

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Маринич Юлія Миколаївна

УДК 159.923:342.78

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Психологічні аспекти відновлення після психологічної травми

053 “Психологія”

Подається на здобуття освітнього ступеня другого (магістерського).
Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
Кулаковський Тарас Юрійович
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології

Житомир – 2024

Висновок кафедри

Протокол засідання кафедри

№ _____ від « ____ » _____ 20__ року

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (науковий ступінь, вчене звання)

Результати захисту магістерської роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив
(ла)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

курсову роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий
(підпис)

ступінь, вчене звання)
(прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Маринич Ю. М. Психологічні аспекти відновлення після психологічної травми. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 – Психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних аспектів відновлення після психологічної травми.

У роботі розкрито значення поняття психологічної травми, її впливу на емоційний, когнітивний і поведінковий стан людини, а також особливості процесу відновлення. Розглянуто сучасну наукову літературу щодо механізмів і етапів подолання психологічної травми, здійснено теоретичний аналіз основних підходів до реабілітації. Визначено методи дослідження, які використовуються для оцінки ефективності відновлення після травматичного досвіду.

Проведено емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення ключових чинників, що сприяють ефективному відновленню, таких як підтримка соціального оточення, роль емоційної регуляції та індивідуальних ресурсів. Вибірку досліджуваних склали 20 осіб віком від 45 до 70 років, які мають досвід переживання психологічної травми.

Проаналізовано результати емпіричного дослідження, розроблено практичні рекомендації для оптимізації процесу реабілітації.

Ключові слова: психологічна травма, відновлення, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психологічна реабілітація, музикотерапія, психологічна підтримка.

ANNOTATION

Marynych Y. Psychological aspects of recovery after psychological trauma.
– Qualification Work in Manuscript Form.

Qualification work submitted for the degree of Master in the specialty 053 – Psychology. – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

This qualification work is devoted to the study of the psychological aspects of recovery after psychological trauma.

The paper explores the concept of psychological trauma, its impact on emotional, cognitive, and behavioral states, and the specific features of the recovery process. A review of contemporary scientific literature on the mechanisms and stages of overcoming psychological trauma is provided, along with a theoretical analysis of key approaches to rehabilitation.

The research identifies methods used to evaluate the effectiveness of recovery from traumatic experiences and presents an empirical investigation into the factors that contribute to effective recovery. These factors include social support, emotional regulation, and individual resources. The empirical study involved a sample of 20 individuals aged 45 to 70 years who had experienced psychological trauma.

The findings of the empirical study are analyzed, and practical recommendations are proposed to optimize the rehabilitation process.

Keywords: psychological trauma, recovery, post-traumatic stress disorder (PTSD), psychological rehabilitation, music therapy, psychological support.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ.....	9
1.1. Сутність та особливості поняття психологічної травми у вітчизняній та іноземній літературі.....	9
1.2. Причини та різновиди психологічної травми	13
1.3. Механізм протікання травматичного процесу.....	22
1.4. Особливості роботи з психологічною травмою.....	25
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ.....	30
2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження	30
2.2. Дослідження рівня психологічної травми респондентів благодійної організації «Карітас-Житомир».....	34
Висновки до розділу 2	45
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ.....	46
3.1. Програма відновлення після психологічної травми шляхом музикотерапії	46
3.2. Результати апробації програми	50
Висновки до розділу 3	61
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66

ВСТУП

Сучасний світ стикається зі зростанням кількості психотравмуючих подій, таких як військові конфлікти, пандемії, природні катастрофи та соціальні кризи. Ці події залишають глибокий слід на психічному здоров'ї людей, впливаючи на їхню здатність функціонувати в суспільстві та вести повноцінне життя. У контексті України ця проблема стає особливо актуальною через наслідки війни, внутрішнє переміщення громадян та підвищення рівня стресу серед різних вікових груп.

Наукові дослідження у галузі психології підтверджують, що відновлення після психологічної травми є багатограним процесом, що охоплює емоційні, когнітивні, соціальні та поведінкові аспекти (Г. С. Костюк, С. Л. Рубінштейн). Значну роль у цьому процесі відіграють індивідуальні ресурси особистості, такі як резилієнтність, підтримка з боку соціального оточення та застосування психологічних інтервенцій. Вивчення цих факторів є ключовим для розробки ефективних методів допомоги та реабілітації постраждалих осіб.

Особливої уваги заслуговує роль психологічної підтримки у відновленні посттравматичних станів. Підходи, засновані на когнітивно-поведінковій терапії, терапії спрямованої на усвідомленість та розвитку емпатії, вже довели свою ефективність (А. Бандура, К. Роджерс). Однак проблема психологічного відновлення вимагає подальшого вивчення, враховуючи унікальні потреби різних категорій населення, особливо дітей, підлітків та ветеранів.

Таким чином, дослідження психологічних аспектів відновлення після психологічної травми є не лише науково значущим, але й суспільно важливим, що визначає актуальність теми цієї роботи.

Мета дослідження: Теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення психологічних аспектів відновлення після психологічної травми, розробка

рекомендацій щодо застосування ефективних методів реабілітації та психологічної підтримки для різних категорій постраждалих осіб.

Завдання дослідження

- Розглянути сутність та особливості поняття психологічної травми у вітчизняній та іноземній літературі;
- Визначити причини та різновиди психологічної травми;
- Проаналізувати механізм протікання травматичного процесу;
- Визначити особливості роботи з психологічною травмою ;
- Повести організацію та емпіричне дослідження;
- Здійснити дослідження рівня психологічної травми респондентів благодійної організації «Карітас-Житомир»;
- Навести програму відновлення після психологічної травми шляхом музикотерапії;
- Проаналізувати результати апробації програми.

Об’єкт дослідження: процес психологічного відновлення після травматичних подій.

Предмет дослідження: психологічні аспекти відновлення та чинники, що впливають на процес реабілітації постраждалих осіб.

Гіпотеза дослідження. Процес психологічного відновлення після травматичних подій залежить від низки факторів, серед яких емоційна регуляція, рівень соціальної підтримки та доступність психологічної допомоги. Розробка індивідуалізованих підходів до реабілітації сприяє швидшому та ефективнішому відновленню постраждалих від психологічної травми.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: аналіз наукової літератури, порівняльний аналіз сучасних підходів до терапії психологічних травм.
2. Емпіричні: опитування, анкетування, психологічне тестування для вивчення рівня стресу, тривожності та депресії.

3. Методи порівняння первинних даних та вторинних даних.

Практична значущість. Результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та педагогів для розробки ефективних програм реабілітації та психологічної підтримки.

Практична значущість одержаних результатів

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (77 найменувань, з них 23 іноземною мовою) та додатків.

Загальний обсяг роботи становить 74 сторінки, основний зміст викладено на 66 сторінках. Робота містить 7 таблиць та 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Сутність та особливості поняття психологічної травми у вітчизняній та іноземній літературі

У сучасному житті подолання психологічної травми є актуальним завданням як практичної, так і теоретичної психології. У повсякденному житті люди часто стикаються з кризовими ситуаціями, не завжди безпосередньо стаючи свідками подій, але дізнаючись про травматичні ситуації з ЗМІ, Інтернету, телебачення, від знайомих та з інших джерел. У 2020–2024 роках попит на психологів і психотерапію збільшили глобальні явища – пандемія COVID-19 та військові дії на території України. У зв'язку з постійними змінами у світі, зміною звичного способу життя, його усталеної картини, постійними новинами людям властиво відчувати тривогу, почуття безпорадності, недовіру до світу та стрес.

Поняття «психічна травма» бере свій початок у психодинамічному підході. Згідно з поглядами З. Фрейда та Й. Брейєра, психотравма є чинником, який може мати тривалий вплив. У роботі «Психічна травма» [45] З. Фрейд зазначає, що травматичний вплив можуть викликати будь-які події, супроводжувані почуттями жаху, страху, сорому чи душевного болю; водночас інтенсивність впливу залежить від індивідуальної сприйнятливості людини.

З метою ширшого розуміння терміна ми розглянули декілька визначень психотравми, оскільки вони базуються на досвіді, знаннях і відкриттях дослідників, які створили ці підходи. Так, Р. М. Цицей [47] визначає психотравму як особистісну кризу, що проявляється у внутрішній дезінтеграції особистості. Вона виникає внаслідок неможливості розв'язати ключові життєві проблеми звичними методами, що спричиняє дисбаланс у

житті людини, нерациональну та соціально неадекватну поведінку, а також порушення нервово-психічного й соматичного стану. Цей стан потребує суттєвої перебудови особистості та її взаємодії з навколишнім світом.

Особистісна криза характеризується внутрішніми суперечностями, невизначеністю та почуттям безсилля перед життєвими викликами. Вона може розглядатися як фрустрація інтегративних здібностей людини, коли особистий досвід не допомагає впоратися з ситуацією, що вимагає кардинальної трансформації. Кризовий стан — це тимчасова дезінтеграція особистості, спричинена зовнішніми обставинами або внутрішніми факторами.

Серед фахівців із психічного здоров'я та дослідників духовного розвитку поширена думка, що криза може стати каталізатором швидких перетворень, відкриваючи шлях до фізичного та емоційного зцілення, а також нових рівнів буття [48]. Ідеї духовного відродження й трансформації мають давні корені. Це підтверджують староегипетський культ Осіріса й античний культ Адоніса, пов'язані зі смертю й відродженням. У християнській традиції ці концепції асоціюються з Воскресінням і Преображенням Ісуса Христа. Сучасні підходи до духовної кризи пов'язують внутрішнє оновлення з «смертю» колишньої особистості й народженням нового «я».

Кризи, за даними з різних галузей знань, мають позитивний потенціал і не повинні плутатися з хворобами біологічного походження, що вимагають медичного лікування.

Слово «травма» походить із грецької мови й означає «рана». Відповідно, психотравма є душевною раною [38]. Її часто описують як перервану дію — спробу боротьби або втечі, яку людина планувала здійснити, але через зовнішні чи внутрішні причини не змогла завершити. Взаємозв'язок між травматичними подіями та симптомами тривалий час залишався нерозпізнаним. Безпосередньо після катастроф часто спостерігали стан шоку чи замішання, проте тривалі наслідки рідко пов'язували з самою

травматичною подією. Лише дослідження дозволили виявити широкий спектр цих наслідків.

За Пітером Левіним, психотравмою може стати будь-яка подія, яка болісно зачіпає людину: скандал у родині, розлучення, приниження в школі, насильство тощо. Левін розглядає психологічну травму як психофізіологічний та енергетичний феномен — складне явище, яке часто ігнорують, недооцінюють або хибно трактують [25].

Американський психіатр Бессел ван дер Колк, досліджуючи посттравматичний стресовий розлад понад 30 років, дійшов висновку, що травма буквально змінює тіло та мозок. Вона позбавляє людину нормального життя, близьких стосунків і самоконтролю. У своїх роботах ван дер Колк пропонує методи зцілення через медитацію, йогу, спорт чи театральну діяльність, активуючи нейропластичність мозку. Він зазначає, що травма залишає глибокий відбиток не лише на розумі та емоційному стані, а й на фізіології, імунній системі, здатності відчувати радість і близькість. Вона впливає не лише на постраждалих, а й на їхнє оточення.

Багато жертв насильства, зокрема солдати, які брали участь у бойових діях, або діти, що зазнали насильства, намагаються витіснити ці події зі своєї пам'яті. Однак, попри всі спроби залишити травму позаду, частина мозку, відповідальна за виживання, не може повністю впоратися із цим запереченням. Через тривалий час після події спогади можуть знову активуватися через найменший натяк на небезпеку. Це спричиняє активацію порушених нейронних контурів і вивільнення великої кількості гормонів стресу, що Травма є складним і багатогранним феноменом, який впливає на фізіологічний, емоційний і психологічний стани людини. Вона ускладнює життя постраждалих, викликаючи сильні негативні емоції, фізичний дискомфорт і навіть імпульсивну або агресивну поведінку. Посттравматичні реакції часто здаються неконтрольованими та всепоглинаючими, змушуючи людину сумніватися у своїй здатності повернутися до нормального життя [26].

Те, що Кардинер називав «травматичними неврозами», сьогодні визначають як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Він відзначав, що цей стан супроводжується хронічною пильністю та надмірною чутливістю до загроз, що вказує на його фізіологічну основу.

Канадський терапевт Габор Мате пропонує іншу перспективу, наголошуючи, що травма — це не подія, яка сталася з людиною, а внутрішній процес, реакція душі на подію. Вона формує поведінкові патерни, які допомогли впоратися зі стресом у минулому, але обмежують особистість, заважаючи їй будувати стосунки, розвиватися та адаптуватися до нових викликів [37]. Подібну думку висловлює Готфрід Фішер, засновник травматерапії в Німеччині. Він розглядає симптоми психотравми як природну реакцію організму, яка відображає спробу самозцілення після пережитої події. Його концепція «психотравматології» базується на принципі «нормальності» симптомів, які слугують способом адаптації до складних обставин [59].

Сучасна психологія підкреслює суб'єктивність травми. Л. Заграй зазначає, що психологічна травма ґрунтується на індивідуальній інтерпретації ситуації, що передбачає здатність контролювати обставини, знижувати невизначеність і справлятися з викликами. Цей підхід підтримують дослідники (С. Гончарова, Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик), які вважають, що травматичні події сприймаються через призму взаємодії особистості із середовищем, а ключова роль належить суб'єктивній оцінці ситуації.

Пітер Левін, інтегруючи знання психології, психофізіології та нейропсихології, розглядає травму як прорив у захисному бар'єрі людини, що викликає відчуття безпорадності та пригніченості. Його теорія підкреслює залежність руйнівної сили травми від значущості події для конкретної людини, а також її здатності до саморегуляції [53]. Мушкевич М. І. узагальнює, що травма є реакцією на екстремальні життєві обставини,

зокрема війни, насильство, стихійні лиха, втрати тощо. Вона є характерною як для екзистенційної психології, так і для сучасного розуміння цього явища.

Значний внесок у дослідження сенсу травматичних подій зробили З. Фрейд і К. Юнг, які підкреслювали, що джерелом травми є не лише сама подія, але й її суб'єктивне значення для особистості. Саме цей сенс формує глибину впливу на психіку.

Попри численні дослідження, єдина класифікаційна система визначення травми та стадій її розвитку досі відсутня. Це ускладнює діагностику та психотерапію, нерідко спричиняючи ретравматизацію під час лікування. Тому актуальним є застосування диференційованих підходів, що враховують індивідуальні особливості постраждалих, тривалість і характер травматичних подій, а також їхній вплив на психосоматичний стан людини.

1.2. Причини та різновиди психологічної травми

Психологічна травма — це порушення нормального функціонування психіки внаслідок впливу на неї несприятливих факторів середовища або стресу, тобто під психологічною травмою слід розуміти існуючу в реальності проблему психіки. У поведінкових та комунікативних особливостях людини, яка отримала такого роду травму, будуть проявлятися характерні симптоми, що вказують на те, що психіка людини зазнала серйозного удару, який неможливо подолати самотійно.

Зазначимо, що з більшістю психологічних порушень, отриманих внаслідок пережитого стресу, людина не може впоратися самотійно. Події, через які у психіці людини спостерігаються порушення, становлять загрозу для її життя і цілісності тіла, від яких вона не може себе захистити. Пережитий страх глибоко закарбовується у психіці, і причина цьому полягає в тому, що людина не змогла повністю пережити страх під час самого потрясіння.

Вважається, що різні типи травмуючих подій чинять неоднаковий вплив на людей. На основі цього Meintel D. A. виділяє п'ять психотравм: приниженість, несправедливість, зрада, відторгнення, покинутість, які заважають людині бути собою і призводять до серйозних психосоматичних порушень [67].

Водночас Тетт L.C. припускає більш широку класифікацію, яка включає одноразові та хронічні (комплексні) психотравми, що загрожують життю людини, викликають почуття безпорадності, безсилля і руйнують здоров'я [74, с. 10].

Одноразові психотравми знижують ризик розвитку посттравматичного синдрому (ПТСР), тоді як комплексні підвищують ризик розвитку ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, який може розвинутиися після того, як людина зазнала травматичної події. Симптоми можуть включати тривожні думки, почуття або сни, пов'язані з травматичними подіями, психічні або фізичні розлади, пов'язані з травмами, спроби уникати сигналів, пов'язаних із травмою. Ці симптоми тривають більше місяця після події [49, с. 346].

У класифікації Ф. Рупперта травми розрізняються за типами невирішених емоційних конфліктів:

- екзистенційні психотравми: ситуації насильства і нещасні випадки, ситуації смертельної загрози життю і здоров'ю;
- травма втрати: близької людини або важливого аспекту свого життя;
- травма стосунків: болісний розрив емоційних зв'язків, відторгнення, зрада;
- травма системних стосунків або дії, які важко виправдати етично і морально: напади, вбивства, інцест [32, с. 140].

В українській психології [26, 22, 14,3] було проведено аналіз спогадів дорослих людей про дитячі психологічні травми і виділила наступні групи психологічних травм:

1. травма втрати базової довіри, пов'язана з руйнуванням емоційних зв'язків;
2. травма, пов'язана з емоційним і фізичним болем;
3. травма безвиході і відсутності вибору;
4. травма, пов'язана з серйозними проблемами зі здоров'ям;
5. травма фізичного насильства.

Завжди існує емоційний відгук особистості на психотравму. Важливо підкреслити, що реакція на травмуючу подію може проявитися не відразу, а через певний проміжок часу, який може тривати роками. Дослідників у галузі психології завжди цікавило питання, як впливають психотравми минулого на особистість дорослої людини.

Так, Пітер Левін вважає, що чим менше енергетичних ресурсів було витрачено в небезпечній ситуації, тим більше їх залишається, і тим більш імовірним є виникнення травматичних симптомів: «Коли тварина стикається з небезпекою, її мозок одразу ж виробляє надзвичайну кількість енергії — подібну до викиду адреналіну. Це, у свою чергу, викликає серцебиття та інші тілесні зміни, щоб організм зміг захистити себе. Так він повністю мобілізується на боротьбу з обставинами, що загрожують його життю. Витрачена енергія просто так не зникає: на її основі формується травматична реакція» [65].

3. Фрейд у книзі «Дослідження істерії» зазначає, що травма не завжди проявляється у чистому вигляді як болісне спогад або переживання. Вона стає свого роду збудником «хвороби» і викликає симптоми (тики, заїкання тощо), «які, набувши самостійності, залишаються незмінними».

Далі З. Фрейд порівнює психічну та фізичну травму і стверджує, що «психічна травма або спогад про неї діє як чужорідне тіло, яке, проникнувши всередину, ще довго залишається активним фактором» [45].

Реакція на травматичну подію залежить від низки факторів. У літературі виділені такі:

1. Саме подія. Наскільки сильно подія загрожує людині? Як довго вона триває? Як часто повторюється? Чим триваліші та інтенсивніші події, тим більше наслідків вони мають.

2. Життєві обставини під час травматичної події. Наявність або відсутність підтримки з боку значно впливає на реакцію особистості. Крім того, реакція на такі події залежить від ослабленого здоров'я, хронічних стресів або паралельно існуючих стресових подій, перевтоми тощо.

3. Індивідуальні фізіологічні особливості. Деякі люди в генетичному відношенні більш стійкі до стресових подій, ніж інші. Як додаткові умови повинні враховуватися фактори віку, рівень фізичного розвитку та стійкості.

4. Здатність до навчання. Немовлята, маленькі діти і будь-яка інша людина, яка не має достатнього досвіду, навичок, сформованих психологічних захистів для подолання загрозових ситуацій, більше піддаються травматичному впливу.

5. Індивідуально пережите відчуття своєї здатності протистояти небезпеці. Деякі люди відчують у собі здатність до захисту, тоді як інші не мають цього відчуття. Впевненість у своїх силах має велике значення у ставленні до протистояння стресовим ситуаціям і боротьбі з ними.

Зазначимо, психічна травма означає, що існує значна різниця між загрозовими факторами та індивідуальними можливостями впоратися з цим впливом: людина опиняється в незнайомій ситуації, що призводить до почуття безпорадності, беззахисності, вона потрапляє під владу цієї ситуації, внаслідок чого відбувається певне руйнування уявлень про себе та про навколишній світ. Звичайно, травмуючі ситуації надзвичайно різноманітні, саме тому не можна говорити про єдиний травматичний синдром. Однак були зроблені спроби його опису та класифікації. Виходячи з цього, можна сказати, що посттравматичне навантаження може проявлятися в різних формах:

1. Гострий розлад: реакції, що проявляються безпосередньо після самого травмуючого випадку. Вони часто проявляються у поведінці, схожій на відстороненість від оточуючих, здається, що люди «завмерли». Реакції деяких людей, навпаки, проявляються у гіперактивності та панічних атаках. Крім того, можуть мати місце масивні прояви агресії, відчаю. Ця реакція не вважається патологічною.

2. Посттравматичний розлад, який характеризується тривалістю симптомів понад 6 тижнів; порушенням соціальної адаптації; дисоціативним розладом, що означає розщеплення емоційних реакцій і спогадів: люди розповідають про пережиті травми так, ніби вони трапилися з кимось іншим; психотичні розлади; глибока депресія. Посттравматичний розлад є патологією. Одним із симптомів розладу є повторне переживання подій через детальні, нав'язливі спогади, образи, звуки. При цьому люди узагальнюють травматичні ситуації, а звичайні повсякденні дрібниці сприймаються як джерело небезпеки. Крім того, порушується пам'ять та здатність до сприйняття, відповідно успіхи в навчанні часто знижуються, що особливо помітно у школі. Йдеться про підвищену психічну чутливість і збудливість, коли все сприймається як загроза.

Наприклад, дитина, яка потрапила в аварію, відмовляється сідати в автомобіль, або люди не можуть більше проїжджати місцем аварії, через що обирають довгий об'їзний шлях. За даними психологічних досліджень, травматична подія несе за собою руйнування базових уявлень про себе і навколишній світ.

У кожної людини прояв психотравмуючих подій є суто індивідуальним, так, на схожі психотравми у різних людей можуть виникнути різні реакції.

Так, Таран Т. зазначає, що «людські проблеми лише зовні можуть здаватися схожими, однак, оскільки вони існують у контексті унікальних людських життів, самі проблеми насправді є унікальними» [39].

Патологічні реакції на стрес є спробою відтворити колишню картину світу в зміненому вигляді, що не приводить до благополучного стану психіки та подальшого нормотипічного розвитку. Людські когнітивні схеми оцінювання реальності змінюються, і доросла людина живе в видозміненому світі. У людини змінюються не найосновніші переконання, а їх усвідомленість і значимість [39].

Інакше ситуація виглядає у психіці дітей. Справа в тому, що дитяче мислення перебуває на стадії свого формування, відповідно, їх картина світу ще не стійка. Діти не мають сформованих психологічних захистів, вони не здатні пояснити собі те, що відбувається, і проявити адекватну, здорову реакцію, не зачіпаючи найосновніші процеси розвитку здорової психіки.

Таким чином, можна припустити: чим раніше відбувається травмуюча подія, тим більше трансформацій та видозмін відбувається у картині світу людини, у системі когнітивної оцінки того, що відбувається.

Зазначимо, що сформовані в дитинстві схеми часто зберігаються з дорослішанням людини [35].

Таким чином, психологи спостерігають, що доросла людина, яка раніше отримала психотравму, оперує когнітивними схемами дитини, сформованими внаслідок психотравми.

У міру накопичення негативних емоцій та помилок в оцінці реальності «виникає негативний кумулятивний ефект, відбувається послаблення особистісного ресурсу. Виникаючий дефіцит цього ресурсу обумовлює зниження стійкості, опірності особистості до негативного впливу несприятливих зовнішніх обставин» [2, с. 240].

Таким чином, сформована ситуація впливає на соціалізацію, а також на самореалізацію людини.

Види психотравм:

I. 1. Психотравма стосунків – психічні травми, що виникають у результаті спілкування з близькими людьми (сім'я, друзі, діти, батьки тощо).

2. Психічні травми внаслідок порушення стосунків у соціальному оточенні: психотравми у родичів суїцидентів, засуджених.

3. Психотравми внаслідок булінгу в школі.

4. Психотравми внаслідок мобінгу на роботі.

5. Психотравми через маніфестацію нарцисичного компонента особистості (людина чогось хотіла, але не вдалося).

6. Фрустраційні травми, коли фантазії та ілюзії перетворюються на стійкі очікування — травма зради.

7. Едипальна травма.

8. Травма свідка (лікарі-реаніматологи, працівники хоспісів, МНС, вікарна травма у психотравматолога).

II. 1. Психотравма при погіршенні фізичного здоров'я (паліативна допомога).

2. Психотравма при психосоматичних захворюваннях.

3. Психотравма у хворих з невиліковним діагнозом.

4. Психотравма при укусах комах та тварин.

III. 1. Психотравма внаслідок зовнішніх обставин, що не залежать від нас: психотравма після ДТП, землетрусів, пожеж. Травми емігрантів.

2. Зміна роботи, місця проживання.

Нами пропонується класифікація психотравматичних факторів, які визначають види подальших психотравм і ПТСР, що є важливою допомогою для психотравматолога, психологів та лікаря при психодіагностиці травмованих пацієнтів:

1. Втрата рідних і близьких. Згідно з назвою, йдеться про фізичну смерть близьких людей. Травмуючі фактори поділяються на такі підвиди: очікувана смерть у глибокій старості, передчасна смерть від невиліковних хвороб, стихійного лиха, припинення життя внаслідок насильницьких дій ззовні (вбивство). Психотравма, отримана внаслідок цих факторів, називається горем втрати. Слід зазначити, що горе втрати через природну смерть від старості відрізняється від горя втрати через передчасну смерть

близьких, тим більше насильницьку. Механізми і тяжкість ПТСР відрізняються, і відповідно, психотерапія має різні підходи.

2. Фізичні травми середнього та важкого ступеня тяжкості, що супроводжуються інвалідизацією (інсульт, ампутації, ДЦП). Відповідною реакцією є психотравма обмеження. Прикладом є ампутація кінцівки. Життя постраждалого і його близьких поділяється на «до» і «після» втрати кінцівки. Специфікою цієї психотравми є реальний факт того, що пацієнт ніколи не розлучиться з психотравмуючим фактором (відсутністю кінцівки).

3. Різні види фізичного та сексуального насильства: тривалі за часом, нетривалі, одиночні, групові, пов'язані з моральним тиском і приниженням, не пов'язані з моральним тиском і приниженням.

Для постраждалих від цього травматичного фактора можна визначити два види психотравми:

1.1. Психотравма пригніченості та зламаності (депресивні та субдепресивні стани) і відповідний їм ПТСР.

1.2. Психотравма опору (постраждалий перебуває у стані образи та зберігає агресивну поведінку в житті).

4. Психотравмуючі фактори психологічного насильства (у сім'ї, розлучення, робочий колектив, аб'юз, мобінг, бойкот). Внаслідок дії цих факторів формується психотравма відторгнення з відповідним йому ПТСР.

5. Психотравмуючі фактори соціального характеру (сирітство з дитинства, в'язниця, соціально неадаптованість, безробіття, бездомність, відсутність або нестача фінансів), що призводять до психотравми бездомних.

6. Психотравмуючий фактор супроводу травмованих (близькі травмованого також зазнають травми), що виникли внаслідок одного з наведених вище факторів або пов'язані з професійною діяльністю (психологи, працівники МНС, медичні працівники реанімації, хоспісів, військові, що знаходяться у зоні воєнних дій), що називається психотравмою супроводу.

На основі вищезазначеної класифікації психотравматичних факторів пропонується класифікація психотравм і ПТСР:

- Психотравма горя втрати
- Психотравма обмежень
- Психотравма пригніченості та зламаності
- Психотравма опору
- Психотравма неповноцінності
- Психотравма відторгнення
- Психотравма бездомних
- Психотравма супроводу

Коли запускається травматичний процес, у пацієнтів спостерігаються соматичні порушення, тому важливо лікувати гострий стресовий розлад, який триває до 7 днів, і пропонувати медикаментозну терапію (Німеччина). Завдання психотравматолога полягає в тому, щоб гострий процес не перейшов у травматичний процес. Вони очікують після травми 40 днів, протягом яких психіка приймає рішення «як далі жити». Пацієнт, приходячи до психотравматолога, протягом 4-5 годин визначає подальші життєві цілі та завдання з урахуванням пережитого травматичного фактора.

Виділяють монопсихотравми — психотравмуюча подія сталася один раз.

За статистичними даними, до 76% населення відчують монопсихотравму. Більшість травм відбувається через стосунки з людьми, 10% — через катастрофи ззовні.

Існує гомогенна політравма — однаковий за суттю травматичний фактор протягом тривалого часу (наприклад, фізичне насильство у сім'ї), де відбувається сукцесивна функція (все гірше і гірше) травми для фізичного здоров'я.

Також визначають гетерогенну травму — різні види травматизації (наприклад, розлучення, переїзд в інше місто, зміна місця проживання, втрата роботи і звичного оточення).

У терапії за основу беруть ту, де відбувається накопичувальний ефект, і виділяють вітальну травму, коли пацієнт починає саморуйнування у вигляді психосоматичних захворювань, алкоголізму, наркоманії.

У психотравматології важливі стратегії лікування та розуміння механізмів протікання травматичного процесу. Якщо причина захворювання (травми) залишається нерозпізнаною, то цілеспрямована причинно-наслідкова травматерапія неможлива, можливе лише лікування симптомів [8].

Таким чином, психологічна травма — це порушення нормотипічного функціонування психіки, внаслідок чого виникає підвищена психічна чутливість, коли все сприймається як загроза, тобто порушується адекватна картина світу і відбувається деформація особистості, для відновлення якої потрібна допомога спеціаліста.

1.3. Механізм протікання травматичного процесу

Психотравма — це нормальна, здорова реакція тіла та розуму на травмуючий фактор. Тут важливий поточний момент для пацієнта, у якого у відповідь розвиваються природні захисні реакції психіки. Виділяємо дві групи захисних реакцій:

1. Психологічний шок — надмірне збудження нервової системи, на піку якого відбувається блокування всіх страждань у вигляді заціпеніння, відсутності будь-яких реакцій на події. Шок — це захисна реакція на травмуючий фактор, коли людина думає: «У мене немає реакцій на травмуючий фактор», і розум нібито «звільняється» від емоційного реагування. Через нерозуміння того, що відбувається з жертвою, з'являються думки: «Чи я не зійшов з розуму?», що стає додатковим психотравмуючим фактором.

2. Відкрите емоційне реагування — сльози, крик, агресивний опір, заклики про допомогу. Під час таких реакцій жертва може здійснювати активні фізичні дії, чинити опір травмуючому фактору.

Для постраждалого змінюється навколишній світ: усе, що було раніше, здається іншим. Виникає прірва між життям «до» і «після» травми: багато хто починає думати, що їх ніхто більше не зрозуміє, оскільки ніхто не пережив такого горя. З'являється почуття нереальності: «Це лише фільм чи поганий сон, це скоро скінчиться». Час наче розтягується, і секунди перетворюються на хвилини та години. Деякі бачать важливі події свого життя, ніби переглядаючи фільм.

Тим, хто пережив горе, складно повернутися до звичайного життя. Вони бояться виглядати «ненормальними» і уникають розмов про пережите навіть із близькими, через страх, що їх вважатимуть божевільними. Хоча люди стикаються з особистими кризами в повсякденному житті, значущі з них, як-от психодуховні та екзистенційні кризи, часто залишаються поза увагою наукової спільноти [37].

Кризові ситуації викликають позитивні зрушення лише на перших етапах (підвищення активності системи за рахунок внутрішніх ресурсів, спрямованих на підтримку рівноваги). При тривалому або інтенсивному травмуючому впливі можливе порушення адаптаційних механізмів особистості, що може призвести до втрати життєвих сил, соціальної ефективності та навіть до депресії, апатії, підвищеної тривожності та інших деструктивних змін особистості.

Основні закономірності та патологічні ознаки психотравми за Фішером [58]:

1. Перерване діяння.
2. Поділ життя на «до» і «після».
3. Вітальна загроза.
4. Відстрочена психосоматика.
5. Зміна системи цінностей.

Психічна травма виникає внаслідок надмірного психічного напруження в момент катастрофічної події. Людина відчуває, що перенесла сильне навантаження, і важливим показником травми є поділ часу на «до» та «після». Коренем травми є перерване діяння — як «птаха збили на льоту». Чим більше людина не була готова до травми, тим важчі для неї наслідки. Втрата відчуття безпеки, яке було звичним станом, порушується.

Після травми пацієнти можуть проєктувати напруження на все навколо. Травма впливає на уяву та гнучкість розуму, викликаючи явище «ходіння по зачарованому колу», де людина постійно повертається до минулого, не знаходячи шляхів до нових можливостей. Приступи флешбеків дають змогу зрозуміти, через яку агонію проходить пацієнт, не маючи змоги розслабитися.

Внаслідок перенапруження виникають стани жаху, страху, паніки, розчарування, і людина відчуває думку: «Я не справляюся, здаюся, це неминуче і назавжди». У терапії важливо допомогти усвідомити, що все вже сталося. Людина не хоче чи не може прийняти, що все вже минуло, — це для неї безвихідна ситуація.

Коли людина довго живе в травмі, психічні процеси хронізуються. Вона живе минулим, формуючи тунельне мислення, пов'язане з порушенням функцій лімбічної системи мозку. Пацієнт концентрується лише на одному завданні, а другорядні ігнорує. Добровільна ізоляція є наслідком травми та «тунельного» мислення. У середньому до 40% психотравмованих страждають на втрату пам'яті, деякі не можуть пригадати події. Багато хто не хоче згадувати.

Завдання психотравматолога — повідомити клієнта, що 100% одужання не буває, важливе усвідомлення адаптаційних механізмів. За Адлером, «від дефектів до компенсації» — як «швидкісний поїзд» відбувається форма самозцілення. Багато успішних людей — колишні психотравмовані. Навіть існує приказка «Не було б щастя, та нещастя допомогло».

Е. Еріксон (1959) висловив ідею про вісім стадій життєвого циклу, протягом яких перевіряється здатність особистості долати кризи, притаманні кожній стадії. Г. Сельє (1956) розділив стресовий процес на три стадії [70]:

- реакція тривоги (шок і контршок);
- опір, під час якого відбувається спроба максимальної адаптації;
- виснаження, коли адаптивні механізми не діють.

Вважалося, що під час кризової ситуації людина переживає психічну та фізичну перевантаженість. Акцент робився на перехід від старих, шкідливих моделей взаємодії до нових, конструктивніших. Щодо загального підходу до криз, у психології, соціології, психіатрії існують два протилежні погляди:

- кризи спричиняють непередбачувані руйнування, не сприяючи розвитку особистості;
- особистісний розвиток — це зміна якісно різних стадій, де кризи є необхідними кроками цього процесу.

1.4. Особливості роботи з психологічною травмою

Робота з психологічною травмою є одним із найскладніших аспектів психотерапії, оскільки травматичний досвід глибоко впливає на світосприйняття людини, її емоційний стан, стосунки та здатність до самореалізації.

Травма часто порушує відчуття безпеки і стабільності, викликає психологічні блоки і перешкоджає здоровому розвитку особистості. Психотерапія травми спрямована на те, щоб допомогти людині подолати наслідки травматичних подій, відновити внутрішню рівновагу та знайти новий сенс у житті.

Логотерапія Віктора Франкла — це метод, що базується на розумінні сенсу життя як основного мотиву людини. Травма може призвести до втрати цього сенсу, і завдання терапії — допомогти пацієнту віднайти його, заново

осмисливши свій досвід. Логотерапія сприяє поверненню почуття цілісності та відкриває нові життєві орієнтири. Це дозволяє людині глибше усвідомити свої можливості, подолати внутрішню кризу та відновити цінності, які були порушені травматичною подією [44].

Ф. Butterfeld підкреслював, що травма є унікальним досвідом, який по-різному впливає на кожну людину. Тому терапія має враховувати індивідуальність пацієнта. Екзистенційно-гуманістичний підхід допомагає клієнту усвідомити власні почуття та потреби, зосереджуючи увагу на глибокому розумінні себе. Цей підхід допомагає побачити травму як частину власного досвіду, а не як щось чужорідне чи невирішене [57].

Фріц Перлз, засновник гештальт-терапії, вважав, що незавершені дії або невирішені емоції утворюють «відкриті гештальти», які не дають людині спокою. У випадку з травмою це можуть бути незавершені емоційні реакції — гнів, сум чи почуття втрати. Гештальт-терапія дозволяє людині завершити ці «відкриті гештальти», що допомагає повернути емоційний спокій і внутрішню рівновагу [69].

Соматичний підхід, запропонований Пітером Левіном, акцентує на фізичних проявах травми, оскільки переживання травматичних подій залишають сліди в тілі. Левін стверджував, що травма — це незавершена реакція тіла на небезпечну ситуацію. У терапії соматичний підхід допомагає людині опрацювати цю тілесну реакцію, знизити фізичне напруження та повернути контроль над своїм тілом, що також сприяє емоційному відновленню [66].

Отже, робота з психологічною травмою вимагає індивідуального підходу, який враховує всі аспекти особистості — від фізичних до духовних. Травматерапія має на меті не лише позбавити пацієнта від болючих спогадів, а й допомогти йому знайти нові сенси, відновити почуття цілісності та здатність жити повноцінно.

Такий комплексний підхід включає роботу з сенсами, суб'єктивним досвідом, емоціями та тілесними реакціями. Відновлення після травми може

стати потужним кроком до особистісного розвитку, що дозволяє людині не лише подолати минулі труднощі, але й знайти внутрішню силу та мудрість, перетворивши травму на частину свого зростання та змін.

Висновки до розділу 1

Отже, класичні підходи до процесу психотравми справді мають своє місце, насамперед у психосоматичному аспекті. Криза, стрес чи психотравма — це викид адреналіну, кортизолу в кров постраждалого. У випадках ПТСР хронізація психосоматичних процесів очевидна, що призводить до руйнівних процесів в організмі.

Так само й на рівні психіки: глибока і тривала травматизація може домінувати над психікою, викликаючи повторення стресових станів (фобій та образ) настільки, що інколи виникають психічні розлади, які більше не залежать від наявності травмуючого фактора. Це призводить до соціальної та комунікативної дезадаптації, дезорієнтації травмованого.

На рівні психології в людини відбуваються серйозні обмеження в комунікації та активній діяльності. Травмований реагує надмірно на все, що нагадує про травматичну подію. Людині доводиться докладати значних зусиль, щоб приховувати ПТСР від оточуючих, прагнучи зберегти успіх у суспільстві, родині та на роботі.

Однак сьогодні ми стикаємося з новими поглядами та дослідженнями, що розкривають ресурсні процеси в організмі та психіці людини. Чимало людей досягли значних успіхів саме завдяки отриманій психотравмі. Наприклад, дослідження Габора Мате в цьому напрямку підкреслюють значущість цього феномена.

Важливо також відзначити альтернативний підхід Г. Сельє до стресів. Під час стресу людина розвиває свої вольові якості, здатність зосереджуватися, відстоювати свої інтереси, що зрештою підвищує її стресостійкість. У стресових умовах підвищується імунітет та холодостійкість [76].

У цих висновках ми виділяємо два види ресурсів:

а) позитивний, конструктивний опір як травмуючому фактору, так і самому ПТСР;

б) адаптацію до тривалого травмуючого фактора і ПТСР.

Кризи — травматичні, внутрішньоособистісні, сімейні, суспільні — неминучі та постійні. Вони існували завжди, але люди не зникли, не зійшли з розуму всі одразу. Кризи активізують внутрішні сили для їх подолання. Тому необхідно ретельно вивчати ресурсні сили людини, особливо у випадках, коли саме криза спонукала ефективні дії та внутрішню роботу, що призвели до успіху.

Якщо узагальнити викладене, стає очевидним наступне: при психотравмуючому факторі одночасно запускаються процеси як руйнування, так і опору та відновлення. Якщо фактор тривалий, виникає процес адаптації до нього. Із ПТСР спостерігається подібне: ПТСР може стати мотиватором ефективних дій, а також до нього виникає як опір, так і адаптація. Виникає питання: чому в одних випадках це сприяє життєвому успіху, а в інших — ні? Які критерії успішності ресурсних станів при психотравмі? Дослідження тривають, але важливо зосередитися на цих аспектах.

Психологам, психіатрам і психотравматологам необхідно комплексно підходити до аналізу як руйнівних, так і ресурсних процесів у кожному випадку психотравми, незалежно від співвідношення цих сил.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження в рамках роботи є вивчення можливостей психологічного відновлення після психологічної травми за допомогою різних психотерапевтичних методів. Логіка проведеного нами експериментального дослідження включала наступні етапи:

Збір та аналіз емпіричних даних про стан респондентів та рівень у них психологічної травматизації. На цьому етапі були підбрані психодіагностичні методики, які дозволили вивчити стан психоемоційного напруження у досліджуваних. Було проведено збір інформації про рівень стресу та підтверджено наявність психологічної травми та ступінь її вираженості.

Розробка комплексу заходів та апробація програми психологічного відновлення за допомогою методів музикотерапії, спрямованої на покращення психологічного стану учасників дослідження.

Аналіз ефективності розробленої програми психологічного відновлення. Для оцінки ефективності розробленої та апробованої програми було проведено контрольне вивчення рівня психоемоційного стану досліджуваних.

Отримані дані підлягали кількісному та якісному аналізу, що дозволило виявити динаміку змін у психологічному стані досліджуваних. Аналіз результатів проводився з використанням методів математико-статистичного аналізу даних, що дозволило обґрунтовано оцінити ефективність проведених заходів і зробити висновки щодо достовірності наукової гіпотези нашого дослідження.

Експериментальне дослідження можливостей програми психологічного відновлення для покращення психоемоційного стану учасників

реалізовувалося на базі благодійної організації «Карітас-Житомир». Центр займається наданням кваліфікованої психологічної та соціальної допомоги особам, які перебувають у кризових життєвих ситуаціях, зокрема тим, хто пережив психологічні травми.

Для проведення дослідження була сформована група респондентів у складі 20 осіб. Вік досліджуваних становив 45-70 років.

Нами було обрано 20 чоловік, які відповідають основним критеріям відбору учасників:

досвід пережиття травматичних подій, а саме:

- втрата близької людини на війні;
- зміна місця проживання внаслідок воєнних дій;
- важка соціальна адаптація внаслідок переїзду.

добровільна згода на участь у дослідницькій програмі;

відсутність гострих психічних розладів у анамнезі.

Тимчасові рамки дослідження були визначені наступним чином:

Підготовчий етап. На цьому етапі здійснювалося вивчення теоретичних аспектів психологічного відновлення після травми, підбір методів роботи на різних етапах дослідження, розробка діагностичного інструментарію.

Основний етап. Було здійснено всі заходи емпіричного дослідження: проведена первинна діагностика психологічного стану досліджуваних; розроблена та апробована програма відновлення із застосуванням методів музикотерапії;

реалізований контрольний етап дослідження, спрямований на виявлення динаміки стану учасників;

проведена математико-статистична обробка отриманих даних.

Результативний етап. Було підведено підсумки проведеного дослідження, виявлено тенденції та підготовлено психологічні рекомендації для осіб, які пережили психологічну травму.

Для дотримання етики наукового дослідження, перед його початком було отримано інформовану згоду від учасників, де вони підтвердили свою добровільну участь.

Для розв'язання завдань констатувального етапу дослідження було відібрано валідні та надійні психодіагностичні методики. Вони представлені такими інструментами:

- 1) Анкета «Прогноз-2» для оцінки нервово-психічної стійкості.
- 2) Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге.
- 3) Шкала психологічного стресу PSM-25, шкала Л. Лемура, Р. Тесьє, Л. Філліона.
- 4) Шкала тривоги Ч.Д. Спілбергера.

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Раге була розроблена 1967 р. американськими психіатрами, які досліджували зв'язки різних захворювань і попередні зміни, що відбулися в житті людини. На основі масового дослідження авторами було складено шкалу, яка містить у собі список із 43 психотравмуючих подій. Для кожної з подій визначено відповідну кількість балів залежно від її ступеня стресогенності. Проведені дослідження дали змогу встановити, що 150 балів свідчать про 50 % ймовірності виникнення будь-якої недуги і що можна говорити про збільшення цієї ймовірності до 90 % за 300 балів.

Методика має 100-бальну шкалу. Психотравмуючі події, які оцінюються під час дослідження, повинні мати місце в житті людини протягом останнього року. За результатами додавання балів, набраних кожним обстежуваним за шкалою, визначається ступінь опірності стресу. Що меншу кількість балів набрано особистістю, то менша ймовірність розвитку прикордонних нервово-психічних розладів і захворювань, вищий рівень стресостійкості людини.

Анкета оцінки нервово-психічної стійкості «Прогноз-2» призначена для ідентифікації рівня нервово-психічної стійкості (НПУ). Спочатку анкету

застосовували під час роботи з військовослужбовцями з метою оцінювання ймовірності нервово-психічних зривів, однак, пізніше, зважаючи на високу валідність, методику почали застосовувати для різних категорій населення. Анкета містить 86 закритих альтернативних запитань (що передбачають лише два можливих вибори).

Під час опрацювання анкети результати виражаються в бальному еквіваленті, що дає змогу визначити вираженість нервово-психічної стійкості респондентів, а також виявити ймовірність виникнення зривів і стресових розладів. Рівнева градація методики стандартна і включає в себе високий, середній і низький рівні НПУ. Високий рівень є найбільш сприятливим і свідчить про високий рівень нервово-психічної стійкості.

Шкала тривоги Ч.Д. Спілбергера дає змогу оцінити реактивну та особистісну тривожність, а також виявити найспецифічніші реакції в разі тривоги. Методика містить у собі 2 підшкали: особистісна тривожність (ЛТ); ситуативна або реактивна тривожність (СТ). Кожна підшкала має по 20 тверджень, які оцінюються обстежуваним залежно від частоти прояву.

Обробка результатів здійснюється окремо за показниками особистісної та ситуативної тривожності. Підсумкове число балів за кожною зі шкал може варіюватися в діапазоні 20-80. При високій оцінці тривожності слід говорити про необґрунтовані фактори постійного занепокоєння, причини якого мають бути встановлені психологом під час проведення консультацій і бесід.

Шкала психологічного стресу PSM-25 Л. Лемура, Р. Тесь. Лемура, Р. Тесьє, Л. Філліона призначена для вимірювання стресових відчуттів у соматичних, поведінкових та емоційних показниках, які вимірюються. Основною перевагою цієї шкали є те, що в ній стрес як природний стан психологічної напруженості, тоді як у більшості інших виміру підлягають непрямі характеристики стресу: тривожність, депресія, фрустрація тощо.

Методика може застосовуватися в роботі з нормальною популяцією людей віком від 18 років, що робить шкалу універсальною для застосування до будь-яких вікових і професійних вибірок. Численні дослідження і висока

апробованість показали, що ця шкала має достатні психометричні властивості. Методика містить 25 тверджень, які оцінюються залежно від частоти переживань (від 1 до 8).

Обробка здійснюється шляхом підсумовування балів (14 запитання оцінюють у зворотному порядку).

Сума всіх балів являє собою інтегральний показник психічної напруженості, а його кількісне значення свідчить про рівень стресу.

Також у своєму дослідженні ми використовували метод безперервного безпосереднього спостереження, що дає змогу стежити за живим процесом, бачити картину в цілісності. Предметом спостереження були вербальна та невербальна поведінка людини.

Використовували й метод опитування, зокрема один з його різновидів - відкриту анкету, щоб отримати відгук від досліджуваних про ефективність проведеної роботи на заняттях.

2.2. Дослідження рівня психологічної травми респондентів благодійної організації «Карітас-Житомир»

Представимо результати етапу діагностики емпіричної роботи за вищезазначеними психодіагностичними методиками. Усі діагностичні процедури проводилися строго індивідуально відповідно до заздалегідь розробленого алгоритму.

Спочатку проаналізуємо результати стресостійкості та соціальної адаптації (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Показники стресостійкості випробовуваних і рівня їхньої соціальної адаптації

Ступінь опірності стресу	Кількість осіб	%
Низька опірність	2	10
Порогова опірність	3	15

Висока опірність	2	10
Досить велика опірність	13	65

Результати кількісного опрацювання дали нам змогу отримати картину опірності стресу у випробовуваних, а також виокремити показники їхньої соціальної адаптованості.

Слід зазначити, що в застосованому тесті визначення зазначених показників відбувається шляхом самооцінювання респондентів і зазначення ними наявності в їхньому житті психотравмувальних подій у встановлений методикою часовий період.

Аналіз результатів засвідчив, що більшість (75%) випробовуваних (65% із великою опірністю і 10% із високим рівнем стресостійкості) не мали подій, які визначають як стрес-фактор, у кількості, яка виснажує їхню стресостійкість і спричиняє соціальну дезадаптацію. Для людей із високими показниками опірності властива більша емоційна збереженість, вони менш схильні до нервово-психічного виснаження, що загалом позитивно впливає на їхнє загальне самопочуття. Четверта частина (25%) випробовуваних (15% з показниками порогового рівня опірності та 10% - з низькими показниками) зазнавали за минулий рік психотравмуючих подій, причому різної руйнівної сили, але в кількості, здатній підірвати психоемоційну рівновагу особистості.

Для людей із цими показниками характерна наявність виснаження, спричиненого необхідністю витратити енергію на стабілізацію психоемоційних реакцій і зниження нервово-психічного напруження. Саме такі показники стресостійкості свідчать про необхідність стабілізації стану для попередження розвитку нервово-психічного виснаження, нервових зривів і розвитку психосоматичних порушень як наслідку неможливості протистояти стресу.

З метою кращого розуміння джерел низької стресостійкості у чверті випробовуваних ми проаналізували їхні бланки відповідей і виокремили ситуації, що мають статус стресогенності. Так, у випробовуваних було вказано такі категорії ситуацій:

ситуації зовнішнього впливу, пов'язані зі зміною соціального статусу, місця і ритму життя (вихід на пенсію, зміна місця проживання, відсутність можливості організувати місця звичного дозвілля);

ситуації внутрішнього (функціонування організму, можливостей); впливу (зміна обмеження у фізичних

ситуації раптової втрати (смерть близької людини).

Картину розподілу випробовуваних за рівнем стресостійкості представимо наочно (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Показники стресостійкості випробовуваних і рівня їхньої соціальної адаптації

Таким чином, результати самооцінювання випробовуваними чинників, що впливають на рівень стресостійкості людини, засвідчили, що більшість не зазнавали навантаження та напруження, спричиненого наявністю в їхньому житті стресогенних ситуацій, а їхній рівень стресостійкості перебуває на досить високому рівні. А їхня соціальна адаптованість не змінювалася під впливом подій життя, негативного чи позитивного характеру.

Наступним кроком у вивченні стресових станів було виявлення рівня тривожності випробовуваних і визначення її типу. Це завдання розв'язували

за допомогою опитувальника Спілбергера. Результати діагностики представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Показники вираженості та типу тривожності у випробовуваних за опитувальником Спілбергера

Тип тривожності	Низький рівень, %	Середній рівень, %	Високий рівень, %
Особистісна	0	50	50
Ситуаційна	0	20	80

Наведені в таблиці дані, відображають рівень сформованості тривожності у піддослідних та її тип, відображають картину меншого благополуччя, порівняно зі стресостійкістю.

Так, значна більшість респондентів (80%) мають надсильні реакції на ситуації, що викликають напруження. Решта випробовуваних (20%), не дивлячись на показники поміркованості реагування, все ж відчують тривогу щодо багатьох ситуативних подразників.

Людам із такими показниками притаманна надмірна стурбованість, емоційність, вони зазвичай зазнають психоемоційного збудження в стресових ситуаціях, яке захоплює і їхній вегетативний рівень, що виражається у стрибках кров'яного тиску, порушеннях серцевого ритму, ритму дихання та інших психосоматичних проявах. Показники за шкалою особистісної тривожності також неблагополучні.

Половина випробовуваних (50%) мають сформовані риси особистості, що визначають сприйняття багатьох і найрізноманітніших ситуацій як загрозливих. Це призводить практично до постійного відчуття тривоги, що, як правило, свідчить про нерозв'язаний внутрішньоособистісний конфлікт, пов'язаний безпосередньо з типом особистості людини, що має невротичні характеристики.

За таких показників особистісної тривожності можна вважати закономірною наявність у цієї групи випробовуваних схильності до нервових зрывів і психосоматичних захворювань, що вже сформувалися (гіпертонії,

серцево-судинних захворювань, хвороб органів шлунково-кишкового тракту та інших подібних). Решта випробовуваних, які показали середній рівень особистісної тривожності, мають подібну симптоматику, але меншого ступеня сформованості. Їхня дифузна тривога, тобто схильність тривожитися і переживати в більшості навіть не стресових, а просто хвилюючих ситуацій, свідчить про розвиток рис особистості, як-от надвідповідальність, надвимогливість, надобережність, недовірливість або інші подібні, що породжують постійну напругу і тривогу.

Тобто, усім випробовуваним притаманні явні ознаки особистісної тривожності, зумовлені занепокоєнням не щодо стресових ситуацій, а щодо своєї особистісної успішності, значущості, важливості, компетентності, тобто всього того, що стосується самооцінки та особистого престижу.

Отримані нами дані про тривожність випробовуваних цілком відповідають наявним психологічним особливостям осіб даного віку, притаманним віку й зумовленим віковими змінами.

Наступним параметром, який ми вимірювали у випробовуваних, став показник їхньої нервово-психічної стійкості. За допомогою анкети «Прогноз-2» [24] ми отримали такі результати (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

Показники оцінки нервово-психічної стійкості випробовуваних (за результатами анкети «Прогноз-2»)

Шкали тесту	Ріень стійкості	Представленість випробовуваних за ступенем сформованості НПУ	
		Кількість	%
Шкала нервово-психічної стійкості	низький	8	40
	середній	7	35
	високий	2	10
Шкала щирості	оцінка достовірності відповідей (бали >10)	3	15

На першому етапі аналізу відповідей ми оцінили відкритість і щирість випробовуваних під час роботи з тестовими завданнями. Результатом цього

стало виявлення частки випробовуваних, які набрали понад 10 балів за шкалою брехні. Відповідно до вимог методики, ці дані не враховувалися, а результати випробовуваних визнані недостовірними.

Нами були не враховані в аналізі НПУ три анкети, тобто 15% випробовуваних не були щирими під час роботи з методикою.

Проведений кількісний аналіз відповідей випробовуваних на запитання анкети, визнаних достовірними, свідчить, що більшість із них у сукупності (45%) мають середні та високі показники стійкості, що свідчить про добру збереженість і резистентність досліджуваних до впливу ситуацій перенапруження і стресу.

Слід зазначити, що третині випробовуваних із середнім рівнем стійкості (35%) все ж таки притаманна виражена реактивність на стресогенні ситуації, а також, у них є ймовірність нервово-психічних зривів у ситуаціях високої напруженості, критичних ситуаціях та особистісно-значимих негативних ситуаціях.

Майже стільки ж випробовуваних (40%) продемонстрували високу схильність до нервових зривів у стресогенних ситуаціях різної сили і значення.

Такі низькі показники нервово-психічної стійкості можуть свідчити про високу психоемоційну та нервово-психічну виснаженість особистості випробовуваних, низьку резистентність до впливу подразників різного роду, причому такі показники реактивності імовірно можуть свідчити вже про наявність психосоматичного та психічного ушкодження функцій організму, що перебувають на прикордонному або патологічному рівні.

Згідно з інтерпретаційними критеріями методики людям з такими показниками можна рекомендувати консультації з фахівцями (неврологами та психіатрами).

Окремо нами були зроблені спроби інтерпретувати причини спотворення реальності у відповідях 15% випробовуваних, не врахованих при сукупному аналізі стійкості. Потреба прикрашати свої особливості та

якості, наприклад, відповідаючи «ні» на запитання на кшталт «траплялися випадки, що я не стримував своїх обіцянок», «іноді я кажу неправду», «бувало, що я говорив про речі, на яких не розуміюсь» та ін., може бути зумовлена страхом негативного оцінювання своєї особистості та представлення соціально-схвалюваних відповідей.

Також, можливою причиною може з'явитися несвідоме бажання видати бажане за дійсне, як результат ригідних психологічних захистів особистості (напр., проєкція, коли іншому приписують якості, наміри, тенденції, які турбують у собі, за умови збереження та навіть перебільшення власної «хорошесті» й бездоганності).

Також таке можливе за наявності мовного або семантичного бар'єру, який з певних причин (недостатнє володіння мовою спілкування, низький культурний рівень, нерозуміння смислового навантаження окремих слів, що впливають на сприйняття сенсу сказаного загалом) не дає змоги точно розуміти сенс сказаного. Ці припущення нами були висловлені гіпотетично, і діяльність цих випробовуваних відстежувалася нами під час подальшої реалізації програми.

Надамо аналіз результатів вивчення суб'єктивних переживань стресу за допомогою вимірювання відчуттів на рівні тіла, емоцій і поведінки, що дасть показник рівня стресу в респондента.

Для цього нами було застосовано методику «Шкала вимірювання психологічного стресу».

Отримані дані представлені в Таблиці 2.4. та рис. 2.2.

Таблиця 2.4

Показники рівня психологічного стресу у випробовуваних

Рівень психологічного стресу	Тестові норми, бали	Кількість осіб	%
Високий	Більше 115	0	0
Середній	100-154	5	25
Низький	Нижче 100	15	75

Дані, представлені в таблиці та на рис. 2.2., показують, що в групі випробовуваних немає жодної людини з високим рівнем стресу. Це означає, що всі випробовувані залишково збережені, не мають показників дезадаптації та нервово-психічного напруження тією мірою, яка потребує спеціально організованої допомоги профільних фахівців - медичної, психотерапевтичної та психологічної спрямованості.

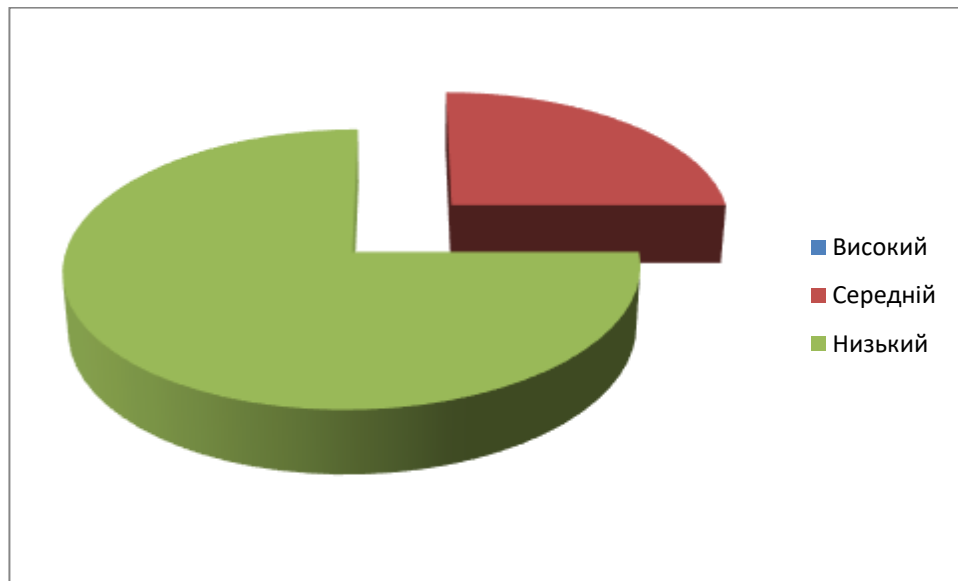


Рис. 2.2. Показники рівня психологічного стресу у випробовуваних

Більша частина випробовуваних (75%) продемонстрували низький рівень стресу, що означає відсутність у них виражених негативних відчуттів і переживань на емоційному, когнітивному, поведінковому та вегетативному рівнях. Вони не відмічають у себе наявності симптомів, які б свідчили про дезорганізацію як їхньої психічної діяльності, так і функцій вегетативної нервової системи та організму загалом.

Для п'яти осіб (25%), які показали середній рівень сформованості психологічного стресу, властиві вже більш виражені симптоми стресового розладу, але, однак, це все ще існує в межах умовної норми, яка не виражається у вигляді дезадаптації та реакцій, притаманних високому нервово-психічному напруженню.

Така картина з рівнем стресу у випробовуваних, отримана нами, привертає увагу, примушуючи осмислювати отримані дані та визначати їхню достовірність.

Сумніви з приводу достовірності зумовлені показниками нервово-психічного напруження і стресостійкості, отриманими за іншими діагностичними методиками.

Для розуміння того, що відбувається, ми висунули два припущення, які могли б пояснити джерело таких відповідей випробовуваних на запитання тесту і, відповідно, отримані результати. Перше припущення побудовано на симптомокомплексі високого рівня психологічного стресу, де описується специфіка поведінки і діяльності різних сфер особистості, а запитання і вибір ступеня досліджуваного параметра відображає ступінь наявності окремого симптому. Зниження оцінки ступеня випробовуваним може бути зумовлене ставленням до симптому як нормативної ознаки, а причиною зниження значущості може бути визначення його як звичайного для людей певного віку, за принципом «ну я ж вже не молодий.... це нормально...».

Це могло змістити картину рівня стресу - коли особисті стани та переживання суб'єкта сприймають не як наслідки нервово-психічного напруження, які можна піддати лікуванню та корекції, а як вікові зміни, пов'язані з процесом старіння.

Друге припущення було пов'язане з тривогою, що виникає під час роботи з судженнями тесту, і спробою мінімізувати показники значущості та наявності того чи іншого параметра.

З метою розуміння отриманих результатів і пошуку причин цього ми провели додаткову бесіду з випробовуваними. У бесіді ми використовували судження тесту, але спостерігали реакцію випробовуваних і одразу обговорювали причини його оцінного вибору.

Під час бесіди було встановлено, що випробовувані спотворювали оціночні судження, які вони показали стосовно більшості, у зв'язку з

тривогою і бажанням не стільки приховати інформацію або прикрасити її, скільки не бути сприйнятими слабкими і безпорадними.

Таким чином, їхні відповіді мотивувалися скоріше не тривогою, а почуттям сорому і ніяковості за свій страх, безпорадність, метушливість і зайву чутливість.

Перше припущення також мало місце бути. За словами випробовуваних, за деякими параметрами їхні вибори були зумовлені наявними в них установками стосовно віку й особливостей поведінки та діяльності «старих людей», при цьому відзначаючи їх у відповідях у вигляді більш благополучного результату.

Отже, незважаючи на благополучну картину, отриману після опрацювання даних тесту, можна, завдяки бесіді, вважати, що у випробовуваних цілком актуальною є тривожність, супроводжувана страхом негативної зовнішньої оцінки власної особистості та можливістю відторгнень, наявність незадоволеності собою і своїм станом у сукупності з можливостями, зумовленими віком.

Також у бесіді були виявлені побоювання, пов'язані з військовим станом в країні, зі здатністю бути зрозумілим, прийнятим у своєму феноменологічному прояві та суб'єктивними станами і переживаннями.

Під час комплексного діагностичного дослідження було виявлено, що більшості випробовуваних притаманний високий рівень тривожності, причому виявлено і той, і інший її тип.

Тобто, випробовувані мають і високі показники за особистісною тривожністю, але не менш значущі показники свідчать і про високу реактивну тривожність.

Також було встановлено, що нервово-психічна стійкість у них також не перебуває на оптимальному рівні - більшість із них продемонстрували низький рівень стійкості.

Крім цього, було встановлено, що через сприйнятливність до стресових факторів, випробовувані часто не готові бути до кінця відвертими і щирими.

Отримані дані про стан випробовуваних-осіб свідчать про необхідність упровадження допоміжних програм із метою мінімізації руйнівного впливу стресу, профілактики розвитку виражених рівнів нервово-психічного напруження і дезадаптації.

Висновки до розділу 2

Проведена діагностика дозволила виявити, що більшість випробовуваних демонструють достатній рівень стресостійкості (75%), що свідчить про їхню здатність адаптуватися до життєвих обставин без значного психоемоційного виснаження.

Однак 25% респондентів мають низький або пороговий рівень стресостійкості, що вказує на наявність у їхньому житті стресогенних факторів, здатних викликати психоемоційну нестабільність і потребу у додатковій психологічній підтримці.

Аналіз тривожності за методикою Спілбергера показав, що 80% випробовуваних мають високий рівень реактивної тривожності, тоді як 50% демонструють стійкі ознаки особистісної тривожності, що свідчить про схильність до хронічного занепокоєння. Це може бути наслідком внутрішньоособистісних конфліктів та вікових змін, що впливають на загальний психоемоційний стан.

Оцінка нервово-психічної стійкості засвідчила, що 40% випробовуваних мають низький рівень цієї характеристики, що може свідчити про високий ризик нервово-психічного виснаження. Водночас 45% респондентів демонструють середній і високий рівень стійкості, що свідчить про їхню здатність адаптуватися до стресових ситуацій.

Отримані результати підкреслюють необхідність розробки та впровадження програм психологічної підтримки, спрямованих на підвищення рівня стресостійкості, зниження тривожності та подолання наслідків психологічних травм.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

3.1. Програма відновлення після психологічної травми шляхом музикотерапії

Проведений нами аналіз емоційних станів осіб респондентів дозволив не лише констатувати ознаки нервово-психічного напруження у них, але й підтвердити необхідність упровадження профілактичних програм, спрямованих на попередження розвитку процесів дезадаптації та нервово-психічних розладів. Ми виявили потребу у проведенні психопрофілактичної роботи з респондентами, зокрема щодо підвищення стресостійкості та мінімізації негативних наслідків стресу.

У цьому зв'язку нами була розроблена та згодом апробована програма психологічної профілактики, спрямована на попередження стресових станів у респондентів за допомогою музикотерапії.

Окрім пасивної музикотерапії, у роботі з учасниками досліджуваної групи ми застосували активну вокалотерапію.

Однією з особливостей цієї програми став застосований нами спосіб формування груп для проведення експериментального дослідження. Дані учасників програми були зібрані з урахуванням результатів опитування, проведеного до початку діагностичного етапу.

Для порівняння впливу живої музики та аудіо- чи відеозаписів (відеослайди з фотографіями природи, відеокліпи) на сеанси були запрошені музиканти, які грали на скрипці, саксофоні та гітарі. Варто зазначити, що живе виконання музичних творів не лише позитивно впливає на здатність долати стрес, але й благотворно впливає на функціональні системи організму.

Метою перегляду різножанрових і тематичних відеозображень у музичному супроводі було стимулювання зорових, слухових та візуальних каналів сприйняття випробовуваних, а також розширення й збагачення наявних образів та уявлень, які активізують переживання естетичних

почуттів через різноманітні засоби образотворчого та кіномистецтва. Слід зазначити, що не вся музика має позитивний вплив, а лише та, що ідеально збігається з частотою здорового серцебиття та дихання людини. Крім того, різні музичні інструменти по-різному впливають на людину.

Підготовка до дослідження дозволила уважно врахувати особисті побажання й уподобання майбутніх учасників, що зробило підбір репертуару програми унікальним.

Мета програми:

Підвищення рівня стійкості до стресу у людей , активізація їхніх внутрішніх ресурсів і покращення якості життя.

Принципи організації та впровадження програми

1. Системність.
2. Практико-орієнтованість і можливість самостійного використання для запобігання стресу та зняття напруження.
3. Психологічна безпека і створення довірливої атмосфери.
4. Прийняття індивідуальності кожної особистості.
5. Добровільність участі.
6. Переносимість напрацьованих технік у повсякденне життя.
7. Формування атмосфери успіху і творчості (актуалізація особистісних ресурсів, створення позитивного досвіду).

Програма орієнтована на людей, які є пацієнтами реабілітаційних центрів та центрів соціального обслуговування.

Програма складається з 10 зустрічей тривалістю 45-60 хвилин кожна. Основу становлять методи музикотерапії та вокалотерапії. Програма включала:

- Прослуховування сучасних естрадних композицій у живому виконанні;
- Прослуховування музичних творів різних жанрів (класична музика, джаз тощо) із переглядом відеослайдів і кліпів;
- Одну сесію вокалотерапії та дев'ять сесій музикотерапії.

Очікувані результати

1. Підвищення стресостійкості.
2. Регуляція нервово-психічного напруження.
3. Зниження рівня психоемоційного збудження.

Типова організація зустрічей

Кожна зустріч складалася з п'яти етапів:

1. Привітання. Формування комфортної атмосфери через вправи на контакт і зняття соціальної напруженості.
2. Постановка проблеми та ознайомлення з функціональними можливостями музики.
3. Мотивація учасників до активної участі в роботі та саморегуляції.
4. Прослуховування музичних творів.
5. Зворотний зв'язок. Обговорення стану після музикотерапії.

Музика на початку сесії використовувалася для зняття напруження та досягнення релаксації, динамічні твори — для активізації психічної діяльності. Музика драматичного характеру сприяла катарсису, після чого звучали легкі мелодії, що викликали почуття оптимізму й натхнення.

Паралельні активності

- Навчання аутотренінгу для зняття напруження та саморегуляції.
- Індивідуальні консультації для підсилення ефекту програми.
- Персональні бесіди на актуальні теми, такі як розпізнавання стресу, організація дозвілля, підвищення стресостійкості.

Учасники відзначили позитивний вплив музикотерапії на свій емоційний стан, стійкішу реакцію на життєві ситуації та покращення самопочуття. На основі запитів було розроблено рекомендації для впровадження музикотерапії в повсякденне життя.

У ході дослідження ми виявили різний ступінь активності та залученості учасників групи. Було помічено, що до останнього заняття бажання ставити запитання під час сеансів, а також коментувати свій стан значно знизилося. Це можна пояснити тим, що коли були присутні різні

музиканти, інтерес до сеансів зростав, і учасники активно обговорювали свої переживання та фантазії, які виникали під час прослуховування музики. Проте, коли наступні сеанси ставали схожими один на одного, пропонувалося просто переглянути музичний відеокліп, що вже не спонукало людей до розмов. Як бачимо, спілкування з живою музикою більше активізує літніх людей, ніж просте прослуховування записів.

Другою причиною зниження активності учасників до кінця курсу (50 %) стало, ймовірно, їхнє перенасичення. Спостереження показали, що для терапевтичного ефекту було достатньо й п'яти сеансів. Починаючи з 6-го і до 10-го сеансу, відсоток учасників, залучених до обговорення, залишався майже однаковим.

Під час дослідження ми також з'ясували, що інтерес до занять залежав від уподобань учасників. Прослухати живе звучання дуету скрипки та гітари виявили бажання лише 80 % учасників, тоді як саксофон спочатку зацікавив усіх. Інтерес до перегляду відеослайдів коливався між 85 % та 100 %, що було пов'язано з назвами та цілями занять, присвячених лікуванню певних органів за допомогою музикотерапії.

Всім без винятку сподобався сеанс вокалотерапії – учасники люблять співати, особливо знайомі пісні. Варто зазначити, що спів є унікальною дихальною гімнастикою, яка враховує всі особливості організму. Спів лікує бронхіальну астму та інші бронхолегеневі захворювання, гайморит, серцеві дисфункції, головний біль.

Щодо того, на якому сеансі учасники почувалися найбільш комфортно, зустріч із саксофоністом поступилася дуету скрипки та гітари, попри те, що звучання струнних інструментів не завжди переноситься легко. Саксофон для невеликого приміщення (кінозал), у якому проходив сеанс, виявився надто гучним інструментом. У зв'язку з цим у розробленій нами програмі саксофон було замінено на акордеон.

Слід зазначити, що менш ритмічна та тиха музика є кориснішою. При ритмі 60 ударів на хвилину уповільнюються бета-хвилі в головному мозку, і

людина перестає відчувати стрес. Гучний звук, що перевищує 80 % можливого рівня гучності, безпечний для слуху не довше 90 хвилин на день.

Порівнюючи вплив живої музики та відеозаписів на учасників, ми відзначили, що з одного боку, живе виконання приваблює людей, а з іншого – може викликати дискомфорт, адже у музичних інструментів немає кнопки для зменшення гучності, як у телевізора. Для гри на низькій гучності музикант має бути висококласним професіоналом.

Дует скрипки та гітари виявився вдалим вибором: музиканти були з обласної філармонії, професіонали. Однак із саксофоном виникла проблема – музикант не зміг адаптуватися до аудиторії, а тихе виконання на цьому інструменті є доволі складним завданням.

Таким чином, ми з'ясували, що не кожен інструмент можна використовувати на сеансах музикотерапії. Духові інструменти краще слухати у великих залах, де звук розсіюється і не створює тиску на слух.

Суб'єктивні показники ефективності реалізованої програми знайшли своє відображення у відгуках учасників. Слід зазначити, що суб'єктивні оцінки учасниками сеансів музикотерапії та їхнього самопочуття підтверджують отримані нами експериментальні дані.

3.2. Результати апробації програми

Даний параграф присвячений аналізу результатів експериментального дослідження та оцінці ефективності розробленої програми подолання психологічної травми із застосуванням музикотерапії. Завданнями етапу оцінки ефективності були:

- повторне діагностичне дослідження стресових станів у людей;
- статистичний аналіз отриманих даних;
- формулювання висновків і рекомендацій за результатами дослідження.

Перелік діагностичних методик на етапі оцінки ефективності здебільшого залишився незмінним, за винятком методики визначення

стресостійкості та соціальної адаптації (Т. Холмс і Р. Раге). Вона не була застосована під час повторного діагностичного дослідження через те, що оцінювані стресові фактори стосуються життєдіяльності за останній рік, тоді як фактичний період проведення емпіричного дослідження був меншим.

Логіка представлення результатів етапу оцінки ефективності побудована таким чином, щоб наочно (у таблицях і рисунках) відобразити порівняльні дані за результатами етапів діагностики та ефективності.

Спочатку буде проведено аналіз змін за шкалою тривожності Спілбергера.

У таблиці 3.1 відображені зведені результати двох діагностичних зрізів.

Таблиця 3.1

Порівняльні показники рівня та типів тривожності випробовуваних до і після реалізації програми

Тип тривожності	Низька тривожність, %		Помірна тривожність, %		Висока тривожність, %	
	До	Після	До	Після	До	Після
Ситуативна тривожність	0	20	20	55	80	25
Особистісна тривожність	0	50	50	35	50	15

Дані, представлені у таблиці 3.1, демонструють наявність позитивної динаміки. Так, низький рівень тривожності, який не був виявлений у жодного випробовуваного на констатувальному етапі дослідження, зафіксовано у 20% випробовуваних за показником реактивної тривожності. Особистісна тривожність знизилася у 50% учасників після участі в профілактичній програмі.

Високий рівень тривожності також помітно зменшився: людей із високотривожними реакціями залишилося 25% (порівняно з 80% до реалізації програми). Високосформована особистісна тривожність знизилася у більшості випробовуваних, і лише 15% (порівняно з 50%) показали цей рівень після участі в програмі.

Дані про позитивні зміни в стані тривожності випробовуваних свідчать про те, що музикотерапія благотворно впливає на рівень тривожності, дозволяючи знизити напруження та мінімізувати реакції тривоги. На нашу думку, для збереження і вдосконалення результатів сеанси мають бути систематичними.

Далі проаналізуємо результати вивчення нервово-психічної стійкості, отримані на етапі первинної діагностики та контрольному етапі експерименту. Для систематизації отриманих даних вони продемонстровані у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Порівняльні показники оцінки нервово-психічної стійкості випробовуваних (за результатами анкети «Прогноз-2») до та після реалізації програми

Шкали тесту	Ріень стійкості	Представленість випробовуваних за ступенем сформованості НПУ, %	
		До	Після
Шкала нервово-психічної стійкості	низький	40	5
	середній	35	45
	високий	10	50
Шкала щирості	оцінка достовірності відповідей (бали >10)	15	0

Наведені дані також демонструють наявність змін у нервово-психічному напруженні учасників. Перше, що привертає увагу, – відсутність відповідей, які можна вважати недостовірними. Це може свідчити про зниження внутрішньоособистісного напруження, а також про зростання відкритості та навіть сміливості у самопрезентації.

Порівняльний аналіз нервово-психічної стійкості учасників у динаміці показав, що кількість осіб із низьким рівнем значно зменшилася – до 5% (порівняно з 40% раніше). Кількість учасників із середнім рівнем (умовно нормальним) зросла до 45% (з 35%), а частка осіб із високим рівнем стійкості збільшилася в п'ять разів – до 50% (з 10%).

Порівнюючи показники нервово-психічної стійкості учасників, можна зробити висновок, що сеанси музикотерапії з елементами вокалотерапії позитивно впливають на рівень стійкості, який у середньому по групі став значно вищим.

Отримані результати свідчать, що для більшості людей, які брали участь у дослідженні, після проведення профілактичної роботи нервові зриви стали малоймовірними, а вплив різних стресогенних факторів більше не має такого негативного впливу на емоційно-афективну сферу.

Далі проведемо порівняння показників прояву психологічного стресу учасників на констатувальному та контрольному етапах експерименту. Результати наведені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняльні показники рівня психологічного стресу до і після
реалізації програми, %

Рівень психологічного стресу	Тестові норми, бали	До	Після
Високий	Більше 115	0	0
Середній	100-154	25	0
Низький	Нижче 100	75	100

З представлених даних видно, що тут спостерігалися найбільш значущі покращення. Усі учасники показали низький рівень психологічного стресу. Однак отримані результати видалися нам не надто достовірними.

На діагностичному етапі за цією методикою у ході додаткової бесіди було виявлено нещирість відповідей літніх людей. Основними причинами цього стали небажання викликати занепокоєння у близьких та отримати негативну реакцію від інших учасників групи. Результати контрольного етапу також здалися завищеними, оскільки всі 100% учасників продемонстрували низький рівень стресу.

У зв'язку з цим було прийнято рішення провести бесіду для уточнення отриманих показників. Відповіді показали, що більшість учасників

пояснювали свій вибір покращенням настрою, загальним рівновагою, поліпшенням фізичного самопочуття та позитивною реакцією на події. У трьох учасників знову було виявлено нещирість у відповідях.

Ці учасники пояснили, що їхній стан дійсно став кращим, але оскільки на попередньому етапі вони вже вказували, що їхній стан «у нормі», то цього разу вони вирішили відобразити покращення, вибравши відповіді, які відповідають низькому рівню психологічного стресу.

Наочно ці дані проаналізовані та представлені на рисунку 3.1.

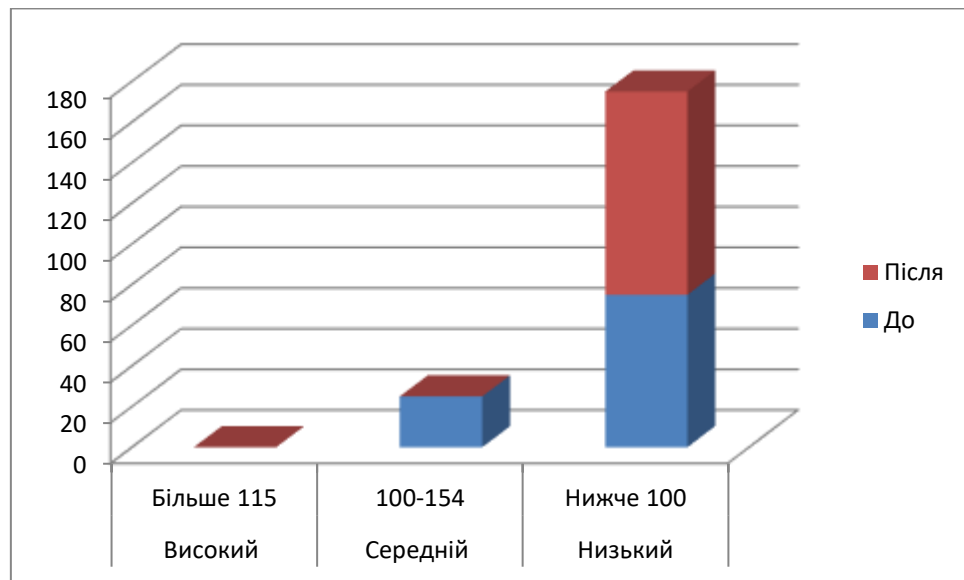


Рис. 3.1. Динаміка показників рівня психологічного стресу до і після реалізації програми

Виявлена нами нещирість відповідей учасників дозволяє припустити необхідність модифікації методики для включення можливості оцінки щирості. На наш погляд, це можна реалізувати двома способами:

1. реструктуризація форми методики з додаванням шкали брехні;
2. обов'язкова бесіда після тестування для уточнення результатів.

Таким чином, було виявлено, що музикотерапія як засіб профілактики стресових станів має високу ефективність за дотримання умов, висунутих у гіпотезі.

Таким чином, на основі результатів проведеного емпіричного дослідження ми дійшли висновку, що сеанси пасивної музикотерапії позитивно впливають на підвищення рівня стресостійкості та розвиток чинників, які впливають на особливості перебігу стресових станів.

При розробці рекомендацій щодо подолання стресових станів у осіб нами була створена наочна пам'ятка, яку було презентовано учасникам дослідження після завершення основних етапів роботи. Завдяки цій пам'ятці досліджувані, які мали психологічну травму, зможуть самостійно контролювати свій стан та вживати первинних заходів із профілактики та корекції.

Також ця пам'ятка може бути використана в установах, які працюють із цією групою осіб, як наочний матеріал. Пам'ятка включає кілька блоків:

1. Основні симптоми стресу.
2. Фізіологічні прояви стресу.
3. Профілактика стресових розладів.
4. Методи зняття стресу.

Коротко представимо ці змістовні блоки. Основні симптоми стресу:

- Неспокійний сон.
- Дратівливість, пригніченість.
- Проблеми з увагою, пам'яттю, зниження швидкості мислення.
- Головний біль, втома, небажання щось робити.
- Втрата інтересу до друзів, рідних і близьких.
- Відсутність апетиту або надмірне споживання їжі.
- Схильність до плачу, туга, песимізм, жалість до себе.
- Нервові тики й нав'язливі звички – бажання кусати губи, гризти нігті.
- Метушливість, недовіра до всіх.

Фізіологічні прояви стресу:

- підвищується м'язовий тонус, усе тіло ніби готується до стрибка, що створює колосальне навантаження на серце;
- стискаються судини, підвищується тиск;

- втрачається апетит;
- підвищується згортання крові;
- через порушення мозкового кровообігу людина повільніше міркує, гірше чує і бачить;
- знижуються захисні функції організму.

Профілактика стресових розладів.

Основою профілактики стресу є зміцнення нервової системи. Для зміцнення нервової системи літнім людям необхідно дотримуватися кількох правил, які дозволять уникнути розвитку серйозних психофізіологічних порушень на тлі постійного стресового стану:

1. ведення здорового способу життя;
2. відмова від шкідливих звичок;
3. заняття фізичною культурою;
4. підтримка позитивного психологічного настрою;
5. оптимальне підтримання фізичної та розумової активності;
6. лікування захворювань, що провокують розвиток стресових станів.

Для респондентів нами були підібрані методи зняття стресового напруження, які доступні їхнім фізичним можливостям і позитивно впливають на загальний психоемоційний стан.

1. Відмовтеся від вживання алкоголю та нікотину. Будь-яка залежність викликає стрес для організму, а нікотин, завдяки своєму складу, може провокувати симптоми стресу.

2. Вітамінотерапія. У ситуаціях постійного стресу організм повинен залучати всі внутрішні ресурси, щоб підтримувати працездатність. Для підвищення стійкості організму до стресів необхідно вживати продукти, багаті на вітаміни, особливо В і С.

3. У разі безсоння перед сном провітріть кімнату, почитайте книгу або послушайте розслаблюючу музику. Головне – не заглиблюватися у негативні думки, а відволікти себе приємним заняттям.

4. Ароматерапія. Оберіть запахи, які приносять вам задоволення. Найбільший заспокійливий ефект мають ефірні олії троянди, лаванди, жасмину та кипариса.

5. Проводьте більше часу з близькими та друзями. Бесіда – дуже ефективний спосіб зняття емоційного напруження. Не бійтеся бути щирими зі своїми близькими та заводити нові знайомства. Думки інших людей можуть допомогти вам поглянути на проблеми інакше.

6. Займайтеся творчістю. Неважливо, активна чи пасивна творчість вам цікавіша в даний момент. Музика, малювання, ліплення – усе це допоможе заспокоїтися й спрямувати енергію на саморозвиток і самовдосконалення.

7. Займайтеся спортом. Не обов'язково використовувати сильні фізичні навантаження, вони мають бути посильними для організму. Також можна займатися медитацією.

8. Не забувайте, що у житті є місце для багатьох відкриттів. У вільний час вивчайте нові види діяльності, що дозволить вам знизити емоційне напруження.

9. Уникайте ситуацій, які можуть призвести до емоційного розладу.

10. Приділяйте час відпочинку й осмисленню подій. Важливо при цьому не концентруватися на негативних моментах, а шукати сенс і здобувати досвід.

11. Частіше усміхайтеся й концентруйтеся на позитивних емоціях. Також корисно хвалити й дякувати собі.

Ми вважаємо, що під час профілактики стресу особливу увагу слід приділяти напряму, що стосується усталених переконань, а саме думок і установок, які не мають під собою логічних підстав.

Такі думки для людей небезпечні тим, що провокують стрес, а фобії та страхи значно ускладнюють життя.

Цей напрямок включає в себе кілька категорій:

1. Ставлення до проблем. Проблеми – це тимчасові перешкоди. Не існує постійних проблем, у всіх є початок і кінець. Вирішення проблеми вимагає впевненості в собі. Для вибору правильного способу вирішення необхідно розуміти суть проблеми. На розв'язання складних завдань, як правило, витрачається більше часу, тому слід зберігати спокій і не піддаватися паніці, боячись, що проблема залишиться невирішеною. Змінивши своє сприйняття і ставлення до проблеми, можна значно знизити внутрішнє напруження.

2. Правильний настрій. Уміння знайти відповідний настрій надзвичайно важливе для максимально швидкого вирішення важких завдань. Більшість фіксованих установок і переконань зароджуються в дитячому віці, коли дитина пізнає і формує своє сприйняття світу та людей. Навіть незначні, на перший погляд, травми й труднощі залишають свій відбиток на майбутньому світогляді дорослої людини. Досягнувши похилого віку, ці установки набувають стійкого характеру, що ускладнює роботу, спрямовану на їх зміну.

Правильний настрій – це часткове самонавіювання й переконання. Завдання людини – визнати старі переконання хибними й зробити вибір на користь нових логічних висновків. Вирішальним у цьому процесі є усвідомлена, добровільна участь людини. Якщо присутній невірний настрій, індивід повинен змінити сприйняття себе, ставлення до себе як до особистості. Отримані любов і турбота безпосередньо впливають на здатність справлятися з тимчасовими труднощами. Здоровий адекватний настрій потребує щоденної роботи, але захищає організм від стресів і депресій. Оскільки кількість соціальних контактів зменшилася, для організації правильного настрою необхідно не боятися вступати в нові соціальні відносини, підтримувати сімейні зв'язки, бути відкритим і схильним до комунікації.

3. Зміна мислення. Подолання та профілактика стресу неможливі без зміни мислення. Розуміння ролі мислення у впливі на те, як людина

ставиться до стресу, і які стратегії обирає для боротьби з ним, є першим кроком у вивченні того, як переосмислити його новим, більш позитивним способом. Людям із низькою самооцінкою властиві помилки у виборі методів боротьби зі стресом. Підсвідомість підштовхує їх до пошуку проблем навіть там, де їх немає, – для підтвердження почуття невпевненості у собі та зміцнення власних побоювань.

4. Проблеми стають невід'ємною частиною їхнього існування, що унеможлиблює отримання уроків із труднощів, які виникають. Профілактика стресу спрямована на вирішення цієї проблеми. Зміна мислення – складна, трудомістка робота, і, як правило, для її виконання залучаються психоаналітики. Людині важливо прийняти себе та позбутися почуття провини за кожну допущену помилку. Без підтримки близького оточення реалізація цього етапу профілактики практично неможлива, адже саме любов і турбота оточуючих допомагають людині здобути впевненість у собі.

5. Формування позитивного мислення. Наступним етапом після роботи над сприйняттям світу і себе та вибудовування правильного ставлення до проблем має стати вироблення позитивного настрою. Цей етап складний, оскільки не всім легко дається боротьба з негативом і контроль власних думок. Думки схожі на установки, вони формують майбутню реальність індивіда. Людині необхідно навчитися слідкувати за своїми думками, обмірковувати власну реакцію та поведінку під час стресової ситуації, а також висновки, які виникають у її голові. Запобігання стресу без контролю над думками та зміни негативних реакцій на позитивні неможливе.

Профілактика стресу базується на нескладних діях, які легко стають звичними. Тому ми вважаємо, що надзвичайно ефективним практичним методом зниження стресу є методика переключення. Цей метод передбачає дистанціювання від несприятливих умов. Така техніка застосовується у тих умовах, коли у людини немає можливості вирішити проблему, і на тлі виниклого почуття провини з'являється стрес.

Переключення не є еквівалентом остаточного відсторонення від проблеми, це тимчасове дистанціювання, яке дає простір для обдумування того, що відбувається. Запобігання стресу методом переключення особливо ефективно у тих ситуаціях, коли людина не має можливості вплинути на ситуацію або за нею настали незворотні наслідки. Переживання в таких умовах марні. Саме такі стресові ситуації найчастіше характерні для похилого віку (вихід на пенсію, смерть близьких людей тощо).

Наведені вище методи та рекомендації можуть застосовуватися як самими людьми, що прагнуть подолати психоемоційний дискомфорт, так і психологами, які працюють із цією соціальною групою.

Підсумовуючи, необхідно зазначити, що психопрофілактичні заходи впливають як на симптоми стресу, так і на причини їхнього виникнення та розвитку. Відновлення душевної рівноваги вимагає від людини пильної уваги до того, про що вона думає і як розпоряджається своїми життєвими ресурсами.

Висновки до розділу 3

Отже, експериментальне психопрофілактичне дослідження програми із застосуванням можливостей пасивної музикотерапії, спрямованої на запобігання наслідків психологічних травм, було організоване та проведене з 20-ма випробовуваними віком від 45 до 70 років. Для реалізації цілей і завдань експерименту нами було зібрано та проаналізовано показники тривожності, психологічного стресу та нервово-психічної стійкості.

Під час збирання емпіричних даних було встановлено, що випробовуваним-особам притаманний високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, перевищення показника психологічного стресу, недостатній рівень нервово-психічної стійкості та недостатній ступінь активності в поведінці під час розв'язання якихось проблемних або конфліктних ситуацій. З метою втілення одного з положень висунутої гіпотези під час підготовки до роботи з програмою ми провели опитування, яке виявило вподобання респондентів щодо вибору підходящих і близьких їм творів і напрямів.

Для перевірки гіпотези ми розробили програму із застосуванням музико- і вокалотерапії, спрямованої на профілактику стресових станів у літніх людей. Програма була представлена десятима груповими заняттями, також випробовуваним було надано можливість отримання індивідуальних психологічних консультацій.

Наше дослідження показало, що жива музика оздоровчо впливає на випробовуваних, якщо вона неголосна. Духові інструменти для кулуарних сеансів музикотерапії не придатні. Більш благотворно діють вокалотерапія і відеозаписи музичних творів.

Під час спостереження за випробовуваними під час сеансів ми виявили різний ступінь активності та включеності учасників групи. При цьому всі досліджувані показники під час спостереження були більшими за 50 %, що

свідчить про позитивний вплив сеансів музикотерапії на літніх людей. Підтверджує цей висновок і низка відгуків.

Після апробації програми нами було реалізовано контрольний етап експериментального дослідження, де розв'язували завдання визначення ефективності обраного нами методу роботи для подолання наслідків психологічної травми.

За результатами було зроблено висновки, що за всіма досліджуваними показниками було виявлено позитивні зміни, і це свідчить про ефективність реалізованої програми. На підставі результативності виконаної роботи нами було сформульовано рекомендації для осіб подолання наслідків психологічної травми.

Під час розроблення рекомендацій щодо профілактики стресових станів нами було створено наочну пам'ятку, яку було презентовано учасникам дослідження після завершення основних етапів роботи.

ВИСНОВКИ

Дослідження, проведене в рамках випускної кваліфікаційної роботи, присвячено вивченню відновлення після психологічної травми шляхом музикотерапії та особливостей її організації.

У ході дослідження нами було вивчено проблему психологічної травми та її розуміння в українській та зарубіжній науковій літературі, проаналізовано специфіку психологічної травми, а також розглянуто можливості психологічної допомоги та відновлення після психологічної травми.

Нами було визначено, що класичні підходи до процесу психотравми справді мають своє місце, насамперед у психосоматичному аспекті. Криза, стрес чи психотравма — це викид адреналіну, кортизолу в кров постраждалого. У випадках ПТСР хронізація психосоматичних процесів очевидна, що призводить до руйнівних процесів в організмі.

Так само й на рівні психіки: глибока і тривала травматизація може домінувати над психікою, викликаючи повторення стресових станів (фобій та образ) настільки, що інколи виникають психічні розлади, які більше не залежать від наявності травмуючого фактора. Це призводить до соціальної та комунікативної дезадаптації, дезорієнтації травмованого.

На рівні психології в людини відбуваються серйозні обмеження в комунікації та активній діяльності. Травмований реагує надмірно на все, що нагадує про травматичну подію. Людині доводиться докладати значних зусиль, щоб приховувати ПТСР від оточуючих, прагнучи зберегти успіх у суспільстві, родині та на роботі.

Однак сьогодні ми стикаємося з новими поглядами та дослідженнями, що розкривають ресурсні процеси в організмі та психіці людини. Чимало людей досягли значних успіхів саме завдяки отриманій психотравмі. Наприклад, дослідження Габора Мате в цьому напрямку підкреслюють значущість цього феномена.

Важливо також відзначити альтернативний підхід Г. Сельє до стресів. Під час стресу людина розвиває свої вольові якості, здатність зосереджуватися, відстоювати свої інтереси, що зрештою підвищує її стресостійкість. У стресових умовах підвищується імунітет та холодостійкість. У цих висновках ми виділяємо два види ресурсів: а) позитивний, конструктивний опір як травмуючому фактору, так і самому ПТСР; б) адаптацію до тривалого травмуючого фактора і ПТСР.

Кризи — травматичні, внутрішньоособистісні, сімейні, суспільні — неминучі та постійні. Вони існували завжди, але люди не зникли, не зійшли з розуму всі одразу. Кризи активізують внутрішні сили для їх подолання. Тому необхідно ретельно вивчати ресурсні сили людини, особливо у випадках, коли саме криза спонукала ефективні дії та внутрішню роботу, що призвели до успіху.

Якщо узагальнити викладене, стає очевидним наступне: при психотравмуючому факторі одночасно запускаються процеси як руйнування, так і опору та відновлення. Якщо фактор тривалий, виникає процес адаптації до нього. Із ПТСР спостерігається подібне: ПТСР може стати мотиватором ефективних дій, а також до нього виникає як опір, так і адаптація. Виникає питання: чому в одних випадках це сприяє життєвому успіху, а в інших — ні? Які критерії успішності ресурсних станів при психотравмі? Дослідження тривають, але важливо зосередитися на цих аспектах.

Психологам, психіатрам і психотравматологам необхідно комплексно підходити до аналізу як руйнівних, так і ресурсних процесів у кожному випадку психотравми, незалежно від співвідношення цих сил.

Також нами було вивчено психопрофілактику як практичний і затребуваний підхід у наданні психологічної допомоги. Психопрофілактика включає комплекс заходів, спрямованих на зниження частоти, поширеності та рецидивів порушень психічного здоров'я, і носить превентивний характер.

Експериментальне дослідження можливостей програми психологічної профілактики з використанням пасивної музикотерапії проводилось з 20-ма

учасниками віком від 45 до 70 років. Для досягнення цілей експерименту було зібрано та проаналізовано показники тривожності, психологічного стресу, нервово-психічної стійкості.

Під час збору емпіричних даних встановлено, що учасникам властивий високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, перевищення показників психологічного стресу, недостатній рівень нервово-психічної стійкості та низька активність у поведінці при вирішенні проблемних чи конфліктних ситуацій. Для перевірки гіпотези було розроблено програму з використанням музикотерапії та вокалотерапії, спрямовану на профілактику стресових станів. Програма включала десять групових занять та індивідуальні консультації.

Наші результати показали, що жива негучна музика позитивно впливає на учасників. Духові інструменти виявились менш ефективними, тоді як вокалотерапія та відеозаписи музичних творів мали більш благотворний вплив. Всі показники перевищували 50%, що підтверджує ефективність програми. На основі отриманих результатів були сформульовані рекомендації з профілактики стресових станів, включаючи наочну пам'ятку.

Розроблені рекомендації можуть бути використані практикуючими психологами для організації психопрофілактичної роботи з людьми, що зазнали психологічних травм.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безпальча Р. Запобігання торгівлі жінками та насильству в сім'ї: основи проведення тренінгів. Підручник з проведення тренінгів. К.: Winrock International, 2004. 156 с.
2. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
3. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.
4. Гриневич Є.Г. Стан психічного здоров'я постраждалих внаслідок терористичного акту в м. Беслан: [Електронний ресурс] // Новини української психіатрії, 2007: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper233.htm>.
5. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: особливості і наслідки [Електронний ресурс] / Т. М. Дзюба // Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання : зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С. П. Бочарової (30 берез. 2017 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Ін-т психології ім. Г.С. Костюка Нац. акад. пед. наук України; Консультат. місія Європейського Союзу в Україні. Харків, 2017. С. 2729. Режим доступу: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/7666>
6. Діденко Г. О. Психологічні особливості життєвого стилю осіб з травматичним досвідом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Діденко Г. О. ; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2020. 20 с.

7. Заграй Л. Д. Концептуалізація "Я" і психологічна травма [Електронний ресурс] / Л. Д. Заграй // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. – Чернігів, 2015. – Вип. 128. С. 108–111. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2015_128_26
8. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
9. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості / Б. Б. Іваненко / / Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Педагогіка, психологія, філософія. К., 2016. Випуск 239. 95 с.
10. Картрайт С., Купер К.Л. Стрес на робочому місці. Х.: Гуманітарний центр, 2004. 236 с.
11. Кириленко Т. С. Проблемність переживань травматичних ситуацій / Т. С. Кириленко // Вісник / за ред. Н. О. Витвицької. Київ, 1998. Вип. 5 : Соціологія. Психологія. Педагогіка. С. 46–48. 95.4(4УКР) К 38
12. Кім О. В. Соціально-психологічна характеристика травмуючих подій у школярів [Електронний ресурс] / О. В. Кім // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Херсон, 2017. Вип. 4(1). С. 157–164. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_4\(1\)__30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_4(1)__30) (дата звернення: 05.05.2021).
13. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія / В. О. Климчук ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
14. Когут О.О. Психологія стресостійкості особистості: Монографія. Кривий Ріг : Видавець Р. А. Козлов, 2021. 320 с.
15. Кучманич І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості [Електронний ресурс] / І. М. Кучманич,

Р. А. Мороз // Проблеми сучасної психології. – Кам'янець-Подільський, 2017. Вип. 36. С. 146–159. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2017_36_14

16. Литвиненко О. Д. Ритми у психіці індивіда. Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія. 2016. Т. 21. Вип. 1 (39). С. 180-189.

17. Литвиненко С.А. Психологія травми: трансгенераційний та феноменологічний аспекти [Електронний ресурс] / С. А. Литвиненко, В. М. Ямницький // Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. / М-во освіти і науки України, Рівнен. держ. гуманітар. ун-т ; редкол.: Р. В. Павелків, В. І. Безлюдна. Рівне, 2015. Вип. 4. С. 14–17. Режим доступу: <http://repository.rshu.edu.ua/id/eprint/1001/>

18. Лозінська Н. (2019). Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного університету оборони України, 50(2), 65–73. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-265-73>.

19. Лозінська Н. С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології [Електронний ресурс] / Н. С. Лозінська // Вісник Національного університету оборони України. Київ, 2018. Вип. 2. С. 65–73. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou_2018_2_11

20. Луппо С. Е. Психологія травмуючих ситуацій: Практикум. Київ: НАУ, 2010. 48 с.

21. Максимова Н. Ю. Принципи терапії психологічних травм дитинства [Електронний ресурс] / Н. Ю. Максимова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Київ, 2018. Т. 11 : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості, вип. 17. С. 124–133. Режим доступу: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v11/i17/11.pdf>

22. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання [Електронний ресурс] / І. А. Мартинюк // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування

України. Серія: Педагогіка, психологія, філософія. Київ, 2015. Вип. 230. С. 276282. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnau_ped_2015_230_44

23. Маслюк А. М. Психологія травми: практичний аспект [Електронний ресурс] / А. М. Маслюк // Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2015. № 2. С. 72–77. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros_2015_2_13

24. Москалець В.П. Психологія суїциду. К.: Академвидав, 2004. 288 с.

25. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид 3-тє. Луцьк : Вежа Друк, 2017. 420 с.

26. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

27. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватися? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.

28. Оніщенко Н. А. Основні етапи переживання психічної травми [Електронний ресурс] / Н. А. Оніщенко. Режим доступу: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/3596>

29. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психологічна травма» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71) № 6. С 68-72.

30. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи. Монографія. К., Центр соціальних експертиз і прогнозів, 1999. 106 с.

31. Профілактика психологічного насильства і маніпулювання свідомістю та розвиток критичного мислення в молодіжному середовищі. Матеріали міжнар. наук.- практ. конф., 27-28 травня 2004 року, м. Київ. К.: Український центр політичного менеджменту, 2005. 320 с.

32. Психогігієна професійної діяльності працівників ОВС: навчально-методичний посібник / [І.М. Слюсар, В.О. Криволапчук, І.О.Моцонелідзе та ін.]; під ред. В.О. Криволапчука. ГП МВД Донбасс Інформ-Ресурси, 2010. С. 125-142.

33. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма [Електронний ресурс] / Ю. С. Семенова // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України :електрон. наук. фах. вид. / Нац. акад. Держ. прикордон. служби України ім. Богдана Хмельницького. – Хмельницький, 2012. Вип. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48 5. –

34. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В. Психологія діяльності в екстремальних ситуаціях. Х.: Вид-во Гуманітарний центр, 2007. 276 с.

35. Соціально – психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220с.

36. Сошенко Т., Габінська А. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. Варшавський університет соціальних і гуманітарних наук, 2018. №96. 62 с.

37. Стаднік І. До проблеми розуміння поняття "психологічна травма": теоретичний аналіз / І. Стаднік // Психологія. Цінності. Особистість : міжнар. зб. наук. пр. / [за ред. М. З. Степуляка, І. Ю. Філіппової]. – Луцьк, 2016. – С. 121–128. – Бібліогр.: с. 126–128. 159.

38. Сулятицький І. В. Психолого-корекційний практикум травм війни : навч. посіб. / І. В. Сулятицький, К. О. Островська, В. І. Осьодло ; М-во освіти і науки України [та ін.]. Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2019. 396 с. 159.9(07) С 89

39. Таран Т. Психологічна травма як чинник виникнення психічних розладів. Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка / відп. ред. Л. Ф. Бурлачук. Київ, 2015. Вип. 1 (3) : Психологія. С. 108110.

40. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості, 2015. 13 с.
41. Титаренко Т.М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.
42. Туриніна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.
43. Удовенко Ю. Психотравма як наслідок ситуації насильства щодо дітей / Ю. Удовенко // Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка / Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка ; відп. ред. В. Б. Євтух. Київ, 2006. Вип. 24/25. С. 41–44.
44. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. 160 с.
45. Фрейд З. Введення в психоаналіз. Лекції. Харків: Книжковий Клуб Сімейного Дозвілля, 2019. 381с.
46. Хрустук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності / О. Л. Хрустук // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна : [зб наук. пр.] / [голов. ред. Р. І. Благута]. Львів, 2017. Вип. 1. С. 183-191.
47. Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] / Р. М. Цицей // Проблеми екстремальної та кризової психології : зб. наук. пр. / Ун-т цивільного захисту України. Харків, 2013. Вип. 13. С. 258–265. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_13_32
48. Чачко С.Л. Особистість і травма: метод. рек. до курсу: для студентів, що навч. за спец. «Психологія»; ОНУ ім. І.І. Мечникова, ІМЕМ, Каф. загальної психології та психології розвитку особистості. Одеса, 2017. 42 с.
49. Чачко С.Л. Посттравматичне зростання як реалізація особистісного потенціалу // Потенціал особистості та тенденції його

реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві: колективна монографія. Одеса: Фенікс, 2011. С. 345-371.

50. Шкарлатюк К. Ціннісно-сміслові орієнтації осіб, які пережили психотравму / К. Шкарлатюк // Психологія. Цінності. Особистість : міжнар. зб. наук. пр. / [за ред. М. З. Степуляка, І. Ю. Філіппової]. Луцьк, 2016. С. 212–218.

51. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І. В., Ткачук І. І. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

52. Ярмач Т. І. Психологія соціальної роботи: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2018, 112с.

53. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & NolenHoeksema, S. Hilgard's introduction to psychology (16th ed.). Cengage Learning. 2019.

54. Baltes P. Coping with age // World Health. 1997. V. 4. P. 10-11.

55. Dashorst P., Mooren, T. M., Kleber, R. J., de Jong, P. J., and Huntjens, R. J. C. (2019). Intergenerational consequences of the holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. Eur. J. Psychotraumatol. 10:1654065. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1654065>

56. Drury J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., and Amlôt, R. (2019). Facilitating collective resilience in the public in emergencies: twelve recommendations based on the social identity approach. Front. Public Health 7:141. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00141>

57. F. Butterfeld “David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans”, New York Times, October 10, 1998

58. Fischer G., Riedesser, P. (1998, 2. Auflage 1999): Lehr-buch der Psychotraumatologie. Ernst Reinhardt-Verlag, UTB, München.

59. Fischer M. (2000): Mehrdimensionale Traumatherapie, MPTT. Asanger-Verlag, Heidelberg.

60. Hanna T. Somatics. Reawakening The Mind's Control of Movement, Flexibility, And Health. Cambridge: Da Capo Press, 2004. 176 p.
61. Hill A. Art Versus Illness. London: Allen & Unwin, 1945. 100 p.
62. Kalsched D. The Inner World of Trauma: Archetypal Defences of the Personal Spirit. Routledge. 1996. 240 p. 11. Selye H. Stress without distress. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co.1974. 171 p.
63. Lauer R.H. Social problems and the quality of life. 7-th ed. Boston: Mc Graw-Hill, 1998. 698 p.
64. Levine P. & J. Chitty. New Insights into Trauma Therapy. APTA National Conference, 1994. P. 13
65. Levine P. Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley North Atlantic books, 1997.
66. Levine P. Nature's Lessons in Healing Trauma. Foundation for Trauma Enrichment. Lyons, 1996.
67. Linz M. Case management: historical current and future. USA: Brookline Books, 1989. 182 p.
68. Meintel D. A. Strangers, homecomers and ordinary men. Anthropological Quarterly. 1973. Vol. 46(1). P. 47–58.
69. Monat A. Stress and Coping: An Anthology. NY: Columbia University Press, 1991. 598 p.
70. Papadopoulos R.K. (2002) Refugees, home and trauma. In Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home / edited by R.K. Papadopoulos. London: Karnac. 356 p.
71. Petrini B. Employment and Livelihoods of Sudanese Refugees in Cairo. Oxford Monitor of Forced Migration. 2014. Vol. 4. №. 1. P. 51–56.
72. Psychodynamische Fischer, G., Becker-Fischer, M., Düchting, C. (1998): Neue Wege der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell, KOM. Institut für Psychotraumatologie. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.

73. Schnurr & Green, (2004) Understanding Relationships Among Trauma, PostTraumatic Stress Disorder, and Health Outcomes.
74. Tajfel H., Turner J. The social identity theory of intergroup behavior. The social psychology of intergroup relations / In W. Austin, S. Worchel (Eds.). Chicago: Nelson-Hall, 1986. P. 7–24
75. Terr L.C. Childhood traumas : an outline and overview // *American Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148. P. 10-20.
76. Zettl L. & E. Josephs. Self Regulation Therapy. Canadian Foundation for Trauma Research and Education. Vancouver, 2001.
77. Zinberg N. E. Social Sanctions and Rituals as a Basis for Drug Abuse Prevention // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1975. V. 2. № 2. P. 165-182.