування, єдиних концептуальних моделей та методичних розробок, які дозволяють повно і всесторонньо аналізувати ці феномени та порівнювати результати їх вивчення.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, яка може призвести до низки психічних і поведінкових розладів. Для виникнення ПТСР людина повинна пережити дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес [4]. До основних симптомів синдрому ПТСР включають: порушення сну; патологічну пам'ять (нав'язливі повернення); нездатність згадати – амнезія (уникнення); надчутливість (підвищена настороженість); перезбудження (неадекватне перенапруження)[3]. Вторинні симптоми ПТСР включають : депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «Его»-функціонування тощо.

Соціальний стресовий розлад виявляється до клінічними (психологічні реакції) і клінічними (невроз, патохарактерологічний розвиток особистості, алкоголізм) розладами. Основними клінічними проявами соціального стресового розладу є вегетативна дисфункція; порушення сну; істеричні розлади; панічні атаки; інші невротичні і психопатичні порушення. Особливо очевидним є виникнення стресового розладу в осіб з вимушеною міграцією. Досліджуючи мігрантів автори відзначають високий ступінь ризику психогенних розладів (Н. Незнанов, К. Телія).

А. Кардинер, досліджуючи посттравматичний стресовий розлад, назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що службовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну властивість. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реального життя; схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [12].

На думку А. Красило, психологічна травма – це руйнівне знищення самооцінки людини внаслідок втрати або загрози соціальних цінностей. Умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травмуючої сфери постраждалого. Нерівномірний розвиток психіки закріплюється у внутрішніх установках і стає перешкодою для особистісної єдності та цілісності. І навпаки, рання гармонічна соціалізація особистості є позитивним чинником, що сприяє профілактиці психологічних травм. Важливо виявити і зміцнити потенційну здатність людини протистояти чинникам, які її дезінтегрують та призводять до соціального неврозу.

Англійський вчений С. Касл виділив два основних трактування поняття стресу у зв'язку з трудовою діяльністю – вузьке та розширене. В першому трактуванні стрес розглядається як перевага вимог з боку середовища над наявними можливостями суб'єкта, які необхідні для їх задоволення. В другому трактуванні - як неадекватність у цілісній системі «людина – середовище», що включає в себе не тільки вузьке трактування, але й зв'язок між потребами людини та можливістю їх задоволення в робочому середовищі (недовикористання людських можливостей, зменшення навантаження, зниження стимуляції) [5].

Серед досліджень посттравматичних стресових розладів здебільшого виконані в межах робіт медичного та медико-психологічного профілю. Дослідники вивчали необхідність психіатричного підходу, інтегрованого підходу у вивченні соматичного та психічного здоров’я (З. Ліповскі, Б. Ломов), комплексного врахування впливу індивідуально-психологічних особливостей на виникнення та розвиток психосоматичних дисфункцій (Ю. Губачов, Б. Карвасарський, В. Мясищев), на роль механізмів загального адаптаційного синдрому у розвитку невротичних патологій (Р. Лазарус, Г. Сельє), на інтеграційні параметри особистості (Г. Аммон, Дж. Мак-Дауголл) та глибинні інтрапсихічні конфлікти (Ф. Александер, Ю. Ващенко, Є. Рисс)

як загальні та специфічні психологічні чинники посттравматичних стресових розладів.

Проблема посттравматичного стресового розладу та необхідності його постійного подолання стала ще більш актуальною із загальним погіршенням історичної ситуації, що особливо яскраво спостерігається серед військовослужбовців, які піддаються впливу численних стресових факторів в умовах війни. Виникненню психологічного стресу сприяють також особливості військової діяльності, характер якої, у поєднанні з індивідуальними особливостям, позначається на переживаннях критичних (травматичних) ситуацій.

Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу» до цієї групи захворювань належить довгострокова захворюваність серед військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і ексвійськовополоненних після короткочасної або тривалої екстремальної ситуації.

ПТСР може спостерігатися такими наступними клінічними симптомами: невмотивована пильність – людина слідкує за всім, що відбувається навколо, має постійне відчуття загрози та вибухової реакції. При будь-якій несподіванці людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуку низько пролітаючого гелікоптера); емоційне притуплення – втрачає емоційного прояву людина як повністю або частково. Людині важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, а також нездатність відчувати радість, кохання, прихильність, грайливість та спонтанність. Досліджувані говорять, що після перенесених ними в минулому екстремальних подій, їм набагато важче стало відчувати ці почуття; агресивність – прагнення вирішувати свої проблеми з допомогою грубої сили. Як правило, йдеться про фізичну силу, але також про ментальну, вербальну та емоційну агресію; порушення пам’яті та концентрації уваги – у певних обставинах людині важко зосередитись або згадати щось. Інколи концентрація уваги може бути дуже великою, але при виникненні будь якого

стресового фактору людина уже не в змозі зосередитися; депресія – у цьому стані посттравматичного стресу депресія досягає найпотаємніших глибин людського відчаю, коли людина відчуває, що все в житті у неї безглуздо. Тому почуттєвій депресії притаманні нервове виснаження, апатія та негативне ставлення до життя; загальна тривожність – проявляється на фізіологічному рівні (біль у спині, спазми в шлунку, головні болі); у психічній сфері – постійне хвилювання, «параноідальні» явища (наприклад, необґрунтований жах переслідування), в емоційних хвилюваннях (постійне почуття жаху, невпевненості, комплекс провини); зловживання наркотичними та лікарськими речовинами – з метою зниження інтенсивності посттравматичних синдромів досліджувані, в особливості ветерани, зловживають психоактивні речовини (наркотиками), алкоголь та інші препарати, але треба зазначити, що ветерани були помилково віднесені до категорії алкоголіків, наркоманів; непрохані спогади – вважається, що це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про наявність посттравматичного стресового розладу у суб'єкта [14].

У пам'яті пацієнта несподівано виникають непрохані спогади, сцени, пов'язані з травмуючими подіями. Ці спогади виникають як у ві сні, так і у бадьорому стані. Це відбувається, коли навколишнє середовище нагадує ситуації, що мали місце під час війни, із запахами, звуками, які могли бути присутні у той час. Головна різниця посттравматичних «непроханих спогадів» від буденних спогадів виявляється у тому, що посттравматичні «непрохані спогади» супроводжуються сильними почуттями тривоги та страху.

А. Козінчук зазначає, що «афганський» синдром несе в собі причину асоціальної поведінки військових ветеранів. Він має наукову назву посттравматичний стресовий розлад, що проявляються через 3-6 місяців після закінчення війни. Один з основних симптомів – «флешбеки»: ветерану ввижаються неприємні спогади, які він намагається забути. У нього може проявлятися бурхлива активність, обумовлена комплексом провини. Колишні

воїни можуть вживати спиртні напої, наркотичні речовини та приєднуватися до злочинних угруповань. Симптомами цього розладу також є незрозуміла агресія, спрямована на сім'ю та близьких. ПТСР характеризується й соматичними проявами: порушенням сну, головними болями, серцевими нападами [16].

Під впливом травматичної ситуації людина відчуває страх, який породжений навколишнім світом і власною безпорадністю у ньому, переконання, які були раніше, руйнуються, що приводить особу в стан дезінтеграції. Виникає депресія, людина починає відчувати себе нікчемною і покинутою, у неї розвивається невпевненість у собі, з'являється реальне відчуження від близьких («їм мене не зрозуміти», «вони цього не пережили»).

У стані ПТСР депресія досягає самих глибин відчаю, особа втрачає сенс існування. Виникає сильна апатія та з'являється почуття провини: можуть виникнути сумніви, що вона могла зробити більше, щоб допомогти близьким людям. Людина може постійно запитувати себе, чим вона заслужила те, що вижила, чому інші люди не були дуже щасливі. Виникають саморуйнівні думки та поведінка, аж до суїцидальних дій.

Стреси і напруга, що виникають у звичайному житті, можуть ставати нестерпними для тих, хто пройшов травматичний інцидент. Вони намагаються уникати близьких контактів з рідними, друзями і колегами, що часто веде до збільшення особистих проблем. Труднощі у взаєминах з часом посилюються поряд із загостренням відчуття, що «ніхто не може зрозуміти, через що я пройшов». Проявляється у труднощах (безсоння), підвищеній дратівливості, зниження концентрації уваги, спалахах гніву і вибухових реакцій, немотивованій підозрілості та підвищеній готовності до «реакції втечі».

У звичайному житті потерпілий може здаватися цілком благополучною людиною, але будь-який стимул (відповідний звук, запах, схожа ситуація, тінь, що промайнула за плечем - може бути що завгодно), який повертає

людину в критичну ситуацію, викликає миттєве пожвавлення переживань у потерпілого. На захист від цих переживань потерпілому потрібно все більше і більше зусиль. Дедалі частіше вони намагаються бути насторожені, немов їм загрожує небезпека. Проте небезпека тут не стільки зовнішня, а навпаки внутрішня, вона не дозволяє розслабитися та відпочити [11].

ПТСР – це комплекс змін, спричинених спогадами про травму, що проявляється в таких сферах: емоційній (страх, смуток, неспокій, гнів); пізнавальній (труднощі в запам'ятовуванні, порушення уваги, погіршення інтелектуальної діяльності); тілесній (болі в животі, грудях, голові, тремор, порушення сну); поведінковій (труднощі в спілкуванні, зосередження на собі, ізоляція, підвищена схильність до тютюнопаління, вживання наркотиків, зловживання алкоголем).

М. Решетнікова, В. Ротштейн, Н. Тарабріна виділяють три основні групи симптомів рамках посттравматичної патології:

1) перезбудження (включаючи вегетативний стан, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади);

2) періодична депресія (притупленість відчуттів, відчай, усвідомлення безвихідності);

3) риси істеричного реагування (параліч, сліпота, глухота, припадки, нервове тремтіння) [11].

У динаміці переживання травматичної ситуації можна виділити чотири етапи. Перший етап - фаза заперечення або шоку. Під час цієї фази, яка настає відразу після дії травматичного фактора, людина не здатна прийняти подію на свідомому емоційному рівні. Психіка захищає себе від руйнівного впливу травми. Цей етап, як правило, відносно нетривалий. Другий етап - носить назву фази агресії і провини. Коли людина поступово починає переживати те, що сталося, вона намагається звинувачувати тих, хто прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина спрямовує свою агресію на саму себе й відчуває почуття провини («якби я поводився інакше, цього б не сталося»). Третій етап - фаза депресії. Депресія починається після

усвідомлення того, що ситуація сильніша за неї. Вона супроводжується почуттями самотності, безпорадності та власної непотрібності. Коли людина не бачить виходу з певної ситуації, що склалася, вона втрачає відчуття сенсу життя. На цій стадії дуже важлива тактовна підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує через не усвідомлені страхи бути «зараженими» своїм станом. Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне прийняття (свідоме та емоційне) свого минулого і набуття нового сенсу життя. Людина може отримувати корисний життєвий досвід з того, що сталося. [12]. Відповідна послідовність є конструктивним розвитком даної ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, тоді ці етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються певні симптомокомплекси, впоратися з якими самостійно він вже не може.

Американський вчений Д. Вейтц запропонував вісім варіантів стресогенних ситуацій: необхідність прискореної обробки інформації; усвідомлювана загроза; шкідливі стимули навколишнього середовища; порушення фізіологічних функцій (безсоння, хвороба, мінливі стани); ізоляція (ув’язнення); груповий тиск; остракізм (вигнання, гоніння); зневіра [16].

1.2. Індивідуальна вразливість та наслідки психологічної травми військових

Коли йдеться про те, що людина страждає на посттравматичні стресові розлади (ПТСР), насамперед мається на увазі те, що вона пережила травмуючу подію, тобто з нею сталося щось жахливе, і вона має деякі зі специфічних симптомів. Однак ця подія – лише частина загальної картини, яка зіграла свою роль у хворобливому процесі.

Інша сторона посттравматичного стресу відноситься до внутрішнього світу особистості та пов'язана з реакцією на пережиті події, яка у кожному випадку індивідуальна.

Крім тяжкості стресорного фактора, важливу роль відіграє вразливість індивіда до ПТСР, про яку свідчать особливості преморбіду (незрілість, риси апатії, дратівливість, залежність, схильність до надмірної віктимності, спрямованому на придушення небажаної емоції), схильність до віктимізації в подібних ситуаціях (тенденції опинятися в ролі жертви при аналогічних ситуаціях).

До важливих факторів ризику ПТСР належать такі особистісні особливості людини, як акцентуація характеру, соціопатичний розлад, низький рівень інтелектуального розвитку, а також наявність алкогольної чи наркотичної залежності.

Генетична схильність (психічні розлади в анамнезі) може збільшити ризик розвитку ПТСР після травми; на це також впливає попередній травматичний досвід (наприклад, фізичне насильство у дитинстві, нещасні випадки у минулому, розлучення батьків). Важливий віковий фактор: подолання екстремальних ситуацій є складнішим для молодших та старіших людей. Ризик ПТСР також зростає у випадках ізоляції людини на період переживання травми, втрати сім'ї та когось із близьких. Важливу роль своєчасно наданої допомоги, реакції членів сім'ї, які можуть спровокувати деякі хворобливі прояви.

Останнім часом все більшого значення набувають психічні аспекти стресу, зокрема значущості життєвої події, включаючи ставлення особистості до загрозливої ситуації. Сприятливим фактором може виявитися фізіологічний стан у момент одержання травми, особливо соматичне виснаження на фоні порушення стереотипу сну та прийому їжі.

Біологічні та психологічні симптоми, характерні для гострих стресових реакцій є мабуть одним з найбільш очевидних критерій того, що це подія сприймається жертвою як травматична.

Якщо відразу після стресу людина переживає виражене збудження, з прискореним пульсом, підвищенням кров'яного тиску, відчуттям тривоги чи паніки, це несприятлива прогностична ознака. У тих випадках, коли

навантаження досить велике, центральна нервова системи може видати відповідну гіперреакцію навіть на одноразовий стресор.

Якщо якась подія «вразила» людину настільки, що вона перебуває в стані «заціпеніння» можливість подальшого розвитку ПТСР збільшується.

Можна виділити ще низку умов, які впливають на розвиток ПТСР:

- існує ряд інших умов, які впливають на розвиток ПТСР;
- наскільки об’єктивно реально була загроза життю;
-наскільки ситуація суб'єктивно сприймалася як загрозлива;
- наскільки близько до місця трагічних подій був індивід (він міг фізично не зазнати, але бачити наслідки катастрофи та тіла загиблих);
- наскільки до цієї події були залучені близькі, чи постраждалі, яка була їхня реакція.

Найбільш психологічно значущими характеристиками травматичної стресової події вважатимуться:

1) протиріччя базовим переконанням особистості, сприймається як загроза існуванню;

2) несподіванка (як об'єктивна, так і суб'єктивна, коли через заперечення людина не допускала можливості події);

3) непоправність того, що сталося.

Важлива складова травми, крім самої події, є постстресове оточення. Ставлення до смерті та страждань у сучасному світі характеризують такі особливості:

1) тенденція до уникнення, якби ці феномени не мали відношення до життя більшості людей;

2) найближче оточення не підтримує. Все це, як правило, загострює перебіг ПТСР та реакції втрати, ускладнює переробку травматичної події.

У гострій фазі травма призводить до руйнування цінностей, переконань та уявлень про мир і про себе (ідентичність), що за відсутності компенсації

може призвести до суїциду. Прагнення компенсувати цю катастрофу реалізується як:

1) спроби зберегти колишню систему цінностей та переконань;

2) перегляду та створення нової, більш гнучкої та життєздатної системи.

У динаміці процесу переробки травми можна виділити такі етапи:

1) заперечення;

2) переосмислення;

3) прийняття.

Повне або часткове заперечення є першою реакцією на травматичну подію. Заперечення може бути проміжним етапом, якщо надалі у людини вистачає сил, щоб переробити подію, або може стати остаточним кроком, що оберігає систему переконань від перегляду. Прикладом крайньої форми заперечення є повна психогенна амнезія. Однак більш поширенною є часткова амнезіся або заперечення деяких висновків, що випливають з події.

Переосмислення події є однією з основних причин репереживання (повторного відтворення) травми. Однак симптоми репереживання є результатом безлічі чинників, зокрема, та заперечення. При переважанні заперечення спогади про подію мають нав'язливий характер і супроводжуються вираженим уникненням.

Часто, особливо при хронічній формі процесу, репереживання супроводжує "вторинна вигода". Приклад так звані «рентні неврози» цього може бути описаний на початку століття. Прагнення знизити рівень емоційного дискомфорту внаслідок репереживання часто призводить до вживання алкоголю, транквілізаторів або наркотиків з наступним формуванням залежності, за якої репереживання, у свою чергу, починає грати роль виправдання. По суті, цю тенденцію можна розглянути як процес формування нової ідентичності – "травмованої людини". При цьому можливі як пошук співчуття та підтримки інших, так і, навпаки, прагнення залишитися «в гордій самоті».

Тригери нав'язливих травматичних спогадів з часом можуть ставати все більш і більш витонченими та узагальненими. Таким чином, найрізноманітніші подразники можуть викликати нагадування про травму. Фізичні реакції людини з ПТСР на певні фізичні та емоційні стимули носять такий характер, ніби він все ще перебувають під серйозною загрозою; він страждає від перебільшеної реакції на несподівані стимули та неможливості релаксації.

Світ стає небезпечним місцем: невинні звуки викликають реакцію тривоги, звичайні явища сприймаються як предвісники небезпеки. Люди з ПТСР мають певні труднощі з розрізненням відділенних несуттєвих стимулів від суттєвих, коли з контексту необхідно виокремити те, що є справді важливим. В результаті втрачається здатність гнучко реагувати на вимоги довкілля, що змінюються, з чого випливають труднощі в навчанні і серйозне порушення здатності засвоєння нової інформації.

Багато травмованих індивідів, особливо діти, які перенесли травму, схильні звинувачувати самих себе за те, що сталося з ними. Взяття відповідальності він у цьому випадку дозволяє компенсувати (або замістити) почуття безпорадності та вразливості ілюзією потенційного контролю.

Нав’язливе повторне переживання травматичних подій – поведінкова модель, яка часто спостерігається у людей, які перенесли травму, – не знайшовши відображення у діагностичних умовах ПТСР. Виявляється він у тому, що несвідомо людина прагне до участі у ситуаціях, які загалом чи частково подібні до початкової травматичної події. Цей феномен спостерігається практично за всіх видів травматизації. Наприклад, ветерани стають найманцями або служать у поліції. Розуміння цього на перший погляд з’ясування парадоксального явища може допомогти прояснити певні аспекти девіантної поведінки. Суб'єкти, які демонструють схожі подібні повторні переживання травми можуть спровокувати таку поведінку, як у ролі жертви, так і агресора.

Повторне переживання травми є однією з головних причин широкого розповсюдження насильства у суспільстві. Численні дослідження, проведені в США показали, що більшість злочинців, які вчинили серйозні злочини, в дитинстві пережили повторно ситуацію фізичного чи сексуального насильства.

У літературі описується феномен «ревіктимізації»: травмовані військовослужбовці знову і знову потрапляють у ситуації, де вони опиняються жертвами. Переслідуваний нав'язливими спогадами та думками про травму, травмований військовослужбовець намагається організовувати та спростувати своє життя таким чином, щоб уникнути емоцій, які спровоковані цими думками. Уникнення може набувати різних форм, наприклад: дистанціювання від спогадів про подію, зловживання наркотичними речовинами чи алкоголем у тому, щоб заглушити усвідомлення дистресу.

1.3. Особливості психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі військових

Діяльність військовослужбовців характеризується екстремальністю, пов'язаної з наявністю різних стрес-факторів та психічними перевантаженнями, що сприяє формуванню ознак посттравматичного стресового розладу та негативно позначається на ефективності їх професійної діяльності.

Екстремальні ситуації професійної діяльності негативно позначаються на психічному здоров'ї військовослужбовців, що призводять до розвитку у них різних психічних відхилень: посттравматичних стресових розладів, психосоматичних та невротичних розладів, залежної поведінки. Для військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, характерний високий рівень емоційних порушень. Такі порушення отримали назву психоневрозу чи бойової втоми. Ці емоційні порушення можуть виявлятися у стані гострого страху, астено-депресивних станах, істеричних реакціях.

Одним із видів психологічних наслідків збройних конфліктів є бойовий посттравматичний стресовий розлад, що виникає у значної частини учасників бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад розвивається після гострої реакції на стрес. Він характеризується розгубленістю, страхом, жахливими сновидіннями; депресивними реакціями із тривожними розладами; реакціями ейфоричного типу з багатомовністю, з різкою недооцінкою тяжкості свого соматичного стану. Тривалість таких станів становить від кількох тижнів до кількох місяців. Особливо стійкими є депресивні, обсесивно-фобічні розлади та порушення сну [6]. Клінічна картина посттравматичного стресового розладу є поєднанням психопатоподібних (асоціальних, експлозивних, істеричних) розладів поведінки, що посилюються алкоголізацією, вживанням наркотиків та тяжкою неврозоподібною симптоматикою.

Симптоми ПТСР у військовослужбовців виявляються протягом кількох місяців із моменту травматизації. У значній кількості випадків потім настає спонтанне лікування: протягом 12 місяців після травми одна третина постраждалих позбавляється симптомів стресу та післястресового розладу, а через 4 роки після травмування у половини постраждалих спостерігається повна відсутність скарг. Це свідчить про величезну роль соціальних факторів як у допомозі з подолання травматичних стресових станів, і у формуванні ПТСР у разі відсутності психологічної підтримки та розуміння оточуючих людей [3].

Безсумнівно, військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом необхідна психологічна допомога, спрямована на переживання психічної травми; формування умінь та навичок психологічної релаксації та відновлення ресурсів організму; навчання прийомів саморегуляції у різних стресових ситуаціях.

Найбільш ефективним методом надання психологічної допомоги військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом є психологічний супровід, що дозволяє надавати підтримку військовослужбовцям протягом усього періоду реабілітації.

Сьогодні психологи розуміють підтримку, як психологічний супровід, як підтримку психічно здорових людей, у яких на певному етапі життєвого шляху виникають труднощі. Відмінною особливістю психологічного супроводу з інших видів психологічної допомоги є підтримка реакцій, що природно розвиваються, процесів і станів особистості. Психологічна допомога здійснюється відповідно до закономірностей розвитку, поступово відкриваючи перспективи саморозвитку, самопізнання та самореалізації особистості. В результаті психологічного супроводу створюються умови для переходу особистості від допомоги до формування життєвої позиції «Я можу сам впоратися зі своїми життєвими труднощами» [2].

Механізми формування посттравматичних стресових розладів та основні напрями психологічної допомоги військовослужбовцям описані в теоретичні моделі формування посттравматичного розладу.

Досі в даний час не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, яка б пояснювала його етіологію та механізми виникнення та розвитку ПТСР. Однак у результаті багаторічних досліджень розроблено декілька теоретичних моделей, серед яких можна виділити: психодинамічний, когнітивний, психосоціальний та психобіологічний підходи та розроблену останніми роками мультифакторну теорію ПТСР.

Після закінчення бойових дій та демобілізації у людини починається новий етап життя, зовсім відмінний від життя «до». Учаснику бойових дій чи надзвичайних ситуацій знадобиться адаптація до реальності, пристосування до мирного життя для успішного подальшого існування в сім'ї, у суспільстві.

Після війни потрібне повноцінне відновлення організму – і фізичне та психічне. Психотравму потрібно обов'язково лікувати, але тільки під наглядом лікарів, тому рекомендуємо звернутися за професійною допомогою до фахівців-психотерапевтів та психіатрів.

Медична допомога учасникам бойових дій полягає у подоланні відстрочених реакцій на вплив стрес-факторів бойової обстановки та ґрунтується на концепції посттравматичних стресових реакцій.

Комплексна допомога військовослужбовцям складається з оглядів та консультацій лікарів, підбору медикаментозної терапії, курсу з індивідуальної та групової психотерапії, психоосвітніх занять.

Важливе місце займають індивідуальні консультації психологів, індивідуальні та групові психотерапевтичні сесії, групові психокорекційні заняття, а також консультації різних лікарів-фахівців, таких як психіатр, нарколог. Особливе місце займають і заняття, пов'язані з аутотренінгами, які спрямовані на розвиток психічної саморегуляції.

Психоосвітні заняття є лекціями, що торкаються питань клінічних проявів психотравми, механізмів формування, а також лікування постстресових розладів. Лекції призначені не лише для тих, хто пережив травмуючі події, але й для рідних та близьких. Крім лекційних занять, психоутворення включає і бібліотерапію - це один з методів психотерапії, при якому використовують спеціально підібрану літературу, з подальшим її обговоренням з фахівцем.

Заняття з психологом, психотерапевтом дозволяють вивчити характер психологічних проблем, ступінь впливу цих проблем на психічне здоров'я та життєдіяльність. Фахівець з ментального здоров'я допоможе усвідомити та осмислити ті події, які спричинили психологічну травму, сформувати навички психологічної релаксації, навчитися прийомів саморегуляції у різних стресових ситуаціях.

Допомога психотерапевта спрямовано створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, емоційної переоцінки травматичного досвіду, відновлення уявлень цінності власної особистості, вибудовування пріоритетів і підвищення мотивації.

Центральним завданням є створення умов для поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. Особлива увага приділяється зміцненню стійкості до страху, тривожності та паніки, відновлення рівноваги виснаженої нервової системи.

Для лікування застосовуються різні методики психологічної корекції, саморегуляції, що на практиці показують свою результативність: аутотренінг, арт-терапія, світлотерапія, фототерапія, пісочна терапія. Велику роль відіграють різноманітні методи та вправи для релаксації та зняття стресу, які полегшують симптоми, знижують напруженість.

Крім індивідуальної роботи з психологом, проводиться і групова психотерапія.

Травма часто негативно впливає на здатність людини створювати та підтримувати стосунки з іншими людьми. Групова терапія допомагає людям із ПТСР відновлювати довіру до людей, а також здатність мати здорові стосунки з іншими. Як правило, група складається з 5-12 осіб, зі схожим характером проблеми. Однією з переваг групової психотерапії є можливість краще зрозуміти себе у процесі взаємодії коїться з іншими учасниками. Робота у групі відбиває неусвідомлювані пацієнтом негативні особливості свого спілкування, що у результаті дії психотравми. Крім того, група надає можливість надавати допомогу іншим учасникам, пацієнт при цьому переживає почуття компетентності та потреби, вкрай корисне для подолання кризи.

Комплексне лікування передбачає також використання фармакотерапії – лікування всього спектра психічних розладів та залежностей лікарськими засобами. При медикаментозному лікуванні широко використовуються сучасні та безпечні препарати.

Найчастіше бойова психічна патологія ускладнюється зловживанням психоактивними речовинами – алкоголем чи наркотиками.

Дані заходи дозволяють зменшити ризики посттравматичного синдрому у мобілізованих, низки негативних наслідків дезадаптації, таких як алкоголізм, наркоманія, суїциди, розлучення, конфлікти в сім'ях та на роботі.

За призначенням лікаря у складних випадках зменшення тривожності, депресії, нападів гніву може бути показані антидепресанти, антипсихотичні препарати, стабілізатори настрою.

Для заповнення внутрішніх ресурсів організму, відновлення порушення обміну речовин у центральній нервовій системі можуть застосовуватися і вітамінні крапельниці, додатково допомагаючи організму відновити втрачену в системі рівновагу.

Якщо ж були отримані різні поранення, травми та контузії – необхідно спостереження лікарів відповідного профілю: консультації терапевта, хірурга та невролога.

Психотерапевт проводить роботу і з членами сім'ї, допомагаючи виробити нову стратегію поведінки і спілкування з людиною, яка страждає на ПТСР, впоратися зі стресом у сім'ї.

Отже, посттравматичний стресовий розлад визначається як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, спричиненої подією, яка виходить за межі нормального людського досвіду, наприклад: загроза життю, нанесення шкоди особі або її родині. Були виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес: подія, актуалізована тобто людина знає, що з нею сталося і чому у неї погіршився психологічний стан; чому цей стан обумовлений зовнішнішньою причиною; переживання порушує звичний спосіб життя; подія, викликає страх і безпорадність і відчуття, що нічого не можна зробити або змінити.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що ймовірність подолання стресових подій відображається на успішності чи не успішності адаптивної стратегії поведінки.

Ефективність соціально-психологічної адаптації визначається як за об’єктивними показниками досягнень, так і за своєю роботою в певній професії та соціально-економічної позиції, яку вона займає.

Висновки до розділу 1

На сьогоднішній день серед психологів, що займаються проблемою психологічної травми і її наслідків, існує думка, що переживання психічної травми є нормативним елементом психологічного розвитку людини: як не можна людині прожити життя без ударів і ран, так не можна прожити їй і без психологічних травм. Іншими словами, психічна травма і її переживання зустрічаються в житті практично кожної людини, і в більшості випадків результат переживання веде до інтеграції події в психічний досвід людини без спотворення його розвитку і без формування різних патологічних синдромів.

Що ж стосується ПТСР, то, як і при будь-якому іншому порушенні, одним з основних методів його запобігання є профілактика, яка в даному випадку полягає, перш за все, в підвищенні рівня психологічної обізнаності населення.

Отже, посттравматичний синдром не зрідка супроводжується частими спалахами гніву, підвищеною тривожністю, порушенням сну, притупленістю емоцій, безконтрольним вживанням алкоголю, наркотиків, лікарських препаратів, схильністю до депресії, нав'язливими спогадами, прагненням до ізоляції, розчаруванням в своїх мріях і надіях. До вторинних симптомів ПТСР відносять: депресію, занепокоєння, імпульсивну поведінку, алкоголізм, зловживання психоактивними речовинами, порушення відчуття часу, сприйняття і інших аспектів особистісного реагування.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВИМИ

2.1. Структура дослідження та обґрунтування вибору на прикладі діагностичних методик

База дослідження: Благодійний фонд SOS Дитячі містечка України. Мета Фонду: допомога дітям і сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах та мають високий рівень ризику соціального сирітства, допомогти військовослужбовцям адаптуватися у суспільстві та подолати посттравматичний стресовий розлад, налагодження комунікацій в сім'ї військовослужбовців.

У дослідженні взяли участь 36 осіб.

Загальна характеристика вибірки:

Це група сформована із числа громадян, які зверталися за допомогою до Фонду. Всі представники групи - чоловіки. Віковий діапазон - 29-55 років.

Соціальний статус: 70% із числа всієї вибірки - одружені, з них двоє перебувають у щлюбо-розлучному процесі. 20% - не одружені. Як правило, є діти, максимум - двоє дітей. Освіта від середньої (25%) до вищої (75%).

Стан на момент первинної консультації: посттравматичний розлад на тлі перебування в епіцентрі воєнних дій з усіма наслідками, що випливають із цього, симптомами (порушення сну, тривога, панічні атаки, страхи, нав'язливі спогади, відчуття самотності, покинутості, провина, почуття безпорадності, жалю до себе і т. д.), низький рівень психологічної безпеки. Причина: активна участь в бойових діях.

За узагальненими результатами експерименту та на основі обґрунтованих при здійсненні теоретичного аналізу критеріїв були визначені наступні інтелектуальні та емоційні рівні поведінкових факторів: високий, середній та низький.

Ейдмана, опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова. Для дослідження посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців нами було дібрано

психодіагностичний інструментарій: методики, за допомогою яких досліджувався емоційно-вольовий розвиток військовослужбовців (метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова Е

Психодіагностичний інструментарій нашого дослідження підбирався з урахуванням можливості використання його в констатувальному експерименті та в ході контрольного зрізу формувального експерименту. Відбір методик здійснювався відповідно до мети та завдань роботи.

Кожна з методик підібрана у відповідності з віковими особливостями військовослужбовців та критеріями валідності й надійності, які визначалися в попередніх роботах дослідників і були підтверджені в нашій

Для діагностики наявності стресового розладу було використано тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу). Методика складається із оцінки стресових подій, які відбулися з особистістю впродовж поточного року та визначає високий (до 200 балів) , середній (200-299 балів) та низький рівні (300 і більше) наявності стресового розладу.

З метою самооцінки станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності військовослужбовців було використано методику Г. Айзенка. Методика складається із сорока запитань та включає такі шкали: Тривожність - переживання дистресу, пов'язаного із звичайними подіями, призводять до виникнення тривоги. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій Зовнішній вигляд характеризувався частіше доглянутістю, акуратністю, відповідав віку. В одязі переважали непомітні, монохромні тони. Пози статичні, відзначалася скутість, невпевненість. У бесіді спостерігалися закритість із високим рівнем тривоги, стриманість у прояві емоцій, стереотипність суджень і бажання відповідати "правильній" відповіді, інколи всупереч вираженій мовленнєвій активності. Спостерігалися ознаки гіпервідповідальності, співзалежної поведінки.

Простежувався низький соціальний інтелект, інфантильність в особистих стосунках, низький рівень довіри та частіше екстернальний локус-контроль.

Ступінь готовності до зміни поведінки: більшість респондентів мали певне усвідомлення необхідності роботи з психологом для зміни своєї життєвої ситуації. Варто відмітити, що для 80% досліджуваних мали первинні травми (травми пов’язані з професійною діяльністю), а для 20% - не мали фізичних травм.

Для оцінки стану респондентів використовувалися такі методи: спостереження, опитування у вигляді анкетування (з використанням закритих запитань і відповідей типу так, ні, не знаю).

Основними завданнями експерименту є підбір та валідизація психодіагностичних методів дослідження, емпіричне виявлення особливостей формування компонентів структури посттравматичних порушень інтелектуального та емоційного розвитку, демонстрація критеріїв компонентів структури посттравматичних порушень інтелектуального та емоційного розвитку та визначення їх рівнів. На основі теоретичного аналізу були виділені критерії сформованості інтелектуально-емоційного та вольового компонентів.

Критеріями сформованості інтелектуального компоненту є завершення речень: індуктивне вербальне мислення, схильність до аналогії, узагальнення, пам'ять, мнемонічні здібності та арифметичні завдання. Критеріями сформованості емоційно-вольового компоненту виступають: наявність стресового розладу, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, невротичність, наполегливість, самоконтроль, схильність до ризику, репресивність, дратівливість, комунікабельність, врівноваженість, реактивна агресивність, сором’язливість, відкритість, екстраверсія, емоційна нестабільність, маскулінність, особистісно-адаптативний потенціал, нервово-психічна стійкість, комунікативні навички, моральна нормативність.може привести до розвитку тривожності.

Фрустрація (лат. frustratio - обман, невдача, марне очікування, розчарування, руйнування (планів, ідей) - психічний стан, що виникає в ситуаціях реалізації, важливих цілей для людини або потреб. Виявляється в гнітючій напрузі, тривожності, відчутті безвихідності і відчаю. Виникає в ситуаціях, які сприймаються особистістю як неминуча загроза для особистості. Інтенсивність фрустрації залежить як від ступеня важливості поведінки, якій запобігають, та основних типів поведінки. Реакцією на стан фрустрації можуть бути наступні основні типи дій: таких як «відхід» від реальних ситуацій в області фантазій, марень, мрій; виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, проступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито прориває у вигляді гніву; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до більш легких і примітивніших способів поведінки, часта зміна занять і ін. Як наслідок фрустрація часто призводить до залишкової невпевненості в собі, і стиль поведінки, який застосовується в ситуації фрустрації стає фіксованим.

Ригідність (від латин. rigidus - жорсткий, твердий) – складність, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Виділяють когнітивну, афектну і мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність проявляється у труднощах перебудови сприйняття та уявлень при зміні ситуації. Афектна ригідність виражається у запізнілих емоційних реакціях на об'єкти емоцій, що змінюються. Мотиваційна ригідність виявляється в повільній перебудові мотиваційної системи в обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості та зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, що проявляється суб'єктом, визначається взаємодією між особистісними особливостей з характером навколишнього середовища, такими як ступінь складності завдання, що стоїть перед ним, його привабливості для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції і так далі.

Агресивність (лат. aggressio - нападати) – є стійкою характеристикою суб'єкта та тенденцію, що відображає його поведінку і ставлення до цілей, до

поведінки, метою якої є спричинення шкоди що оточує, або подібний афективний стан (гнів, злість). Хоча агресивність грала вирішальну роль в процесі еволюції людини, затверджується, що вона є внутрішньою, пов'язаною з такими психологічними процесами, як емпатія та ідентифікація, визнання своєї самостійної цінності. Причинами агресивності можуть виступати різного роду конфлікти, зокрема внутрішні, при цьому такі психологічні процеси як емпатія, ідентифікація, децентрація - стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших і усвідомлення їх самостійної цінності.

Для виявлення рівня невротизації військовослужбовців було використано методику діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, яка складається із сорока запитань та визначає високий, середній та низький рівні невротизму.

Дослідження довільної саморегуляції було проводилося за методикою А. Зверкова Е. Ейдмана. Методика складається із тридцяти запитань та двох шкал – наполегливість, саморегуляції. Наполегливість характеризує силу волі людини і відноситься до активної здорової людини. Яка прагне робити правильні вчинки. На позитивному полюсі - діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого, їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність - розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайніх випадках можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій. Низькі значення за даною шкалою вказують на підвищену нестабільність, невпевненість, імпульсивність, що можуть призвести до непослідовної поведінки. Зниження рівня активності та працездатності, як правило, компенсується в таких людей підвищеною чутливістю, гнучкістю та винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм. Самоконтроль відображає рівень довільного контролю над емоційними реакціями та станами. Високий бал отримують люди емоційно

стійкі, які добре володіють самоконтролем в різних ситуаціях. Характерний упевненість у собі послаблюють страх перед невідомим, підвищують готовність до прийняття нового, несподіваного, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Водночас постійна потреба у стриманості та надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до зростання внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми.

З метою дослідження схильності до ризику було використано опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова. Методика складається із п’ятдесяти запитань та визначає високий, середній та низький рівень схильності до ризику. Аналіз схильності до ризику як риси характеру є важливим значенням для психологічного прогнозування процесів прийняття рішень у невизначеній ситуації. Аналізуючи результати, слід враховувати, що показник схильності до ризику може варіювати від 0 до 40. Чим вищий показник, тим більша схильність до ризику. Якщо показник схильності до ризику становить 30 і більше одиниць, то рівень ризику є високим, таку людину можна назвати схильною до ризику (за умови, що її відповіді були достатньо щирими). Якщо показник у межах від 11 до 29 - схильність до ризику середня, а якщо менший за 11 - рівень ризику низький, така людина не любить ризикувати, і її можна назвати обачною людиною.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

За результатами тестування Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), виявлено, що у 60% військовослужбовців переважає високий рівень наявності стресового розладу, у 35% – середній, а в 5% – низький. У військовослужбовців переважає високий рівень наявності стресового розладу. Результати методики показані на рисунку 2.1 та Додатку А.

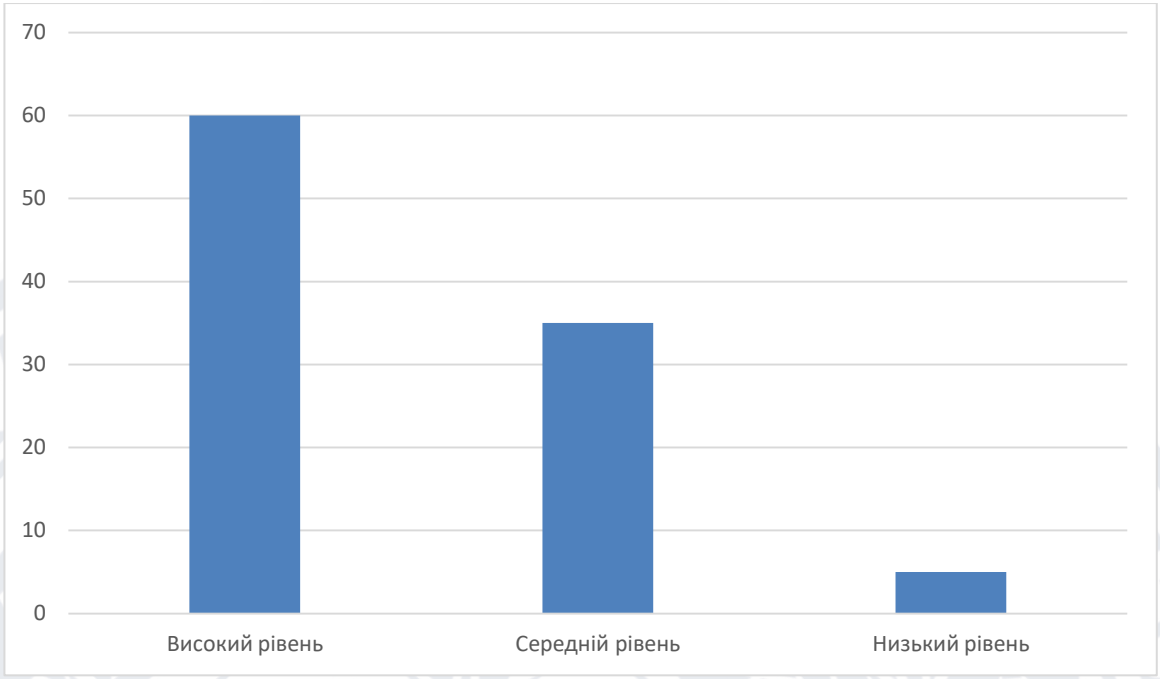

Рисунок 2.1.

Результати дослідження за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу)

Згідно з результатами, отриманими за допомогою опитувальника визначення психічного стану Г. Айзенка, виявлено, що у 50% військовослужбовців переважає високий рівень тривожності, у 40% середній, а в 10% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень тривожності. У 45% військовослужбовців переважає високий рівень фрустрації, у 40% середній, а в 15% низький. Цей стан характеризується розчаруванням та неможливістю досягти важливих для людини цілей. Після пережитої фрустрації залишається невпевненість у собі, людина часто зациклюється на тому, як вона поводиться у фпустраційних ситуаціях. Також у 40% - військовослужбовців переважає високий рівень ригідності, у 45% - середній, а в 15% - низький. У 45% - військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, у 35% - середній, а в 20% - низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців були більш агресивними, оскільки брали активну участь у бойових діях. Результати методики показані на рисунку 2.2.

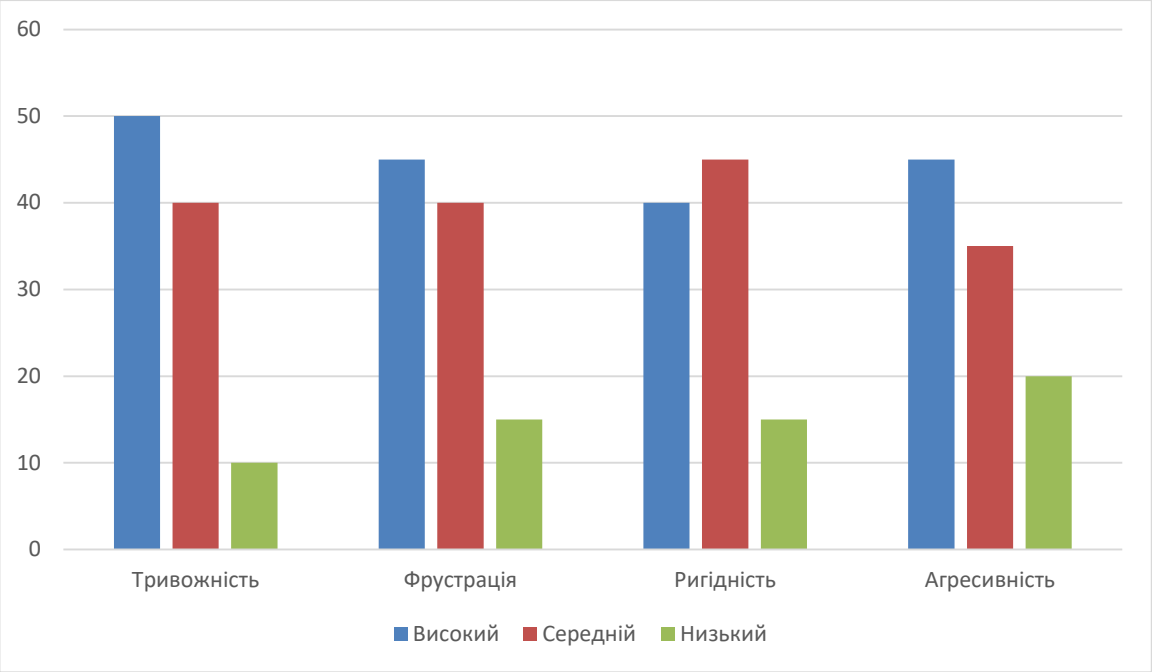

Рисунок 2.2.

Результати за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка

За результатами, отриманими за методикою діагностики рівня нейротизму Л. Вассермана, виявлено, що у 50% військовослужбовців переважає високий рівень нейротизму, у 40% середній, а в 10% низький. Це свідчить про те, що переважає високий рівень нейротизму у військовослужбовців.

Результати методики показані на рисунку 2.3 та Додатоку Б.

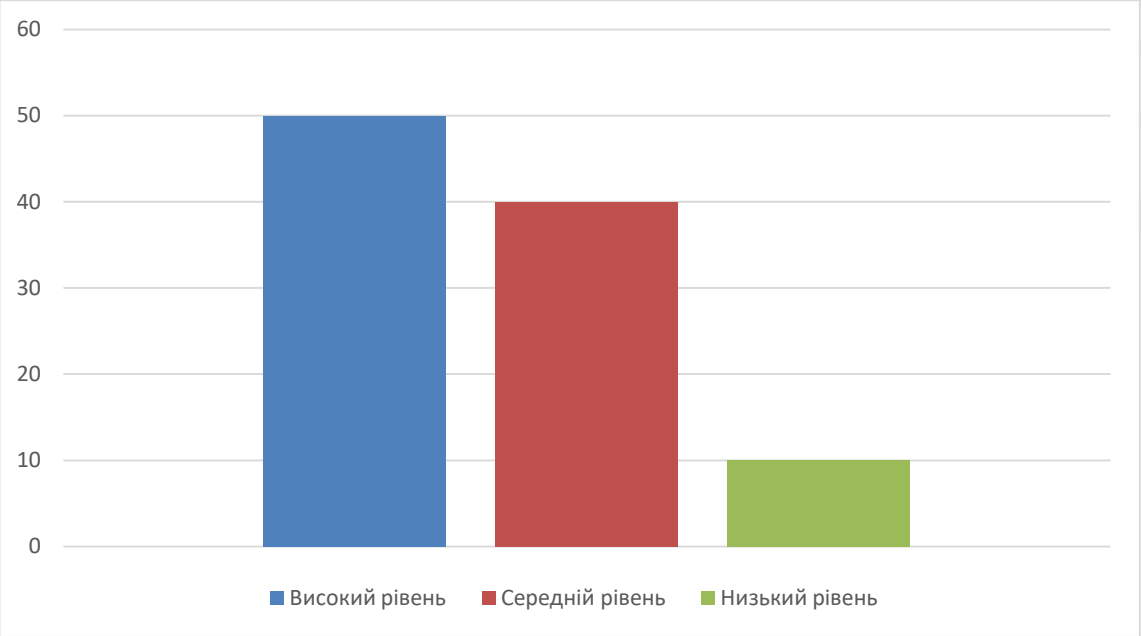

Рисунок 2.3.

Результати діагностики рівня невротизації Л. Вассермана

За результатами дослідження добровільної саморегуляції було здійснено за методикою А. Зверкова Е. Ейдмана встановлено, що у 45% військовослужбовців переважає високий рівень наполегливості, у 35% середній, а в 20% низький рівень прояву цієї оцінки.Для них характерні прагнення довести справу до кінця, повага до соціальних норм та бажання повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. Крім того, у 50% військовослужбовців переважає високий рівень самовладання, у 30% середній, а в 20% низький рівень прояву цієї ознаки. Військовослужбовці емоційно стабільними, які добре володіють самоконтролем у різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі послаблює страх перед невідомим, підвищує готовність до сприймання нового, несподіваного, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму.

Результати методики показані на рисунку 2.4.

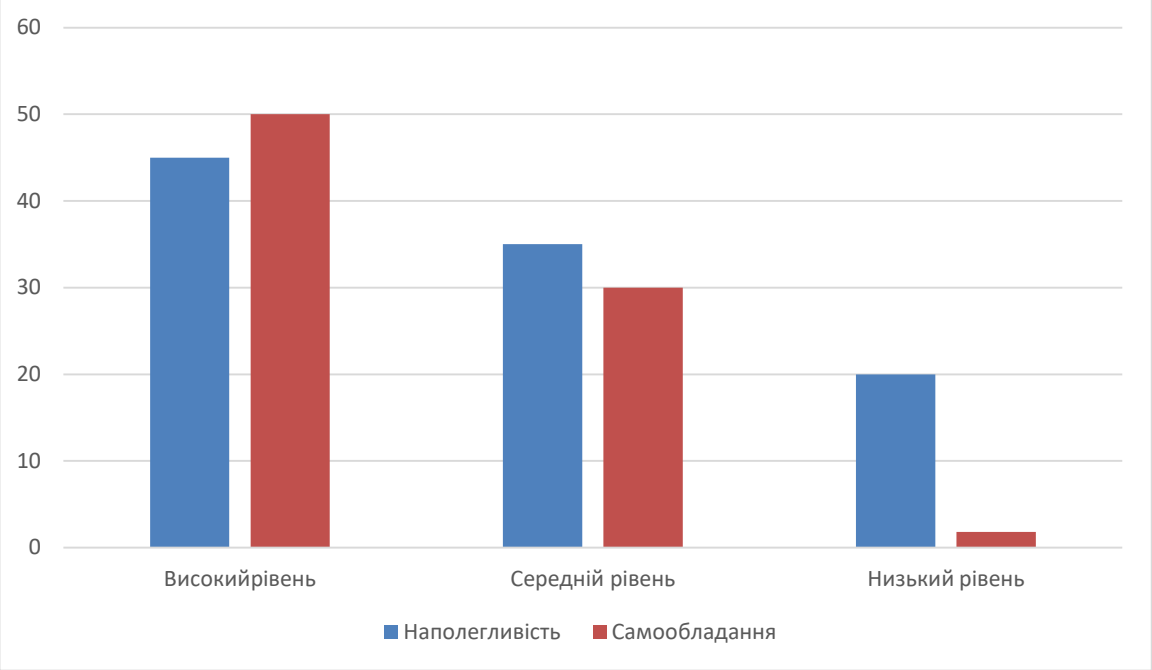

Рисунок 2.4.

Результати дослідження вольової саморегуляції за методикою А.Зверкова Е. Ейдмана

Згідно із результатами опитувальника дослідження схильності до ризику О. Шмельова виявлено, що у 45% військовослужбовців переважає високий рівень до ризику, у 40% середній, а в 15% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що військовослужбовці більш схильні ризикувати та приймати рішення у невизначених ситуаціях. Результати методики показані на рисунку 2.5.

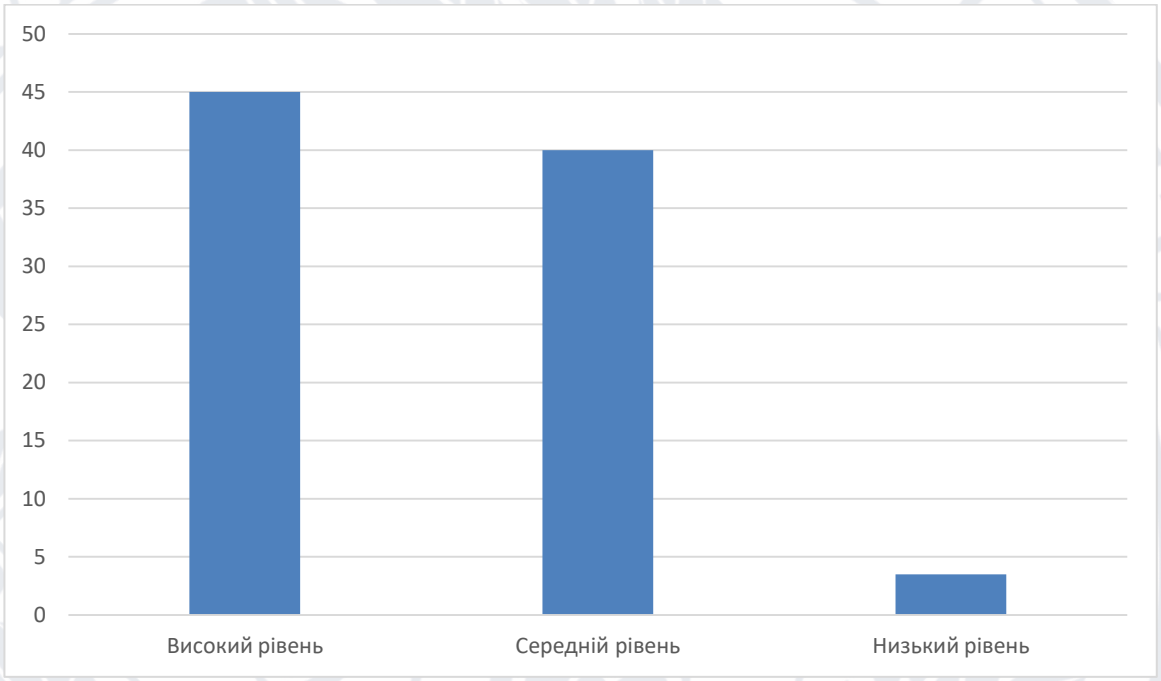

Рисунок 2.5.

Результатами опитування дослідження схильності до ризику О. Шмельова

Згідно з отриманими даними військовослужбовці, які взяли участь у дослідженні були вивченні тривожні, сором'язливі, нервові та емоційно нестійкі характеристики.

У них також були виявлені високі рівні стресового розладу, фрустрації та агресії, ригідність, нервозність, спонтанної агресії та депресії, дратівливість, товариськість, врівноваженість, реактивна агресія. Нами також виявлено досить високий рівень схильності до ризику.

Висновок до розділу 2

Україна уже сім років перебуває у стані війни і, за даними Міністерства у справах ветеранів, в Україні зареєстровано більше 370 тисяч осіб, які мають статус учасника бойових дій. Військові повертаються в родини, на робочі місця з новим, часто травматичним досвідом, з яким складно адаптуватися до мирного життя. Тому важливим є емпіричне виявлення наслідків їхньої психотравми, отриманої внаслідок перебування в зоні ООС, з метою подальшої розробки методів комплексної психологічної реабілітації військових та адаптації їх до мирного життя.

Підводячи підсумок, на основі узагальнення одержаних результатів, можна зробити висновки щодо закономірності впливу на рівень нервово-психічної стійкості прийняття участі військовослужбовцями у бойових діях. При порівнянні значень емпіричного дослідження виявили, що учасники бойових дій мають ознаки тривожності, сором'язливості, виявили високий рівень стресових розладів, фрустрації та агресії, ригідність, нервозність, спонтанна агресія та депресія, дратівливість, товариськість, врівноваженість, реактивна агресія. Нами також виявлено досить високий рівень схильності до ризику.

Для відновлення емоційної сфери військовослужбовців, які мають початкові симптоми порушень тривожні, сором'язливості, нервово-психічної нестійкості, необхідний тривалий час та потрібно задіяти багато ресурсів для проведення реабілітаційної роботи, як індивідуальної так і колективної. Значна увага має приділятися психічній стійкості військових, яка є важливою у боротьбі зі стресами та сприяє збереженню фізичного і психічного здоров’я.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ІННОВАЦІЇ В ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ПІД ЧАС ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

3.1. Психосоціальна реабілітація військових

Оскільки у людей, які страждають на ПТСР, способи подолання розладу спогадами та емоціями, що виникли внаслідок травми, поширюються на нові ситуації (це відбувається, наприклад, коли пацієнти з ПТСР прагнуть емоційних відносинам з іншими людьми, вважаючи, що це їх захистить), то в таких випадках техніки психосоціальної реабілітації можуть застосовуватися для полегшення соціальних взаємодій та особистісної інтеграції неприємних переживань та спогадів про травматичний досвід.

Техніки психосоціальної реабілітації, яким клієнт навчається за допомогою терапевта, включають програвання ситуацій, в яких нові способи подолання травми перевіряються на практичність, придатність та широту застосування до соціального світу, оскільки соціальний світ служить буфером, що захищає від спогадів про травму. Дані техніки також надають пацієнтам арену для взаємодії, де купуються нові, приємні переживання, необхідні для компенсації глибокого почуття безпорадності та гострого болю від отриманих психологічних та фізичних ран.

Крім того, техніки психосоціальної реабілітації містять процедури, спрямовані на «відновлення безпечних соціальних зв'язків». Отже, такі техніки можуть стати цінним ресурсом для терапевтів та їх клієнтів, особливо у випадках, коли інтервенції розробляються спеціально для подолання симптомів ПТСР. Однак більшість технік психосоціальної реабілітації є загальні форми інтервенцій, спрямованих не на окремі симптоми ПТСР, але в загальні негативні наслідки психічного розладу.

У процесі застосування даних технік клієнтам та клініцистам також необхідно спільно працювати над застосуванням відповідних навичок, розвинених у процесі реабілітації та спрямованих на спогади людини про минулу травму у поточних ситуаціях.

Застосування технік психосоціальної реабілітації є ефективним для осіб з іншими формами психічних розладів; у деяких випадках техніки, які ефективні для одного типу психічних розладів, можуть виявитися тією чи іншою мірою корисними і при роботі з пацієнтами, які страждають на інші психіатричні розлади. Хоча досліджень, технік психосоціальної реабілітації для осіб з ПТСР, що підтверджують ефективність, проводилося недостатньо, позитивні результати їх використання за інших видів розладів є додатковим аргументом на користь застосування цих технік при планування лікування ПТСР.

Як було зазначено раніше, фундаментальним значенням психосоціальної реабілітації є активна участь та зацікавленість клієнта в процесі виявлення проблем, визначення бажаних цілей та виборі відповідних методів. Методи психосоціальної реабілітації мають ключове значення при плануванні лікування кожного пацієнта з ПТСР тому випадку, якщо клієнт активно співпрацює з терапевтом у виборі методів. Перелік для вибору інтервенцій психосоціальної реабілітації пацієнтів з ПТСР:

Психосоціальна освіта. Якщо клієнт і терапевт приходять до висновку, що клієнт недостатньо поінформований про здоровий спосіб життя і схильний до поведінки, що представляє загрозу для його здоров'я (наприклад, ПТСР, зловживання хімічними речовинами), застосовують техніки психосоціальної освіти.

Розвиток навичок самостійного життя. Якщо клієнт та терапевт приходять до висновку, що клієнт із ПТСР не може повною мірою піклуватися про себе сам і жити незалежно від сторонньої допомоги, застосовують методи розвитку навичок самостійного життя та незалежності.

Забезпечення сприятливих житлових умов. Якщо клієнт та тепевт приходять до висновку, що клієнт з ПТСР не має надійного, доступного, постійного житла, яке необхідно і для досягнення цілей лікування, клієнту надається допомога у забезпеченні необхідних житлових умов.

Тренінг сімейних взаємин. Якщо клієнт та клініцист приходять до висновку, що сім'я клієнта недостатньо підтримує його та/або недостатньо поінформована про особливості лікування ПТСР, рекомендуються розвиток навичок взаємодії у сім'ї та робота з сім'єю пацієнта.

Розвиток соціальних навичок. Якщо клієнт і терапевт приходять до висновку, що клієнт з ПТСР недостатньо соціально активний (бере недостатню участь у соціальному житті), застосовують тренінг соціальних навичок.

Професійна реабілітація. Якщо клієнт та терапевт приходять до висновку, що клієнт з ПТСР немає роботи з рівнем оплати, що дозволяє йому реалізовувати свої професійні навички, застосовують інтервенції щодо професійної реабілітації.

Створення індивідуалізованої програми надання пацієнту комплексної соціально-психологічної та психіатричної допомоги здійснюється у тому випадку, коли клієнт та терапевт погоджується з тим, що клієнт з ПТСР не здатний самостійно ідентифікувати свої труднощі або слідувати амбулаторному плану лікування, що включає перелічені методи лікування та в оцінці його прогресу.

Терапевтам слід пам'ятати про те, що робота з психосоціальної реабілітації все частіше проводиться в умовах амбулаторного лікування, тому вкрай важливо, щоб клієнт та терапевт спільно визначили, чи готовий перший з медичної та психіатричної точки зору розпочати курс психосоціальної реабілітації. Крім того, перелік методів психосоціальної реабілітації має застосовуватися з урахуванням показників бажання клієнта (тобто його «готовності») та його можливостей (тобто когнітивного статусу, пам'яті, розважливості тощо), оскільки від них також залежить набуття нових навичок. Зрештою, ефективність психосоціальної реабілітації залежить і від ступеня оволодіння новими навичками, що наголошує на значущості практичної діяльності як центрального фактора у цьому процесі. Клієнти та терапевти можуть зіткнутися з необхідністю перебудувати та адаптувати

техніки психосоціальної реабілітації таким чином, щоб вони дозволяли отримати доступ до невербальних емоційним переживанням та спеціально фокусувалися на придбанні клієнтом нових навичок для подолання симптомів ПТСР.

Однією з переваг методів психосоціальної реабілітації, які можуть застосовуватись і в сукупності з іншими терапевтичними техніками, є те, що вони дозволяють детально та структуровано аналізувати спогади про травму, апелюючи при цьому швидше до емоцій, ніж до раціональних пояснень. Розглянуті методи психосоціальної реабілітації в насамперед включають інтервенції, які фокусуються на формуванні у клієнта відчуття безпеки та редукції поведінки, що завдає шкоди; потім слідують інтервенції з розвитку навичок ефективного подолання, які необхідні для адекватного функціонування у суспільстві, і далі на континуумі послуг психосоціальної реабілітації розташовуються методи (тобто створення індивідуалізованих програм надання пацієнту комплексної допомоги), які забезпечують координацію та послідовне застосування технік психосоціальної реабілітації.

1. Оздоровчі та освітні методи психосоціальної реабілітації

Коли клієнт і терапевт приходять до висновку, що клієнт досить стабільний, усвідомлює, що хоче і здатний отримати інформацію про ПТСР та його лікування, то терапевт направляє його в відповідні служби психосоціальної реабілітації. Таким чином, клієнт отримує можливість набути знання за такими напрямами: діагноз та природа ПТСР; очікувані результати лікування та значущість дотримання режиму лікування та реабілітації; інформація про медикаменти, що використовуються при лікуванні ПТСР (мети використання, переваги, можливий ризик, дозування та інші розпорядження); інформація щодо інших форм психосоціальної та поведінкової терапії; програми соціалізації (розвитку соціальних навичок); тренінги при подвійних діагнозах; програми з професійної реабілітації (такі як допомога у знаходженні тимчасового або постійного місця роботи). У у випадку, якщо клієнт з ПТСР та терапевт приходять до висновку, що клієнт

продовжує здійснювати вчинки, що становлять загрозу його здоров'ю (такі, як зловживання хімічними речовинами), а також якщо він здатний брати участь в освітньому процесі, що включає розвиток навичок щодо підтримки та покращення здоров'я, до плану лікування ПТСР можуть бути додано техніки, спрямовані на психологічну освіту клієнта в області фізичного здоров'я. Незважаючи на нестачу оздоровчих та освітніх програм, призначених спеціально для людей із ПТСР, існують еквівалентні техніки психосоціальної реабілітації, розроблені для клієнтів з хронічними психічними розладами, наприклад, для хворих на шизофренію. Клінічні дослідження пацієнтів, хворих на шизофренію, багато з яких також були травмовані, можуть бути основою розробки методів лікування ПТСР.

2. Розвиток навичок самодопомоги та незалежності. Коли клієнт та клініцист приходять до висновку, що клієнт з ПТСР не має достатніх навичок самообслуговування/самопомочі, необхідні підтримки нормального ритму життя вдома або в суспільстві, або якщо клієнт не може досягти очікуваного рівня незалежності у плані соціального та особистого функціонування, можуть бути застосовані техніки з розвитку навичок самостійного життя. Клієнти ідентифікують ці проблеми і ставлять у цих випадках перед собою такі цілі, як адекватна турбота про себе та особиста гігієна, поводження з грошима, самостійне відвідування магазинів, приготування їжі, користування транспортом, дотримання режиму прийняття ліків, планування свого часу, а також організація дозвілля та відпочинку.

3. Забезпечення сприятливих житлових умов. Житлові проблеми клієнта з ПТСР можуть значний вплив на процес його реабілітації. Двома основними варіантами таких проблем можуть бути: клієнт може бути бездомним або, навіть якщо він не бездомний, він може бути повністю незадоволений цими умовами свого проживання, або в нього можуть бути значні проблеми у придбанні безпечного, якісного, доступного та спокійного житла. Будь-яка подібна проблема може вплинути на лікування та потребує особливої уваги.

Крім цього, труднощі у збереженні нормальних житлових умов можуть бути пов'язані з симптомами ПТСР (наприклад, бездомність може бути принаймні непрямим результатом симптомів уникнення, що призводять до порушень у соціальному функціонуванні). Грунтуючись на інформації про те, що майже третина всіх бездомних у країні - це колишні учасники військових дій, деякі дослідники припустили, що причина бездомності може бути пов'язана із ПТСР. Більшість інтервенцій щодо поліпшення житлових умов включають направлення клієнта до інших спеціалістів з метою вирішення проблеми із житлом. Однак така «переадресація» клієнта часто веде до фрагментації процесу реабілітації та знижує можливості інтеграції зусиль щодо вирішення проблеми бездомності з іншими формами реабілітації. Вирішення житлових проблем може бути прискорене, якщо клієнт та терапевт поєднують процес лікування ПТСР із роботою із забезпечення сприятливих житлових умов.

4. Техніки психосоціальної реабілітації щодо забезпечення необхідної сімейної підтримки

Терапевтам, які займаються лікуванням осіб з ПТСР, часто доводиться стикатися з тим, що клієнти повідомляють про труднощі у сімейних взаєминах. Якщо клієнт з ПТСР ідентифікує цю проблему, погоджується на участь сім'ї у її вирішенні та дозволяє клініцисту зв'язатися з членами сім'ї (наприклад, батьками, сиблінгами, чоловіком, дітьми) для одержання їх добровільної згоди на участь у процесі лікування, можна застосувати техніки психологічної освіти з метою покращення сімейної підтримки. Після того як досягнуто згоди між пацієнтом, членами сім'ї та клініцистом у тому, що членам сім'ї слід взяти участь у процесі лікування та реабілітації, можуть бути застосовані певні інтервенції щодо цього. Ці техніки можуть варіювати в діапазоні від психологічної освіти (для інформування членів сім'ї про ПТСР) до таких, у яких вони беруть активну участь. Надалі форми сімейних інтервенцій обговорюються докладніше; важливо відзначити, що однією з багатьох цілей залучення членів сім'ї пацієнта до процесу лікування є

встановлення (або відновлення) соціальної підтримки людини, яка опинилася в ізоляції або скоротила соціальні взаємозв'язки. Більше того, такі техніки можуть містити інформацію про майбутній курс реабілітації та лікування членів сім'ї.

Додаткові складнощі виникають у тому випадку, якщо пацієнту було завдано травми кимось із членів сім'ї. Такі ускладнення вимагають більш спеціалізованих форм терапевтичнихінтервенцій, сімейної терапії тут вже недостатньо застосування технік інформування та зміцнення сімейної підтримки, але необхідне втручання спеціально підготовлених терапевтів.

5. Розвиток соціальних навичок

Якщо клієнт та терапевт риходять до висновку, що симптоми, пов'язані з ПТСР, призводять до ізоляції людини від інших людей або до уникнення нею потенційно благополучних соціальних взаємозв'язків, слід застосувати якусь із форм розвитку соціальних навичок. Тренінг соціальних навичок має багату історію використання у лікуванні психічних захворювань . Такого роду інтервенції базуються на теоріях соціального навчання, на основі яких був розроблено цілу низку окремих технік, особливо для осіб із серйозними психічними розладами, наприклад, шизофренією.

Ефективність тренінгу соціальних навичок протягом багатьох років підтверджується багатьма рандомізованими контрольованими дослідженнями, які, однак, не проводилися спеціально для ПТСР.

Різні види таких інтервенцій включають обговорення в групах підтримки для поліпшення соціалізації; жетонну систему винагороди; медикаментозне та симптоматичне лікування, а також планування дозвілля та відпочинку; об'єднання людей, які пережили травми, групу; створення проблемно-орієнтованих груп, а також волонтерські програми.

6. Індивідуалізація програм комплексної соціально-психіатричної та психологічної допомоги. Такий підхід рекомендується застосовувати, коли є підстави вважати, що людина з ПТСР не буде або не може звертатися за вищезгаданими послугами та цілеспрямовано слідувати амбулаторному

плану лікування (допомога у працевлаштуванні, забезпечення житлових умов, психологічна освіта, розвиток соціальних навичок, послуги з роботи з сім'єю, тренінг навичок самостійного життя тощо).

Проведення індивідуалізованої програми комплексної допомоги також необхідне тоді, коли пацієнт з ПТСР зазнає частої госпіталізації через свою нездатність слідувати амбулаторному плану лікування або самостійно звертатися до різних місцевих службам та користуватися їхніми послугами.

Створення індивідуалізованої програми надання пацієнту комплексної соціально- психологічної та психіатричної допомоги варіює від порівняно простої координуючої роботи, що полягає у напрямку клієнта до відповідних служб, до більш інтенсивної роботи, при якій спеціально підготовлений терапевт допомагає клієнту виробити необхідні навички психосоціальної реабілітації у домашніх умовах або у його безпосередньому оточенні.

3.2. Практичні рекомендації щодо застосування методик у подоланні посттравматичного стресового військовими

Посттравматичний стресовий розлад цілком можливо вилікувати, проте це не завжди просто чи легко. Для багатьох людей навіть попросити про допомогу або визнати, що їм важко, може бути найбільшою перешкодою. Шлях ПТСР-терапії може бути звивистим - то з полегшенням симптомів, то з поверненням їх у вихідну точку. Можуть бути причини, чому лікування не працює для вас так швидко, як хотілося, іноді людина можете (неусвідомлено) ставити перешкоди на шляху до відновлення. Важливо поговорити зі своїм терапевтом або лікарем загальної практики про свої проблеми. Утім, найголовніше - довіряти процесу.

Загалом, для терапії ПТСР рекомендуються 2 основні психотерапевтичні підходи: Метод десенсибілізації та переробки за допомогою рухів очима (EMDR), когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму.

Однак існує безліч інших методів лікування та заходів, які можна використовувати для полегшення симптомів ПТСР або паралельно з ними.

Деякі з них мають короткостроковий, а деякі - довгостроковий ефект. Коли вони пропонуються як частина ретельно розробленої програми психотерапії ПТСР і методів подолання розладу, то можуть принести людям довгоочікуване полегшення.

Утім, не слід вважати, що будь-який зі способів полегшення симптомів ПТСР є "швидким рішенням". Важливо мати реалістичні очікування та знайти те, що підходить саме вам. Пам'ятайте, що це не медичні рекомендації, а практика, яка допомогла іншим і може допомогти вам.

Ефективні техніки роботи з ПТСР:

- Дотримання розпорядку дня. Організація максимально нормального життя може дати відчуття заземлення.
- Розмова з близькою людиною. Може також допомогти розмова з кимось, хто пережив подібну ситуацію.
- Вправи на розслаблення. Це може бути медитація або інші вправи для розслаблення. Якщо це занадто складно, слід порадитися з терапевтом щодо вправ, які можуть підійти.
- Повернення на роботу. Це може дати відчуття рутини, забезпечить зайнятість. Однак, варто намагатися уникати ситуацій, які можуть наражати на подальші травми або сильний стрес.
- Регулярне харчування та заняття спортом. Навіть якщо немає бажання потрібно харчуватися за розкладом.
- Активне дозвілля та спілкування з друзями дасть почуття підтримки.
- Позитивне мислення та планування майбутнього дасть змогу тримати ситуацію під контролем.
- За можливості варто повернутися туди, де сталася травматична подія, тільки тоді, коли з’явиться відчуття, що можете це зробити. Варто залучитися підтримкою терапевта або лікаря, щоб вони могли надати підтримку на даному етапі.

Є також деякі речі, з якими варто бути обережними під час одужання:

- Самокритика. Симптоми ПТСР не є ознакою слабкості. Вони є нормальною реакцією на переживання та травмуючу подію.
- Тримати свої почуття при собі. Розмова про відчуття та переживання може підтримати одужання.
- Очікування, що все повернеться в норму негайно. Лікування ПТСР може зайняти час. Не варто очікувати занадто багато від себе та занадто швидкого відновлення.
- Триматися відсторонено від інших людей. Проводячи багато часу на самоті, є шанс посилити відчуття ізоляції та погіршити самопочуття.
- Вживання алкоголю та куріння. Хоча алкоголь може допомогти розслабитися, з часом він може погіршити самопочуття. Кава та нікотин можуть діяти як стимулятори нервової системи, що теж може погіршити самопочуття.
- Перевтома. ПТСР може ускладнити сон, але варто намагатися якомога більше дотримуватися свого звичного режиму сну, щоб не погіршувати самопочуття.
- Керування автомобілем. Варто бути обережним за кермом. Нещасні випадки трапляються частіше з людьми, які пережили травматичну подію.

Техніки, які допоможуть у разі ПТСР:

Йога. Доведено, що регулярні заняття йогою знижують фізіологічне збудження у людей з ПТСР, допомагаючи мінімізувати ризик нав'язливих спогадів та інших фізичних симптомів ПТСР.

Медитація. Це просто низка кроків, спрямованих на підвищення усвідомленості, зосередженості та спокою, що робить її цінним психотерапевтичним методом. Вона може дати людям можливість краще контролювати свій розум та емоції, спричинені ПТСР.

Техніка хевенінгу. Ця психосенсорна терапія використовується для усунення глибоко вкоріненої тривоги і сильних, інстинктивних негативних реакцій - вона поміщає ваші емоційні реакції в безпечний простір - притулок.

Це може дозволити розірвати цикл негативних емоційних реакцій, пов'язаних із ПТСР.

Музична терапія. Терапія музикою може стимулювати виділення позитивних гормонів, таких як окситоцин, протидіяти гормонам, пов'язаним із підвищеним стресом, і забезпечувати сенсорні зміни, які можуть змушувати нас інстинктивно послаблювати м'язову напругу. Усе це важливо для людей із ПТСР.

Бойові мистецтва. Бойові мистецтва дають змогу зрозуміти та розвинути хороші стосунки із силою, допомагають висловити емоції, допомагають практикувати турботу про себе, допомагають встановлювати та підтримувати кордони, допомагають розслабитися.

Кінна терапія (іпотерапія). Терапевтична верхова їзда може призвести до значного статистичного зниження симптомів ПТСР, таких як безсоння, спогади або панічні атаки, вже через три тижні.

Акупунктура. Багато досліджень показали, що голковколювання ефективне для лікування ПТСР. Вона може впливати на ділянки мозку, відомі тим, що знижують чутливість до стресу, і сприяти розслабленню, а також боротися з іншими проблемами, такими як хворі суглоби, болі в м'язах, нестача енергії та порушений сон.

Біг. Вважається, що зменшення симптомів ПТСР у результаті бігу пов'язане з підвищенням рівня білка мозку під назвою "мозковий нейротрофічний фактор". Цей білок зазвичай знижений у людей із ПТСР і відіграє певну роль в усуненні страху, допомагаючи мозку встановити контекст, а отже, почуття безпеки.

Арт-терапія. Художня творчість здатна змінити нейронні шляхи мозку, що може допомогти змінити те, як ми думаємо і відчуваємо.

Гідротерапія. Протягом багатьох років було помічено, що вода має цілющі властивості - вона не тільки допомагає очищати і загоювати фізичні рани, а й може чинити величезний позитивний вплив на психічне здоров'я.

Письменництво і ведення щоденників. Ведення щоденника - це безпечне місце для випадкових думок, почуттів і переживань, які в іншому разі захаращували б розум. Запис слів на папері стає способом очищення і може послабити емоційні реакції, пов'язані з ПТСР.

Садівництво. Садівництво може бути неймовірно корисним для людей із ПТСР. Воно поєднує в собі фізичну активність, соціальну взаємодію та вплив природи і сонячного світла. Сонячне світло знижує кров'яний тиск, а також підвищує рівень вітаміну D влітку, а вирощені фрукти та овочі позитивно впливають на раціон.

Гіпнотерапія. За допомогою гіпнозу (по суті, глибоко розслабленого стану) можливо відновити й розвинути нові, позитивні шляхи в мозку, що сприяють тривалій і здоровій психічній поведінці.

На основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців утворюють такі компоненти: інтелектуальний, емоційно-вольовий. Інтелектуальний компонент включає систематизовані знання та професійну обізнаність, володіння навичками професійної компетентності у діяльності військовослужбовців (професійний досвід). Емоційно-вольовий компонент виражає усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, наявність у них таких професійно важливих якостей, як: емоційна сталість, стресостійкість, самовладання наполегливість, схильність до ризику, відчуття рівноваги, комунікабельність, та здатність до самоаналізу власної діяльності.

Висновки до розділу 3

Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців особливо, після повернення до мирного життя люди переживають нові стреси, пов'язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами в спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї . Військовослужбовці , які брали участь у бойових діях, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи комплексної реабілітації.

Психологічна реабілітація є найважливішим фактором відновлення рівня нервово-психічної напруги. Сутність її полягає у здійсненні різних впливів через психіку на військовослужбовця з урахуванням терапії, профілактики і педагогіки. За допомогою психологічних впливів стає можливим зниження рівню нервовопсихічної напруженості, відновлення втраченої нервової енергії, створення умов, що впливають на прискорення процесів відновлення в інших органах та системах організму. Повертаючись до звичайної мирного життя, людина, найчастіше залишається адаптованою до бойової ситуації. Для оточуючих посттравматичні стресові реакції поділяються на три види: невмотивована агресія відносно випадкових людей, дуже часто відносно рідних і близьких; порушення сну, зниження настрою, загального життєвого тонусу, незрозуміле почуття провини, відхід у себе; психічні розлади, необхідність психіатричної допомоги. Одними з ефективних методик соціально-психологічної реабілітації є: техніка медитація, йога,сугестивна терапія, іпотерапія, Арт-терапія, гіпнотерапія, садівництво, гідротерапія. письменництво і ведення щоденників, гетеро- й авто- релаксаційні техніки, психологічне консультування, психоаналіз, трансактний аналіз, психодрами, дебрифінг стресу критичних інцидентів, естетотерапії, гештальт-терапія, арт-терапія та інші. Комплексне застосування даних методик дозволяє з більшою вірогідністю визначати актуальний психологічний статус військовослужбовця, з'ясовувати найбільш

важливі фактори, що продовжують негативно впливати на його психіку. Серед психологічних механізмів, що забезпечують надійність діяльності військовослужбовця у різних умовах належить механізмам компенсації психічних функцій, самооцінці та самоконтролю. У зв‘язку з цим проблема прогнозу психологічної реабілітації військовослужбовців є однією з найбільш важливих та актуальних науково-практичних проблем психології діяльності в особливих умовах .

ВИСНОВКИ

Ми з'ясували, що посттравматичний стресовий розлад визначається як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психологічної травми, спричиненої подіями, які виходить за межі звичайного людського досвіду.

Отже, у професійній діяльності військовослужбовців виділено такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі і створює негативний вплив на психіку військового; довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу.

Структуру посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців формують такі компоненти: поведінковий, інтелектуальний, емоційно-вольовий.

Відтак, емоційно-вольовий компонент являє собою усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, наявність у них таких професійно важливих якостей, таких як: емоційна стійкість, стресостійкість, самоконтроль, наполегливість, схильність до ризику, відчуття рівноваги. Поведінковий компонент знаходить своє вираження у комунікабельності, умінні здійснювати самоаналіз власної діяльності.

Таким чином, компонент посттравматичного порушення емоційно-вольової сфери характеризується високим рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливістю, комунікабельністю, помірною врівноваженістю, реактивною агресивністю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, зниженням нервово-психічної стійкості, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, високим рівнем схильності до ризику.

За результатами дослідження військовослужбовці, що брали участь в вивченні тривожні, сором'язливі, нервові та емоційно нестійкі. Також ми виявили високий рівень стресових розладів, фрустрації та агресії, ригідність, нервозність, спонтанна агресія та депресія, дратівливість, товариськість, врівноваженість, реактивна агресія. Нами також виявлено досить високий рівень схильності до ризику. Отже, гіпотеза дослідження підтвердилася.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Brady K. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2000. Vol. 61 (Suppl 7). P. 22-32.

2. Weitz J. Psychological research needs on the problems of human stress. In: Social and Psychological Factors in Stress (ed. J.E. MsGrath). Holt Rinehart and Winston. New York, 1970. 250 s.

3. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / [А. Капська, О. Безпалько, Р. Вайнола] ; за заг. наук. ред. А. Капської. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2002. 164 с.

4. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / [А. Капська, О. Безпалько, Р. Вайнола] ; за заг. наук. ред. А. Капської. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2002. 164 с.

5. Алещенко В. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.

6. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с

7. Анциферова Л. Свідомість і дії особистості у важких життєвих ситуаціях. Психологічний журнал. 1996. № 1. С. 3-15

8. Балл Г. Про психологічні засади формування готовності до професійної праці. Психолого-педагогічні проблеми професійної освіти : наук.-метод. зб. / редкол.: І.А.Зязюн (голова) [та ін.]. Київ : Видавничий Дім «Слово», 1994. 100 с.

9. Балл Г. Про психологічні засади формування готовності до професійної праці. Психолого-педагогічні проблеми професійної освіти : наук.-метод. зб. / редкол.: І.А.Зязюн (голова) [та ін.]. Київ : Видавничий Дім «Слово», 1994. 100 с.

10. Безпалько О. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навчальний посібник : Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.

11. Безпалько О. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навчальний посібник : Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.

12. Бех І. Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади. Виховання особистості. Київ : Либідь, 2003. 344с.

13. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монография. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.

14. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монография. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.

15. Ващенко І. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Київ : Знання, 1998. 289 с.

16. Військове виховання: історія, теорія та методика : навчальний посібник / за ред. В. Ягупова. Київ : Graphic & Design, 2002. 560 с

17. Військове виховання: історія, теорія та методика : навчальний посібник / за ред. В. Ягупова. Київ : Graphic & Design, 2002. 560 с.

18. Гуменюк О. Психологія Я-концепції : монографія : Тернопіль : Економічна думка, 2002. 186с.

19. Джонсон Д. Встановлення та збереження довіри. Практична психологія та соціальна робота. 2003. №6. С. 22-29

20. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. Тімченка. Харків :УЦЗУ, 2007. 502 с.

21. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. Тімченка. Харків :УЦЗУ, 2007. 502 с.

22. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5-16

23. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5-16

24. Козинчук А. Найбільша проблема для демобілізованих бійців АТО – дезадаптація URL: http:zik.ua/news/2015/09/03/psyholog_naybilsha_problema_dlya_demobilizovanyh_biytsiv_ato__dezadaptatsiya_621401 (дата звернення 19.06.2023).

25. Козинчук А. Найбільша проблема для демобілізованих бійців АТО - дезадаптація URL: http:zik.ua/news/2015/09/03/psyholog_naybilsha_problema_dlya_demobilizovanyh_biytsiv_ato__dezadaptatsiya_621401 (дата звернення 10.09.2023)

26. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчальнометодичний посібник : Київ : Гнозіс, 2013. 116 с.

27. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчальнометодичний посібник : Київ : Гнозіс, 2013. 116 с.

28. Кривоконь Н. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи монографія. Харків : Видавництво ФОП Олійник, 2011. 480 с.

29. Кривоконь Н. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи монографія. Харків : Видавництво ФОП Олійник, 2011. 480 с.

30. Ломакін Г. Прояви порушень реадаптації учасників бойових дій у системі суспільних відносин. Проблеми емпіричних досліджень у психології / За ред. І. Данилюка, І.В. Ващенко. Київ : ОВС, 2012. С. 94- 100.

31. Маклаков А., Чермянін С., Шустов Е. Проблеми прогнозування психологічних наслідків локальних військових конфліктів. Психологічний журнал. 1998. № 2. С. 15-27.

32. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

33. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

34. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця . Київ : Академвидав, 2014. 34 с.

35. Синьов В. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофрено-педагогіки): підручник. Київ : Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2007. 238 с.

36. Соціальна педагогіка: підручник / за редакцією А. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 256 с.

37. Цимбалюк І. Психологічне консультування та корекція. Навчальний посібник. Модульно-рейтинговий курс. Харків : Професіонал, 2009. 544с.

ДОДАТКИ

Результати дослідження за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу)

ДОДАТОК А

№ респондента за списком	Кількість балів за тестом
1	356
2	140
3	460
4	220
5	430
6	320
7	346
8	260
9	420
10	390
11	256
12	315
13	285
14	360
15	290
16	380
17	390
18	350
19	260
20	210
21	230
22	350

23	370
24	260
25	390
26	320
27	346
28	260
29	420
30	390
31	256
32	315
33	235
34	395
35	220
36	385

ДОДАТОК Б

Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

№	Шкала тривожності	Шкала фрустрації	Шкала агресивності	Шкала ригідності
1	13	5	5	6
2	12	9	9	9
3	1	0	8	12
4	5	4	10	5
5	12	8	6	16
6	11	8	9	5
7	12	11	14	12
8	10	9	12	10
9	6	7	18	12
10	6	4	8	4
11	4	5	11	8
12	12	6	6	9
13	12	6	6	9
14	4	5	11	8
15	5	4	10	5
16	3	3	5	6
17	12	8	6	16
18	13	9	9	5
19	12	11	14	12
20	10	9	7	9
21	12	8	6	16
22	11	8	9	5
23	12	11	14	12
24	10	9	12	10

25	6	7	18	12
26	6	4	8	4
27	4	5	11	8
28	12	6	6	9
29	12	6	6	9
30	4	5	11	8
31	5	4	10	5
32	3	3	5	6
33	12	8	6	16
34	13	9	9	5
35	12	11	14	12
36	10	9	7	9

Дослідження міжшкалових зв'язків за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк)

			Шкала тривожності	Шкала фрустрації	Шкала агресивності	Шкала ригідності
Ро Спирмана	Шкала тривожності	Коэффициент корреляции	1,000	,728	-,009	,490
		Знач. (2-х сторонняя)	.	,000	,946	,000
		N	53	53	53	53
	Шкала фрустрації	Коэффициент корреляции	,728**	1,000	,034	,396**
		Знач. (2-х сторонняя)	,000	.	,812	,003
		N	53	53	53	53
	Шкала агресивності	Коэффициент корреляции	-,009	,034	1,000	,255
		Знач. (2-х сторонняя)	,946	,812	.	,066
		N	53	53	53	53
	Шкала ригідності	Коэффициент корреляции	,490**	,396**	,255	1,000
		Знач. (2-х сторонняя)	,000	,003	,066	.
		N	53	53	53	53

ДОДАТОК В

Методика Рівня невротизації Л.І. Вассермана.

Інструкція: ознайомтесь з наведеними нижче судженнями і ситуаціями, виберіть відповідь "так" або "ні". Наведені питання для визначення рівня невротизації мають орієнтовний характер

Стимульний матеріал:

1. В різних частинах свого тіла я часто почуваю жар, поколювання, відчуття мурашок, оніміння.

2. Я рідко задихаюсь, і у мене не буває сильного серцебиття.

3. Раз в тиждень або й частіше я буваю дуже збудженим чи схвильованим.

4. Голова у мене болить часто.

5. Два-три рази на тиждень вночі мене непокоять кошмари.

6. Останнім часом я себе почуваю гірше, ніж будь-коли.

7. Майже кожен день трапляється що-небудь таке, що мене тривожить.

8. У мене бували періоди, що я через хвилювання втрачав сон.

9. Здебільшого, робота дається мені ціною великих зусиль.

10. Інколи я буваю таким збудженим, що це заважає мені заснути.

11. Велику частину часу я відчуваю невдоволення життям.

12. Мене постійно що-небудь тривожить.

13. Я намагаюсь рідше зустрічатися зі своїми знайомими і друзями.

14. Життя для мене майже завжди пов'язане з напруженням.

15. Мені важко зосередитись на якомусь завданні чи роботі.

16. Я дуже втомлююсь за день.

17. Я вірю в майбутнє.

18. Я часто переймаюсь сумними думками.

19. Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж звичайно.

20. Найважча для мене боротьба – це боротьба з самим собою.

21. Я майже завжди про щось або про когось тривожусь.

22. У мене мало впевненості в собі.

23. Я часто почуваю невпевненість в собі.

24. Кілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).

25. Інколи у мене виникає такс почування, ніби переді мною з'явилося стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.

26. Раз в тиждень або й частіше я без вагомої причини раптово почуваю жар у всьому тілі.

27. Часом я виснажую себе тим, що забагато на себе беру.

28. Я дуже уважний до того, як я одягаюсь.

29. Мій зір погіршився останнім часом.

30. У стосунках між людьми частіше всього переважає несправедливість.

31. У мене бувають періоди такого сильного хвилювання, що мені важко всидіти на місці.

32. Я з задоволенням танцюю, коли є можливість.

33. По можливості, я намагаюсь уникати великого скупчення людей.

34. Мій шлунок дуже мене непокоїть.

35. Мушу визнати, що часом я хвилююсь через дурниці.

36. Часом сам жалкую, що я такий дратівливий і невдоволений.

37. Кілька разів на тиждень у мене з'являється відчуття того, що мусить статися щось страшне.

38. Мені здається, що мої близькі погано мене розуміють.

39. Я часто відчуваю біль в серці або в грудях.

40. В гостях я. здебільшого, сиджу де-небудь збоку чи розмовляю з кимсь одним.

Обробка даних: Потрібно підрахувати число позитивних відповідей. Чим більший отриманий результат, тим вищий рівень невротизації.

Інтерпретація рівнів невротизації.

Високий рівень невротизації свідчить про виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, неспокій, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань; про езопову особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках; про труднощі в спілкуванні; про соціальну боязкість і залежність.

Низький рівень невротизації свідчить: про емоційну стійкість; про позитивні переживання (спокій, оптимізм); про ініціативність; про почуття власної гідності; незалежності, соціальної сміливості; про легкість у спілкуванні.

Високий рівень невротизації від 20 і вище

Середній рівень-від 10 до 19

Низький рівень - від 1до 9.

ДОДАТОК Г

Тест

Дослідження вольової саморегуляції

Мета дослідження: визначити рівень розвитку рольової саморегуляції.

Матеріал та обладнання: тест-опитувальник А. В. Звєрь-кова і Е. В. Ейдмана, бланк для відповідей і ручка. Процедура дослідження

Дослідження вольової саморегуляції за допомогою тесту-опитувальника проводиться або з одним досліджуваним, або з групою. Щоб забезпечити незалежні відповіді, кожен отримує текст опитувальника, бланк для відповідей, на якому надруковані номери питань і поряд із ними графа для відповідей.

Інструкція: «Вам пропонується тест, який містить ЗО тверджень. Уважно прочитайте кожне і вирішіть, правильне чи неправильне це твердження щодо Вас. Якщо правильне, то на аркуші для відповідей проти номера цього твердження поставте знак "плюс" (+), а якщо неправильне — "мінус" (-).

Тест

1. Якщо щось не клеїться, у мене нерідко з'являється бажання залишити цю справу.
2. Я не покидаю своїх планів і справ, навіть якщо доведеться обирати між ними і приємною компанією.
3. Мені неважко стримати спалах гніву, якщо це необхідно.
4. Зазвичай я зберігаю спокій в очікуванні приятеля, який запізнюється.
5. Мене важко відволікти від розпочатої роботи.
6. Мене сильно вибиває з колії фізичний біль.
7. Я завжди намагаюсь вислухати співрозмовника не перебиваючи, навіть якщо йому не терпиться заперечити.
8. Я завжди «гну» свою лінію.

9. Якщо потрібно, я можу не спати впродовж ночі (наприклад, робота, чергування) і весь наступний день бути в «хорошій формі».

10. Мої плани дуже часто перекреслюють зовнішні обставини.

11. Я вважаю себе терплячою людиною.

12. Мені не просто примусити себе холоднокровне спостерігати за видовищем, яке хвилює.

13. Мені рідко вдається примусити себе продовжити роботу після серії образливих невдач.

14. Якщо я ставлюсь до когось погано, мені важко приховати це.

15. Я можу зайнятись своїми справами при незручних та невідповідних обставинах, якщо це необхідно.

16. Мені сильно ускладнює роботу усвідомлення того, що її необхідно обов'язково зробити до певного терміну.

17. Вважаю себе рішучою людиною.

18. Фізичну втому я переношу легше, ніж інші.

19. Краще почекати ліфт, який щойно поїхав, ніж підніматися сходами.

20. Зіпсувати настрій мені не так просто.

21. Іноді якась дрібниця охоплює мої думки, не дає спокою, і я ніяк не можу від неї відчепитися.

22. Мені важче зосередитись на завданні або роботі, ніж іншим.

23. Пересперечати мене важко.

24. Я завжди прагну закінчити розпочаті справи.

25. Мене легко відволікти від справ.

26. Я іноді помічаю, що намагаюсь досягти свого всупереч обставинам.

27. Люди часом заздрять моєму терпінню і ретельності.

28. Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.

29. Я помічаю, що під час монотонної роботи несвідомо починаю змінювати спосіб дії, навіть якщо це призводить до погіршення результатів.

30. Мене, зазвичай, сильно дратує, коли «перед носом» зачиняються дверцята транспорту або ліфта, який від'їжджає.

Обробка результатів

Мета обробки результатів — визначення величин індексів вольової саморегуляції за пунктами загальної шкали (В) й індексів за субшкалами «настирливість» (Н) і «самоконтроль» (С).

Кожен індекс — це сума балів, отримана при підрахунку збігів відповідей досліджуваного з ключем загальної шкали або субшкали.

В опитувальнику шість маскувальних тверджень, тому загальний сумарний бал за шкалою «В» має перебувати у діапазоні від 0 до 24, за субшкалою «настирливість» — від 0 до 16 і за субшкалою «самоконтроль» — від 0 до 13.

Ключ для підрахунку індексів вольової саморегуляції

Загальна шкала	1-, 2+, 3+, 4+, 5+,б-, 13- 14- 16-, 17+, 22-, 24+, 25-, 27+,	7+, 9+, 10-, 11+, 18+, 20+, 21-, 28-, 29-, 30-
«Настирливість»	1-, 2+, 5+, б-, 9+, 10 17+, 18+, 20+, 22-,	-, 11+, 13- 16-24+, 25- 27+
«Самоконтроль»	3+, 4+, 5+, 7+, 13-, 24+, 27+, 28-,	14-, 16-, 21-, 29-, ЗО-

Аналіз результатів

У загальному вигляді під рівнем вольової саморегуляції мають на увазі міру володіння власною поведінкою у різних ситуаціях, здатність свідомо управляти своїми діями, станами та спонуканнями.

Рівень розвитку вольової саморегуляції може бути охарактеризований в цілому й окремо за такими властивостями характеру як настирливість і самоконтроль.

Рівні вольової саморегуляції визначаються у зіставленні з середніми значеннями кожної шкали. Якщо вони становлять більшу половину

максимально можливої суми збігів, то цей показник відображає високий рівень розвитку загальної саморегуляції, настирливості або самоконтролю. Для шкали «В» ця величина дорівнює 12, для шкали «Н» — 8, для шкали «С» — 6.

Високий бал за шкалою «В» притаманний особам емоційно зрілим, активним, незалежним, самостійним. Для них характерний спокій, впевненість у собі, стійкість намірів, реалістичність поглядів, розвинене почуття власного обов'язку. Як правило, вони добре рефлек-сують особисті мотиви, планомірно реалізують наміри, вміють розподіляти зусилля і здатні контролювати свої вчинки; їм властива виражена соціально-позитивна спрямованість. Іноді можливе зростання внутрішньої напруженості, пов'язаної із прагненням проконтролювати кожен нюанс власної поведінки і тривогою з приводу її спонтанності.

Низький бал спостерігається у людей чуттєвих, емоційно нестійких, ранимих, невпевнених у собі. Рефлексивність у них невисока, а загальний фон активності, як правило, знижений, їм властива імпульсивність і нестійкість намірів. Це може бути пов'язано як із незрілістю, так і з вираженою витонченістю натури, яка не підкріплена здатністю до рефлексії і самоконтролю.

Субшкала «настирливість» характеризує силу намірів людини — її прагнення до завершення розпочатої справи. На позитивному полюсі — діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть виконати заплановане, їх мобілізують перепони на шляху до мети, але відволікають альтернативи та спокуси, головна їх цінність — розпочата справа. Таким людям притаманні повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядкувати їм власну поведінку. У крайньому разі можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій. Низькі значення за цією шкалою свідчать про підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, які можуть призводити до непослідовності і навіть хаотичної поведінки. Знижений фон активності і працездатності, як правило, компенсується у таких осіб

підвищеною чутливістю, гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільної трактовки соціальних норм.

Субшкала «самоконтроль» відображає рівень вільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал за субшкалою набирають люди емоційно стійкі, які добре володіють собою у різних ситуаціях. Для них притаманний внутрішній спокій, впевненість у собі, які звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприйняття нового, неочікуваного і, як правило, поєднуються зі свободою вчинків, тенденцій до новаторства і радикалізму. Прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до підвищення внутрішньої напруженості, переваги постійного занепокоєння і втоми.

На іншому полюсі цієї субшкали — спонтанність і імпульсивність, поєднані з образливістю і наданням переваги традиційним поглядам, відгорожують людину від інтенсивних переживань та внутрішніх конфліктів, сприяють незворушному фону настрою.

Соціальна бажаність високих показників за шкалою неоднозначна. Високі рівні розвитку вольової саморегуляції можуть бути пов'язані з проблемами в організації життєдіяльності і відносинах із людьми. Часто вони відображають появу дезадаптивних рис і форм поведінки. Низькі рівні настирливості та самоконтролю у багатьох випадках виконують компенсаторні функції, проте також свідчать про порушення у розвитку властивостей особистості, її вміння будувати свої відносини з іншими людьми й адекватно реагувати на різноманітні ситуації.

Отримавши інформацію про усвідомлювані особливості саморегуляції, можна розробити програму вдосконалення, зазначивши ті риси, які насамперед потребують розвитку або корекції.

ДОДАТОК Д

Дослідження схильності до ризику (за о.Г. Шмельовим)

Мета: оцінка схильності до ризику.

Матеріали та обладнання: опитувальник О.Г. Шмельова, бланк для відповідей, ручка.

Процедура дослідження

Дослідження можна проводити як з однією людиною, так і з групою. У другому разі важливо забезпечити незалежність відповідей досліджуваних. Кожен отримує текст опитувальника з інструкцією і бланком для відповідей, який складається з номерів запитань та розміщеної поряд графи для відповідей.

Інструкція досліджуваному: "Перед Вами перелік тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження і вирішіть, правильне чи неправильне воно стосовно Вас. Якщо правильне, то в бланку відповідей проти номера цього твердження поставте знак **плюс** (+), а якщо неправильне — **мінус** (-).

Опитувальник

1. Я часто говорю до того, як обміркую сказане.
2. Мені подобається швидка їзда.
3. Я часто змінюю свої інтереси та захоплення.
4. Кращий спосіб знайти справжніх друзів — говорити людям те, що про них думаєш.
5. Здебільшого запитання на екзамені може бути сформульовано так, що виявиться не пов'язаним з програмою, і вся підготовка стає марною.
6. Життя без небезпек мені не здається надто нудним.
7. Якщо бажаєш зайняти високу посаду на службі, дотримуйся прислів'я: "Хто не поспішає, той скрізь устигає".
8. Азартні ігри заважають розвитку в людини почуття відповідальності за те, щоб приймати продумані рішення.
9. Я швидше відчуваю нудьгу від якого-небудь заняття, ніж більшість людей, які займаються тим самим.

10. Я краще пройду дві-три зупинки пішки, коли поспішаю, ніж буду чекати на автобус, хоча, очевидно, він мене наздожене.

11. Мені цікаво зробити так, щоб зачепити кого-небудь.

12. Тільки несподівані обставини і небезпека дозволяють мені мобілізувати свої сили.

13. Я не маю задоволення від почуття ризику.

14. Тільки по-справжньому сміливі дії дозволяють людині стати видатною і здобути визнання.

15. Мені неприємні ті люди, які через власні примхи перетворюють серйозні справи на легковажні ігри.

16. Коли я виробляю конкретний план дій, то майже завжди впевнений (впевнена), що мені пощастить його здійснити.

17. Коли на небі сяє сонце, я ніколи не беру на прогулянку парасольку, навіть якщо прогноз обіцяє дощ.

18. Я часто намагаюся відчути збудження.

19. Мені неприємно, коли нав'язують парі, навіть якщо я повністю впевнений у своїй думці з даного питання.

20. У деяких випадках я не зупинюся перед тим, щоб обманути, якщо мені треба справити гарне враження.

21. По-справжньому розумна людина уникає швидких рішень — вона вміє дочекатися таких моментів, коли діяти можна напевно.

22. Я не вважаю, що трюки, які виконують циркові акробати без страхувального паска, виглядають більш вражаюче.

23. Я надаю перевагу небезпечній роботі, якщо вона приносить переміни в житті і можливість мандрувати.

24. Я завжди сплачую перевезення багажу в транспорті, навіть якщо не побоююся перевірки.

25. Я вважаю, що треба вірити у свій шанс, навіть коли перевага не на моєму боці.

26. У творчій справі головне — це зухвалий задум, навіть якщо внаслідок цього нас очікує невдача через безглузду випадковість.

27. Я не пожалкую грошей заради того, щоб у потрібний момент показати свою заможність і мати вигляд привабливої людини.

28. Якщо під час зустрічі мій знайомий на мене не звертає уваги, я не буду нав'язувати йому своє спілкування і не привітаюся першим.

29. Більшість людей не розуміє, в якій мірі їхня доля залежить від випадку.

30. Якщо під час придбання автомобіля мені доведеться вибирати між швидкістю і комфортом, з одного боку, та безпекою, з іншого, я оберу безпеку.

31. Я почуваюся краще, коли дуже захоплений яким-небудь задумом.

32. Я віддаю перевагу такому одягу, про який твердо знаю, що він надійний і має добрий вигляд, незалежно від стрибків моди.

33. Коли я граю в різноманітні ігри, я намагаюся брати ініціативу на себе, навіть коли знаю, що супротивник тільки й чекає цього.

34. Під час мандрівок я полюбляю відхилятися від відомих маршрутів.

35. Я часто потрапляю в такі ситуації, з яких мені хочеться якнайшвидше вибратися.

36. Якщо я обіцяю, то практично завжди дотримуюся своїх слів, незалежно від того, зручно це мені чи ні.

37. Якщо мій безпосередній керівник буде стримувати мої новаторські ідеї, в мене вистачить сміливості довести їх до відома керівництва вищого рангу.

38. Азартні ігри розвивають у людини здібності приймати сміливі рішення в складних життєвих ситуаціях.

39. Коли я читаю гостросюжетну книгу, то ніколи не поспішаю швидше дізнатися, чим усе закінчиться, із задоволенням читаю по порядку.

40. Мені сподобалося б стрибати з парашутом.

41. Кращий спосіб викликати щире ставлення до себе — довіряти людям.

42. Я почуваюся краще, коли відчуваю щастя від спокою та комфорту.

43. Мені буває набагато важче купувати одну коштовну річ, ніж багато дешевих речей тієї ж сумарної вартості.

44. Якщо я граю, то віддаю перевагу грі або суперечці на заклад.

45. Люди занадто часто бездумно витрачають своє здоров'я, переоцінюючи його запаси.

46. Якщо мені не загрожує штраф, то я переходжу вулицю там, де мені зручно, а не там, де потрібно.

47. Я не ризикую купувати одяг без примірки.

48. Тільки смілива людина здатна на справжнє шляхетне ставлення до людей, незалежно від того, як вони реагують на неї.

49. У команді й грі найважливіше — це взаємна підстраховка.

50. У житті людям справді дуже часто доводиться грати в небезпечну гру "пан або пропав".

Мета обробки результатів — одержання показника величини схильності до ризику як риси характеру. Показник підраховується за кількістю збігань знаків відповідей згоди-незгоди на твердження шкали схильності до ризику.

Номер твердження та знак відповіді: 2+, 3+, 4+, 6-, 7-, 8-, 9+, 11+, 12+, 13-, 14+, 15-, 17+, 18+, 19-, 21-, 22-, 23+, 25+, 26+, 27+, 28-, 30-, 31+, 32-, 33+, 34+, 37+, 38+, 39+, 40+, 41+, 42-, 43-, 44+, 45-, 47-, 48+, 49-, 50+.

Для оцінки ставлення до дослідження в опитувальнику подано твердження, згода з якими засвідчує щирість відповідаючого, а незгода — нещирість.

Шкала щирості: відповіді неправильно (-) за номерами запитань анкети 1, 5, 10, 16, 20, 24, 29, 35, 36, 46.

Показник збігання відповідей за другою шкалою, що дорівнює 8, 9 чи 10, засвідчує недостовірність результатів дослідження. У такому разі тестування треба повторити, звернувши увагу досліджуваного на виконання вимог інструкції.

Аналіз схильності до ризику як риси характеру має важливе значення для психологічного прогнозування процесів прийняття рішень у невизначеній ситуації. Під час аналізу результатів слід орієнтуватися на те, що показник схильності до ризику може варіювати від 0 до 40. Чим вищий показник, тим більша схильність до ризику.

Якщо показник нахилу до ризику становить 30 і більше одиниць, то його рівень виявляється високим, таку людину можна назвати ризикуючою за умови, що її відповіді були достатньо щирими. Якщо показник у межах від 11 до 29 — схильність до ризику середня, а якщо менший за 11 — рівень ризику низький, така людина не любить ризикувати, і її можна назвати обережною людиною.

Під час інтерпретації результатів слід враховувати, що високий рівень схильності до ризику є, з одного боку, показником рішучості, а з іншого, може призвести до авантюризму.