



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного
управління та національної безпеки
Кафедра психології

КОВАЛЬ ДІАНА ОЛЕГІВНА

УДК 159.942.3

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**Психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової
травми війни**

053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Коваль Д.О.

Керівник роботи
Можаровська Тетяна Вікторівна
кандидат психологічних наук,
доцент

Житомир – 2023

Висновок кафедри психології

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри психології

№__ від «__» _____ 20__ року.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистила

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

АНОТАЦІЯ

Коваль Д.О. Психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеню магістра за спеціальністю 053 – психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2023.

Зміст анотації В роботі розглянуто теоретичні та практичні аспекти зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни. Автор висвітлює зміст досліджуваної категорії, особливості, способи зміцнення стресостійкості. Пропонується аналіз передумов виникнення травматичного стресу та шокової травми війни. Досліджується реабілітаційний потенціал цивільних осіб, особливості їх первинної стресостійкості та способи зміцнення психологічної пружності, можливість посттравматичного зростання. Висуваються наукові пропозиції по попередженню виникнення психологічної травми, її опрацювання. Окремими розділами пропонується емпіричне дослідження та методичні рекомендації до створення програм зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни. При створенні програм зміцнення резильєнтності суттєва увага приділяється саме відновленню.

Ключові слова: стрес, адаптація, дезадаптація, психологічна травма, тривога, стресостійкість, резильєнтність.

SUMMERY

Koval D.O. Psychological features of resilience of civilians in conditions of shock trauma of war. - Qualification work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 - psychology.
– Polis National University, Zhytomyr, 2023.

Content of summery. The theoretical and practical aspects of strengthening the resilience of civilians in the conditions of shock trauma of war are considered in the work- the author highlights the content of research category, features, ways to strengthen stress resistance. An analysis of prerequisites for the occurrence of traumatic stress and shock trauma of war is offered. The rehabilitation potential of civilians, the features of their primary stress resistance and methods of strengthening psychological resilience, the possibility of post-traumatic growth are investigated. Scientific proposals are put forward to prevent the occurrence of psychological trauma, its treatment. Empirical research and methodological recommendations for the creation of programs to strengthen the resilience of civilians in conditions of the shock trauma of war are offered in separate sections. When creating programs to strengthen resilience, significant attention is paid to psychological recovery.

Key words: stress adaptations, maladaptation, psychological trauma, anxiety, stress resistance, resilience.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ» В ПСИХОЛОГІЇ.....	12
1.1. Зміст та особливості поняття “резильєнтність”.....	12
1.2. Предиктори зниження адаптивності цивільних осіб в умовах війни та способи зміцнення резильєнтності.....	16
1.3. Психологічні способи зміцнення резильєнтності.....	18
Висновки до розділу 1.....	20
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХО-СОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	23
2.1. Організація та методологічне забезпечення дослідження факторів зміцнення резильєнтності цивільних осіб.....	23
2.2. Психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни.....	28
Висновки до розділу 2.....	35
Розділ 3 ЗМІЦНЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ШОКОВОЇ ТРАВМИ ВІЙНИ.....	39
3.1. Програма зміцнення резильєнтності.....	39
3.2. Аналіз результатів апробації експериментальної програми зміцнення резильєнтності.....	48
3.3. Методичні рекомендації для реабілітації та зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни.....	59
Висновки до розділу 3.....	69
ВИСНОВКИ.....	72

ДОДАТКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95

ВСТУП

Актуальність теми. До питання резильєнтності не лише психологи, а й представники інших спеціальностей гуманістичного спрямування зверталися неодноразово, намагаючись як уніфікувати дане поняття, так і зрозуміти його зміст та механізм зміцнення. Традиційно, під резильєнтністю розуміють стресостійкість, психологічну пружність, елементами якої є здатність витримувати напруження, пов'язане із стресовими подіями, адаптуватися до них та відновлюватися після них. Дане поняття логічно пов'язано із поняттям «стрес», до змістовних категорій якого належить еустрес та дистрес.

Для всіх країн, що перебувають у стані війни, питання адаптації до стресу, та подальшого зростання є одним з найбільш актуальним. Саме тому до першої психологічної допомоги залучають не лише психологів, а будь-кого, хто обізнаний зі стресовими реакціями та здатен діяти відповідно до певного алгоритму протоколу надання першої психологічної допомоги. До нормальних стресових реакцій, які виникають після настання події, що провокує стрес, є переживання тривоги та страху, на що лімбічна система реагує сигналами – «обороняйся», «біжи» чи завмири.

Українські спеціалісти допомагаючих професій загалом, та психологи, зокрема, намагаються використати позитивний досвід інших країн, що переживали досвід війни, чи знаходяться у ньому. Це пов'язано з тим, що війна створює атмосферу шокової травми, - зникає безпечний фон життя, стресові події часті, або безперервні. Фактично, усі українці зараз живуть в умовах пролонгованої травми, що, за відсутності можливості адаптуватися може призвести в окремих категорій осіб до формавання як ПТСР так і КПТСР. Безпеківі маркери звичайного ритму життя порушено.

Попередньо, дослідженням проблеми зміцнення резильєнтності займалася велика кількість психологів. Теоретичну базу дослідження становлять праці таких зарубіжних психологів як: Ганс Сельє, Ван Дер Колк, Зигмунд Фройд,

Ю.А. Александровський, М.М. Решетников, Н.В.Тарабріна, О.Р. Малхазов, С.М.Миронець, О.В. Тимченко, В.О. Бодров. Окрім того, що увага вчених була зосереджена на дослідженні стресостійкості в розрізі можливості прогнозувати поведінку осіб, що були учасниками екстремальних подій, основні дослідження стосувалися механізму адаптації та уникнення негативних наслідків, у вигляді розладів, пов'язаних із стресом. Велика кількість доробок у сфері зміцнення стресостійкості цивільних осіб в умовах шокової травми війни належить спеціалістам когнітивно-поведінкової терапії, зокрема Олегу Романчуку, - директору Інституту психічного здоров'я УКУ та Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії.

Разом з цим, відсутність комплексного дослідження питання резильєнтності цивільних осіб, свідчить про необхідність здійснення наукового – теоретико-методичного та практичного пошуку нових підходів та зведення їх результатів у дієві програми, що допомогали би українцям розвивати психологічну пружність.

Недостатнє теоретичне вивчення та емпіричне дослідження феномену резильєнтності зумовило вибір теми кваліфікаційної роботи «Психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни».

Метою дослідження є теоретико-експериментальне обґрунтування феномену резильєнтності цивільних осіб, її загальну побудову та особливості проявів і формування в умовах шокової травми війни.

Об'єктом дослідження є резильєнтність як структурно-функціональна та динамічна характеристика особистості.

Предметом психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни

Відповідно до мети та предмета визначено **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену резильєнтності. Проаналізувати психологічний зміст понять «резильєнтність цивільних осіб в умовах шокової травми війни», «травма війною».

2. Виокремити основні предиктори психічного травмування в умовах війни.

3. Дослідити емоційні, поведінкові та когнітивні складові механізму зміцнення резильєнтності.

4. Проаналізувати реабілітаційний потенціал цивільних осіб в умовах шокової травми війни.

Гіпотеза дослідження. Існує кореляція між первинною стресостійкістю та резильєнтністю цивільних осіб в умовах війни. Зміцнення резильєнтності забезпечується шляхом посилення соціальної підтримки, фізичної активності, когнітивної та емоційної гнучкості.

Теоретико-методологічною основою дослідження є дослідження є дослідження Ганса Сельє щодо різних фаз о стресу, а також його напрацювання щодо поняття “дистрес”, Ван Дер Колка - щодо особливостей формування травматичного досвіду, припин винекнення травми, Руденко А. В. - щодо структури резилієнсу у контексті розвитку резильєнтності особистості, Корольчук В. М.- у сфері дослідження первинної стресостійкості особи, О. Стражного -у сфері застосування методу біосугестивної терапії для зміцнення резильєнтності

Методи дослідження. Для виконання поставлених дослідницьких завдань використано комплекс методів: теоретичні (аналіз, узагальнення літературних джерел); емпіричні (бесіда, тестування, анкетування); психодіагностичні методики: тест на визначення рівня стресу та тривоги за шкалою Гамільтона, Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року); методи статистичної обробки даних.

Емпірична база дослідження. Дослідження проведено на базі Житомирського центру зайнятості. Вибірку склали особи, що зареєстровані на обліку як безробітні. Загальна кількість досліджуваних становила 50 осіб віком від 22 до 55 років.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: вперше досліджується феномен резильєнтності в умовах шокової травми війни; встановлено, що попри відсутність єдиного уніфікованого визначення резильєнтності, спільним твердженням дослідників, залишається думка про те, що дана дефініція змістовно пов'язана зі здатністю витримувати негаразди, розвиватися після травматичних подій, інтегрувати їх у автобіографічну пам'ять та бачити зміст у подіях подальшого життя. Пропонуємо розглядати резильєнтність цивільних осіб в умовах шокової травми війни як навичку саморегуляції цивільних осіб в умовах війни, що заснована на психофізіологічних нейровізіологічних властивостях організму, що визначають первинну стресостійкість та полягає у здатності проживати травми війни, адаптуватися та зростати.

Розроблено та впроваджено програму зміцнення резильєнтності цивільних осіб; розширено та доповнено дефініції «резильєнтність цивільних осіб в умовах шокової травми», теоретичне підґрунтя для уніфікації поняття «травма війною».

Практична значущість отриманих результатів дослідження полягає в можливості застосування зазначених у роботі способів та прийомів зміцнення резильєнтності у реабілітації цивільних осіб, а також, створення групових програм адаптації до змін, відповідно до критеріїв, за якими можна об'єднувати групи.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення результатів дослідження були представлені для обговорення на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Захист психічного здоров'я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного стану» від 5 травня

2023 року, де були представлені тези на тему “Теоретичні проблеми визначення поняття «резильєнтність цивільних осіб» в психології”, та на IV Міжнародній науково-практичній конференції «Інструменти і практики публічного управління в контексті національної безпеки», що була проведена у місті Житомир на базі Поліського Національного університету, з доповіддю на тему “Способи зміцнення резильєнтності цивільних осіб під час воєнного стану”, а також на науково-практичній конференції “Студентські наукові читання - 2023” 14 грудня 2023 року з доповіддю на тему “, за результатами яких подані до друку та опубліковані відповідні тези конференції.

Публікації. Теоретичні та емпіричні результати дослідження висвітлено у 3 публікаціях: Коваль Д.О. Теоретичні проблеми визначення поняття “резильєнтність цивільних осіб” в психології. / Д.О. Коваль / Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 105 річниці від дня народження В. Сухомлинського. - 2023. - ст. 133-134. Можаровська Т.В., Коваль Д.О. Способи зміцнення резильєнтності цивільних осіб під час воєнного стану. / Т.В.Можаровська, Д.О. Коваль / Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції 22-23 червня 2023 року. - Житомир. - ст.75-80. Коваль Д. Поняття психологічної травми в категоріях позитивної та транскультуральної психотерапії Носсрата Пезешкіана. / Д.О. Коваль. / Студентські наукові читання. Матеріали студентської науково-практичної конференції. Житомир. - 14 грудня 2023 року, ст. 85-86.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 98 сторінок, основний зміст роботи викладено на 74 сторінках. Робота містить 9 таблиць. Список використаної літератури налічує 40 джерел (з них 16 – іноземних).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ» В ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Зміст та особливості поняття “резильєнтність цивільних осіб”

У книжці «Резильєнтність. Мистецтво долати найбільші виклики життя» Стівен М. Саутвік та Денніс С. Чарні резильєнтність метафорично порівняна з здатністю дерева у вітряній місцевості пускати глибше коріння [3, 7]. Насправді, дійсно, резильєнтність передбачає не лише здатність робити той чи інший вибір в екстремальних умовах. Це також певні навички, стратегії життя, коупінги, які допомагають проходити через екстремальні умови життя, адаптуючись. При цьому, слід відзначити, що поняття резильєнтності включає також здатність зберігати власні цінності, соціальні взаємодії, долати перешкоди, зростаючи.

Т. Федотова характеризувала резильєнтність як можливість переживати несприятливі обставини та ефективно долати їх, удосконалюючи себе [4].

У прикладних науках термін резильєнтність трактується як властивість предмету набувати своєї попередньої форми після їх деформації. У теоретичному дискурсі психології резильєнтність розуміється як здатність повернутися до норми після переживання екстремальних подій. В такому контексті про резильєнтність можна говорити як феномен, що пов'язаний з двома факторами: значні негаразди та позитивна адаптація. Американська психологічна асоціація дає визначення резильєнтності як «процесу доброї адаптації перед обличчям лиха травми, трагедії, загроз, і навіть значних джерел стресу – таких як проблеми в сім'ї, стосунках, серйозні порушення здоров'я, робочі та фінансові стреси.» [5].

Українці стикнулися з реаліями війни ще у 2014 році, однак повномасштабне вторгнення Росії у 2022 році зруйнувало безпековий фон та занурило українське суспільство в проживання травматичного стресу.

Травматичний стрес – це особлива форма загальної стресової реакції, за якою відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини. У цьому випадку стрес для людини є травмогенним, може стати причиною психічної травми.

В свою чергу, психічна травма – життєва подія чи ситуація, що зачіпає суб'єктивно значимі аспекти життєдіяльності людини, викликаючи глибокі емоційні переживання [6, 7].

Травматичний стрес, якого зазнають люди під час війни, почав вивчатися досить давно у контексті дослідження інших видів факторів, що спричиняють психологічну травму. В першу чергу, серед факторів, які визнані як травматичні для психіки відносять: насилля та руйнування, спричинені війною, бойові дії (так званий, військовий стрес), довготривале ув'язнення, насильство (згвалтування, пограбування, викрадення), стихійні лиха (природні, техногенні або спричинені діяльністю людей), нещасні випадки, зловживання щодо дітей (інцест), раптова та травматична втрата близької людини.

На думку Л.О. Китаєва-Смика, Ю.А. Александровського, Н.В. Тарабріної, в сучасних умовах негативні наслідки психотравмуючих ситуацій властиві не тільки для осіб «стресогенних професій», а й для широкого кола населення («травма минулим», «травма нинішнім життям», «травма майбутнім» [7, 7]).

Вважаємо, в перспективі подальших наукових досліджень необхідним сформулювати уніфіковане поняття «травма війною», яке б відображало предиктори виникнення та формування таких стресових розладів як: гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації не лише в безпосередніх учасників бойових дій, а й в цивільних осіб.

Найбільшою мірою питання психологічної адаптації в умовах війни досліджувалося в контексті допомоги військовим. Вперше про особливості психологічних наслідків переживання травматичного досвіду почали говорити у зв'язку з хронічними труднощами ветеранів війни у В'єтнамі в 70 роках в США, у зв'язку з інцидентами з захопленням заручників в Нідерландах (1975-1977рр.). Саме тоді почали створюватися перші програми підтримки жертв в країнах Європи та була введена концепція посттравматичного стресового розладу (DSM – 3), у 1980 році.

Разом з тим, катастрофічно мало досліджувався адаптаційний потенціал та механізми психологічної саморегуляції цивільних осіб, які живуть в умовах генералізованої тривоги під час війни.

Питання дослідження структурно-функціональних особливостей резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни змістовно пов'язано з дослідженням особливостей фізіології проживання стресових подій.

Дослідники Бессел Ван Дер Колк у своїй праці «Тіло пам'ятає все» ґрунтовно досліджує ті фізіологічні зміни, які відбуваються з людиною в результаті проживання нею травмуючих подій. Об'єднуючи усі дослідження в області травми, свій досвід і історії пацієнтів зазначає, що травма буквально змінює тіло та мозок позбавляючи людей, що її пережили, нормального життя, близьких стосунків та самоконтролю [8, 5]. В своїй книзі Б.В.Д. Колк досліджує основні компоненти відповіді організму на стрес, реакції лімбічної системи, роботу мигдалини, неокортексу – префронтальної кори головного мозку (його аналітичної частини), роль гіпокампу – тієї частини головного мозку, яка безпосередньо «маркує» травматичні події як прожиті і, за умови адаптації організму до стресу, записує травматичний досвід, у автобіографічну пам'ять як події минулого. Більше уваги передній поясній корі, яка відповідає за здатність зосереджувати увагу, розпізнавати та відстежувати помилки та несправності, оцінювати значення емоційної та мотиваційної інформації, і регулювати емоції, присвячують у своїй книзі «Резилієнтність. Мистецтво долати найбільші

виклики війни Саутвік С.М., Денніс С. Ч». Слід зазначити, що здійснення багатьох, пов'язаних з емоціями функцій, відповідає також передня острівцева частка головного мозку.

Певною мірою, революційним є дослідження Стівена Порджера, який досліджував фізіологічні критерії резильєнтності, – взаємодію тіла та мозку в афективному сприйнятті та емоціональному прояві. В своїй праці «Полівагальна теорія. Нейрофізіологічні основи емоцій, прив'язаності, спілкування та саморегуляції» він обґрунтовував полівагальну теорію, що передбачає здатність проживати стрес та зростання резильєнтності в залежності від властивостей вегетативної нервової системи та нерва-вагуса, а також деталізовано дослідив нейроцепцію – підсвідому систему безпеки та виявлення загроз, Полівагальна теорія Стівена Поджерса пропонує двунаправлену модель «мозок-тіло», інтерпретуючу мозкову регуляцію фізіологічних процесів (наприклад, нейронну регуляцію як серцево-судинної так і ендокринної функцій [9, 13].

Безперечно, не однією фізіологією дослідники обмежували визначення поняття «резильєнтність». Багато з них досліджували когнітивну та поведінкові складові резильєнтності що проявляються в трансакціях особи як відповіді на стресовий фактор. В цьому контексті вважаємо важливим відмітити доробок Джона Боулбі, який у своїх працях обґрунтував не лише теорію прив'язаності, а й відмітив взаємозв'язок між сформованою на ранніх етапах дитинства безпечною прив'язаністю та адекватністю оцінки ситуації, власних ресурсів та реакцій на травматичні події [10, 43]. На його думку, еволюція подбала про те, прив'язаність до значимих дорослих у немовляти корелюється з його здатністю виживати, у тому числі, з психологічною здатністю, що проявляється через певну поведінку та сформовані когніції.

Пізніше, дослідженням когнітивної та поведінкової структурно-функціональних елементів резильєнтності займався також і психоаналітик Карл Хайнц Бриш, який попри аналіз впливу різних типів прив'язаності на когнітивну

та емоційну складові резильєнтності, також присвятив увагу розробці терапевтичних програм формування безпечної прив'язаності, а як наслідок, – зміцнення когнітивних та поведінкових структурних елементів стресостійкості [11, 102].

1.2. Предиктори зниження адаптивності цивільних осіб в умовах війни

До численних стрес-факторів війни дуже складно пристосуватися, й астенизація, сенситивізація, апатія, зниження працездатності, складності зі спілкуванням, зниження якості життя поширюються і зростають. Відбувається й індукція, взаємозараження страхами, поганими передчуттями, фейковими повідомленнями, негативними передбаченнями через особисті контакти, ЗМІ та соціальні мережі.

Здебільшого, це ті фактори, які створюють відчуття тотальної безпорадності, формують психологічні зриви та дуже сильний дискомфорт. Національна, трансгенераційна травма також може бути фактором, який сприяє в подальшому травмуванню особистості, що належить до цієї нації. Відповідно, до типології травматичного досвіду, вирізняють: травму першого типу, до якої відносять окрему, неочікувану подію та травму другого типу – пролонговані, екстремальні умови, що повторюються (серія екстремальних подій, протягом довгого часу).

У 1889 році П'єр Жане, характеризуючи особливості психологічної травми, зазначив, що грубий спогад про травму залишається як фіксована ідея і живе власним життям, відрізаний від решти свідомого розуму, і створює несвідомі симптоми [12, 12]. Пізніше, дослідники підтвердили це твердження, зазначаючи, що особливістю психологічної травми є те, що вона пов'язана з розладами інтеграції події більше, ніж безпосередньо з проживанням психологічного болю. При цьому ядро травми містить фрагментовані частини знань про травмуючу

подію, які наче змонтовано з подіями, які до травматичної події відношення не мають. Когнітивні емоційні складові людина інформації про травмуючу подію, що залишилася в минулому, людина назвати не може. Деякі загальні зміни можуть стосуватися сприйняття світу у більш загрозливому вигляду ніж до того.

Травматичний досвід, особливо, той, що пов'язаний з екстремальними подіями війни, може викликати почуття страху, вини, тривоги, постійного очікування небезпеки і прагнення її уникнути, недовіру до людей, флешбеки, звинувачення себе, відчуття злості, відчуття втрати контролю та дисоціацію. Тривога стає надмірною, виростаючи від думок, що підсилюють одна одну. До фізичних симптомів такої тривоги можна віднести: швидку втомлюваність, проблеми зі сном, м'язову напругу, неможливість розслабитися.

Предикторами такої тривоги в умовах війни є зміна звичного середовища, переміщення, як всередині країни, так і вимушений виїзд за її межі, відсутність позитивного попереднього досвіду у схожих ситуаціях, на який можна би було опертися, непередбачуваність та новизна, неоднозначність, тобто неможливість трактувати ситуацію однозначно, відсутність зрозумілих варіантів розвитку подій.

Інтенсивність руйнівного впливу подій війни (інтенсивність травматичної ситуації) є важливим фактором, який треба враховувати при прогнозуванні негативних наслідків для психіки цивільних осіб.

Загалом, резильєнтність цивільних осіб під час війни певною мірою змістовно відрізняється від резильєнтності цивільних осіб за умов мирного життя, однак, безперечно, важливим фактором здатності адаптації в умовах війни є первинна психофізіологічна резильєнтність як базовий показник фізичної, емоційної та когнітивної стресостійкості.

В цьому контексті важливою є індивідуальна основа резильєнсу яка характеризується показниками здоров'я та усім, що зі здоров'ям пов'язано. Така відносно стала основа резильєнтності зберігається протягом усього життя та має назву «внутрішній резильєнс».

Зовнішній резильєнс складається з соціально-економічних джерел. Між внутрішніми і зовнішніми є система, яка відображає орієнтацію та реакцію індивіда на життя, його зовнішнє середовище та обставини. Взаємодія цих систем створює умови, у яких резильєнс може проявлятися різним чином [13].

Фахівці зазначають, що усі цивільні особи, які зазнали вимушених змін у своєму житті через війну, потребують психологічної допомоги, але, на жаль, не всі можуть вчасно її отримати. Дослідження вказують також на те, що емігранти, а, особливо, ті, хто вимушено покинули свої домівки через війну, є тією категорією, яка знаходиться у групі ризику, щодо виникнення та розвитку розладів, пов'язаних із стресом, у майбутньому. Адже, кожна наступна травма актуалізує попередню і за відсутності психодіагностики та належної психологічної допомоги, може лише ускладнювати проживання травматичних подій та формування резильєнтності. Підсилювати дезадаптацію в даному контексті можуть також такі чинники, зокрема: мовний бар'єр, транскультуральні особливості проживання страху та тривоги, відсутність близького оточення, соціальної підтримки та інше.

Саме на цьому етапі необхідною є резильєнтність – щоб залишитися цілісним, вистояти та відновити своє психічне здоров'я, стати сильнішим, долаючи досвід випробувань. В контексті формування колективної свідомості – бути резильєнтною нацією .

1.3. Способи зміцнення резильєнтності

Питання, що робить людей резильєнтними досліджується в контексті аналізу впливу на формування резильєнтності таких факторів як коупінг-механізми особи, властивості нервової системи. Загалом, дослідження змісту адаптаційного потенціалу особи вказує на те, що людина не здатна бути резильєнтною до усіх екстремальних подій в житті, її здатність справлятися,

частіше, краще репрезентована в одній сфері, в той час як в іншій, вона справляється гірше. Також резильєнтність залежить від віку, та сформованої в дитинстві безпечної прив'язаності. Резильєнтність цивільних осіб, що змушені долати екстремальні події, пов'язані з війною, залежить від зовнішніх ресурсів, наприклад, – сім'ї, соціального оточення, близьких зв'язків (психосоціальної адаптації), можливості та здатності позитивної інтерпретації подій і т.д. Загалом, можна виділити такі сфери, які пов'язані з необхідністю адаптації, як: сімейна, міжособистісна, батьківська, виробнича, інформаційна та економічна.

Психологами розроблено чимало шкал, як для вимірювання рівня стресу, адаптації, тривоги у цивільних осіб (приміром, шкала Гамільтона (HAM-A), Піттсбурзький індекс якості сну (PSQI), Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант), опитувальник травматичного стресу (ОТС)), а також шкали та опитувальники, пов'язані безпосередньо з визначенням рівня резильєнтності (опитувальник якості життя (SF-36), методика психологічної діагностики копінг-стратегій Е.НЕІМ (в адаптації Л.І. Васермана) шкала резильєнтності Коннора-Девідсона, шкала диспозиційної стійкості), Модифікована шкала оцінювання впливу травмивної події на дітей (CRIES-8).

Загалом, такі професійні скрінінги мають на меті з'ясувати вплив екстремальних подій на цивільних осіб, їх здатність впоратися, адаптуватися, зрости, та, за потреби – діагностувати розлад, пов'язаний із травматичним стресом та обрати відповідний вид, метод та форми психологічної допомоги. Приміром, при ПТСР добре зарекомендували себе техніки десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою руху очей, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія. Як додаткові методи – раціональна психотерапія, екзистенційна психотерапія, сімейна психотерапія, техніки майндфулес, акупунктура.

Події, що відбуваються під час війни є руйнівними не лише з огляду на безпековий фон життя. Вони змінюють та нівелюють екзистенційні орієнтири, можуть бути нищівними щодо цінностей, які є в кожній людині та потреб,

пов'язаних з ними. Є різні визначення цінностей, але, оскільки в контексті нашого наукового дослідження значення даної дефініції є вторинним, то вважаємо за потрібне розглядати цінності, як сокровенні бажання, пов'язані з баченням людини того, якою вона хоче бути, у тому числі у контакті з навколишнім світом. В умовах шокової травми війни події викликають думки та емоції, які можуть сигналізувати людині, що вона не може впоратися з забезпеченням можливості жити, відповідно до власних цінностей. Важливими чинниками інтеграції прожитих подій війни в пам'ять як таких, що прожиті і можуть бути подолані, є усвідомлення своїх цінностей, ресурсів, наявність близького безпечного контакту бодай хоч з однією людиною, до якої можна звернутися у разі проживання екстремальних подій, здатність розуміти власні потенції у найбільш екстремальних ситуаціях, концентруватися на них та витримувати певну частину невизначеності у майбутньому, позитивна інтерпретація перемін і усвідомлення можливості до зростання.

Підтримуємо тих дослідників, які до основних чинників резильєнтності відносять: реалістичний оптимізм; протистояння страху, моральний компас, релігію та духовність, соціальну підтримку, резильєнтні рольові моделі, фізичний фітнес, розумовий фітнес, когнітивну та емоційну гнучкість, здатність відчувати сенс та мету [11, 12].

Висновки до розділу 1

Таким чином, можна зробити висновок про те, що питання резильєнтності в сучасній науковій площині досліджувалося, здебільшого, європейськими аналітиками з позиції аналізу онтологічного статусу суб'єкта, в тому числі, його первинної стресостійкості. Однак, в Україні відсутнє комплексне наукове дослідження питання психологічної пружності загалом, та резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни, зокрема.

Попри відсутність єдиного уніфікованого визначення резильєнтності загалом, та резильєнтності цивільних осіб, зокрема, спільним твердженням дослідників, залишається думка про те, що дана дефініція змістовно пов'язана зі здатністю витримувати негаразди, розвиватися після травматичних подій, інтегрувати їх у автобіографічну пам'ять та бачити зміст у подіях подальшого життя. Пропонуємо розглядати резильєнтність цивільних осіб в умовах шокової травми війни як навичку саморегуляції цивільних осіб в умовах війни, що заснована на психофізіологічних нейровізіологічних властивостях організму, що визначають первинну стресостійкість та полягає у здатності проживати травми війни, адаптуватися та зростати.

Можна зробити висновок про те, що інтенсивність руйнівного впливу подій війни (інтенсивність травматичної ситуації) є важливим фактором, який треба враховувати при прогнозуванні негативних наслідків для психіки цивільних осіб.

При цьому резильєнтність цивільних осіб під час війни певною мірою змістовно відрізняється від резильєнтності цивільних осіб за умов мирного життя, однак, безперечно, важливим фактором здатності адаптації в умовах війни є первинна психофізіологічна резильєнтність як базовий показник фізичної, емоційної та когнітивної стресостійкості.

Виникає необхідність розвитку в структурі резильєнтності саме когнітивної та емоційної гнучкості. А тому для розвитку резильєнтності, варто зосередити увагу на здатності напрацьовувати ті когніції, які дозволять сприймати світ, як достатньо безпечне середовище для життя, навіть в умовах війни, тобто, у сприйнятті подій як стресових, опиратися на аналіз фактів, а не емоційних оцінок.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХО-СОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Організація та методологічне забезпечення дослідження факторів зміцнення резильєнтності цивільних осіб.

Мета дослідження – експериментальне вивчення впливу психоло-соціальних чинників впливу на зміцнення резильєнтності цивільних осіб під час війни.

До проведення емпіричного дослідження нами були окреслені такі завдання:

- визначити рівень та зміст резильєнтності цивільних осіб в умовах війни;
- проаналізувати зміст адаптаційного потенціалу психіки цивільних осіб та кореляцію між факторами, що негативно чи позитивно впливають на резильєнтність цивільних осіб;
- виявити найбільш дієві методи зміцнення резильєнтності та посттравматичного зростання.

Дослідження було проведено у три етапи. На першому, підготовчому етапі, нами була створена програма та окреслена методика емпіричного дослідження. На другому етапі здійснено безпосередньо емпіричний експеримент, дослідження сутності резильєнтності, визначення факторів, що зміцнюють резильєнтність та сприяють посттравматичному зростанню. В дослідженні приймали працівники Житомирського центру зайнятості та особи, що зареєстровані на обліку як безробітні. Загальна кількість досліджуваних становила 50 чоловік (з 22 до 55 року).

Психодіагностичний інструментарій дослідження склали: тест на визначення рівня стресу та тривоги за шкалою Гамільтона, Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року).

Третій етап емпіричного дослідження полягав в обробці статистичних даних, узагальнення отриманих результатів. Для цього використовувалися відповідні методи емпіричного дослідження, зокрема, такі як метод математичного підрахунку, метод статистичного аналізу. В межах дослідження ми з'ясували рівень тривоги, як у осіб, що знаходяться на обліку у Житомирському центрі зайнятості, так і самих працівників центру зайнятості.

Звичні компоненти психологічного клімату сьогодні підпадають під дію стресу кожного з працівників та їх реакції на воєнні дії в країні. О. Брюховецька трактує стрес «як механізм деструктивної професіоналізації, що приводить до емоційного вигорання, невротизації» [13].

Проаналізуємо тести та опитувальники, що становили методичне підґрунтя проведеного дослідження.

Шкала тривоги Гамільтона (М-Hamilton, 1959) є клінічною рейтинговою шкалою, що використовується для визначення рівня тривоги, відповідності адаптаційних можливостей людини рівню зовнішнього тиску (стресу) та оцінки тяжкості тривожних розладів людини. Шкала дозволяє отримати цілком валідну інформацію, що підтверджено відповідними практичними дослідженнями. Науковий підхід до змісту важливої інформації дозволяє стверджувати що дана шкала є клінічно значимою.

Структурно шкала складається з 14 пунктів, які у сукупності дозволяють оцінити загальний стан тривожності досить точно. Кожний з зазначених пунктів оцінюється від одного до чотирьох, відповідно до ступеня тяжкості.

Так, 0 означає відсутність зазначеного симптому, 1 свідчить про легкий ступінь тяжкості симптому, 2 - про помірне переживання симптому, 3 - про

тяжкий ступінь переживання, і 4 - про дуже тяжкий ступінь зазначеного у шкалі симптому.

Загальний, підсумований результат дозволяє оцінити ступінь тяжкості тривоги та, за наявності, і тривожного розладу. Вважаємо, важливим дослідження тривоги як фактору впливу на резильєнтність цивільних осіб в умовах війни. Адже, стрес може викликати загальне емоційне вигорання особистості, викликати порушення сну, призвести до депресії та серйозних захворювань (опорно-рухової системи серцево-судинної системи, шлунку тощо) [14].

Так, приміром, результат у 6 балів дозволяє зробити висновок про відсутність тривоги, від 7 до 13 балів - про те, що рівень тривоги вище норми, адаптаційні можливості ще перевищують фактори зовнішнього впливу стресогенних факторів війни та такий рівень тривоги складає потенційну можливість розвитку тривожного розладу. Результат у діапазоні від 14 до 20 балів говорить про легкий рівень тривоги та свідчить про те, що зовнішній рівень впливу перевищує адаптаційні психологічні можливості організму. Тривожність, оцінена за цією шкалою, в контексті нашого дослідження, в діапазоні від 21 до 28 балів свідчить про середню виразність тривожного розладу та те, що психіка зазнала травматичного впливу, що значно перевищує її адаптаційний потенціал, і, відповідно, результат у 29 балів і вище дозволяє зробити висновок про тяжкий тривожний розлад, і те, що психіка зазнала суттєвого травмування, яке значно перевищило її адаптаційні можливості та здатність відновлення (Додаток 1). Зазвичай, відчуття тривоги і страху розцінюються як негативні, проте, є ситуації, коли їх можна класифікувати як правильну відповідь емоційно-психологічного стану на стресові ситуації, саме такою ситуацією є війна. Важливим залишається повністю не поринути у стан тривожності, застосовувати заходи не в боротьбі з нею, а для знаходження «спільної мови» [15].

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) як діагностичний інструмент, першочергово, була розроблена для виявлення ознак посттравматичного стресового розладу у військових осіб та учасників бойових дій. На даний момент цей опитувальник визнано як валідний і у варіанти скрінінгу посттравматичних реакцій у цивільних осіб, та широко використовується багатьма травмотерапевтами багатьох країн у діагностичній діяльності для аналізу та виявлення ознак ПТСР і у цивільних осіб, зокрема тих, які знаходяться під впливом стресового руйнівного впливу війною, були учасниками, чи свідками надзвичайних ситуацій травмуючого характеру. Вдала взаємодія особистості із оточуючим соціальним колом, рівень її емоційної стійкості, низький ступінь тривожності та високий рівень самоконтролю, психологічна готовність до стресу – все це формує персональну стресостійкість особи, що зазнає травми війною[16].

Разом з тим, оскільки усіх українців можна віднести до категорії осіб, які зміцнюють резильєнтність, в умовах постійного стресу та психологічного травмування, то нами використано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій для проведення нашого дослідження. Особливим фактором, який слугував аргументом для включення цивільного варіанту Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій було те, що дана шкала також може використовуватися і для діагностики схильності цивільних осіб до відчуття провини за те, що відбувається навколо, та перед військовими за те, що вони (цивільні) у більшій безпеці ніж військові, а також дозволити проаналізувати схильність до суїцидальної поведінки. Кожному твердженню, яке відображає травматичний досвід, у цій шкалі відводиться шкала від 1 до 5.

Особливістю трактування є те, що аналіз результатів відбувається за сумуванням балів за пунктами з прямою шкалою(сума 1) та сумою балів за пунктами з оберненою шкалою (сума 2).

Також важливим є те, що цивільний варіант Міссіпської шкали може бути застосовано лише для дорослих цивільних осіб, які мають симптоми посттравматичного стресового розладу, що відповідають критеріям DSM.

Опитувальник має 39 пунктів, які загалом дозволяють зробити висновок про міру травматичного впливу на психіку людини, про наслідки травматичного досвіду та те, як психіка змогла його інтегрувати в автобіографічну пам'ять. Частина опитувальника дозволяє оцінити наявність основних кластерів ПТСР: чи симптомів вторгнення, уникнення та фізіологічної збудливості. Загалом, високі показники за результатами опитування по даній шкалі, дозволяють зробити висновки про те, що адаптаційні можливості психіки були суттєво перевищені травматичним досвідом, відсутність посттравматичного зростання, що характеризує резильєнтність, та про високу ймовірність діагнозу “посттравматичний стресовий розлад” (Додаток 2). Тому, важливо, в цей складний час війни, застосовувати особистісні заходи забезпечення стійкості реагування на стрес та сприяти підтримці психологічного самопочуття [17]

Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року) пропонує обрати для кожного із п'яти тверджень, що найкраще передає почуття цивільної особи, що знаходиться в умовах війни, протягом крайніх двох тижнів. Більші цифри означають краще самопочуття.

Шкала дозволяє оцінити результати відповідно до розподілу балів за такими критеріями: ніколи - 0 балів, іноді -1 бал, протягом меншої половини останніх двох тижнів - 2 бали, протягом більшої половини останніх двох тижнів - 3 бали, майже весь час - 4 бали, весь час - 5 балів. Загальна сума балів обраховується шляхом додаванням результатів, з відповідей по п'яти пунктах опитувальника. Загальний бал відобразатиметься в межах від 0 до 25, де 0 за значимістю демонструє найгіршу, а 25 – найкращу якість життя.

Для отримання підсумкового результату у відсотках від 0 до 100, сумарний бал слід помножити на 4. Результат 0 % свідчить про найгіршу із можливих

якість життя, в той час коли результат у 100% – означає найкращу якість життя (Додаток 3).

2.2. Психологічні особливості резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни

Для аналізу адаптаційного потенціалу психіки та з'ясування рівня тривоги, нами було використано Шкалу тривоги Гамільтона, а отримані дані (Додаток А) було зведено у приведену нижче таблицю (Таблиця 2.1), що пропонує оцінити результати проведеного емпіричного дослідження у відсоткових показниках учасників експерименту, та Таблицю 2.2, де відображено детерміновані показники дослідження

Таблиця 2.1

Результати діагностики рівня тривоги за шкалою Гамільтона у відсотках

	Низький рівень тривоги	Середній рівень тривоги	Високий рівень тривоги
Кількість учасників	32 %	44%	24 %

Таблиця 2.2

Детерміновані показники Шкали тривоги Гамільтона

Детерміновані Показники Шкали тривоги Гамільтона	Розподіл досліджуваних 50 чоловік (кількість)		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Занепокоєння, очікування на гірше	12	24	14

Напруга, стомлюваність	18	20	12
Страхи	16	21	13
Інсомнія	16	22	12
Інтелект	15	22	13
Пригнічений настрій, втрата інтересу, хобі	16	22	12
Тілесні прояви (біль, спітніння)	17	21	12
Тілесні сенсорні прояви	16	23	13
Кардіо-васкулярні симптоми	16	22	12
Респіраторні симптоми	15	23	12
Шлунково-кишкові симптоми	16	22	12
Сечо-статеві симптоми	16	22	12
Вегетативні симптоми	16	21	13
Поведінка впродовж співбесіди	15	23	12

За результатами проведеної методики лише 32% опитаних мають низький рівень тривоги (від 0 до 6 балів за шкалою тривоги Гамільтона). Середній рівень тривоги серед опитаних показав 44%. Це найбільший показник серед трьох груп опитаних. Разом з тим тривожними є показники 24 % опитаних, які мають високий рівень тривоги (табл. 2.1.), що становлять від 14 до 24 балів (за

результатами скрінінгу). Серед показників середньої групи найвищі показники були у сфері тілесних проявів, зокрема таких симптомів як хвилювання, занепокоєння, чи метушливість, тремор рук, м'язова напруга, біль у м'язах, а також у сфері інтелекту - погана пам'ять. , у сфері настрою - добові коливання настрою, у сфері фобій - страхи натовпу та інші страхи.

Серед цивільних осіб, у яких виявлено високий рівень тривоги (табл. 2.2.) більшу частину опитаних становили група осіб, що стоять на обліку в центрі зайнятості, як безробітні. Саме ця ознака вказує, що одним із важливих факторів формування резильєнтності цивільної особи в умовах травми війною, є фактор матеріальної захищеності та здатність опиратися на власну професійну ідентичність, присвоювати собі результати діяльності, та, власне, і мати такі результати, як підтвердження, що у житті є велика зона, яка піддається впливу.

Також, припускаємо, що наявність роботи формує коло соціальної підтримки. Основним під час війни, в напрямку досягнення психологічного клімату колективу із позитивною спрямованістю, є врахування рівня стресостійкості працівників та здійснення дій щодо його оптимізації [18]. Втративши роботу, людина може втратити контакти, які були безпечними і на які можна було опиратися в подоланні наслідків травматичних подій, справлятися з тривожною інформацією і адаптуватися, загалом [19].

Серед даної групи осіб найвищі показники тривоги були продемонстровані у сфері тривожного настрою, зокрема – занепокоєння, очікування на гірше, дратівливість, , у сфері настрою – раннє пробудження, депресія, у сфері тілесних проявів – біль у м'язах, а також – труднощі з засинанням, відчуття напруги, висока стомлюваність, апатія. Серед кардіо-васкулярних симптомів – тахікардія, біль у грудях, пульсування в судинах, відчуття запаморочення. Для цієї групи осіб у порядку психоедукації було окремо проведено психоедукацію про функції тривоги та рекомендовано звернутися до відповідних профільних спеціалістів для уточнення діагнозу, та, за можливості, виключення чи підтвердження діагнозу “генералізований тривожний розлад”.

Отримані в ході дослідження методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) (Додаток В) подано у таблицю 2.3. За результатами даної методики вдалося підсумувати бали по питаннях з прямою шкалою із балами за пунктами з оберненою шкалою та отримати наступні результати.

Таблиця 2.3

Результати прояву посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант)

Кількість учасників	Низький рівень вираженості посттравматичних реакцій	Середній рівень вираженості посттравматичних реакцій	Високий рівень вираженості посттравматичних реакцій
50	66%	24%	10%

Порівняно з попередньою методикою у групі, з найнижчими показниками значно більша кількість опитаних осіб. На нашу думку, це свідчить про те, що тривожність не завжди корелюється з іншими посттравматичними реакціями.

Середній рівень вираженості посттравматичних реакцій у третій колонці таблиці (24%) говорить про високу ймовірність того, що у даних осіб розвинувся, або розвивається посттравматичний стресовий розлад. Це досить високий показник, – значно вищий ніж той, про який говорить світова статистика дослідження формування ПТСР, відповідно до якої ПТСР може розвинутиися орієнтовно в 15 % осіб, що пережили травматичні події війни. Разом з тим, на нашу думку, такий результат може бути зумовлений тим, що середні показники свідчать не про самий ПТСР, а можливість його виникнення. І лише за наявності усіх кластерів, психіатр може діагностувати ПТСР. У контексті нашого дослідження можна зробити висновок, що середня група має достатньо потенціалу для посттравматичного зростання, не зважаючи на показники Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій. Проаналізовані

анкети середньої групи у таблиці 2.3, продемонстрували те, що в одних осіб більше були проявлені симптоми вторгнення, в інших – уникнення. Однак, сукупності усіх кластерів не було виявлено. В даному контексті було б корисно розуміти, чи були такі симптоми до настання травматичних подій війни. Адже, в окремих проявах, вони можуть гіпотетично свідчити не лише про ПТСР, а й про інші розлади, які можуть бути коморбідними про ПТСР і могли виникнути як під час війни, так і до війни. Також, на нашу думку, показники окремих пунктів шкали, приміром – пункт №30, який звучить як “Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі”, можуть говорити про певні характерології, приміром, про шизоїдний тип.

В той же час, досить високі показники сукупності кластерів ПТСР демонструє остання частина опитаних (10 % в останній колонці) – це 6 людей з опитаних 50. Усі ці люди зазнали суттєвих втрат за час війни, деякі, у тому числі втратили попереднє місце проживання. Всі 6 були з числа осіб, що знаходилися на обліку центру зайнятості як не працевлаштовані.

Методика «Індекс благополуччя» (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року) застосована нами для виявлення здатності досліджуваних оцінити їх рівень спроможності адаптуватися в умовах війни. Разом з тим, простота її структури дозволяє оцінити кожен окремий показник самостійно та у сукупності. Методика є валідною та рекомендується до використання травмотерапевтами інших країн, зокрема, Європейською асоціацією дослідження травматичного стресу (ESSTS). Узагальнені дані вивчення індексу благополуччя подано у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Результати діагностики за методикою Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року)

Кількість учасників	Низький рівень відчуття благополуччя	Середній рівень відчуття благополуччя	Високий рівень відчуття благополуччя
50	28%	50%	22%

Таблиця 2.5

Детерміновані результати діагностики за методикою Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року)

Детерміновані показники за методикою “Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року)”	Розподіл досліджуваних 50 чоловік (кількість)		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Я відчував/ла радість та гарний настрій	13	25	12
Я відчував/ла спокій і розслабленість	14	26	10
Я почувався/лася активним/ою та енергійним/ою	14	25	11
Я прокинувся/лася із відчуттям свіжості і таким/ою, що добре відпочив/ла	13	25	12

Моє щоденне життя було сповнене справ, які мене цікавили	14	25	11
--	----	----	----

Результати опитування та зведення підсумків у таблицю, дозволили побачити наступні результати: 11 із 50 осіб за п'ятьма пунктами з запропонованого скринінгу продемонстрували найнижчі результати індексу благополуччя. Зокрема, найбільша кількість учасників цієї групи відмітили у пункті 5 даного скринінгу, що критерій оцінювання їх життя як цікавого та сповненого достатньо змістовних активностей дорівнює відмітці 0 чи 1 бал. Також серед показників, які дозволили сформувавши уявлення про групу опитаних людей з низьким рівнем благополуччя, слід відмітити пункт 1, який звучить так: “Я відчував радість та гарний настрій протягом останніх двох тижнів”. 10 опитаних відмітили, що лиш іноді відчували себе радісними і у доброму настрої. Цій групі рекомендовано звернути увагу на свій стан, проведено психоедукацію на тему депресії та рекомендовано, за потреби, звернутися до спеціалістів для підтвердження чи спростування діагнозу “депресія”.

Друга частина опитаної групи (50 %) продемонструвала середній показник індексу благополуччя. Це дозволяє зробити висновок про те, що опитані оцінюють свою стресостійкість як достатню для подолання життєвих труднощів. Зокрема, 25 з 25 опитаних, що умовно відносяться до даної підгрупи, на зміст пункту 3 даної методики “Я почувався/лася активним/ою та енергійним/ою”, відповіли ствердно у відмітці – більшу половину двох тижнів.

Третя підгрупа опитаних, яка продемонструвала за результатами опитування високий рівень благополуччя, становила 22%, а це 11 з 50 опитаних. Серед цієї підгрупи найвищі показники у вищезазначених пунктах опитувальника. Зокрема, у пункті 3 “Я почувався/лася активним/ою та енергійним/ою” опитані даної підгрупи зробили відмітку у графі – “майже

завжди”. Такі ж результати щодо тверджень “Моє щоденне життя було сповнене справ, які мене цікавили” та “Я прокинувся/лася із відчуттям свіжості і таким/ою, що добре відпочив/ла”. У пункті 1 “Я відчував/ла спокій і розслабленість”, 10 з 11 опитаних, що сформували цю підгрупу відмітили – весь час.

Отже, попри високий рівень тривоги, продемонстрований результатами таблиці 2.1, та окремі показники травмування, що відображаються у таблиці 2.2, загалом, для опитаних є характерним посттравматичне зростання після пережитих травмуючих подій війни.

Висновки до розділу 2

Відповідно до окресленої мети кваліфікаційного дослідження та поставлених завдань, нами було проведено поетапно опитування 50 цивільних осіб у віці від 21 до 55 років на предмет виявлення рівня тривоги, діагностування ознак посттравматичного стресового розладу та оцінювання потенціалу їх резильєнтності відповідно до індексу благополуччя. Для цього нами було використано, відповідно, такі валідні методики як: діагностичний тесту на визначення рівня стресу та тривоги за шкалою Гамільтона, Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року).

Результати оцінювання дозволили зробити висновок про кореляцію високого рівня тривоги до окремих діагностичних кластерів посттравматичного стресового розладу, однак, не до всіх.

Так, приміром за результатами проведеної методики лише 32% опитаних мають низький рівень тривоги (від 0 до 6 балів за шкалою тривоги Гамільтона), однак, якщо оцінювати сукупність усіх кластерів за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій у цивільних, то у 66% відсотків опитаних низькі їх показники. З цього можна зробити висновок, що тривога за життя, та пережиті травматичні події не свідчать про високу ймовірність розвитку

посттравматичного стресового розладу. Скоріше за все, тривогу в даному випадку можна і слід оцінювати як властивість психіки взяти під контроль власне життя в екстремальних умовах війни. Загалом, також з таких показників можна зробити висновки про те, що тривога є проміжним етапом у роботі психіки на шляху до адаптації, і є логічною, якщо не набуває патологічної форми. Водночас, високий рівень середнього показника стану тривожності у опитаних (44 %) дозволяє вести мову про ймовірну загрозу виникнення тривожних розладів. У зв'язку з цим було зроблено висновок про необхідність включення до програми зміцнення резильєнтності цивільних осіб також спеціальні техніки розрізнення фактичної та гіпотетичної тривоги, оцінювання стресових показників першої та когнітивних технік, які б дозволили розрізняти ці види тривоги і працювати з фактичною тривогою через поведінкову активацію та взяття на себе відповідальності в ситуаціях, що тривожать.

Високий рівень тривоги – 24 % за шкалою Гамільтона корелює до 12 % у таблиці 2.2, що відображає високий рівень сукупних діагностичних показників посттравматичного стресового розладу за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій у цивільних. Вважаємо, що така кореляція є логічною, демонструє відповідність даних нашого дослідження до світових статистичних даних щодо потенційної загрози виникнення посттравматичного стресового розладу та інших розладів, пов'язаних з травмою війною, таких як депресія чи розлад адаптації.

Аналіз найвищих показників тривоги у опитаних та сукупності діагностичних критеріїв ПТСР дозволяють припустити, що посттравматичне зростання, на жаль, можливе не у всіх і не одразу. Однак, за умови дослідження потенціалу психіки, правильної побудови програми реабілітації, процес розвитку резильєнтності можливий.

Також, логічними нам видаються ті показники шкали Гамільтона, що демонструють низький рівень тривоги у питаних. Це збігається з даними Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій у цивільних, що у

таблиці 2.3 показують низький рівень сукупності діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу.

Остання методика, що використовувалася нами в емпіричному дослідженні – це Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року). Результати опитування та зведення підсумків у таблицю, дозволили побачити наступні результати: 16 із 50 людей за п'ятьма пунктами з запропонованого скрінінгу продемонстрували найнижчі результати індексу благополуччя. Зокрема, найбільша кількість учасників цієї групи відмітили у пункті 5 даного скрінінгу, що критерій оцінювання їх життя як цікавого та сповненого достатньо змістовних активностей дорівнює відмітці 0 чи 1 бал.

З аналізу показників даної методики, можна зробити висновок про те, попри високий рівень тривоги, продемонстрований результатами таблиці 2.1, та окремі показники травмування, що відображаються у таблиці 2.2, загалом, для опитаних є характерним посттравматичне зростання після пережитих травмуючих подій війни.

Приведені вище показники, що відражають результати дослідження, як в узагальненому вигляді, так і аналіз окремих пунктів використаних методик, дозволяють зробити висновок про те, що, загалом, посттравматичне зростання та зміцнення резильєнтності можливе для більшої частини цивільних осіб, що переживають травму війною. Вважаємо це опорним твердженням при розробці програми зміцнення резильєнтності.

Розділ 3

ЗМІЦНЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ШОКОВОЇ ТРАВМИ ВІЙНИ

3.1. Програма зміцнення резильєнтності

Особливості психоемоційного стану досить широко вивчаються залежно від захворювань [20], стану індивідуальних властивостей вищої нервової діяльності [21, 30], здоров'я та рівня фізичної тренуваності [29, 32], впливу погоди [33], видів та умов праці [28] тощо. На даний момент фахівці багатьох у галузях, які орієнтовані на дослідження життя людини, працюють з таким фактором життя соціуму як пермакриза – життя в небезпеці протягом невизначеного часу. Останні кілька років людство пережило невизначеність і кризу пов'язану з ковідом, стихійними лихами, війнами.

Для українців, як для частини суспільства, яка уже ось уже майже як два роки живе в умовах війни, зміцнення резильєнтності є особливо актуальним питанням сьогодення. Втрати, які принесла війна, – події, які ранять чи травмують психіку, торкнулися усіх верств українського суспільства без виключення. Частина цивільного населення втратила близьких, інша частина – житло, роботу, здоров'я. Однак, спільним для усіх залишається втрата безпеки повсякденного життя. І у зв'язку з цим предметом теоретичного дослідження та роботи безпосередньо спеціалістів багатьох галузей стала резильєнтність, як індивідуальний спосіб опору руйнівним для психіки подіям. Зміцнити резильєнтність у даному контексті зовсім не означає уникнути стресу, а розвинути адаптаційні можливості психіка. Адже, саме завдяки стресу відбувається пристосування людини до умов навколишнього середовища, що супроводжується комплексом нейрогуморальних реакцій [29, 20].

Проведене емпіричне дослідження дозволило у всій повноті проаналізувати проблему зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах травми війною. Застосування практичних засобів зміцнення стресостійкості дозволили дослідити на основі теоретичних доробок в царині психології особливості прояву стресу, значення психоедукації, соціальної підтримки, усвідомлення відмінності тривожних думок від фактів, здатності до відновлення, саморегуляції і подальшого зростання. Було зроблено висновок про необхідність зосередження уваги на тілесних проявах дистресу та можливістю його регулювання за допомогою мязевої релаксації, сеансів біосугестивної терапії, методів позитивної психотерапії, іманігативної терапії, технік когнітивно-поведінкової терапії та кризового консультування.

В цілому, зроблено практично-обґрунтованій висновок про високу здатність до адаптації, відновлення та подальшого психологічного зростання в умовах війни за умови застосування вищезазначених психотерапевтичних методів.

У контексті нашого дослідження резильєнтність досліджувалася з позиції теорії та емпірики. Вважаємо доцільним, дотримуючись принципу послідовності та окресленої мети і завдань дослідження, розробити програму зміцнення резильєнтності цивільних осіб, як здатності адаптуватися в умовах травми війною, долати травмуючі події, розглядати їх як такі, що є лише частиною життя і, на основі здобутої психологічної пружності, створювати основу для посттравматичного зростання.

Метою нашої програми є:

- застосування методу психоедукації серед досліджуваної вибірки щодо резильєнтності, природньої причини стресу, реакцій «бий-біжи-завмри», функцій тривоги, розрізнення її з огляду на гіпотетичну та фактичну;
- застосування технік, заходів та вправ спрямованих на розвиток позитивної мотивації до зміцнення резильєнтності, роботу з емоціями та думками, як спосіб адаптації до травмуючих подій, напрацювання копінгів

подолання стресу, пошук ресурсів та опор, тілесні та біосугестивні практики опрацювання наслідків травмуючих подій, розвиток принципу надії як екзистенційної опори.

Завданнями програми є сприяння розвитку навичок, таких як:

- стабілізація;
- усвідомлення власних психо-фізіологічних складових резильєнтності;
- усвідомлення індивідуальних стресових реакцій;
- розвиток емоційного інтелекту;
- визначення рівня стресу;
- напрацювання індивідуальних опор;
- розвинути усвідомлення власних опор;
- соціальна адаптація.

Організація занять:

- колективна робота з двома групами по 25 чоловік;
- індивідуальна робота з особами, що проходили сеанси біосугестії;
- індивідуальні консультації;
- тривалість кожної зустрічі 25 - 50 хвилин.

Структура зустрічей:

- привітання;
- основна робота;
- рефлексія, прощання.

Методичні прийоми:

- бесіди;
- проєктивні методики для усвідомлення вираження учасниками своїх станів, емоцій, думок;
- техніки релаксації;
- психологічні консультації;
- сеанси біосугестії.

Програма включає у себе такі етапи:

1. Діагностичний етап (попередня робота. На цьому етапі проводиться попередня оцінка психо-емоційного стану учасників груп, та рівня їх стресостійкості.

2. Підготовчий етап. На цьому етапі відбувається підготовка учасників: налаштування їх на колективну роботу, знайомство з іншими учасниками групи

3. Корекційний етап. На цьому етапі відбувається:

– Психоедукація. Ознайомлення зі змістом та завданнями програми, обговорення власних очікувань, психоедукація щодо незрозумілих для учасників термінів, та процесів програми. Учасники отримують відповіді на питання щодо змісту програми.

– Корекція. Пояснення обов'язку прояву турботи про себе, свій психоемоційний стан під час проведення програми, застосування активних методик роботи. Щодо сеансів біосугестії – то психоедукація на тему біосугестії, пояснення учасникам протоколу сеансу біосугестії, заповнення карток з необхідною інформацією перед сеансом біосугестії (додаток 4), проведення сеансу біосугестії. Корекційна робота відповідно плану програми.

– Підсумок.

4. Оцінка ефективності роботи. За результатами завершення програми проводиться підсумок усієї роботи, уточнюється необхідність продовження роботи, обговорюються результати проведеної роботи, проводяться додаткові корекційні заходи.

Діагностичний матеріал включає методики, рекомендовані для роботи з обраною темою. Велика частина роботи була проведена за допомогою сеансів біосугестії.

Метод біосугестивної терапії є простим, і в той же час ефективним психотерапевтичним прийомом, спрямованим на позбавлення людини психосоматичних розладів, відновлення психологічного комфорту і гарного

самопочуття. Він включає в себе поєднання вербального та невербального навіювання в стані легкого трансу.

Префікс «біо» означає, що під час терапевтичної сесії застосовується не лише сугестія, але й інші чинники: передача пацієнту (клієнту) метаінформації через певні обертони голосу; контакт долоні терапевта з клієнтом; у разі групової терапії – індукція клієнта членами групи, та інше.

За цією методикою з 2014 по 2023 рік підготовлено понад 350 спеціалістів, протягом 25-ти років успішно пройшли терапію понад 30.000 пацієнтів в Угорщині, Україні, Італії, США, Австрії і інших країнах.

Автор методу – лікар-психотерапевт Олександр Стражний [30, 7].

Для прикладу подаємо третє та сьоме заняття нашої програми.

Заняття 3.

Мета: обговорити важливості підтримки соціального оточення в умовах війни для подолання стресу, визначити свої кола підтримки.

Обладнання і матеріали: фліп-чарт, папір для фліпчарту, папір формату А4 для учасників, ручки, клубок ниток.

Хід заняття:

1. Ознайомлення учасників з темою та метою заняття (3 хв).
2. Психоедукація на тему важливості соціальної підтримки для зміцнення резильєнтності в умовах травми війною (10 хв).

3. Вправа: “Контакт”. Мета: об’єднати учасників і продемонструвати значення спілкування для зниження рівня стресу, продемонструвати, що коло спілкування можна сформувати з числа незнайомих людей, що знайомитися не страшно (25 хв).

4. Клубок ниток передається усіма учасниками по колу, при цьому кожен учасник презентує себе. За бажанням, кожен учасник крім того, що називає власне ім’я, може також розповісти щось про себе. Приміром, розказати, з якого він міста, чи чим захоплюється, чи має домашнього улюбленця, з ким живе, чи

сказати, що йому було важливе з почутого про необхідність соціальної підтримки, чи що він думає на цю тему. Коли моток ниток дійде до останнього учасника, той передає його назад, називаючи ім'я учасника, який з ним поруч, і (за можливості) те, що він запам'ятав про цього учасника. Далі, за бажанням, кожен з групи може висловити свою думку щодо того, чим усі учасники можуть бути об'єднанні для спілкування.

Останнім етапом вправи є обговорення рефлексій кожного учасника, і відповіді на питання: “чи змінилося відчуття на початку та по завершенню гри?”, “Що було найважчим?”, “Як ви почували себе, коли треба було звертатися до незнайомця?”, “Чи важко було запам'ятати ім'я іншої людини?”.

Вправа “Кола підтримки” (10 хв)

1. На аркуші паперу, що прикріплений до фліп-чарту, ведучий малює п'ять кіл, кожне з яких вміщує в себе попереднє, всередині маленьке коло, п'яте, останнє вміщує усі попередні. Далі ведучий пропонує учасникам розмістити себе в центральному, найменшому колі і запропонувати написати близьких людей у різних колах, розташувавши їх по мірі близькості, приміром, членів сім'ї чи друзів найближче, товаришів чи сусідів найдалше. Учасникам, у яких немає кого розташувати в 5 колах близькості, можна нагадати, що часом достатньо одного важливого контакту в скруті, для підтримки. Також ведучий пропонує, за потреби розмістити в колах підтримки служби психологічної допомоги, надає контакти таких служб, в тому числі тих, які працюють в онлайн чи телефонному форматі.

Рефлексія після вправи (5 хвилин)

Заняття 7

Мета: формування адекватного та правильного розумінні методу біосугестії, як такого, що працює з психосоматичними розладами, пригніченим настроєм та іншими наслідками психологічної травми, в тому числі травми війною. Психосоматичні розлади – найбільш розповсюдженні порушення

здоров'я, з якими стикається кожен фахівець, який практикує в сфері психологічних або тілесних наслідків психологічної травми.

Обладнання і матеріали: комп'ютер та колонки

Хід заняття: повідомлення мети та теми заняття (3 хв)

Психоедукація на тему методу біосугестії (15 хв). А саме, ведучий (сертифікований біосугестолог) (Додаток 5) розповідає про наступні переваги методу:

- Метод простий, неінвазійний, безмедикаментозний.
- Механізм дії зрозумілий і науково обґрунтований.
- Сеанси БСТ безболісні і приємні для пацієнта.
- Для отримання хорошого результату пацієнта не потрібно психологічно «відкривати»
- Більшість пацієнтів починають відчувати ефект терапії вже після першого-другого сеансу.
- Вплив відбувається не на окремі захворювання, а на весь організм в цілому.
- Практика застосування методу біосугестії під час війни дала дуже позитивні результати і серед військових і серед цивільного населення, зокрема зменшується тривога, та всі її супутні компоненти як психологічного так і фізіологічного спектру, зростає адаптивність психіки.
- Метод високоефективний: тією чи іншою мірою позитивно реагують на терапію 92% - 95% пацієнтів.
- Усувається сама причина захворювання, а не її наслідки – зміни в організмі відбуваються на нейронному і біохімічному рівнях.
- Терапія за методом БСТ безпечна: сеанси не викликають звикання, залежності, немає ускладнень, відзначається мінімальний рівень побічних реакцій.
- Завдяки біосугестивній терапії знижується потреба пацієнта в медикаментах.

- Для досягнення максимально можливого результату потрібно, як правило, не більше 8 сеансів.
- Сеанси можуть бути індивідуальними або груповими, безпосередніми або онлайн. Ефективність групової терапії вища, ніж індивідуальної, до того ж дає можливість фахівцеві за робочий день прийняти більше пацієнтів.
- Якщо добре зроблений аудіозапис, ефективність сеансів не суттєво залежить від кваліфікації фахівця.
- Психолог або лікар будь-якого профілю може використовувати БСТ разом з іншими методами, які він застосовує.
- Біосугестія лікувально впливає як на пацієнта, так і на терапевта.
- БСТ може використовуватись як короткостроковий метод терапії, також і як тривалий, підтримуючий.
- Сеанс БСТ, по суті, є електромагнітною терапевтичною програмою, записаною на USB флешці або на картці мобільного телефону. В певних випадках його можна використовувати і без особистої присутності терапевта[36,9].

Події, що супроводжують наше життя, ті соціальні фактори, вплив яких перевищує адаптивні можливості нашого організму в цілому і психіки, зокрема, впливають на виникнення психосоматичних розладів не меншим чином, ніж біологічні. Разом з тим відмежовувати одне від іншого і складно і нелогічно. Втрата безпеки як фону до нормального життя породжують високі ризики виникнення розладів, що мають в основі психосоматичну складову [29, 163]. В даному випадку в дію вступають епігенетичні, тобто надгенні (наркологенні) механізми – в тих випадках, коли людина в стані адаптуватися після стресових подій, її, так би мовити, «погані» гени не дадуть про себе знати, у тому випадку, коли стресостійкості не достатньо – хворобливі гени, які були не активні, активізуються.

Показами до сеансів біосугестивної терапії є:

- Астенія, хронічна втома, брак енергії.
- Внутрішнє напруження, стрес, тривожність, відчуття страху.
- Неврівноваженість, занепокоєння, дратівливість.
- Безпричинно погіршений настрій, байдужість, втрата сенсу життя.
- Зниження пам'яті, порушення концентрації уваги.
- Порушення сну[30,13].

Абсолютні протипоказання

1. Метод біосугестивної терапії заборонено застосовувати у разі порушень здоров'я, які вимагають лікарського обстеження чи тих, що хірургічного втручання. Також існує заборона на роботу працювати методом біосугестивної терапії з клієнтами, що мають гостру параноїдальну симптоматику.

Відносні протипокази

Серед таких названо стан агресії чи стан сп'яніння, задишки, наявність в анамнезі випадків епілептичних нападів.

Сесія біосугестії (18 хв)

Учасники сеансу зручно розташовуються, ведучий включає аудіозапис, який супроводжує лікувальний сеанс, час його тривалості – 18 хвилин.

Під час сеансу біосугестії:

1. Ведучий не має на меті ввести учасників у стан гіпнозу – вистачить легкого трансу.
2. Голос ведучого, супроводжується легкою музикою, в аудіозаписі.
3. Протягом сеансу біосугестії ведучий в визначеному ритмі легко до торкається учасників.

Це сприяє тому, щоб учасники групового сеансу біосугестії могли досягти за допомогою ведучого-біосугестолога стану комфортного розслаблення і в цьому стані були відкриті до вербальних і невербальних сугестій.

Якщо психотерапія не індивідуальна, а групова, вона все одно проводиться як центрована окремо на кожному пацієнтові.

– Розташуйтеся так, як вам зручно.

- Постарайтеся максимально розслабитися.
- Зараз я проведу психотерапевтичну корекцію фізіологічних процесів вашого організму.
- Ваші очі можуть залишатись відкритими, але якщо ви їх закриєте, ваше тіло розслабиться ще більше.
- Заплющить очі....
- ...
- ...
- Чотири.
- Ваше тіло легке і врівноважене.
- Кожна клітинка наповнена енергією, енергією і здоров'ям.
- П'ять.
- Все у вашому організмі працює чітко, злагоджено, як механізм хорошого годинника.
- Голова чиста, свіжа, ясна.
- Тіло легке.
- Наш сеанс завершено, але хороший настрій і добре самопочуття залишаться з вами надовго.
- Будьте здорові. І будьте щасливі![30,44]

3.2. Аналіз результатів апробації експериментальної програми зміцнення резильєнтності

У межах формувального етапу експериментального дослідження було впроваджено програму зміцнення резильєнтності, розраховану на 5 тижнів. В межах цієї програми було проведено 19 загальних зустрічей, формат яких передбачав психоедукацію те теми, важливі для зміцнення резильєнтності. Приміром, серед таких тем, учасникам програми було висвітлено питання поняття та функцій тривоги, стресових реакцій, які були детерміновано

розглянуті та опрацьовані в практичній частині програми, яка включала в себе роботу з думками, емоціями та тілесною саморегуляцією. Практичні завдання, відповідно до окресленої програми передбачали розвиток практичних навиків усвідомлення рівня стресу, технік заземлення, опанування емоцій, які перешкоджають думати. Також, відповідно до плану роботи окремим пунктом був комплекс практичних заходів по розвитку навиків самостійної роботи з думками, визначення фактичної та гіпотетичної тривоги, розвитку навичку пошуку продуктивних рішень у тій чи іншій стресовій ситуації, розвитку корисних поведінкових навиків, та нових копінгів, відстеження наявних та надбання можливих ресурсів, в тому числі, у вигляді соціальної підтримки, пошук опор на сьогоднішній та перспектив на майбутнє, що є особливо важливим моментом для розвитку резильєнтності.

Також проводилися індивідуальні психологічні консультації, у якій були застосовані різноманітні методики та техніки, приміром, проєктивна методика малювання безпечного місця, техніка опрацювання травматичних спогадів за методикою ASSIST, промальовування та озвучування емоцій, пошук варіантів рішень та реакцій. Були застосовані техніки активного слухання, парафраз, ситуативного підбадьорення та розширення цілей.

Окремим пунктом роботи було проведення сеансів біосугестивної терапії, як методу, що є валідним і включеним Наказом Міністерства у справах ветеранів України № 96 від 13 червня 2022 року метод БСТ до переліку психологічних і психотерапевтичних інтервенцій для психологічної реабілітації. Також цей метод рекомендовано до використання як валідний Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, а також кафедрою військової психології Військового інституту Київського національного університету ім. Тараса Шевченка Міністерства оборони України. Відповідно до плану роботи було проведено 5 сесій біосугестивної терапії.

На першій зустрічі, учасники знайомилися один з одним, та з психологом. Психолог презентував себе та програму роботи. Розпочинаючи з другої групової зустрічі, учасники працювали відповідно до плану, наміченого програмою.

Після проведення програми серед учасників, які мали високі показники тривоги, низький рівень відчуття благополуччя та окремі прояви посттравматичного стресового розладу треба було виявити ефективність проведеної роботи шляхом повторного тестування.

Зазначимо на отриманні результати проведеної роботи за кожною з методик, що була застосована вдруге для перевірки ефективності комплексної роботи з учасниками.

Так, проведення оцінювання за шкалою тривоги Гамільтона у порівняльному аналізі показало результати, представлені у таблиці 3.1


Таблиця 3.1

Порівняльні показники результатів опитування за Шкалою тривоги Гамільтона до і після проведення експерименту

Детерміновані показники Шкали тривоги Гамільтона	Розподіл досліджуваних 50 чоловік (кількість)		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
До формувального експерименту / після формувального експерименту			
Занепокоєння, очікування на гірше	12 / 12	24 / 26	14 / 12

Напруга, стомлюваність	18 / 19	20/ 24	12/ 7
Страхи	16 / 18	21/24	13/8
Інсомнія	16/ 19	22/26	12/5
Інтелект	15/ 17	22/24	13/9
Пригнічений настрій,втрата інтересу, хобі	16/19	22/24	12/7
Тілесні прояви (біль, спітніння)	17/19	21/22	12/9
Тілесні сенсорні прояви	16/18	23/25	13/7
Кардіо-васкулярні симптоми	16/17	22/26	12/7
Респіраторні симптоми	15/18	23/24	12/8
Шлунково-кишкові симптоми	16/18	22/23	12/9
Сечо-статеві симптоми	16/18	22/24	12/8
Вегетативні симптоми	16/17	21/23	13/10
Поведінка впродовж співбесіди	15/13	23/25	12/12

Таким чином, легкий ступінь *занепокоєння*, очікування на гірше до (0-1 балів за шкалою) продемонстрували на початку експерименту з 50 учасників 12 учасників, і при повторному оцінюванні – теж 12 учасників (24%).

Середній рівень занепокоєння, очікування на гірше до (0-1 балів за шкалою) продемонстрували на початку експерименту 24 учасники (48% опитаних) з 50, в кінці – 26 чоловік (52 %). Високий рівень занепокоєння, очікування на гірше до (3-4 бали за шкалою) продемонстрували на початку експерименту 14 з 50 учасників, і при повторному оцінюванні  12 учасників. В процентному відношенні, відповідно, 28% відсотків і 24%.

Напруга, стомлюваність як характеристики тривожності були характерні як маловиражені (0-1 бал) для 18 учасників з 50 опитаних, що становило 36 %, і після повторного скрінінгу – для 19 учасників, що становило 38 %. Середній показник по цьому критерію (2 бали) показали на початку експерименту 20 учасників, що становило 40 %, а в кінці експерименту – 24 учасника, тобто, 48 %. Високий рівень напруги та стомлюваності (4 бали) на початку експерименту продемонстрували 12 учасників, що становило 24 % , а при повторному опитуванні - 7 учасників (14%).

Страхи, фобії – низький показник (0-1 бал) у цій графі продемонстрували на початку експерименту 16 учасників, що відповідно, становило 32 % опитаних, на при кінці експерименту – 18 учасників (36%). Середній показник за цим критерієм (2 бали) продемонстрували на початку експериментального дослідження 21 учасник, що становило 42 % відповідно, а при повторному скрінінгу - 24 учасники (48%). Високий рівень страху (3-4 бали) на початку експерименту продемонстрували 13 учасників, тобто 26% опитаних, а наприкінці - 8 учасників - 16 % опитаних.

Критерій *інсомнія*. Низькі показники (0-1 бал) на початку експерименту продемонструвало 16 учасників, що відповідно, становило 32 % опитаних, при повторному опитуванні, 19 учасників (38%). Середній показник (2 бали) був у 22 учасників (44%), при повторному скрінінгу, по завершенню експерименту - 26 учасників (52%). Високий показник (3-4 бали) при першому скрінінгу був у 12 учасників (24%) , в той час, як по завершенню у 5 учасників (10%).

Труднощі з концентрацією. Низький рівень (0-1 бал) за цим критерієм набрали на початку експерименту 15 учасників, що становило 30 %, і 17 при повторному скрінінгу (34%). Середній показник (2 бали) був у 22 учасників (44%) і по завершенню експерименту у 24 учасників (48%). Високий рівень труднощів з концентрацією (3-4 бали за результатами скрінінгу) був у 13 учасників на початку експерименту (26%), і у 9 (18%) при повторному опитуванні.

Пригнічений настрій. Низький показник (0-1 бал) за цим критерієм продемонстрували на початку експерименту 16 учасників (32%), а при повторному скрінінгу 19 учасників (38%). Середній показник у цій графі був у 22 учасників, які набрали 2 бали з можливих 4, і це дало результат у 44 %. При повторному скрінінгу 24 учасники - 28 %. Високі показники (3-4 бали) були у 12 учасників (24 %) і при повторному опитуванні у 7 (14%).

Тілесні прояви (біль, спітніння) . Низькі показники на початку експерименту показало 17 учасників, що становить 34% від загальної кількості опитаних. При повторному скрінінгу - 19 учасників, тобто 23 % опитаних. Середні показники (2 бали) набрали на початку експерименту 21 учасник, тобто 42 %, а по завершенню експерименту - 22 учасника, тобто 44 %, високі ж (3-4 бали) на початку експерименту були у 12 учасників (24 %), то при повторному скрінінгу - у 9 учасників (18%).

Кардіо-васкулярні симптоми. Низькі показники на початку експерименту показали 16 учасників, тобто 32 %, а при повторному скрінінгу 17 учасників, тобто 34 %, середні показники (2 бали) були у 22 учасників (44%), при повторному скрінінгу - у 26 учасників (52%). Високі показники за цим критерієм (3-4 бали продемонструвало на початку експерименту 12 учасників (24%), при повторному скрінінгу - 7 учасників (14 %).

Респіраторні симптоми. Низький рівень прояву (0-1 бал) був у 15 учасників, що становить 30% опитаних, а при повторному скрінінгу - у 8 учасників, тобто, у 16 % учасників. Середній рівень (2 бали) продемонструвало

23 учасника (46 %) на початку експерименту, а при повторному скрінінгу - 24 учасники (48 %) учасників. Високий рівень прояву (3-4 бали) був у 12 учасників, що становить 24 %, а після повторного скрінінгу виявився у 8 учасників, тобто, у 16 %.

Шлунково-кишкові симптоми. Низький рівень прояву (0-1 бал) продемонстрували на початку експерименту 16 учасників, що становить 32%, при повторному опитуванні - 18 учасників, тобто 36%. Середній показник (2 бали) був у 22 учасників (44%), на початку експерименту, а при повторному опитуванні - у 23 учасників, тобто, у 46%. Високий показник прояву симптомів (3-4 бали) продемонстрували на початку експерименту 12 учасників, тобто, 24%, при повторному скрінінгу - 9 учасників (18%).

Сечо-статевої симптоми. На початку експерименту низький показник прояву (0-1 бал) був у 16 учасників (32 %), а при повторному скрінінгу - у 18 учасників (36 %). Середній показник (2 бали) показали 22 учасника (44%) на початку експерименту, а при повторному скрінінгу - 24 учасника (48%). Високі показники прояву симптому були на початку експерименту у 12 учасників (24%), а при повторному скрінінгу - у 8 учасників (16%).

Вегетативні симптоми. Низький рівень прояву (0-1 бал) був у 16 учасників, що становить 32%, при повторному скрінінгу - у 17 учасників, що становить 34%. Середні показники продемонстрували 21 учасник, на початку опитування, що становить 42%, і 23 учасники при повторному скрінінгу (46%). Високі показники (3-4 бали) були у 13 учасників з 50 на початку проведення експерименту (26%) і у 10 (20%) по завершенню експерименту.

Тривожна поведінка під час співбесіди. На початку експерименту, низькі показники (0-1) у 15 учасників (30%), і при повторному скрінінгу - у 13 учасників (26%). Середні показники (2 бали) були у 23 учасників (46%), а при повторному скрінінгу - у 25 учасників (50%). Високі показники (3-4 бали) були у 12 учасників, і при повторному опитуванні - також у 12 учасників, що відповідно становить 24 % від загальної кількості опитаних.

За допомогою методів математичного аналізу та обробки статистичних даних, нам вдалося зробити висновок про те, що після проведення комплексу занять, передбачених програмою, - тренінгів, лекцій (психоедукації), психологічних вправ, індивідуальних консультацій, групової роботи та сеансів біосугестивної терапії, рівень тривоги суттєво зменшився. Особливо, зміни стосуються показників, продемонстрованих у колонках, де відображено низькі показники тривоги, та середні показники тривоги. Не дуже суттєво, однак, все таки зменшилася кількість учасників експерименту, які знаходилися у стані сильної тривоги. Разом з тим, при індивідуальній роботі, при повторному опитуванні, і аналізі результатів опитування, усі учасники відзначили, що відчують суттєве зниження рівня тривоги і кращу адаптивність, через впровадження у власне життя здобутих під час програми знань, розвинутих навиків та усвідомлення навних ресурсів. Спільно було обговорено нову загальну концепцію про те, що навіть в умовах постійного стресу та травматизації, велику частину життя можна взяти під контроль, що дає можливість планувати майбутнє також.

Також нами було зроблено повторний скрінінг за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) . У контексті нашого експерименту діагностування ПТСР не є предметом дослідження і тому, нас здебільшого цікавило опитування за даною методикою, в контексті виявлення окремих симптомів посттравматичного стресового розладу, їх кореляції до рівня тривоги та стресостійкості учасників, аналізу здатності адаптуватися зокрема, та перспектив посттравматичного зростання, загалом. Результати порівняльного аналізу представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Порівняння результатів опитування за Міссісіпською шкалою на виявлення посттравматичних реакцій до і після формувального експерименту

Кількість учасників	Низький рівень вираженості посттравматичних реакцій До формувального експерименту / після формувального експерименту	Середній рівень вираженості посттравматичних реакцій До формувального експерименту / після формувального експерименту	Високий рівень вираженості посттравматичних реакцій До формувального експерименту / після формувального експерименту
50	66%/ 68%	24%/24%	10%/8%

Як ми бачимо, дані даної таблиці демонструють суттєві зміни загальних показників у всіх трьох колонках. Якщо на початку нашого дослідження окремі показники посттравматичного стресового розладу були характерні для 33 учасників, і їх вираженість була дуже низькою, то при повторній оцінці ми бачимо, зниження прояву окремих діагностичних показників ПТСР на 2 відсотки. Процентне відношення середньої колонки, що демонструє середній прояв рівня ПТСР не змінився, але цей критерій нам не є важливий, оскільки, як ми зазначали раніше, окремі діагностичні показники, навіть яскраво виражені не можуть свідчити про посттравматичний стресовий розлад. Разом з тим, змінилися показники третьої колонки, що свідчить про зменшення вираження діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу.

Цікавим є порівняльний аналіз змін, у 50 учасників, які приймали участь у експерименті за методикою Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року). Результати відображені у таблиці 3.3 та таблиці 3.4

Таблиця 3.3

Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року) (порівняльний аналіз)

Кількість учасників	Низький рівень відчуття благополуччя До формувального експерименту / після формувального експерименту (0-1 бал)	Середній рівень відчуття благополуччя До формувального експерименту / після формувального експерименту (2-3бали)	Високий рівень відчуття благополуччя До формувального експерименту / після формувального експерименту (4-5бали)
50	28%/20%	50%/ 56%	22%/24%

Таблиця 3.4

Детерміновані показники за шкалою Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року) (порівняльний аналіз)

Детерміновані показники за методикою “Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року)” До формувального експерименту / після формувального експерименту	Розподіл досліджуваних 50 чоловік (кількість)		
	Низький рівень (кількість учасників і відсоткове відношення)	Середній рівень (кількість учасників і відсоткове відношення)	Високий рівень (кількість учасників і відсоткове відношення)

Я відчував/ла радість та гарний настрій	13/10 (26%/20%)	25/28 (50 %/66%)	12/12 (24/24)
Я відчував/ла спокій і розслабленість	14/11 (28/22)	26/27 (42%/54%)	10/11 (20%/22%)
Я почувався/лася активним/ою та енергійним/ою	14/10 (28%/20%)	25/26 (50%/52%)	11/10 (22%/20%)
Я прокинувся/лася із відчуттям свіжості і таким/ою, що добре відпочив/ла	13/10 (26%/20%)	25/26 (50%/52%)	12/10 (24%/20%)
Моє щоденне життя було сповнене справ, які мене цікавили	14/9 (28%/18%)	25/26 (50%/52%)	11/10 (22%/20%)

Результати першої колонки демонструють кількісні зміни, серед учасників, які лише іноді відчували стани, які характеризують благополуччя та здатність адаптуватися до стресових та травматичних умов життя і за шкалою оцінки набрали лиш один бал

Результати другої колонки демонструють кількісні зміни учасників, які оцінювали власний стан благополуччя, за відповідними критеріями шкали, обравши відповідь (трохи більше половини двох тижнів, трохи менше половини двох тижнів). У третій колонці таблиці 3.3 відображено кількісні зміни серед групи учасників, які майже завжди, або завжди відчували стан благополуччя за запропонованими критеріями.

Таким чином за результатами усіх використаних методик, можемо спостерігати позитивну динаміку в усіх учасників дослідження. Зменшився рівень тривоги, кількість діагностичних критеріїв ПТСР суттєво зменшилася, виріс рівень відчуття благополуччя.

3.3. Методичні рекомендації для реабілітації та зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни

Традиційно, під реабілітацією розуміють комплексне застосування усіх засобів задля зменшення впливу станів, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та сприяння цивільним особам у оптимальній соціальній інтеграції. Термін «реабілітація» почав широко використовуватися у 20 столітті, і набув поширення у зв'язку з відновлення учасників бойових дій. Пізніше, - почав використовуватися у зв'язку з відновленням цивільних осіб. Загалом, даний термін змістовно має стосунок до відновлення усіх компонентів функціонування та життєдіяльності людини. Психологічна реабілітація є лише частиною реабілітації особи [30].

Реабілітаційний психологічний потенціал цивільних осіб можна розглядати у двох контекстах.

1. *Можливості розробляти і застосовувати програми психологічної реабілітації* не лише для військових, а й для членів їх сімей, а також інших категорій цивільних осіб, які постраждали від екстремальних подій, пов'язаних з війною. У даному ракурсі важливим є диференціація цивільних осіб за групами. Приміром, - особи, що переживають втрату близьких дорослих, особи, що проживають втрату дітей, підлітки, ВПО, підлітки, цивільні особи з числа членів сімей військово службовців. Якщо говорити про такий формат роботи, то це, здебільшого буде груповий формат роботи за чіткою схемою, з правилами та умовами [31].

2. Реабілітаційний потенціал як потенція цивільної особи до відновлення.

І в такому розумінні про реабілітаційний потенціал можна говорити як про психофізіологічні здатності особи відновлюватися, отримувати допомогу та застосовувати власні копінги та стратегії відновлення.

Щодо першого, то практика свідчить, що особливої та окремої уваги заслуговують члени сімей військовослужбовців. Напрацьований досвід практичної клінічної психології показує кращу динаміку психологічної реабілітації і самих військовослужбовців і членів їх сімей, якщо ця реабілітація здійснюється для обох категорій. Після війни США в Афганістані й Іраку перша загальна рекомендація полягає в тому, щоб тримати всю сім'ю у фокусі терапії, проводити терапію родини як цілісної системи [32]. Якщо допомагати тільки одній частині системи, то очікування, що вся система буде ефективно працювати, є інфантильним. Тому треба зосередити терапію на сім'ї загалом, на динаміці її життя, на проблемі адаптації до життя після війни, на її труднощах і на справжньому зціленні. Водночас ефект терапії є обопільним: здорова сім'я допомагає зціленню військовослужбовця, і навпаки. Така природа сімейних систем – елементи системи взаємопов'язані, один елемент впливає на функціонування всіх інших [32].

В даному контексті притримуємося тієї наукової позиції, яка трактує резильєнтність не як сталу константу, а як процес змін, трансформації, зростання в умовах пролонгованої травми війною. О. Хаустова та Д. Асонов запропонували визначення резилієнсу «...як адаптивного динамічного процесу повернення до початкового психосоціального функціонування після періоду дезадаптивного функціонування внаслідок дезорганізуючої дії психотравмуючих факторів» [33].

Загалом, серед аргументів, що свідчать на необхідність проведення терапевтичних інтервенцій для усіх членів сім'ї військовослужбовців, є відсутність військовослужбовця певний час вдома, отримання ним

травматичного досвіду, який, за відсутності належної і вчасної психологічної допомоги, може проживатися у флешбеках.

Досвід багатьох країн, що переживають війну, чи військові конфлікти, говорить про те, що чим більш згуртованим є суспільство, чим більш задіяне воно в подоланні наслідків війни, у спротиві, тим у більшій мірі можна вести мову про те, що рівень резильєнтності у громадян краще.

Приміром, у 2022 році в Армію оборони Ізраїлю призвали 260 аутистів. Звісно, мова йде не про другу, а тим більше першу ступінь РАС, але люди з третьою і четвертою ступеню аутизму демонструють якість та швидкість мислення в 10 раз швидше, ніж у інших.

Також необхідними є реабілітаційні програми, для цивільних, які переживають втрату близької людини під час війни. Останні дослідження показують, що трансгенераційна травма сторін військового конфлікту формується із почуття вини, у тієї сторони, яка розв'язала війну і відчуття втрати, у сторони, яка зазнала нападу. Саме тому, зараз необхідним є розроблення програм переживання втрати, для цивільних осіб. На даний час, в Україні Інститутом психології здоров'я активно організовується здійснення восьми крокової програми проживання втрати близьких, а також, окремо, - групи психологічної підтримки для осіб, родичі яких визнані безвісті відсутніми. Спільним в таких програмах є принцип дуальності, – поєднання проживання втрати та повернення до ресурсної частини життя. Разом з тим, фахівці даного інституту наголошують на тому, що для проходження групової реабілітаційної програми можливе лише за умови, що людина попередньо проживала якийсь час втрату самостійно, оскільки, горе – є нормальним процесом, який супроводжується переживанням складних емоцій, прийняттям факту втрати та інтегрування його у власне життя. Самі програми реабілітації цивільних осіб стосуються повернення їх у повсякденний ритм життя, відновлення, зміцнення пружності психіки, та уникнення занурення у стан патологічного горя.

Згідно з теорією резильєнтності, додатковими особистісними факторами, що сприяють подоланню руйнівного впливу війни, адаптації та зростанню, є самооцінка, навички справлятися з труднощами.

Вартими окремої уваги є програми реабілітації дітей, що пережили втрату. Тут, слід сказати, що сам підхід до реабілітації психіки дитини повинен відбуватися з урахуванням її віку, розуміння смерті та значення втрати, приміром, особливості зв'язку з померлим [34].

Щодо цивільних осіб, члени сімей яких пропали без вісти, то дослідження, проведені на Балканах, приміром, показують, що депресивні реакції у них були сильнішими, ніж у цивільних осіб, члени сімей яких були вбиті. З цього можна зробити висновок про те, що невідомість завжди травматичніше будь-яких новин, навіть, найжахливіших. Саме тому, програми реабілітації повинні бути спрямовані не лише на зміцнення стресостійкості щодо новин, які супроводжують хід війни, а й до невизначеності, яка формує генералізовану тривогу у суспільстві.

Щодо другого, а саме, – реабілітаційного потенціалу особи, як індивідуальної властивості, то, загалом, уникнути додаткової травматизації, та зміцнити резильєнтність можна в першу можна, починаючи з турботи про тіло. Ще Ганс Сальє у своїх працях зазначав, що принципи захисту на рівні клітини, в цілому, можуть бути застосовані і до людини, а також і до спільноти людей. Там же він визначає стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу [3, 3]. У цій же праці він визначає, що здатність організму до пристосування, його адаптаційна енергія не безмежна. При першочерговій реакції тривоги організм адаптується і виявляє супротив, протяжність періоду якого залежить від первинної (базової) стресостійкості (функціональних можливостей нервової системи) та сили стресору. Дієвим буде механізм створення опор на звичайні рутинні справи, в тому числі – сон, їжа, побут, ритуали, теплий душ, а за можливості – прийняття ван з теплою водою, хороше освітлення місць проживання, прогулянки в сонячну погоду, інсоляція,

загалом, техніки медитації, соціальна підтримка, уникнення ненормованого занурення в новини війни. Окремим пунктом можна виділити фізичні навантаження, що по-перше, дозволяють перепрацювати надмірну кількість адреналіну, який є тим гормоном стресу, що виділяється в організмі для захисту від потенційної загрози і допомагає закарбувати в пам'яті травмуючі обставини війни. Чим більше адреналіну виділяється, тим яскравішими запам'ятовуються обставини психотравми.

Також, в контексті зростання резильєнтності, відпочинку та уваги потребує не лиш тіло, а мозок. Якщо мозок знаходиться в належному стані, він і поводить себе відповідно до нього: більш стійкий до стресу, швидше відновлюється від травм, у ньому народжуються більш конструктивні думки, що сприяє формуванню раціонального погляду на світ. Мозок підвищує больовий поріг, зміцнює нервову систему і перешкоджає розвитку будь-якого захворювання [35, 3]. У випадку, коли раціональний мозок (неокортекс) не може справлятися з емоційною частиною мозку, то зникає баланс між поведінкою та емоціями, підвищується емоційна чутливість, тобто саме емоційне реагування, при тому, що розрізненість між емоціями задоволення, страждання, радості та страху стає нижчою. Хронічний стрес виснажує весь організм і людина, за відсутності належного рівня резильєнтності, може на будь-яку, найменшу проблему реагувати дуже гостро. Саме тому важливими функціональними складовими резильєнтності є когнітивна та, відповідна їй поведінкова складові. Людина, що здатна правильно аналізувати ситуацію, та обирати відповідний варіант поведінки, не так часто розцінює усі події свого життя як стресові [36, 13]. Така людина здатна на когнітивну переоцінку подій, які можуть викликати стрес.

Наукову цікавість викликає дослідження на тему впливу читання книжок на зниження рівня стресу та зміцнення резильєнтності. Є наукові гіпотези про те, що читання не лише допомагає сповільнити вікове зниження мислинневих функцій та підвищити інтелект, а й знизити стрес. Достатньо всього 6 хвилин

читання, щоб сповільнити м'язеву напругу. На нашу думку, така діяльність спрямована на задіяння когнітивної функції мозку, примушує людину концентруватися, задіювати робочу пам'ять і просторове мислення. Це, у свою чергу, дозволяє стримати лавину негативних емоцій, яка в стресових ситуаціях може поглинати людину і примушувати опиратися саме на емоційні оцінки, а не на факти. Таке переналаштування оцінки об'єктивної реальності, уникнення дисоціації та флеш-беків до травматичної ситуації минулого помічено також при лікуванні пацієнтів з ПТСР, яким дають ґрати тетріс.

Звісно, такі короткострокові методи боротьби з емоційною оцінкою ситуації життя і маркування її як стресової ще потребують додаткового наукового дослідження, однак попередньо дозволяють зробити висновок про те, що для управління емоціями необхідними є когнітивна переоцінка, усвідомлений вибір дій, самоконтроль. У цьому напрямку добре розвинулася травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, в арсеналі якої є багато методів роботи з викривленими когніціями та поведінковими паттернами.

Разом з тим, в частині емоційної складової резильєнтності цивільних осіб є можливість кожного індивідуально чи в підтримуючій атмосфері вільно говорити про емоції гніву, безпомічність та невизначеність, розгубленість та неможливість впливати на усі події, про вину вижившого, про скорботу і так далі. Поряд з тим важливо розуміти власні опори, коупінги, створювати нові та бачити ресурси, які раніше допомагали справлятися з травмами. Звісно, об'єктивні фактори такі, що ніхто не може гарантувати зупинення травмуючих для психіки подій. І, отже, психіка буде продовжувати зазнавати їх впливу, травмування можливе. Так само як ретравматизація. Бо остаточно травма може бути пропрацьована, коли її об'єктивні симптоми зникають чи є суттєво зниженими. Разом з тим, травма пропрацьована, коли людина готова до того, що вона може повторитися. Не хоче, але готова і відчуває сили на цей раз справитися.

Однак, щодо емоційної регуляції, то дослідження, опубліковане в *Frontiers in Psychology* у листопаді 2017 року, показало, що здатність керувати потенційно

непереборними емоціями (або шукати допомоги, щоб подолати їх) допомагає людям зберігати зосередженість під час подолання труднощів, і це пов'язано з покращенням резилієнсу [37].

В основу реабілітаційного потенціалу особи, що переживає шоківі події війни базисно лягають зміни стану людини, на які має бути спрямований механізм відновлення. Мітху Строні до них відносить наступне: повна бойова готовність емоційного мозку, велика кількість гормонів стресу, можливе збільшення синаптичної пластичності, тимчасовий збій біоритмів, запалення, тимчасова інсулінорезистентність, підвищення тонуусу [35, 8].

При хронічному стресі ці фактори набувають нового значення, оскільки, тоді виробляється надто багато кортизолу, інсулінорезистентність залишається, синаптична пластичність погіршується, біологічні ритми завжди порушені, запалення ніде не зникає і порушується мотиваційна складова, оскільки хочеться постійно лиш насолод та успіху.

Беручи до уваги зазначене, доречним є використання певних технік покращення роботи прифронтальної кори, скорегувати рівень гормонів стресу, активізувати створення нових синаптичних контактів раціональним мозком, налаштувати біологічний годинник через конструктивну поведінку та розпорядок дня, грамотно підібрати дієту, зайнятися спортом, щоб уникнути постійної інсулінорезистентності, підвищити мотивацію. При цьому врахувати такий фактор, що неможливість отримувати задоволення від результатів своєї діяльності (ангедонія) може бути ознакою депресії.

Гнучкість, адаптивність і наполегливість можуть допомогти людям підвищити свою резилієнтність, змінивши певні думки та поведінку. Дослідження показують, що коли учні вірять, що інтелектуальні здібності та соціальні якості можна розвивати та покращувати, вони підвищують свою власну резилієнтність, демонструючи меншу реакцію на стрес на негаразди та покращену продуктивність [38, 71].

Таким чином, можна зробити висновок про те, що реабілітація цивільних осіб в умовах психотравми війни є багатокomпонентним процесом, що має на меті адаптацію до звичних умов життя, розвиток навичок адаптації, проживання втрат, та посттравматичне зростання [39]. Психологічна реабілітація є невід'ємною частиною процесу комплексної реабілітації та передбачає урахування первинні індивідуальні характеристики здоров'я, та особливості зовнішніх чинників.

Принципами реабілітації є: принцип державності, принцип сучасності, принцип регіональності, принцип науковості, принцип наступності, етапності та єдиної тактики, принцип регіональності та принцип спеціалізації, принцип самореабілітації. Останній заслуговує особливої уваги і розуміється нами як засада, що визначає здатність особи до відновлення з застосуванням індивідуальних ресурсів та коупінгів.

Для психологічної реабілітації фахівцями можуть застосовуватися різні методи роботи з втратою та напрацювання різних психотерапевтичних напрямів, що передбачають роботу з травмою, особливо, з травмою, пролонгованого характеру чи мультитравмою. До таких можна віднести: травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію, ЕМДР, схема-терапію, позитивну психотерапію, гештальт-терапію, наративну терапію, біосугестію, екзистенційну та клієнт-центровану психотерапію. Добре працюють також тілесно-орієнтовані психотерапевтичні напрями та арт-терапія. Відповідно до різних психотерапевтичних напрямів, протоколи роботи можуть бути різними, але, загалом, план психологічної реабілітації повинен включати такі етапи: первинний огляд та консультацію спеціаліста, постановка реабілітаційного діагнозу, формування індивідуальної програми реабілітації та визначення цілей реабілітації. Останнім етапом є здійснення контролю за виконанням програми реабілітації.

Вважаємо реабілітацію частиною програми зміцнення резильєнтності, і тим рушійним фактором, який сприяє психіці людини подолати наслідки

травмуючих подій, а й гарантує посттравматичне зростання. Саме у цьому напрямку, як уже було зазначено, добре зарекомендувала себе біосугестивна терапія, як валідний напрям напівтрансових технік, що працює і з підсвідомістю і з тілесними проявами.

На нашу думку, програма зміцнення резильєнсу в умовах шокової травми війни повинна включати наступні етапи.

1. Профілактичний:

- психоедукація населення на предмет надання першої психологічної допомоги (кризові інтервенції, наприклад, за протоколом Яалома)

- психоедукація на тему надання самопомоги, перших стресових реакцій, нейрогормуральних процесів, реакцій бий-біжи-завми. Це дасть можливість нормалізувати і прийняти реакції тіла та психіки в екстремальних умовах, краще розуміти, що слід робити в умовах шокової травми;

- висвітлення теми посттравматичних стресових реакцій, обов'язкова психоедукація на тему контакту з обізнаності стосовно питань комунікації з членами сім'ї, які є безпосередніми учасниками бойових дій;

- психоедукація на тему соціальної підтримки, інформування про мережу громадських та державних центрів надання психологічної допомоги, профілактика суїциду;

- психоедукація на тему функцій тривоги, усвідомлення її феноменології в контексті повсякденного життя.

На нашу думку профілактичний етап обов'язково має бути включено у любую програму зміцнення резильєнтності, як такий, що дасть змогу не уникнути стресової події, а адаптуватися до неї.

Наступним етапом етапом зміцнення психологічної пружності, на нашу думку, є реабілітація. Цей етап повинен бути сформований так, щоб у загальній, навіть, груповій роботі, кожен учасник міг використовувати перевірені дієві засоби відновлення, а також віднаходити власні ресурси та створювати опори на себе.

У зв'язку з цим ми пропонуємо включити у програму реабілітації такі напрями:

- *Стабілізація.* Для цього рекомендуємо використання технік заземлення, центрування, майндфулес, стабілізація через дихання, вправа “безпечне місце” (окрім гострих тривожних станів).

- *Психоедукація.* Вважаємо обов'язковим цей етап і на стадії профілактики і на стадії реабілітації.

- *Діагностика.* На цьому етапі використовуємо опитування, скрінінги, шкали діагностики; можна створювати карту травмуючих подій.

- *Робота з пошуком ресурсів:* створення карти ресурсів (зовнішніх та внутрішніх), пошук опор.

- *Психокорекція у когнітивній сфері:* робота з тривожними думками; відстеження тривожних думок; відмежування гіпотетичної тривоги від фактичної, робота з реакціями, використання технік когнітивної травмафокусованої терапії, техніки спуску (що-якщо- і тоді), аналіз думок та реакцій, створення навику використання практичних вправ (приміром, час для тривоги);

- *психокорекція у поведінковій сфері:* експозиція до травмуючих подій (від найменшої у карті травми);

- *психокорекція емоційних станів:* проєктивні методики, використання карти емоцій, розвиток емоційного інтелекту, трекінг емоцій.

- *психокорекція тілесних та психічних порушень через медитативні психокорекційні та стабілізуючі техніки:* майндфулес, біосугестивна терапія

Вважаємо, що саме поєднання профілактики та реабілітації у дієвих, зрозумілих та доступних програмах, створення належної соціальної підтримки дозволить вести мову про те, що для більшості людей, які пережили травмуючі події війни є можливим посттравматичне зростання.

Висновки до розділу 3

Відповідно до поставленої мети та завдань було розроблено та впроваджено у межах формувального етапу експериментального дослідження програму зміцнення резильєнтності цивільних осіб у умовах шокової травми війни.

Проведене емпіричне дослідження дозволило у всій повноті проаналізувати проблему зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах травми війною.

Було зроблено висновок про необхідність зосередження уваги на тілесних проявах дистресу та можливістю його регулювання за допомогою мязевої релаксації, сеансів біосугестивної терапії, методів позитивної психотерапії, іманігативної терапії, технік когнітивно-поведінкової терапії та кризового консультування. В цілому, зроблено практично-обґрунтований висновок про високу здатність до адаптації, відновлення та подальшого психологічного зростання в умовах війни за умови застосування вищезазначених психотерапевтичних методів.

Метою програми було: проведення серед групи осіб, з якими проводилося емпіричне дослідження, психоедукації на тему того, чим є резильєнтність; роз'яснення того, які стресові реакції є природними і що з ними робити, які можливі реакції на шокову травму в умовах війни; робота з роз'ясненням реакцій на стрес бий-біжи-завмри; розвиток позитивної мотивації до зміцнення резильєнтності; пояснення функцій тривоги, розрізнення її з огляду на гіпотетичну та фактичну; робота з емоціями та думками, як спосіб адаптації до травмуючих подій; напрацювання копінгів подоланні стресу; пошук ресурсів та опор; тілесні та біосугестивні практики опрацювання наслідків травмуючих подій; розвиток принципу надії як екзистенційної опори.

Відповідно до мети програми було окреслено такі завдання: стабілізація; усвідомлення власних психо-фізіологічних складових резильєнтності;

усвідомлення індивідуальних стресових реакцій; розвиток емоційного інтелекту; визначення рівня стресу; напрацювання індивідуальних опор; розвинути усвідомлення власних опор; соціальна адаптація.

Основна програма була організована в групові заняття з двома групами по 25 чоловік; також проводилася індивідуальна робота з окремими особами, та з учасниками, що проходили сеанси біосугестивної терапії. Тривалість кожної зустрічі 35 - 50 хвилин.

Загалом, було проведено 19 групових занять з 5 сеансами біосугестивної терапії.

Проведене дослідження дозволило зробити висновки про те, що усі програми зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни повинні мати профілактичний, та реабілітаційний компоненти. Слід застосовувати програми психологічної реабілітації не лише для військових, а й для членів їх сімей, а також інших категорій цивільних осіб, які постраждали від екстремальних подій, пов'язаних з війною.

Серед застосованих реабілітаційних технік можна відзначити біосугестивну терапію, як таку, що покращує роботу прифронтальної кори, скоректує рівень гормонів стресу.

Після проведеної роботи потрібно було виявити її ефективність шляхом повторного тестування учасників нашого дослідження.

За результатами повторного використання усіх методик, можемо спостерігати позитивну динаміку в усіх учасників дослідження. Зменшився рівень тривоги, кількість діагностичних критеріїв ПТСР суттєво зменшилася, виріс рівень відчуття благополуччя.

ВИСНОВКИ

Відсутність комплексного дослідження питання резильєнтності цивільних осіб, свідчить про необхідність здійснення наукового – теоретико-методичного та практичного пошуку нових підходів та зведення їх результатів у дієві програми, що допомогали би українцями розвивати психологічну пружність.

Попри відсутності єдиного уніфікованого визначення резильєнтності загалом, та резильєнтності цивільних осіб, зокрема, спільним твердженням дослідників, залишається думка про те, що дана дефініція змістовно пов'язана зі здатністю витримувати негаразди, розвиватися після травматичних подій, інтегрувати їх у автобіографічну пам'ять та бачити зміст у подіях подальшого життя. Пропонуємо розглядати резильєнтність цивільних осіб в умовах шокової травми війни як навик саморегуляції цивільних осіб в умовах війни, що заснований на психофізіологічних нейровізіологічних властивостях організму, що визначають первинну стресостійкість та полягає у здатності проживати травми війною, адаптуватися та зростати.

Загалом, резильєнтність цивільних осіб під час війни певною мірою змістовно відрізняється від резильєнтності цивільних осіб за умов мирного життя, однак, безперечно, важливим фактором здатності адаптації в умовах війни є первинна психофізіологічна резильєнтність як базовий показник фізичної, емоційної та когнітивної стресостійкості.

Важливою є індивідуальна основа резильєнсу яка характеризується показниками здоров'я та усім, що зі здоров'ям пов'язано. Така відносно стала основа резильєнтності зберігається протягом усього життя та має назву «внутрішній резильєнс».

Зовнішній резильєнс складається з соціально-економічних джерел. Між внутрішніми і зовнішніми є система, яка відображає орієнтацію та реакцію

індивіда на життя, його зовнішнє середовище та обставини. Взаємодія цих систем створює умови, у яких резильєнс може проявлятися різним чином

До основних чинників резильєнтності відносять: реалістичний оптимізм; протистояння страху, моральний компас, релігію та духовність, соціальну підтримку, резильєнтні рольові моделі, фізичний фітнес, розумовий фітнес, когнітивна та емоційна гнучкість, здатність відчувати сенс та мету.

Вважаємо, в перспективі подальших наукових досліджень необхідним сформулювати уніфіковане поняття «травма війною», яке б відображало предиктори виникнення та формування таких стресових розладів як: гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації не лише в безпосередніх учасників бойових дій, а й в цивільних осіб.

Відповідно до окресленої мети кваліфікаційного дослідження та поставлених завдань, нами було проведено поетапно опитування 50 цивільних осіб у віці від 21 до 55 років на предмет виявлення рівня тривоги, діагностування ознак посттравматичного стресового розладу та оцінювання потенціалу їх резильєнтності відповідно до індексу благополуччя. Для цього нами було використано, відповідно, такі валідні методики як: діагностичний тесту на визначення рівня стресу та тривоги за шкалою Гамільтона, Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (цивільний варіант) та Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року).

Результати оцінювання дозволили зробити висновок про кореляцію високого рівня тривоги до окремих діагностичних кластерів посттравматичного стресового розладу, однак, не до всіх.

За результатами проведеної методики лише 32% опитаних мають низький рівень тривоги (від 0 до 6 балів за шкалою тривоги Гамільтона), однак, якщо оцінювати сукупність усіх кластерів за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій у цивільних, то у 66% відсотків опитаних низькі їх показники. З цього можна зробити висновок, що тривога за життя, та пережиті

травматичні події не свідчать про високу ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу. Тривогу в даному випадку можна і слід оцінювати як властивість психіки взяти під контроль власне життя в екстремальних умовах війни. Загалом, також з таких показників можна зробити висновки про те, що тривога є проміжним етапом у роботі психіки на шляху до адаптації, і є логічною, якщо не набуває патологічної форми. Водночас, високий рівень середнього показника стану тривожності у опитаних (44 %) дозволяє вести мову про ймовірну загрозу виникнення тривожних розладів.

Відповідно до поставленої мети та завдань було розроблено та застосовано у межах формувального етапу експериментального дослідження програму зміцнення резильєнтності цивільних осіб умовах шокової травми війни. Відповідно до плану експериментального дослідження було впроваджено програму зміцнення резильєнтності, що тривала 5 тижнів. Було проведено 19 загальних зустрічей, формат яких передбачав психоедукацію те теми, важливі для зміцнення резильєнтності. Учасникам програми було висвітлено питання поняття та функцій тривоги, стресових реакцій, які були детерміновано розглянуті та опрацьовані в практичній частині програми, яка включала в себе роботу з думками, емоціями та тілесною саморегуляцією. Практичні завдання, відповідно до окресленої програми передбачали розвиток практичних навичок усвідомлення рівня стресу, застосування технік заземлення, опанування емоцій, що супроводжують стресові реакції. Також, відповідно до плану роботи окремим пунктом був комплекс практичних заходів по розвитку навиків самостійної роботи з думками, визначення фактичної та гіпотетичної тривоги, розвитку навичку пошуку продуктивних рішень у тій чи іншій стресовій ситуації, розвитку корисних поведінкових навиків, та нових копінгів, відстеження наявних та надбання можливих ресурсів, в тому числі, у вигляді соціальної підтримки, пошук опор на сьогоднішній та перспектив на майбутнє, що є особливо важливим моментом для розвитку резильєнтності.

В межах програми здійснювалася індивідуальна консультативна робота, з застосуванням різноманітних методик, та технік: проєктивних методик, методика малювання безпечного місця, техніка опрацювання травматичних спогадів за методикою ASSIST, промальовування та озвучування емоцій, пошук варіантів рішень та реакцій. Серед технік можна відзначити: техніки активного слухання, парафраз, ситуативного підбадьорення та розширення цілей.

За результатами проведення програми серед учасників, які мали високі показники тривоги, низький рівень відчуття благополуччя та окремі прояви посттравматичного стресового розладу треба було виявити ефективність проведеної роботи шляхом повторного тестування.

За результатами повторного використання усіх методик, можемо спостерігати позитивну динаміку в усіх учасників дослідження. Зменшився рівень тривоги, кількість діагностичних критеріїв ПТСР суттєво зменшилася, виріс рівень відчуття благополуччя.

Проведене дослідження не вичерпує усі проблеми зміцнення резильєнтності, але дозволяє зробити висновки про необхідність створення комплексних програм зміцнення резильєнтності цивільних осіб в умовах шокової травми війни. Для розширення перспектив наукових досліджень нами було зроблено пропозиції по створенні програм, у яких частина буде присвячена профілактиці розладів, пов'язаних з шоковою травмою війни, та реабілітації.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривоги Гамільтона 1.

Тривожний настрій (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

2. Напруга (відчуття напруги, плаксивість, що легко виникає, тремтіння, відчуття неспокою, нездатність розслабитися)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

3. Страх (темряви, незнайомих, самоти, тварин, натовпу, транспорту)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

4. Інсомнія (утруднене засипання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, відчуття розбитості та слабкості при пробудженні, кошмарні сни)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

6. Депресивний настрій (втрата звичайних інтересів і відчуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

7. Соматичні м'язові симптоми (болі, сіпання, напруга, судоми кпонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання) 0 - відсутність; 1 - слабкий

ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

11. Гастро-інтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювання, бурчання у животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви до сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або

блідість шкіри, пітливість, головний біль з відчуттям напруги)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

14. Поведінка при огляді (совається на стільці, неспокійні жестикуляція та хода, тремор, похмуре обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте глитання слини)

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий

Бланк Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій
Міссісіпська шкала (цивільний варіант)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче наводяться твердження, в яких узагальнений різноманітний досвід людей, які пережили тяжкі, екстремальні події та ситуації. Під кожним твердженням наводиться шкала від 1 до 5. Обведіть колом вибраний вами номер відповіді, яка найкраще описує ваші почуття. Якщо у вас виникнуть питання, звертайтеся за роз'ясненням до експериментатора

1. В минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз
Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

2. У мене немає почуття провини за те, що я робив в минулому
Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

3. Якщо хтось виведе мене із терпіння, то скоріше за все, я не стримаюсь (застосую фізичну силу)
Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги і робить мені боляче
Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

5. Люди, які добре мене знають, бояться мене
Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

6. Я здатен вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми
Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

7. Мені сняться в ночі жахіття про те, що було зі мною реально в минулому
Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

8. Коли я думаю про деякі речі, якія робив в минулому, мені просто не хочеться жити

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

9. Ззовні я виглядаю бездушним

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише тоді, коли потрібно вставати

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

12. Я весь час задаю собі питання, чому я досі ще живий, в той час як інші вже померли

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

13. В певних ситуаціях я відчуваю себе так, нібито я повернувся у минуле

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюсь прокидаюся в холодному поту і заставляю себе більше не спати

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

15. Я відчуваю, що більше не можу

абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

16. Речі, які в інших людей викликають сміх або сльози, мене не зачіпають

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

17. Мене так само тішать ті ж речі, що і раніше

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

19. Я виявив, що мені не важко працювати

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

20. Мені важко зосередитись

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

21. Я без причини плачу

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

22. Мені подобається бути в колі інших людей

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

23. Мене лякають мої прагнення і бажання

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

24. Я легко засинаю

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

25. Від раптового шуму я сильно здригаюся

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї не розуміють, що я відчуваю

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

27. Я легка, спокійна, врівноважена людина

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

28. Я відчуваю, що про деякі речі, які я робив в минулому, я ніколи не зможу розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

29. Інколи я вживаю алкоголь (наркотики або снодійне), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапились зі мною в минулому

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю у натовпі

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

31. Я втрачаю самоконтроль і «вибухаю» через дрібниці

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

32. Я боюсь засинати

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

33. Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалось зі мною в минулому

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

34. Моя пам'ять так само добра, як і раніше

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть до близьких людей

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

36. Часом я раптово поводжу себе або відчуваю так, як нібито те, що було зі мною в минулому відбувається знову

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно

37. Я не можу згадати деяких речей, які відбулися зі мною в минулому

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

38. Я дуже насторожений більшу частину часу

Абсолютно не вірно 1 Відносно вірно 2 В певній мірі вірно 3 Вірно 4 Абсолютно вірно 5

38. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серце биття і я весь тремчу та покриваюся потом, у мене крутяться голова, і практично втрачаю свідомість

Ніколи 1 Рідко 2 Іноді 3 Часто 4 Завжди 5

Особливості інтерпретації Ключ до обробки: 1) Сума балів по пунктах з прямою шкалою (сума 1) : 1,3,4, 5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,20,21,23,25,26,28,29,31,32, 33,35, 36,37,38,39. Професійно-орієнтовані завдання з психології для студентів V курсу спеціальності 7.03010301. «Практична психологія» 165 2) Сума балів по пунктах з оберненою шкалою (сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. 3) Загальний бал = Сума 1 + Сума 2 Середні значення Місісіпської шкали (громадянський варіант): 1) Пожежники - $73,79 \pm 13,05$; 2) Рятувальники - $70,85 \pm 11,74$; 3) Біженці («норма») - $79,70 \pm 18,19$; 4) Біженці ПТСР - $105,14 \pm 14,90$; 5) Ліквідатори, «норма» - $90,15 \pm 19,18$; 6) Ліквідатори ПТСР - $99,44 \pm 17,06$

Індекс благополуччя (5 критеріїв) ВООЗ (версія 1998 року)

Для кожного із п'яти тверджень вкажіть будь ласка те, що найкраще передає ваші почуття протягом крайніх двох тижнів.

Зверніть будь ласка увагу, що більші цифри означають краще самопочуття.

Приклад: Якщо протягом крайніх двох тижнів ви відчували радість і гарний настрій протягом більшої половини часу, поставте галочку у верхньому правому кутку клітинки з цифрою 3.

Протягом крайніх двох тижнів:	Весь час	Майже весь час	Протягом більшої половини часу	Протягом меншої половини часу	Іноді	Ніколи
1.Я відчував/ла радість та гарний настрій	5	4	3	2	1	0
2.Я відчував/ла спокій і розслабленість	5	4	3	2	1	0
3.Я почувався/лася активним/ою та енергійним/ою	5	4	3	2	1	0
4.Я прокинувся/лася із відчуттям свіжості і таким/ою, що добре відпочив/ла	5	4	3	2	1	0
5.Моє щоденне життя було сповнене справ, які	5	4	3	2	1	0

мене цікавили						
---------------	--	--	--	--	--	--

Підрахунок кількості балів:

Первинна кількість балів обчислюється додаванням результатів, які було отримано із п'яти відповідей. Сумарний бал буде знаходитися в діапазоні від 0 до 25, де 0 означає найгіршу, а 25 – найкращу якість життя.

Щоб отримати підсумковий результат у відсотках від 0 до 100, сумарний бал потрібно помножити на 4. Результат 0 % означає найгіршу із можливих якість життя, тоді як оцінка 100% – означає найкращу якість.

Інтерпретація:

Рекомендовано провести діагностику наявності великого депресивного розладу (МКБ-10), якщо підсумковий результат нижчий за 13 % або якщо пацієнт зазначив 0 або 1 бал у відповідь принаймні на одне із п'яти тверджень.

Підсумковий результати нижчий за 13 свідчить про погане самопочуття і є підставою для тестуванням на клінічну депресію за МКБ-10.

Моніторинг змін:

Для моніторингу можливих змін у самопочутті використовується результат у відсотках. Різниця у 10% вказує на значну зміну (John Ware, 1995).

Програма зміцнення резильєнтності цивільних осіб (Житомирський центр
зайнятості)

№ з/п	Програма практики (назви робіт)	Кількість днів	Дата перевірки	Оцінка за виконання завдання	Підпис керівника
1.	Знайомство з колективом, самопрезентація	1			
2.	Психоедукація на тему резильєнтності.	1			
3	Обговорення важливості підтримки близького оточення в умовах війни для подолання стресу	1			
4	Коротка письмова практика “Мої опори”	1			
5	Обговорення впливу турботи про тіло на резильєнтність. Тестування за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій (цивільний варіант)	1			

6	Психоедукація на тему емоційного інтелекту.	1			
7	Презентація методу біосугестії та сеанс біосугестії для бажаючих	1			
8	Визначення рівня тривоги, за шкалою Гамільтона (анкетування)	1			
9	Проведення вправи “світлофор” на визначення поточного рівня стресу. Тестування за індексом визначення рівня благополуччя	1			
10	Сеанс біосугестії для групи бажаючих	1			
11.	Аналіз результатів попередньої роботи, коригування. Міні-лекція про способи подолання тривоги	1			
12	Індивідуальні консультації	2			
13	Міні-лекція на тему “Як врегулювати сон”	1			

14	Психологічні консультації	1			
15	Аналіз результатів попередньої роботи та коригування подальшого плану. Сеанс біосугестії	1			
16	Індивідуальні психологічні консультації	2			
17	Тренінг на розділення думок, емоцій та фактів	1			
18	Психологічне консультування	1			
19	Сеанс біосугестії. Тестування За Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій	1			
20	Надання індивідуальних психологічних консультацій. Повторне визначення індексу благополуччя	1			
21	Сеанс біосугестії	1			
22.	Тестове визначення рівня стресу та	1			

	тривоги за шкалою Гамільтона.				
23.	Аналіз результатів тесту на визначення рівня стресу та тривоги, та загальної спільної роботи	1			

Перший тиждень. План роботи на 22.05.23-26.06.23

№ з/п	Заходи	Час виконання	Оцінка за виконання
1.	Знайомство з колективом, самопрезентація	22.05.23	
2.	Обговорення психологічних проблем, пов'язаних з війною. Психоедукація на тему резильєнтності.	23.05.23	
3.	Коло соціальної підтримки. Обговорення важливості підтримки близького оточення в умовах війни для подолання стресу. Практика “ Пять кіл моїх контактів”. Запропоновано визначити різні степені близькості, та проаналізувати, як саме наявність людини, чи люде, як здатні підтримати в стресі, допомагає впоратися зі стресом безпосередньо.	24.05.23	
4.	Коротка письмова практика “Мої опори”. Зміст практики - що би не	25.05.23	

	<p>трапилося я можу ...</p> <p>(написати п'ять речей, які повертають ресурс стресостійкості). За допомогою цієї простої вправи виявили, що можуть контролювати у стресових умовах війни багато речей. Крім того, віднайшли та зауважили свої ресурсні заняття</p>		
5.	<p>“Турбота про тіло”.</p> <p>Обговорення впливу турботи про тіло на резильєнтність, та можливості саморегуляції за допомогою тілесних практик. Практика мязевої релаксації Джейкобсона. Спробували відновитися шляхом напруження та розслаблення м'язів. Прозвучала метафора про те, що вправа діє як післяобідній сон, - дозволяє розслабитися, відновитися та повертає в момент “тут і зараз”.</p> <p>Тестування за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій (цивільний варіант)</p>	26.05.23	

Другий тиждень

План роботи на 29.05.23-02.06.23

№ з/п	Заходи	Час виконання	Оцінка за виконання
1.	Психоедукація на тему емоційного	29.05.23	

	інтелекту. Коротка вправа “кольори моїх емоцій” (замальовування кольорів емоцій на папері в контурі тіла), обговорення потреб, на реалізацію яких вони вказують. Відстежено взаємозв'язок емоцій та відчуттів в тілі.		
2.	Ознайомлення з методом біосугестії. Презентація його як науково доведеного психотерапевтичного методу роботи зі стресом та зміцненням резильєнтності	30.05.23	
3.	Визначення рівня тривоги, за шкалою Гамільтона (анкетування)	31.05.23	
4.	Визначення рівня стресу за шкалою Світловор (від 1 до 10, де 1- мінімальна, зелена позначка та 10 - максимальна, червона позначка), та окреслення проблем, ним зумовлених стресом (сфера емоцій, думок, тіла та поведінки). Цікавим було спостереження, що саме усвідомлення рівня стресу, дозволяє відсторонитися від тривожних думок. Тестування за індексом визначення рівня благополуччя	01.06.23	
2	Сеанс біосугестії для групи бажаючих	02.06.23	

Третій тиждень

План роботи на 05.06.23-09.06.23

№ з/п	Заходи	Час виконання	Оцінка за виконання
1	Аналіз попередньої роботи та корегування плану подальшої роботи. Міні-лекція про способи подолання тривоги	05.06.23	
2.	Індивідуальні консультації. Застосовано протокол пропрацювання травматичних стогадів в методі ASSIST	06.06. 23	
3.	Індивідуальні психологічні консультації	07.06.23	
4.	Міні-лекція на тему “Як врегулювати сон”. Практичні рекомендації	08.06.23	
5.	Психологічне консультування Консультування. Застосовані прийоми активного слухання, створення безпечного середовища, пошук опор.	09.06.23	

Четвертий тиждень

План роботи на 13.06.23-17.06.23

№ з/п	Заходи	Час виконання	Оцінка за виконання
1	Аналіз та корегування плану роботи. Сеанс біосугестії	13.06.23	
2.	Психологічне консультування. Робота зі скаргами на сон, опрацьовували практику відстеження думок, позитивної інтерпретації та пошуку альтернативних думок. Ефективною була методика “я	14.06. 23	

	можу тривожитися, і, водночас, долати стрес		
3.	Індивідуальні психологічні консультації	15.06.23	
4.	Тренінг на розділення думок, емоцій та фактів. Практика - дерево прийняття рішень. Розділяли корисну тривогу, що вказує на конкретні проблеми від тривоги гіпотетичної. Відстежили, що усвідомлення гіпотетичності настання проблеми, дозволяє знизити рівень стресу	16.06.23	
5.	Психологічне консультування	17.06.23	

П'ятий тиждень

План роботи на 19.06.23-23.06.23

№ з/п	Заходи	Час виконання	Оцінка за виконання
1	Сеанс біосугестії. Після сеансу учасники відзначили, що сеанси мають накопичувальний ефект. Тестування За Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій	19.06.23	
2.	Надання психологічної допомоги (психологічне консультування). Повторне визначення індексу благополуччя	20.06. 23	

3.	Сеанс біосугестії для бажаючих. Після сенсу учасники відзначили суттєве покращення психоемоційного стану	21.06.23	
4.	Тестове визначення рівня стресу та тривоги за шкалою Гамільтона.	22.06.23	
5.	Аналіз результатів тесту на оцінку рівня стресу та тривоги, обговорення результатів спільної роботи, спільне відзначення зростання стресостійкості	23.06.23	

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Асонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 4(4). - 2022. - Режим доступу: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/219>.
2. Батько М. М. Морально-психологічний клімат в колективі як важливий важіль впливу на ефективність роботи публічних службовців : автореф. дип. роботи на здобуття освітнього ступеня «магістр»: спец. 281 "Публічне управління та адміністрування" / М. М. Батько , ЧНУ ім. Петра Могили. – Миколаїв, 2019. – 12 с.
3. Брюховецька О. В. Формування толерантності до професійного стресу у керівників закладів середньої освіти / О. В. Брюховецька // Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки. - 2019. - Вип. 9. - С. 10-24. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso_2019_9_4.
4. Волошина Г. Загадкові відтінки людських емоцій: як темперамент допомагає нам пережити стрес. 05.05.2023: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vikna.tv/dlia-tebe/psykholohiia/zagadkovi-vidtinky-lyudskyyh-emoczij-yak-temperament-dopomagaye-nam-perezhyty-stres/>
5. Герасименко Л. О. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. – Київ: ВСО «Медицина», 2023. – 120 с.
6. Довідковий центр американської психологічної асоціації [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://info.orcid.org/resources/>.
7. Журавська, Н. С., С. П. Ящур, і О. В. Олещенко. «Соціально-психологічний клімат педагогічного колективу: Особливості стилів керівництва». Імідж сучасного педагога, вип. 4(187), Вересень 2019, с. 15-18.

8. Здрілько О. Як знизити тривожність: шість простих практик. 04.04.2022: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tsn.ua/lady/news/obschestvo/yak-zniziti-trivozhnist-shist-prostih-praktik-2028331.html>.
9. Когут О.О. Стресостійкість як елемент ефективної організаційної культури // Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. 2020. Том 31 (70). № 4. С.208-212.
10. Колк В. Д. Тело помнит все / Ван Дер Колк. – Київ: Форс, 2020. – 464 с.
11. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 19.00.01 "Загальна психологія.історія психології" / Корольчук В. М. – Київ, 2009. – 17 с.
12. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. Том 3.: Консультативна психологія і психотерапія. – Вип. 14. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; – Вінниця, ФОП Рогальська І. О., 2018. – Вип. 14. – С. 26 – 64.
13. Макарова, О. Стресостійкість працівників поліції в залежності від типу темпераменту / Макарова О. // Norwegian Journal of development of the International Science. - 2021. - № 55 - P. 65-69.
14. Мишко Н. М., Булана А. В., Лашко К. О. Особливості стресостійкості сучасних українців // Синергетичний підхід до проектування життєвого простору особистості : зб. наук. матеріалів II Міжнарод. наук.-практ. конф. (28-29 квітня 2022 р., м. Полтава). Полтава, 2022. С. 162-164. Sheppard S. Family Resilience: Moving into the Third Wave. Family Relations [Електронний ресурс] / S. Sheppard, J. Malatras, A. Harrist – Режим доступу до ресурсу: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/abs/bowlbyainsworth-attachment-theory/6D35C7A344107195D97FD7ADAE06C807> 11.

15. О. Стражний. Біосугестивна терапія. Посібник для фахівців. Інститут БСТ. Лютий 2023
16. Порджес С. Нейрофізіологічні основи емоцій, привязаності, спілкування та саморегуляції / Стивен Порджес. – Київ: Мультиметод, 2020. – 451 с.
17. Роджерс К. Вчитися бути вільним. Гуманістична психологія: антологія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів: у 3-х томах / упорядники й наукові редактори Роман Трач (США) і Георгій Балл (Україна). К. : Пульсари, 2001. Т. 1: Гуманістичні підходи в західній психології ХХ ст. С. 38–61.
18. Руденко А. В. Структура резилієнсу у контексті розвитку резильєнтності особистості / А. В. Руденко, Ю. В. Гонтар. // Вчені записки Таврійського Перспективи розвитку сучасної психології національного університету імені В.І. Вернадського. – 2022. – С. 73–78.
19. Саутвік С. Резилієнтність. Мистецтво долати найбільші виклики війни / С. Саутвік, Ч. Денніс. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2022. – 375 с.
20. Титаренко Т. М., Кляпець О. Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин: науково-методичний посібник. – К. : Міленіум, 2007. – 142 с.
21. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції / О. Тополь. // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. - 2015. - вип. 124 - Т. 1. - С. 230-233.
22. Федотова Т. Резильєнтність як одна із метакомпетенцій розвитку майбутнього фахівця початкових класів / Тетяна Федотова. // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2018. – №8. – С. С. 159–164
23. Шебанова В. І. Копінг-поведінка і механізми подолання стресу / В. І. Шебанова // Наукові студії із соціальної та політичної психології. - 2011. - Вип. 26. - С. 289-296.

24. Шумейко А. Види реадптації і психореабілітації учасників бойових дій. Проблеми екстремальної та кризової психології : збірник наукових праць. - 2017. - Вип. 21. - С. 220–229.

25. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/abs/bowlbyainsworth-attachment-theory/6D35C7A344107195D97FD7ADAE06C807> 11. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.20066>.

26. Galla B. Trait Self-Control Predicts Adolescents' Exposure and Reactivity to Daily Stressful Events / B. Galla, J. Wood. // Journal of Personality. – 2015. – №1. – С. 69–83.

27. Kravchuk VV, Pyshnov GU, Pashkovsky SM, Jena OA. Comparative characteristics of psychophysiological functions of military and civilian pilots. Fiziol Zh. 2021;67(4):105-12. [Ukrainian]

28. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013

29. Loyd M. Socioeconomic disadvantage and child development / M. Loyd. // American Psychologist. – 1998. – №53. – С. 185–204.

30. Makarenko M, Ivanyura I, Sheiko V. Investigation of psychophysiological functions of students of middle school age under prolonged physical activity. Fiziol Zh. 2002;48(5):56-61. [Ukrainian].

31. Makarenko M, Lizogub V, Yukhimenko L. Comparative analysis of different indicators of the strength of nervous processes in humans. Fiziol Zh. 2002;48(4):70-4. [Ukrainian].

32. Makarenko MV. Methods of examinations and evaluation of individual neurodynamic properties of higher human nervous activity. Fiziol Zh. 1999;4(45):123-31. [Ukrainian].

33. Neudachyna TI, Korobkina OG, editors. Psychosocial stress: manifestations and techniques of overcoming it. Kharkiv: HNPU. 2020.
34. Neurova AB, Kapinus OC, Gputsevich TE. Diagnosis of individual psychological psychology of personality traits. Educational and methodical manual. Lviv: NALF. 2016. [Ukrainian].
35. Ryff C. D., Keyes C. L. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995. Oct: 69(4). P. 719–727.
36. Selye H. stress without distres / Hans Selye. – Quebec, Canada: Institut de mMedicine et de chirurgie experimentales, Universite de Montreal, 1976. – 141 c
37. Selye H. The Stress of Life / Hans Selye. – New York: McGraw-Hill, 1956. – 176 c.
38. Sztompka P. Cultural Trauma: The Other Face of Social Change / Piotr Sztompka. // *European Journal of Social Theory.* – 2000. – C. 449–466.
39. Vadziuk SN, Ratinskaya OM. Sensorimotor reactions in high school students in different types of weather. *Fiziol Zh.* 2004;50(1): 81-92. [Ukrainian].
40. Zaikina GL. Features of neurodynamic properties in schoolchildren with different intensity of information and motor activity. *Ukr J Med, Biol Sports.* 2020;1(Part 5,23):365-30. [Ukrainian].