

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного
управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Попатенко Ірина Валеріївна

УДК 159.9

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ
ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ**

053 Психологія
ОПП «Практична психологія»

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

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
Кулаковський Т.Ю.,
кандидат психологічних наук, доцент

Житомир – 2024

Висновок кафедри

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри

№ _____ від « ____ » _____ 20__ року

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Попатенко Ірина Валеріївна захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Попатенко І. В. 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.

Теоретичним дослідженням встановлено, що психотравма є незвичайною подією, яка спричинює важкий психологічний стрес, супроводжується жахом, страхом та безпорадністю, патогенно діє на індивіда, провокує переживання і страждання. Ситуації та події, які викликають психологічні травми можуть бути актами насильства, стихійними лихами, міжособистісним насильством, серйозними аваріями.

Встановлено, що руйнівна сила травми визначається індивідуальною значущістю травмуючої події для особистості, рівнем психологічної захищеності та стійкості. Виокремлено фізичні, когнітивні, поведінкові та емоційні симптоми психологічної травми.

Проведено оцінювання впливу самооцінки особистості за показниками тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності на психологічний тип особистості. Встановлено силу і характер зв'язку між цими показниками.

Рекомендовано використання арт-терапії для роботи з наслідками психологічних травм, пов'язаних з війною, для працівників обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради, насамперед, флюїд-арт та тканину терапію для індивідуальної і групової роботи, технологію плейбек-театру для групової роботи.

Ключові слова: психологічна травма, криза, психологічний стан, арт-терапія, плейбек-театр.

SUMMARY

Popatenko I. Psychological aspects of recovery after psychological trauma. - Qualification work on manuscript rights. Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 - psychology. – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

Theoretical research has established that psychotrauma is an unusual event that causes severe psychological stress, is accompanied by horror, fear and helplessness, has a pathogenic effect on an individual, provokes distress and suffering. Situations and events that cause psychological trauma can be acts of violence, natural disasters, interpersonal violence, serious accidents.

It was established that the destructive force of trauma is determined by the individual significance of the traumatic event for the individual, the level of psychological security and stability. Physical, cognitive, behavioral and emotional symptoms of psychological trauma are singled out.

An assessment of the influence of personality self-esteem based on indicators of anxiety, frustration, aggressiveness and rigidity on the psychological type of personality was carried out. The strength and nature of the relationship between these indicators has been established.

The use of art therapy for working with the consequences of war-related psychological trauma for the employees of the Regional House of Artistic Creativity of the Mykolaiv Oblast Council is recommended, primarily fluid art and tissue therapy for individual and group work, playback theater technology for group work.

Keywords: psychological trauma, crisis, psychological state, art therapy, playback theater.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	3
ЗМІСТ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ	9
1.1. Типологізація психотравмівних ситуацій	9
1.2. Кризи життєвих втрат	19
1.3. Психологічні особливості людей у травмівних ситуаціях	23
1.4. Можливі наслідки психотравми та перспективні напрями психологічної допомоги	27
Висновки до Розділу 1	40
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	42
2.1. Методика та організація емпіричного дослідження	42
2.2. Характеристика вибірки учасників дослідження та процедура дослідження	49
2.3. Якісний та кількісний аналіз отриманих даних	50
2.4. Інтерпретація виявлених тенденцій	55
Висновки до розділу 2	57
РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВІДНОВЛЕННІ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ДЛЯ РОБОТИ З ГРУПАМИ	59
3.1. Використання сучасних напрямів арт-терапії у роботі по відновленню після психологічної травми (робота у групах)	59
3.2. Використання технології плейбек-театру для відновлення особистості після психологічної травми	63
3.3. Рекомендації для використання плейбек-театру у роботі з психологічними травмами	69
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТОК	81

ВСТУП

Актуальність теми. Психологічні травми здатні змінити переконання та цінності людини, що здатне повністю змінити життя, перетворивши його постійні переживання, підвищену тривожність, відсутність задоволення, проблеми фізичного і психічного здоров'я. На сьогоднішній день актуальними є дослідження наслідків психологічних і психічних травм. Найбільш відомими і поширеними є наукові праці І.В. Доровських, А. В. Карницького, В.С. Рожко, С. В. Литвинцева, М. Ш. Магомед-Еминова; В. Снедкова, В.Н. Мясіщева, С.Д. Семенова, Н.Ф. Дементьєвої, Н.Д. Лакосінова, Н.І. Погібко, М.Е. Телешевської, Г.К. Ушакова, Ю.А. Іллінського, Г.В. Морозова, Б.А. Воскресенського, В.Є. Пелипаса, Е.Н. Загоруйко. Серед зарубіжних науковців відомими є М. Балінт, Х. Біндер, Р.Д. Сторолоу, Дж. МакДугалл, Д. Калшед, Т. Каммерер, Х. Кристал, Дж. Херман, Дж. Айген.

Дослідження психотравми, як психічного і психологічного феномену, проводилися Б. Колодзіним, Д. Калшедом, П. Левіним, Дженой і Баррі Уайнхолдами, Е. Фредериком, Л. Бурбо, Н. Пезешкіаном та ін. В Україні відомими дослідниками даної тематики являються З. Кісарчук, О. Романчук, Т. Титаренко, П. Горностай, В. Климчук, Г. Лазос, А. Карачевський, Л. Гребінь, Я. Омельченко, Н. Журавльова, Л. Царенко, О. Вознесенська, М. Сидоркіна, В. Горбунова та ін.

Об'єктом дослідження є процес відновлення людини після психологічної травми.

Предмет дослідження – психологічні аспекти психологічної травми.

Мета дослідження: проаналізувати теоретично та емпірично дослідити психологічні аспекти відновлення після психологічної травми.

Досягнення поставленої мети передбачає виконання таких завдань:

1. Здійснити теоретичне дослідження особливостей психотравмуючих ситуацій.
2. Проаналізувати кризи життєвих втрат людини.
3. Дослідити психологічні особливості людей у травмівних ситуаціях.

4. Визначити методичний апарат для дослідження факторів впливу на психологічний стан людини з метою обрання напрямів відновлення особистості після психологічної травми.

5. Провести емпіричні дослідження залежності та зв'язків факторів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності, як характеристик, які впливатимуть на процес відновлення особистості.

6. Сформувати систему рекомендацій для колективу обласного Буудинку художньої творчості Миколаївської обласної ради по відновленню після психологічної травми, пов'язаною з війною.

Гіпотеза дослідження:

1. Визначені в результаті самооцінювання фактори тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності є визначальними у психотипі людини.

2. Між тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю, як характеристиками особистості присутній зв'язок.

3. Зазначені характеристики особистості: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність залежить більшою мірою від зовнішніх факторів, ніж від самої особистості.

В процесі проведення дослідження були використані наступні теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація, класифікація. Використано методику для діагностики складових та спрямованості психічного здоров'я особистості та виявлення чинників психічного здоров'я та благополуччя особистості на макрорівні. Емпіричні дослідження проведено з використанням методів математичної статистики, кореляційного аналізу, методу вагових коефіцієнтів. Вибірка становила 30 респондентів, анкетування проводилося очно, анкети було роздруковано та надано для заповнення.

Елементи наукової новизни полягають у визначенні та уточненні зв'язку між тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю особистості, що є основою розробки рекомендацій для психологічного відновлення після психологічної травми.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що результати роботи можуть бути використанні для психологічної підтримки особистості (або групи) в рамках арт-терапії.

Апробація результатів дослідження

Результати дослідження представлені на наступних міжнародних конференціях: XXXVI International scientific and practical conference «The Latest Trends and Transformation of Modern Scientific Research» (August 28-30, 2024) Porto, Portugal; XXXVII International scientific and practical conference «Modern Problems of Science and Technology: Prospects for Further Development» (September 4-6, 2024) Bergen, Norway.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи магістра. Робота складається із вступу, 3-х розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 76 сторінок, основний обсяг – 75 сторінок. Робота містить 9 таблиць, 3 рисунка, один додаток.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

1.1. Типологізація психотравмівних ситуацій

Психологічна травма визначається дослідниками як вид переживання подій. Тобто, психологічна травма являється динамічною системою, яка складається з елементів та підсистем (психофізіологічні механізми, емоції, когнітивні процеси, установки) та функціонує за рахунок їх взаємодії. У психологічній науці виокремлюють поняття «психічна» і «психологічна» травми [21, 23, 25]. При психічній травмі помітні порушення функціонування психіки, що загрожує життю людини. Психологічна травма змінює переконання та цінності людини, що є результатом загрозливих для особистості подій, наприклад, втрата свободи, домівки, роботи, приниження гідності, подружня зрада, цькування, психологічне насильства у сім'ї.

Перелічені події порушують усталене життя, змінюють особистісну цілісність людини. В результаті переживання може виникнути дистрес (виснаження), наступити криза. За таких умов зміни психічного стану відмінні від змін, що притаманні психічній травмі. Часто визначення терміна «психотравма» вважають синонімом термін «травмівний стрес», які подібні до визначення «стрес». що є додатковим навантаженням на людину [14, 24, 26]:

а) психотравма є незвичайною подією, яка спричинює важкий психологічний стрес, супроводжується жахом, страхом та безпорадністю;

б) психотравма являється зовнішнім подразником, який патогенно діє на індивіда, провокує переживання і страждання.

Визначень «переживання стресу» і «психотравма» між собою різняться. За результатами аналізу наукових праць слід зазначити, що стрес стає психотравмою за умови перетворення дії стресора у порушення психічної

сфери людини нарівні зі порушеннями соматичних процесів. У цьому разі стресором виступає травмівна подія [1, 14, 27].

У випадках, коли травмівна подія є «зустрічу з фізичною смертю», то наслідки є загрозливими для життя і фізичної цілісності людини, до таких подій відносять: фізичне травмування, поранення, контузії, складні медичні процедури, загибель або смерть побратимів, мирного населення, близьких людей, роль свідка смерті, поранень, страждань, суїцидів, вбивств. Такі події зазвичай викликають психічні травми [1, 29].

У 5-му виданні (DSM-5) Американської психіатричної асоціації [APA] у 2013 році психотравму було визначено «експозицією до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства у один (чи більше) з таких способів [2, 30, 32]:

- 1) безпосереднє переживання травмівної події або подій;
- 2) роль свідка подій, що відбулися з іншими;
- 3) знання і усвідомлення настання травмівної події (-ій) із близькими, у випадках смерті або загрози життю близької людини, коли подія мала насильницький або непередбачений характер;
- 4) переживання багаторазової, можливо надмірної експозиції страшних деталей травмівної події (-ій), (експозиція – це безпосереднє зіткнення із подією, пов'язаною з переживанням).

Психотравма досліджується як «стан», або як «ситуація» або подія (психотравмівна ситуація або психотравмівна подія).

Психотравма як стан констатується переживанням невідповідності сили загрозливого фактору ситуації та індивідуальних можливостей їх подолання [2, 4, 5]. Такий стан супроводжується інтенсивним страхом, гострою безпорадністю і втратою контролю. Також спостерігаються когнітивні зміни та зміни способів регулювання афектів, що викликає іноді тривалі фізичні, психічні і особистісні розлади. Стосовно фізіологічного рівня відзначається порушення біохімічної рівноваги, що пояснює ефект знеболення, надмірного збудження, амнезію, спад імунітету, виснаження;

фіксуються порушення функціонування мозку, насамперед, відбувається блокування міжпівкульної синаптичної передачі, оскільки уражаються мозкові зони, які відповідають за контроль агресії, цикли сну [5, 8, 9, 15, 32].

Переважає частина дослідників зосереджується на вивченні психотравми як стану, який виник по причині травмівної події або ситуації [5, 6]. Відповідно МКХ-10 посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є стійкою реакцією на травмівну подію, а першим критерієм встановлення такого діагнозу є факт перебування в травмівній ситуації. Поширеним визначенням психотравми є сприйняття її як реакції особистості на психотравмівні події (війни, стихійні лиха, нещасні випадки, терористичні акти, аварії, фізичне, емоційне, сексуальне насильства, втрати, горе, захворювання, міжособистісні конфлікти тощо) [3, 12, 33].

Психотравма як ситуація (або подія) являється будь-якою значущою ситуацією або подією з патогенним емоційним впливом на психіку людини, що за недостатністю захисних психологічних механізмів може зумовити психічні розлади [1, 9, 35].

Відмінністю понять «подія» і «ситуація» є те, що при «ситуації» розглядають взаємний вплив особистості і середовища, де провідна роль віддається суб'єктивним чинникам, до яких відносять переживання і розуміння ситуації людиною, її ставлення, а при розгляді «події» наголошують на першочерговості зовнішні чинники [3, 11, 12]. У цьому контексті варто розглянути складники поняття «подія»:

- подія, яка відбувалася або сталося;
- факт події у житті;
- явища, акти суспільного життя, які пов'язані;
- те, що порушує усталене життя;
- щось важливе;
- щось непередбачене; пригода.

Основними рисами травмівної події є неочікуваність та приголомшливість. Також вона за межами звичайного досвіду людини

(аварія, насильство, пожежа тощо). Ці травмівні події визнаються науковцями монотравмами. За умови одночасного впливу кількох травмівних подій використовується поняття мультитравми [15, 23, 36]. Близькими неї є поняття політравма (поєднана, множинна, комбінована травма). Поняття «монотравма», «мультитравма», «політравма» є медичними термінами [37, 38].

Політравми зазвичай викликають суттєві розлади функцій організму, ускладнюють діагностику та лікування, характеризується високим відсотком інвалідності та смертності. Комбіновану травму (політравму) викликають травмувальні чинники, які можуть діюти не одночасно. Характеристики множинних травм використовуються для опису наслідків комбінованих психотравм і мультитравм є запозиченими з медицини.

У політравм є характеристики та особливості [3, 14, 39]:

- синдром взаємного обтяження виражається реакцією на множинну травму, може мати вигляд шокowego стану; чим важче переживається травмівна ситуація тим гірші прогнози;
- сукупність травм ускладнює терапевтичний процес;
- імовірність розвитку супутних розладів та важких ускладнень;
- помітна нечітка симптоматика, яка виступає причиною діагностичних помилок.

Таким чином, наслідками політравм/мультитравм, або кількох одночасних травмівних подій, завжди є важчими за наслідки монотравми. Поняття «повторювана травма» розглядає її як ситуацію, що пов'язана із війною, домашнім насильством, довготривалим жорстоким ставленням тощо. За неї травмівна життєва ситуація часто повторюються схожими подіями. При роботі з наслідками політравм обирають найбільш інтенсивні та значущі для постраждалої людини [3, 39, 40].

Можна визначити, що життєва ситуація особистості являється сукупністю обставин, що вчиняють вплив на поведінку людини, її внутрішній світ та стан, обумовлюючи траєкторії індивідуального розвитку

[9, 21, 41]. Якщо сприймати ситуацію психологічною одиницею аналізу потреб та діяльності людини, то вона є інтегральною характеристикою відповідності можливостей (професійна підготовка, особистісна готовність, психічне здоров'я). Складники життєвої ситуації представлено на рисунку 2.1.



Рисунок 1.1. Складники життєвої ситуації

Джерело: адаптовано [21].

Процес переживання ситуації або події залежить від особистісних характеристик людини, насамперед, адаптативні можливості, які пов'язані із професійною підготовкою; досвідом; стресостійкістю та психологічною пружністю (psychological resilience). Проблеми адаптації проявляються неадекватними реакціями, наприклад: агресивності і дратівливості, або навпаки, тривожність, апатія та відчуженості; зловживання алкоголем, наркотиками, ліками тощо [15, 42].

До особистісних характеристик, здобутих у минулому, належать: наявність психічних розладів або схильності до них у минулому; проблеми фізичного здоров'я; зловживання шкідливими речовинами у людини, або його батьків; присутність особистого досвіду (відсутність) перебування у екстремальних ситуаціях; наявність досвіду позитивного розв'язання

проблем або недостатня готовність до їх вирішення (відсутність підготовки, брак відповідних знань, умінь, навичок); наявність численних психічних травм у минулому, насамперед, травм розвитку (зачаття і до 7 років).

Дослідниками виокремлено 4 типи життєвих ситуацій за рівнем суб'єктивної складності та ступенем впливовості на психічне здоров'я людини [9, 16] .

1. Комфортні ситуації, потребуючі незначних енергетичних витрат, коли ними задовольняються важливі потреби людини, присутнє швидке відновлення від втоми та виснаження.

2. Проблемні ситуації, характеризуються повсякденністю, їх вирішення потребує вибіркової активності, а також психічного та фізичного напруження. Такі ситуації являються стресовими. Вони можуть завершитися дистресом або адаптацією та особистим зростанням, що залежить від особистісними характеристиками людини та соціальними чинниками. Коли адаптація ускладнюється втомою, розчаруванням, погіршенням умов, то наслідком може стати зменшення психічного ресурсу. Коли ситуація вирішується сприятливо для людини, то спостерігається поліпшення психічного здоров'я.

3. Екстремальні, надзвичайні (важкі) ситуації, які пов'язані з посиленням енергетичними навантаженнями, причиною якого є вплив чинників, які можна поділити на групи: 1) несподіваності, небезпеки, невизначеності, новизни; 2) високий рівень інтелектуальної або психофізичної складності (можливо їх поєднання); 3) необхідності поєднання декількох видів діяльності для виконання завдань; 4) негативний груповий вплив; 5) несприятливі природно-кліматичні та часові впливи; 6) смислові розбіжності, можливі спростування попередніх базових смислів або цінностей.

За екстремальних або надзвичайних ситуаціях психічні ресурси людини виснажуються пропорційно зростанню втоми, фізичного і психічного травмування та обернено пропорційно професійній підготовці й

готовності виконувати завдань на основі сформованих базових психофізичних якостей, спроможності повертатися до оптимального стану і процесу відновлення.

Дослідники виділяють чотири типи екстремальних, надзвичайних (важких) 1) стрес; 2) фрустрація; 3) конфлікт; 4) криза [14, 42]. Наведено детальний опис особливостей кожного типу.

Стрес, від англ. «stress – напруження», є неспецифічною реакцією організму на ситуацію. Вважається, що емоційний стрес являється захисною реакцією організму на вплив психічних чинників, викликає потужні емоції). Ситуації вважають стресовими, коли потрібна функціональна перебудова організму, відповідного рівня адаптації [1, 37].

Фрустрація (лат. frustratio означає обман, марне очікування, розлад) є станом, який виникає на основі потужної вмотивованості задля досягнення мети, задоволення потреб і наявності перепони, яка перешкоджає досягнення бажаного. Перешкодами можуть бути зовнішні і внутрішні чинники, до яких відносять: біологічні (старіння, хвороба), фізичні (позбавлення волі), соціокультурні (правила, норми, заборони), психологічні (страх, недостатність інтелекту), матеріальні (грошові ресурси) тощо [1, 2].

Конфлікт (лат. conflictus — сутичка) є особливо гострим способом розв’язання суперечностей інтересів, цілей, поглядів. Зазвичай проявляється в умовах соціальної взаємодії, а основою конфлікту є протидія учасників такої взаємодії, супроводжується, як правило, негативними емоціями [5, 34].

Існує багато визначень кризи, наведемо найпоширеніші:

- а) надзвичайно загрозлива ситуація, яка потребує дій;
- б) поворотна точка життєвого шляху, яка виникає у ситуації неможливості реалізації наміченого життєвого задуму;
- в) вкрай складна, небезпечна ситуація, яка формує нестачу смислу подальшого життя людини, коли реалізація прагнень є неможливою;

г) стан, який породжує проблема, яку неможливо проігнорувати або якої неможна уникнути, а також яку неможливо розв'язати у короткий термін у звичайний спосіб;

д) стан, який формується у зв'язку з накопиченням нерозв'язаних важливих проблем, які провокують втрату смислу попереднього життя, поведінки і діяльності [2, 38].

Ситуації фрустрації та конфлікту можуть стати кризовими, що спроможні сформуватися на фоні дистресу, який переживається як нещастя, горе, виснаження сил та супроводжується порушеннями контролю, адаптації, являється перепорою для саморозвитку особистості.

Дослідники [2, 21, 40] поділяють усі кризові ситуації на серйозні потрясіння та власне кризи. Коли констатується потрясіння, то у особистості присутня можливість повернення до колишнього життя (наприклад, безробіття). А у випадку безпосередньо кризи безповоротно руйнуються життєві задуми, а єдиним виходом являються модифікація особистості, зміна сенсу життя. Травмівні події, що переживаються на фоні кризи фрустрації, дистресу, конфлікту характеризуються ймовірністю розвитку посттравматичних стресових розладів.

4. Гіперекстремальні ситуації – пов'язані із зростанням навантажень, які перевищують рівень адаптаційно-компенсаторних можливостей психіки та організму людини в цілому, вчиняють шкоду психічному здоров'ю. Гіперекстремальні ситуації завжди травмівні. А рівень травматизації екстремальних (важких) та надзвичайних залежить відособистісної готовності та стану психічного здоров'я людини [2].

Поняття «екстремальної» і «надзвичайної» ситуації поширено сприймаються синонімами. У науковій літературі ці поняття було розділено наприкінці ХХ століття. Надзвичайні і екстремальні ситуації разом називають небезпечними ситуаціями. Ці поняття містять багато спільних рис але і характеризуються суттєвими відмінностями, які потребують врахування при організації їх психологічний супровід.

«Надзвичайна» трактується «винятковою, дуже великою, такою, що перевершує все». Надзвичайна ситуація – це обстановка певної території, що сталася у результаті аварії, природного явища, катастроф, стихійного або іншого виду лиха, може стати причиною людських жертв, становити загрозу здоров'ю людей і стану довкілля, привести до суттєвих матеріальних втрат, негативних змін умов життєдіяльності [5, 21]. Надзвичайні ситуації є масштабними небезпечними та екстремальними ситуаціями, які провокують тяжкі наслідки.

Екстремальна ситуація (від лат. *extremus* – крайній) визначається сукупністю умов та обставин, які виходять за рамки звичайних умов, ускладнюють або унеможлиблюють життєдіяльність індивідів, іноді цілих соціальних груп. Екстремальні ситуації є особливо складними небезпечними ситуаціями, коли присутні декілька несприятливих умов і чинників ризику. В екстремальних ситуаціях для захисту життя і здоров'я людини необхідне напруження усіх фізичних та духовних сил [8].

Поняття екстремальна й надзвичайна ситуація відображають вплив небезпечних та шкідливих чинників на людину, ці чинники стали причиною нещасного випадку, можуть проявлятися посиленням негативним емоційно-психологічним впливом. Варто наголосити, що найсуттєвішою відмінністю все ж таки між екстремальною й надзвичайною ситуацією являються безпосередньо джерела травмування. Зокрема, надзвичайні ситуації [8, 15] являються наслідком аварій, природних явищ, стихійних лих, техногенних катастроф, які стають причинами людських жертв, небезпеки здоров'ю людей, суттєвих матеріальних втрат, руйнації умов життєдіяльності людей. Джерелом травмування при екстремальній ситуації являється людина або суспільство.

Слід наголосити, що особливістю боротьби зі стихією і техногенними катастрофами є об'єднання людських зусиль, єдність громади. За умов екстремальної ситуації джерелом травмування виступає саме людина або суспільство, саме тому поширено зустрічається, як наслідок, втрата довіри

до людей. Відповідно масштабам надзвичайні і екстремальності ситуації є: загальнодержавними; регіональними; місцевими; об'єктовими [9, 30]. Психотравми надзвичайних і екстремальних ситуацій визначають і констатують як колективні.

Колективна травма є психічною травмою, яку має група людей будь-якої чисельності, або навіть ціле суспільство, що відбулося внаслідок соціальної, техногенної, екологічної катастрофи, є результатом злочинних дій політичних, соціальних суб'єктів. Причинами колективних травм є війни; геноцид; катастрофи (техногенні і гуманітарні); стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції; депортація великих груп людей за різними ознаками; обмеження свободи груп людей (концтабори); релігійні, політичні репресії; акти тероризму; вбивство, трагічна загибель суспільних лідерів, кумирів [4, 33].

До особливостей колективних травм відносять:

- 1) необмеженість у просторі охоплює людей, які безпосередньо не причетні до травмувальних подій;
- 2) протяжність у часі, зазвичай травма від'єднується від конкретної події, укорінюється в історичній пам'яті, як правило, проходить через покоління, може проноситися наскрізь епох, тоді таку травму класифікують історичною;
- 3) жертвами колективної травми являються соціальні групи, які стали об'єктами травматизації .а не окремі люди;
- 4) відчуття травми всією групою, навіть без особистої причетності;
- 5) тривалість (приховані наслідки при замовчуванні продовжують переживання травми в часі).

Рівень травмованості може бути якщо група переживає несправедливість від того, що трапилося; факти невинних загиблих; травмування відбувалися в результаті свідомих чи навмисних дій людей (вигнання, катування, страта);

- жертва полишена можливості чинити опору (смерть у концтаборі, у полоні).

Психологічними наслідками колективної травми є: загострення і зростання психологічних проблем; соціальна фрустрація; посттравмівні стресові, супутні розлади; загострення та збільшення соматичних хвороб; ідеалізація власної соціальної групи та вороже ставлення до інших груп, насамперед, до тих, хто вважається відповідальним за травмування [4, 9, 15].

1.2. Кризи життєвих втрат

Поняття «криза» виникло від грецького слова «κρίσις», що у перекладі означає рішення, поворотний пункт. Поняття «кризовий стан» означає психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму або знаходиться в умовах можливої психотравмівної події [21, 39]. Для цього стану характерно хвилювання, тривоги різного рівня інтенсивності; фокус на психотравмівній ситуації; переживання безпорадності, відсутність надії; песимістична оцінка власного Я, даної актуальної ситуації і майбутнього; ускладнення планування діяльності.

Існує така класифікація типів втрат: 1) втрата рідних і близьких людей (інтенсивність залежить від значущості таких людей); 2) соціальні втрати (втрата роботи, навчання); психічні і фізичні (втрата здатності та можливості: переважно супроводжується фізичними стражданнями); духовні (розчарування або втрата віри); матеріальні (втрата домівки); психологічні втрати (різкі зміни сприйняття себе, втрата фізичної привабливості) [5, 40].

Слід наголосити, що іноді можливе одночасне переживання декількох втрат одночасно. Також втрати бувають дійсними та уявними. Фактична втрата – це втрата, яка відбулася, вона є очевидною для інших людей. Підґрунтя уявної втрати психологічне, вона має значення лише для людини,

яка її переживає, іноді взагалі на самоті (наприклад, синдром «пустого гнізда»).

Отримання інформації про втрату супроводжується переживанням певних етапів [17]. Етапи переживання втрати: 1) первинна взаємодія із втратою (шок); 2) усвідомлення з подальшим прийняттям події; 3) горювання; 4) одужання.

За умови переживання втрати за патологічним сценарієм два останні етапи відсутні, у цьому випадку біль втрати активно впливає на життя. Симптоми переживання втрати: типові і патологічні [1, 2]. Типовими симптомами переживання втрати є порушення сну, порушення ваги; підвищення дратівливості; зниження уваги; втрата інтересу; пригніченість; втома, апатія; відчуження та прагнення усамітнення; плач; провина; суїцидальні думки; зловживання ліками; ототожнення із померлим, а можливо і відчуття її присутності.

Патологічними проявами втрати є тривале переживання горя (кілька років); відсутність прояву страждань більше ніж два і більше тижнів; тяжка депресія із безсонням; напруження та самозвинувачення; поява психосоматичних хвороб (виразковий коліт, ревматичний артрит, астма); зміна чутливості, іпохондрія; надмірна активність; ворожість до конкретних людей; зміна стилю життя людини; стійка відсутність ініціативи; слабкий вираз емоцій; стрибки настрою у коливанні від страждань до самовдоволення у короткому проміжку часу; зміна відношення до друзів та родичів; роздратованість; відсутність бажання соціальних контактів; прагнення самоізоляції; розмови про суїцид [21, 28, 31].

Типові кризи, які спричинені втратами, українськими дослідниками наводяться з сьогодення України. Зокрема, втрата близьких людей являється найтрагічнішою подією у житті людини, а витіснення переживання та «заборона на переживання» являються поширеними, призводять до оніміння емоційних переживань і почуттів. Якщо людина не спроможна перейти до

стадії горювання, це витісняє переживання та може бути причиною хвороби або навіть смерті.

Наслідками перебування у зонах воєнних конфліктів можуть бути хвороби, які провокуються інтенсивністю стресу та втоми. Проте, важливе значення має позиція особистості щодо встановленого діагнозу. Концентрація на жалю до себе, може сформувати деструктивну, депресивну взаємодію людини з недугою, чим посилюється симптоматика [17].

Взаємодія із хворобою являється процесом переживання нового стресу, який може стати або психологічним потенціалом активізації особи, або травматичним досвідом, який стане причиною відмови від життя.

Е. Кюблер-Россом запропоновано фази взаємодії з невиліковною хворобою, які за своєю природою схожі на переживання втрати близької людини): 1) заперечення хвороби; 2) протест; 3) «торги»; 4) депресія; 5) прийняття [21, 36].

Найгостріше втрата здоров'я переживається учасниками бойових дій, оскільки багатьох спостерігається потрійна травматизація: 1) втрата побратимів; 2) усвідомлення байдужості до трагедії війни цивільним населенням; загострення відчуття. Такі переживання мають за наслідки втрату сенсу життя, що провокує відмову від пошуків шляхів подолання хвороби.

Варто наголосити, що криза від втрати волі і свободи пересування властива перебуваючим у полоні, заручникам. Внутрішня свобода людини відноситься до екзистенційних переживань, а зовнішня свобода визначає психофізичну дійсність, образ простору та часу і місця людини у цьому просторі і часі. Обмеженість свободи стає причиною психофізіологічних змін особистості. Формування стратегій поведінки людини у полоні залежить від особистісних якостей заручника. Зазвичай виокремлюють наступні стратегії поведінки:

- істероїдна (плач більш характерний для жінок, для чоловіків властива агресивна поведінка). Накопичено агресія часто є передумовою героїчних вчинків;
- стійка (властива особистостям з непорушними цінностями, розумною сміливістю, обережністю, що являються основним ресурсом виживання);
- пригнічена (домінування страху, безпорадності може викликати розвиток шизоїдних проявів);
- інтегративна (інтеграція у простір терориста) [36].

Коли планується надання психологічної допомоги людям, які перебували у полоні, обов'язково досліджується і враховується використовувана ними стратегія поведінки для виживання. Саме врахування обраних патернів особистості допоможе вибудувати екологічну стратегію психологічної підтримки. Обов'язково звертають увагу на умови перебування у полоні. Зокрема, при наявності взаємодії з терористами і харизматичності злочинця може виникнути «стокгольмський синдром», якому властиві співчуття до терористів, а прихильність до людей безпосередньо перетікає у прихильність до справи терористів.

Психологічна травма при складних і тяжких умовах полону стає причиною важких психологічних станів, зокрема:

- почуття нескінченної апатії, внутрішня притупленість і байдужість, можливе поступове психічне вмирання;
- почуття болю від свавілля і принижень несправедливого ставлення;
- примітивізація, коли єдиною цінністю залишається або виживання, або смерть;
- втрата сьогодення і майбутнього, відступ;
- викривлення фундаментальних уявлень про реальність, яке руйнує первинну фундаментальну мотивацію, формуючи недовіру до світу [17].

Після звільнення з полону людина обов'язково має пройти психологічну реабілітацію, а лише потім повертатися до своїх близьких у цивільне життя.

Криза життєвих втрат стосується не лише населення, яке проживає у зонах екстремальних ситуацій. Її переживають військовослужбовці, медики, працівники ДСНС, волонтери, добровольці. Причиною кризи можуть бути: втрата майна, втратою коштів (крадіжки, банкрутство), втрата роботи. Варто наголосити, що переживання таких криз залежать від особистісних якостей людини, життєвих настанові досвіду [11]. Досвід психологів по роботі з переселенцями визначає три базові стратегії «виживання» при нових умовах:

1. Втрата сприймається як ситуативна складна задача, яка передбачає пошуки розв'язання.
2. Сприйняття ситуації як деструктивної події, що в подальшому приводить до відмови від розвитку.
3. Сприйняття втрати як трагедії своєї особистості. У цьому випадку незначні втрати або зміни є причиною дезорганізації, можливо і спроб суїциду.

У зв'язку з війною сьогодні в Україні спостерігається суттєве збільшення випадків суїцидів, офіційна статистика доводить факти 20-22 самогубства на 100 тис населення, що за показниками є третім місцем серед країн Європи [5, 7, 10]. Фахівці визначають однією з причин суїцидальності відчуття власної неспроможності, сприйняття себе проблемою для родини. За таких умов акцентується на втратах та власній відповідальності за втрати з одночасною відсутністю відповідальності за подальшу долю власної родини, яка зміниться після скоєння суїциду.

1.3. Психологічні особливості людей у травмівних ситуаціях

Особливістю психотравм являється довго строковість та міцність впливу, які не можуть проходити самостійно, залишаються у свідомості,

майже не забуваються або забуваються повільно. Наслідками психотравми є неврози, ізоляції людини, виникнення або загострення психічних хвороб, підвищена концентрація виключно на власному болю і переживанні. Найсильніші психотравми відкладаються у глибинах підсвідомості, але можуть активізуватися будь-якої миті.

Повтор психотравматичного переживання можливий при повторі, або нагадувані травмуючої події. Симптоматика такого явища містить емоційні і фізичні ознаки. В медичних закладах психотравми від важкого стресу мають код МКБ 10-F43, а при проявах неврастенії код F48.0 [21, 29]. Першими ознаками можуть бути різкі зміни настрою, які проявляються перепадами від апатії з байдужістю до дратівливості і люті, які складно контролюються травмовою особистістю. Зазвичай травмована людина соромитися своєї слабкості та нерішучості, відчуває провину за травмуючі ситуацію. Спостерігається сильна туга та почуття безвиході, людина стає замкнутою, асоціальною, уникає будь-якої присутності інших людей. У цьому випадку супроводжуючими симптомами є неспроможність концентрації уваги і зосередження, присутні постійні тривога і безпричинний страх.

Людина з психотравмою втрачає віру у допомогу від інших. Частими проявами є порушення сну із безсонням і кошмарами. До емоційних симптомів травмуючої події належать: шок, втрата віри, відмова від допомоги; лютя, різкі зміни настрою, дратування; звинувачення себе і переживання провини; покинутість та сором; відчуття безвиході та туги; порушення концентрації та розгубленість; тривога та страх; замкнутість [28, 36].

Присутні також фізичні симптоми травми: лякливість; безсоння, кошмари; хронічний і гострий біль; підвищена втома; проблеми із серцем; порушення уваги; метушлива поведінка; постійне напруження м'язів.

Наступним важливим етапом у роботі із травмованими особистостями є спостереження та діагностування стратегії, яку обирає людина. Основними особистісними стратегіями можуть бути: 1) спотворення дійсності; 2)

формування альтернативної (бажаної) реальності; 3) спростування прийнятих законів та принципів формальної логіки; 4) заперечення ефективності прогностичних здібностей [8, 39].

Слід зазначити, що обрання стратегії залежить від віку, психічної конституції особистості та проявляються по-різному. Наприклад, у дитячому віці поширеною є дисоціація (причиною є жорстоке поводження, сексуальна наруга), що може мати прояв у вигляді «феномену уявного партнера». Стратегія конструювання альтернативної (бажаної) реальності проявляється у іграх та фантазіях, у зрілому віці ж віці має вигляд різних залежностей (ігроманія, алкоголізм).

Дослідником Д. Холлісом були виділені такі симптоми психотравмуючої ситуації: нав'язливі думки про подію, візуалізація події; втрата пам'яті; дезорієнтація; зміни настрою; самоізоляція; втрата інтересу; лякливість; високий рівень втоми; фізіологічні прояви (біль у тілі, тахікардія, невроз, безсоння); сексуальна дисфункція; порушення харчової поведінки; постійна стурбованість, підвищений рівень пильності, пошук попереджень; пригніченість, депресія, відчуття провини, сорому, страху, дратівливості, підвищений рівень тривожності, тривога, панічні атаки [14].

Дослідником Ф. Руппертом були виділені чотири групи психотравм:

- 1) екзистенційна психотравма (19,6% респондентів визнали такі психотравмуючі ситуації як: нещасний випадок, напад, невиліковна хвороба, насильство, терористичний акт, автокатастрофа, сексуальне насильство);
- 2) переживання втрати (25,5% вважають психотравмою смерть близької людини, улюбленої тварини);
- 3) травма відносин (48% респондентів визнають ситуації зради психотравмуючими ситуаціями);
- 4) ситуації насильства (6,9% респондентів зазначають про такі види психотравми як побиття, насильство) [34].

Така класифікація надала можливості визначити найбільш поширений тип психотравми, який переживають люди протягом життя травмою

відносин. Таким чином, травма відносин являється найпоширенішим типом психотравм, які переживають люди протягом життя. Важливі результати були отримані при дослідженнях строків давності травмуючих подій. Учасниками було зазначено, що травма втрати відбулася з ними у середньому дев'ять років тому; екзистенційні травми – шість років тому; події травми системних відносин – 4,5 роки тому. Було відзначено, що травмівним відносинам (зради, відкидання) властивий найкоротший часовий інтервал – 3,7 роки [2, 14, 21].

Яз загальний висновок можна констатувати, що травми втрат і екзистенційні травми самі по собі не проходять, а нагадують про себе переважно у віддаленій перспективі. Учасниками досліджень із травмою втрати вказувалося на травмуючі події, що мали давнину від 2 до 45 років. Люди, які пережили екзистенційну травму наголошували на періоді від 1 року до 30 років. Відмінними є травми відносин, які люди характеризували термінов від 1,5 до 15 років, а травми системних відносин мали термін від 0,5 року до 10 років тому. Відмічено, що актуальними та найбільш поширеними є травми відносин, пов'язані із відкиданням, зрадою, зрадами [36].

Дослідження наукових праць дозволяє виокремити наступні стратегії подолання різних типів травм та визначені способи вирішення емоційного конфлікту. Варто наголосити на тому, що уникнення, непрямі дії та маніпуляції підсилюють екзистенційну травму. А підвищення життєстійкості знижує уразливості людини до травмуючої події, що має екзистенційний характер (нещасні випадки, насильство, хвороби). Конфлікт уникаючої і маніпулятивної поведінки (поведінка жертви) можна вважати вичерпаним після формування навичок життєстійкого опанування травми.

Підвищення життєстійкості шляхом залученості і контролю сприяють зниженню рівня дратівливості, гіпертрофованих реакцій страху від імовірного впливу травмуючої ситуації, психічного і фізіологічного збудження, яке обумовлюється спогадами травмуючої ситуації (втрати). Переживання травми втрати можливе шляхом вирішення конфлікту, буде

виражатися пасивною, непрямую і захисною поведінкою через навички життєстійкого опанування (залученість, відкритість світу, інфернальний локус контролю) [31].

Люди з травмою відносин поширено вдаються до поведінки жертви, що направлена на зихист. Також непрямі дії (маніпуляція) деякою мірою здатні знизити травматизацію, але не являються ефективним засобом подолання. Встановлено, що чим вищий рівень травматизації особистості при переживанні травми системних відносин, тим активніше посилюються асоціальні та агресивні дії постраждалого, переслідуючи метою звільнення від душевних страждань.

Дослідженнями доведено, що будь-яка травма віктимізує особистість і формує багато конфліктів, що примушують людину обрати віктимний або життєстійкий способів подолання заподіяної травми. Молоді люди належать до більш вразливої групи та знаходяться в зоні високого ризику стати жертвами насильства, маргіналізації, небезпечних ситуацій. Але варто важливо наголосити на тому, що будь-яка людина, незалежно від віку, соціального статусу та культурного рівня здатна пережити травму.

1.4. Можливі наслідки психотравми та перспективні напрями психологічної допомоги

Дослідження неврології і психіатрів наголошують на тому, що травма стає причиною утворення у мозку людини ділянки, які неповноціно омиваються кров'ю, бо всеохопний генералізований страх приводить до зміни мозкового базису інтелектуальної діяльності. Такі зміни унеможливають продукування творчої думки. Симптоми психотравми можуть бути присутні кілька місяців, у випадках їх зникнення залишається висока ймовірність повторної появи, що пов'язано з присутністю емоційної

пам'яті [17]. Травмовані люди, які не можуть опанувати свої емоції та характеризуються помітними психічними розладами, потребують спеціальної терапії. Лікування при психологічних травмах показано в тих випадках, коли людина не може впоратися з наслідками негативних обставин самотужки.

Науковці припускають спроможність психологічної травми бути причиною розвитку межових станів психіки, розладів невротичного рівня, насамперед: (нав'язливі страхи (тривожно-фобічні); нав'язливі думки і ритуальні дії (обсесивно-компульсивні); істерія (конверсійні); неврастенія (астенічні); депресія (афективні).

Психотравмуючі події являються небезпечними і загрозливими для людської особистості, оскільки змінюють життя та функціонування психіки за чотирма головними вимірами:

- зміна внутрішнього відчуття себе у світі («Я – Духовне»), що виражається зміною системи цінностей та сприйняття концепції навколишнього світу;
- зміна суб'єктивної характеристики перебігу часу (за настання травматичної ситуації час може або «зупинятися», або його не вистачає), («Я – Реальне»);
- зміна відчуття безпеки («Я – Соціальне»);
- зміна фізичного стану («Я – Тілесне») [39].

Такий підхід до значення впливу психічної та психологічної травми на людину допомагає обрати найбільш ефективну біопсихосоціоетичну модель психологічної допомоги, якою охоплюються чотири рівня роботи із наслідками психотравмуючих подій та формуються умови можливості застосування відповідних цим рівням методів психологічної допомоги (Див. рис. 1.2) [14].



Рис. 1.2. Біопсихосоціоетична модель психологічної допомоги при впливі психотравмуючих подій

Джерело: [14]

Запропонована Д. Бріером і К. Скотом модель обґрунтовує важливість і необхідність практичного застосування психотерапевтичних напрямів, наприклад, мультимодальний підхід психологічної допомоги за якого психотравму сприймають як складне багаторівневе явище, що потребує використання коригуючих психологічних технік. Система психологічної допомоги ґрунтується на принципах комплексності, диференційованості, етапності [12].

У роботі з психотравмами варто звернути увагу на психодинамічний підхід, у відповідності до якого травма являється несвідомим психічним процесом та пропонує використовувати методи катарсису та відреагування для подолання наслідків травми [3]. Заслуговує на увагу поведінковий підхід, за умови використання якого значна увага приділяється фобічним реакціям, що стали результатом травми. За умов такого підходу рекомендовано використання методів біологічного зворотного зв'язку, технік релаксації, які спрямовані на нормалізацію реакцій на лякаючі ситуації. Методи екзистенційно-гуманістичної психотерапії націлені на подолання наслідків травми, пов'язаних із опрацюванням екзистенційних «даностей»,

(«свобода», «смерть», «ізоляція», «беззмістовність»). Ці методи спрямовані на перетворення сенсу переживань, які викликані психологічною травмою. За використання гештальт-підходу робота із травмою зусилля спрямовуються на відновлення перерваного циклу реалізації потреб та подолання захисних механізмів. За даного підходу поширеним є метод незавершених ситуацій, різні техніки діалогу та роботи з почуттями і тілом [4, 12].

Сучасним методом психотерапії різного роду травм є соматична терапія травми (СТТ), яка опрацьовує травматичний досвід цілісно і завершено. Основи соматичного підходу було закладено у роботах П. Левіна. Цінністю цього виду терапії є зосередження та призначення роботи з шоковою травмою, а в подальшому з іншими її видами (емоційні травми, дитячі травми, травми розвитку, переживання горя, втрати). Специфікою СТТ є акцентування на тілесному досвіді при виникненні травми та у роботі з нею. За такого підходу травматичні реакції сприймаються, насамперед, як реакції тіла на виникшу травматичну подію. У цьому контексті травма визначається результатом порушення природних психобіологічних процесів, тому може бути зцілена. Автор СТТ вважає травматичні симптоми результатом переривання захисних реакцій втечі, боротьби або заціпеніння. Саме ці реакції являються природною відповіддю живої істоти на травматичні події та результатом накопиченого збудження нервової системи (залишкова енергія), що мала бути спрямованою на зустріч із травмою, але не знайшла виходу (розрядки) [1, 22].

Соматичною терапією травм передбачається завершення незавершених реакцій, розрядка підвищеного збудження, або зупиненої енергії, що має на меті звільнення від травматичних симптомів, перетворення травматичних дезадаптивних реакцій на адаптивні захисні реакції. Відповідно підходу П. Левіна психотерапевтична робота із травмами можлива завдяки пробудження природної здатності до саморегуляції. На думку дослідника природна здатність до саморегуляції є психологічною та біологічною здатність людини до самоорганізації.

Саморегуляція визначається дослідником природною здатністю людини до самозцілення, яка формується внутрішніми ресурсами організму, відбувається завдяки активації та тілесному усвідомленні, які допомагають подолати психічну травму.

Підхід СТТ передбачає діагностування основних травматичних симптомів, що з'являються у людини за будь-якого виду психічної травми:

- гіперзбудження (прискорене серцебиття та дихання, безсоння, порушення сну, плутанина думок, тривога, підвищена тривожність, панічні атаки);
- заціпеніння;
- безпорадність, що включає пригніченості та розбитості;
- дисоціація тіла і свідомості [12].

В процесі проведення дослідження було досліджено техніку десенсибілізації і переробки травмуючих переживань за використання руху очей (ДПРО) (англ. EMDR). Цей метод було запропоновано у 1987 році Ф. Шапіро [21]. Поширеним є сприйняття цього методу для лікування випадків одиначної травматизації (травма у результаті автокатастрофи), але існує досвід його використання у лікуванні агорафобії та депресії, також панічних симптомів.

Також відомо, що ДПДГ застосовували при лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників бойових дій, у жертв насильства, катастроф, стихійних лих, при панічних і диссоціативних розладах. Вже в перші роки свого використання ДПРО зарекомендував себе як високоефективний у роботі з ветеранами військових конфліктів. В ході терапії пацієнти звільнилися від обтяжливих нав'язливих думок та спогадів, кошмарних снів та інших проявів ПТСР [7].

Варто наголосити, що ДПРО визнає основою психопатологій попередній життєвий досвід, якого набувала особистість з раннього дитинства. Метою психотерапії за використання цього методу є швидка переробка дисфункціональної спадщини, яка отримана у минулому з

подальшим перетворенням цієї спадщини на користь особистості. За допомогою ДПРО дисфункціональна інформація зазнає спонтанної зміни своєї форми та значення, включаючи інсайти і афекти, які швидко підсилюють потенціал клієнта. Основу методу становить уявлення про присутність в усіх людей особливого психофізіологічного механізму, який являє собою окрему адаптивну інформаційно-переробну систему. Передбачається, що її активізація провокує спонтанну переробку і нейтралізацію травмуючої інформації, що викликає позитивні зміни когнітивної сфери, емоції і поведінку.

Дослідження доводять, що важкі психічні травми та стреси здатні блокувати діяльність адаптивної інформаційно-переробної системи. У такому випадку спогади травми, уявлення про неї, а також поведінкові реакції не отримують адаптивного дозволу, зберігаючись у ізолюваному стані у центральній нервовій системі людини. Відбувається ніби «замороження» негативної інформації, вони зберігається тривалий час у первісному, непереробленому вигляді, відбувається ізоляція нейронних зв'язків мозку і таким чином забезпечується доступ до травмуючих спогадів та асоціативних зв'язків пам'яті. За такої ситуації відсутнє нове навчання, так як відповідна психотерапевтична інформація не зв'язується з ізолюваною інформацією про травмуючу подію [9, 10, 21]. В результаті негативні емоції, образи, відчуття та уявлення минулого потрапляють у сьогодення, стають причиною потужного душевного і фізичного дискомфорту. Метод направлено на використання руху очей або інших стимулів, які здатні активізувати переробку травматичного досвіду аналогічно нормі на стадії сну із швидкими рухами очних яблук. За результат передбачено розблокування ізолюваної нейронної мережі мозку, яка містить травматичний досвід, за рахунок повторюваних серій рухів очей, що реалізується через десенсибілізації і прискореній когнітивній переробці. Спогади із негативним емоційним зарядом переходять у більш нейтральну форму, а уявлення і переконання людини здобувають конструктивного характеру [7].

Раптові негативні події зазвичай мають тяжкі наслідки. Психологічна травма завдає шкоди фізичному здоров'ю та соціальному життю людини. Пережита травма іноді стає причиною перегляду принципів і пріоритетів життя людини. Негативним результатом зазвичай стає втрата бажання особистісного розвитку, значення соціального статусу, втрата добрих стосунків із близькими людьми.

Психотравми мають відбиток на сексуальному житті людини, виникає скутість, замкнутість та недовіра, що відмову від інтимної близькості. У жінок травмуючою ситуацією може бути важке розставання, кохання без взаємності, насильство, сексуальне домагання, переривання вагітності [14, 39].

Безпосередні реакції людей після травмуючої ситуації являються складними, які формуються на основі власного досвід, існування природних опор, присутність навичок подолання стресових ситуацій, соціальні правила. Не залежно від ступеня вираженості реакції на травму, вони є природними, та не є ознакою психопатології. Методи подолання коливаються від орієнтованих на дії до рефлексивних дій, від емоційно-експресивних до стриманих. Методи подолання є другорядними, а визначальну роль відіграє ступінь їх успішності, якою продовжуються або коригуються ці методи, регулюються емоції, підтримується самооцінка, підтримуються та налагоджуються міжособистісні контакти.

Початковими реакціями на травму можуть бути виснаження, смуток, тривожність, розгубленість, збудження, плутанина, оніміння, дисоціація тощо. Такі реакції є нормальними, з ними стикалися переважна частина постраждалих, ці реакції вважають соціально прийнятними та психологічно ефективними. але обмеженими за дієвістю. Більш серйозні реакції виражаються постійними стражданнями без періодів спокою або відносного спокою, потужні симптоми дисоціації та нав'язливі спогади, які присутні навіть за умови повернення у зону безпеки. Затримки реакцій на травму включають розлади сну, постійну втому, кошмари, страх повторення явища,

депресію, тривожність, уникнення емоцій, відчуттів, діяльності, які пов'язані із травмою.

Варто наголосити, труднощі регулювання емоцій, насамперед, гніву, тривоги, смутку та сорому, властиві людям молодого віку. У літніх людей емоційна дисрегуляція зазвичай недовговічна, присутня реакція на травму, а не на постійну картину. Травмовані люди часто намагаються відновити емоційний контроль вживаючи наркотичні речовини, але це лише поглиблює проблему і викликає більші емоційні порушення. Інші самостійні зусилля пережити психологічну травму і відновити емоційний контроль можуть включати поведінку високого рівня ризику, зокрема, самопошкодження, непорядковане харчування, нав'язлива поведінка, ігromанія, також можлива відмова від емоцій. Але не усі форми поведінки, спрямовані на саморегуляцію, являються негативними. Люди також використовують творчість, здорову діяльність як способи управління сильним впливом травми. Така позитивна діяльність може виражатися відновленням бажання до фізичних навантажень, заняття спортом, початком соціальних проєктів для постраждалих від травми [12, 21, 37].

Травматичний стрес викликає дві протилежні емоції: почуття або занадто сильне (переповнення), або занадто слабе (оніміння). Терапія направляється на оптимізацію рівня емоцій та екологічного переживання і врегулювання важких емоцій. Регулювання та додання неприємних емоцій є основним завданням психолога при роботі з такими клієнтами, це передбачає навчання та здобуття нових навичок [14, 39].

Слід наголосити на порівнянні «відбитку» фізичної травми на тілі і слідах травми на психіці протягом життя. Тому важливими моментами у прийняття і відновленні є психологічна допомога, підтримка близьких і оточення, самопідтримка. У терапії використовується групова, індивідуальна та сімейна психотерапія. Ефективність допомоги залежить від рівня тяжкості психологічної травми, здатності людини висловити горе, розділити його з іншими, що являється ресурсом і засобом подолання травми. Але за умови

вираженої психологічної травми необхідний супровід психіатра із медикаментозним лікуванням.

Психологічну травму ще називають емоційною, оскільки в наслідком неї є зміна поведінки та реакції людини на звичні речі. Психотравма переважно несподівана, що виключає імовірність підготовленості і неспроможності контролювати ситуацію. При цьому, зазвичай фізичне здоров'я може залишатися неушкодженим, тому що першочергово страждає нервова система. Вплив травми негативний і потужний, що робить природну гнучкість психіки неспроможною, а відчуття втрати полишує можливості впливати на події, які відбуваються навколо. У цьому контексті важливе значення має рівень підготовки і кваліфікації психотерапевта або психолога, його здатність витримувати сильні переживання пацієнта, при цьому залишатися у контакті. Важливо знати про ймовірність ре-травматизації та вживати заходів щодо її виключення. Особливо важливими для фахівця працюючого з травмами є навички самопідтримки, зчитування соматичного резонансу, відчуття і вибудовування кордонів, здоровий рівень емпатії, фізична та психічна стійкість [1].

Лікування психічної травми може здійснюватися через прогресивний підрахунок (ПК), соматичним переживанням, біологічним зворотним зв'язком, сенсомоторною психотерапією. У роботі з травмами популярності набуває когнітивно-поведінкова терапія, яку застосовують при усуненні симптомів психологічної травми та зі стресовим розладом. У відповідності рекомендацій Інституту медицини когнітивно-поведінкові методи визнані найбільш ефективними у лікуванні ПТСР [15, 29, 37].

Самостійним у лікуванні наслідків психотравм є травмотерапія, яка являється адаптивним способом психологічної допомоги, направленим на роботу зі спогадами, які пов'язані із психотравмою, на основі чого постраждалий отримує можливість опрацювати і зрозуміти думки, почуття, спогади, отримати мотивації для особистісного розвитку, базою якого стануть навички життестійкості, контролю власного Его, компліментарності тощо.

Травмотерапія поділяється дві частини: на психічне утворення і види технік: когнітивна, емоційна і експериментальна обробка; обробка травми та емоційне регулювання.

Найбільш використовуваним засобом боротьби із травмою є поступове витіснення її з пам'яті. Травмованій людині пропонують забути, прийняти факт минулого, звернутися до майбутнього, думати про хороше та спрямувати зусилля на нову справу. Однак, в силу впливу психотравми це здійснити майже неможливо, оскільки вона повністю змінює реальність існування людини, чим унеможлиблює реалізацію її ігнорування. Окрім цього, травмована особистість зазвичай сприймає світ волим середовищем, відчуває власну беззахисність, яка поглиблюється досвідом зіткнення із травмою [12, 20].

Таким чином, порушується життєвий лад людини, її існування відбувається у небезпеці, сьогодення виявляється нестерпним, а майбутнє – лякаючим. Психотравма здатна знижувати рівень свідомості, знижує рівень розумової активності, виснажує внутрішні ресурси. Але такий стан людини може не помічатися оточенням, особливо, коли травма не вкладається у загальноприйняті рамки (смерть, катастрофа, хвороба, насильство). Специфіка психологічної травми схожа споріднена із специфікою стресу, який визначався Гансом Сельє сприйняттям самої події, а не її характером. Тобто, люди по-різному сприймають одні і ті ж події, переживають їх по-іншому. Виходячи з цього можна зробити висновок, що психологічна травма обумовлюється як зовнішньою подією, так і уявленнями та психологічним складом особистості.

Життя людини після травматичної події пов'язується з травмою, або прямо, або опосередковано. Установки життя набувають рис оборони з метою уникнення повторної травми, поведінка і самопочуття є тривожними, прослідковується тенденція самозвинувачення та обмеження активності. З часом прямий зв'язок такого стану і травми може втрачатися і ставати непомітним, зміни людина вважає своїм особистісними рисами, а оточення

констатує ці перетворення природними рисами людини. Важливо наголосити, що травматичні події стали причиною втрати життєвих сил і душевної рівноваги багатьох людей [1, 4, 11, 21, 38].

Важливо наголосити, що психологічна допомога спеціаліста дозволяє вийти на рівень позитивної динаміки подолання, людина відчуває себе впевненішою і ґрунтовнішою, небезпека розвитку хронічного посттравматичного синдрому зводиться до мінімального рівня. Усвідомлення складності можливих наслідків психотравми надають впевненості і реалістичності майбутнім планам особистості, що напрямую залежить від рівня ефективності психологічного опрацювання повного комплексу травматичних переживань.

Поведінкові підходи до травми концентрують увагу на специфічних стимулах і фобіях. Терапією спрямовано на протистояння із неприємними ситуаціями до моменту вибудови "звичних" реакцій. У цьому випадку застосовують методи біологічного зворотного зв'язку, техніки релаксації, якими дезактивується збудження, виникаюче в результаті пережитої травми. За допомогою цього методу можливе усунення окремих симптомів травми, але глибинні шари та витоків травми залишаються непорушеними.

За використання когнітивного підходу до різних посттравматичних симптомів і тривожних станів, наголошують на значенні когнітивних та перцептивних чинників їх виникнення. Недоліком є ігнорування значення чуттєвого досвіду, тілесного переживання та реакцій та їх ролі у детермінації поведінки і свідомості.

Соматична терапія психічної травми являється тілесним підход, який засновано на нормальній інстинктивній поведінці при травмі, яку визначають моделлю лікування травматичних розладів. Відповідного цього підходу травма є результатом незавершеної інстинктивної реакції втечі або боротьби, що являється природною відповіддю організму на травмуючу подію. Підходом передбачено використання біології людини на користь психології та психотерапії. Зокрема, П. Левін вважає, що здатність вирішення та

завершення травматичних епізодів вбудована у біологію людини. Ним наголошується та необхідності вивільнені енергії мобілізації при загрозі для утримання себе у здоровому стані. Така розрядка завершує реакцію на загрозу, дозволяє повернути нормальне функціонування. Здатність організму адекватно відповідати на умову середовища з подальшим поверненням до вихідного рівня функціонування називається гомеостазис. Наголошується, що у соматичній терапії використовують природну здатність людини до самозцілення, саморегуляції, інші внутрішні ресурси організму [12].

Метод соматичної терапії при психічних травмах було розроблено для роботи із шокowymi травмами. В подальшому досвід його використання при інших видах травм (емоційні, травми розвитку, реакції горя, втрати, конфлікти) показав високий рівень ефективності, а можливість звернення до тілесного досвіду у реальній практичній терапевтичній роботі визначає його універсальність.

Проведений аналіз підходів до визначення і констатацію, а також напрямів подолання наслідків психологічної травми доводять складність її, як явища, відсутність односно ефективного психотерапевтичного підходу, який можна було б вважати «самодостатнім» для роботи із травматичними розладами. Кожен із розглянутих підходів спрямовано на опрацювання певного аспекта травматичного переживання: тілесного, емоційного, смислового, поведінкового. Таким чином, ефективною можна назвати ту психологічну роботу із психічною травмою, в процесі якої розробляється та використовується комплексний інтегративний психотерапевтичний підхід, за допомогою якого стало б можливим опрацювання цілісного досвіду травматичного переживання [5, 11, 21].

Важливе значення має спільний пошук (психолога і клієнта) ресурсів, які необхідно направити на подолання проблеми. Такі ресурси можуть бути зовнішніми та внутрішніми. В якості зовнішніх ресурсів можуть бути люди, нематеріальні і матеріальні ресурси, а в якості внутрішніх ресурсами є усвідомлення власних умінь, успіх у минулому, спогади, природа, ігри,

захоплення, хобі, оволодіння новими навичками. Дія таких ресурсів відразу помітна, наприклад, приємні спогади викликають посмішку, уповільнюють мову. У такому разі взаємодія із концентрацією не лише на проблемі, але і на спогадах, як ресурсі, надає можливості знаходити сили у складній ситуації [12].

Варто пам'ятати, що відновлення після травматичних подій потребує часу, після використання психологічної підтримки і супроводу важливим буде етап подальшої самостійної роботи людини із переживанням травма, вже як природного динамічного процесу.

У разі необхідності термінової медичної (психіатричної) допомоги, варто переадресувати і проконтролювати відвідання і отримання допомоги від психіатра. Психологом у ході терапії психотравми визначаються такі завдання:

- опрацювання травматичного відчуття, спогадів;
- розрядка реакції на стрес, обрання стратегії опори;
- навчання з регулювання емоційного навантаження;
- відновлення довіри до зовнішнього світу;
- відновлення після негативних емоцій.

Варто зазначити, рішення про необхідність звернення за допомогою від постраждалого має бути усвідомленим, самостійним, а не нав'язаним ззовні. У такому виді терапії ключову роль відіграє готовність людини опрацьовувати травмуючий досвід, спроможність і усвідомлення необхідності повернення через хворобливі спогадами, зіткнутися з лякливими емоціями та нестерпними картинами минулого. Тому, у роботі з психологічними травмами умовою успіху є професіоналізм фахівця та спроможність і бажання клієнта подолати травму.

Висновки до Розділу 1.

1. Психічна травма є явищем у житті будь-якої людини. При цьому, переживання психічної травми являється тимчасовим порушенням цілісності та функціонування особистості, спровокованого зовнішньою подією. Сила психологічної травми визначається такими фактором значущості події; стресостійкістю особистості; наявністю підтримки; своєчасністю допомоги та лікування за необхідності.

2. Психологічні травми викликають порушення нормального функціонування психіки, що стає причиною межових розладів, можливо, і клінічних станів. На межовому рівні зазвичай з'являються тимчасовий дискомфорт, можливі стійкі стани із зміненими утвореннями, що знижує загальний рівень імунітету, працездатності і спроможності до адаптації. Раптові і гострі травмівні ситуації є причиною клінічних станів (посттравматичний синдром), виступаючи причиною психосоматичних захворювань, неврозів та реактивних станів. Руйнівна сила травми визначається індивідуальною значущістю травмуючої події для особистості, рівня психологічної захищеності та стійкості до інших факторів і життєвих ситуацій.

3. Ситуації та події, які можуть викликати психологічні травми, зокрема: акти насильства (збройні пограбування, війна, акти тероризму); стихійні лиха (пожежі, землетруси, повені); міжособистісне насильство (зґвалтування, жорстоке поводження з дітьми, самогубство члена сім'ї або друга); причетність до серйозної аварії (на транспортному засобі або робочому місці). У значної частини людей виникають сильні емоційні чи фізичні реакції в результаті переживання травматичної події та зменшуються протягом декількох днів або тижнів. Але, симптоми можуть бути тривалішими та сильнішими, що може бути викликано комбінацією факторів, серед яких визначальне значення має характер травматичної події, рівень та

доступність підтримки, досвід переживання стресових ситуацій, індивідуальні характеристики особистості та здатність накопичувати та використовувати ресурси подолання.

4. Виокремлюють фізичні, когнітивні, поведінкові та емоційні симптоми психологічної травми. Фізичні симптоми проявляються надмірною настороженістю, лякливістю, втомою/виснаженням, порушенням сну, загальним болем. Когнітивні симптоми включають нав'язливі думки, спогади про подію, візуалізацію образів події, кошмари, зниження концентрації і пам'яті, дезорієнтація і розгубленість. До поведінкових симптомів належить уникнення місць і заходів, нагадуючих подію, соціальне уникнення та ізоляція, втрата інтересу до діяльності. Емоційні симптоми проявляються страхами, онімінням, відстороненістю, депресією, відчуттям провини, гнівом, дратівливістю, тривожністю і панікою.

5. Ступінь впливу та потужність наслідків психологічної травми залежать від особливостей характеру, стійкості, присутності негативного досвіду, індивідуальної значущості конкретної події. На відміну від психологічного негативного досвіду, наслідки психологічної виникають одразу ж після травмуючої події та проявляються невиразною свідомістю та сплутаним мисленням, провалами пам'яті та ретроградною амнезією, нетиповий для людини вираз думок, неуважність, неадекватні реакції, формування і розвиток безпідставних страхів, панічні атаки, порушення мови. Психологічні травми можуть стати причиною порушення психіки, що в результаті приводить до втрати працездатності та фізичної обмеженості.

6. Умови війни в Україні є причинами психологічних і психічних травм. Тому, дослідження психологічних аспектів психологічних травм та можливі напрями відновлення було проведено серед працівників обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради, які з початку воєнних дій постійно проживали у місті Миколаєві, який віднесено до особливо небезпечних територій України, що зумовлює присутність у людей постійного фактору стресу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методика та організація емпіричного дослідження

Методами дослідження було обрано емпіричні методи: тестування, математичної статистики; теоретичні методи: аналізу та синтезу, узагальнення та інтерпретації.

Предметом дослідження є самооцінка особистості за показниками тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності як факторів формування психологічного типу особистості. Метою визначено доведення наявності зв'язку між показниками самооцінки (тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності) та їх впливу на психологічний тип особистості.

Гіпотеза дослідження: припускаємо, що між самооцінкою станів тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності та психологічним типом особистості існує залежність. Припускаємо, що фактор статі впливає на показники самооцінки станів (тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність).

Припускаємо, що між показниками самооцінки станів існує залежність.

У дослідженні психологічних аспектів відновлення після психологічної травми важливо знати деталізовану інформацію про людину, яка потребує допомоги. Рекомендовано до використання анкетування «Визначення психологічних типів залежно від ступеня оптимізму та активності (енергійності) особистості», що було розроблено Л. М. Карамушкою. Вибір методики зумовлений тим, що вона має доступну форму проведення, є простою для виконання, дозволяє підтвердити або спростувати оцінювання психологічного типу клієнта [13]. Додатковим аргументом на користь методу

є можливість використання для людей із складним психологічним станом, виключає можливість довготривалого та поглибленого тестування.

Опитувальник «Визначення психологічних типів залежно від ступеня оптимізму та активності (енергійності) особистості» було розроблено Л. М. Карамушкою, який пропонується використовувати у ході психологічної роботи і підготовки персоналу організацій. На сьогодні визначення рівня психологічної готовності до виконання обов'язків в умовах війни та соціально-економічних змін, як її наслідків, являється необхідною умовою прогнозування ефективності функціонування організації, установи, підприємства, стійкості особистості в цілому. Володіння такого роду інформацією надає можливості передбачити травматизм, зниження продуктивності праці, звільнення та збій виробничого процесу, пояснити психологічний стан та поведінкові реакції особистості.

Загальна характеристика методики «Визначення психологічних типів залежно від ступеня оптимізму та активності (енергійності) особистості». Опитувальник містить 15 питань, які спрямовані на діагностування психологічних типів в залежності від ступеня оптимізму та активності (енергійності) особистості. Матеріали включають текст опитувальника і бланк відповідей. Текст опитувальника включає такі питання:

1. Люблю гучну музику.
2. Важаю, що досягнення моїх цілей буде складним.
3. Мені подобаються ситуації із частковою невизначеністю (я чітко не знаю, що буде зі мною).
4. Я люблю робити долі виклики.
5. Доля більш несправедлива до мене, ніж до інших.
6. У мене багато енергії, я без роботи не можу бути більше двох годин.
7. Інші люди щасливіші за мене.
8. Обережні люди викликають у мене роздратування.
9. За обставин сьогодення вірити у щось хороше неможливо
10. Я люблю приймати участь у змаганнях.

11. Я з задоволенням та легкістю спілкуюся із людьми, які викликають у мене особистий інтерес.

12. Моє майбутнє мене лякає.

13. Я впевнений/на, що у людях поганого більше, ніж хорошого.

14. Мені до вподоби гострі відчуття.

15. У мене піднесений настрій.

Після заповнення бланків проводиться інтерпретація результатів, яка здійснюється за такими критеріями: активність (прямі питання): 1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 15; оптимізм (обернені питання): 2, 5, 7, 9, 12, 13. Відповідно до запропонованої методики оптимізм вважається схильністю людини до віри у власні сили та успіх, відчуттям позитивних очікувань від життя і людей. Зазвичай оптимісти являються екстравертованими, доброзичливими та відкритими для спілкування. Протилежною категорією є песимісти, які сумніваються у власних силах, не довіряють у прихильність людей, знаходяться в очікуванні власної невдачі, прагнуть не поглиблювати і не поширювати контакти, вони сконцентровані на своєму внутрішньому світі.

Таблиця 2.1.

Бланк відповідей

№ З/п	Ні, зовсім не згодний	Іноді це так	Звичайно (часто)	Так, я цілком згодний (завжди)
1.	1	2	3	4
2.	1	2	3	4
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.	1	2	3	4
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	1	2	3	4

У цьому контексті під активністю розуміється енергійність, безтурботність, схильність до ризику, життєрадісність, безпечність. Пасивність проявляється у тривожності, невпевненості, остраху. Розрахунки проводяться відповідно наведених показників.

Таблиця 2.2.

Показники психологічних типів (бали)

Психологічний тип	Оптимізм	Активність
Реалісти «Р»	14-20	14-20
Активні оптимісти «АО»	21-24	22-36
Активні песимісти «АП»	6-13	22-36
Пасивні песимісти «ПП»	6-13	9-13
Пасивні оптимісти «ПО»	21-24	9-13

Відповідно до розрахунків можна провести співставлення із відповідними квадратами координатної моделі (рис. 1). Кожному квадратові відповідає певні особливості.

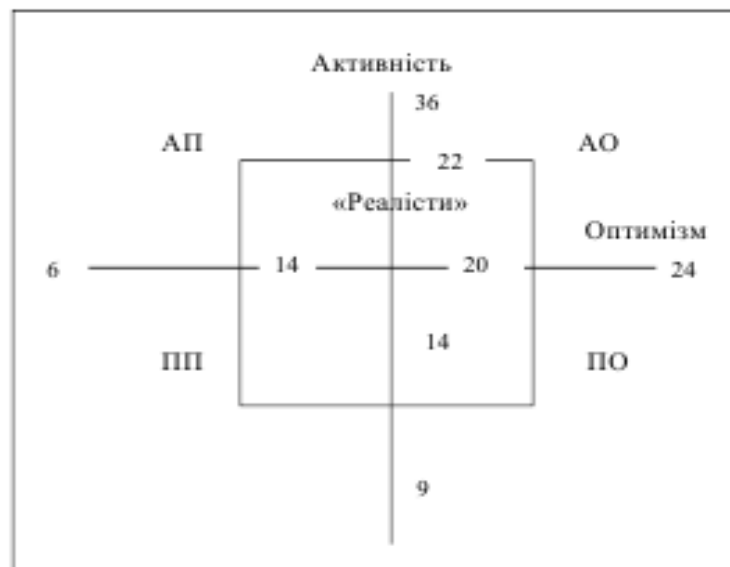


Рис. 2.1. Координатна модель психологічних типів особистості.

Квадрат «Р» – реалісти, ще особистості які здатні адекватно оцінювати актуальні ситуації відповідно власним силам і можливостям. Такі люди зазвичай виявляються стійкими до психологічних стресів.

Квадрат «АО» – активні оптимісти, вони мають віру у власні сили, позитивно налаштовані, проводять активні дії для досягнення бажаних цілей. Вони переважно жваві, життєрадісні, майже не піддаються поганому настрою, справляються із складними ситуаціями використовуючи проблемно-орієнтовану стратегію подолання стресу.

Квадрат «ПП» – це пасивні песимісти, вони є протилежністю активних оптимістів, люди цієї категорії ні у що не вірять, нічого не здійснюють для зміни свого життя. У них домінує похмурий і пригнічений настрій, пасивність. а у складних ситуаціях ними обираються стратегія уникання розв’язання проблем.

Квадрат «АП» – активні песимісти, їм притаманна висока активність, але вона має деструктивний характер, такими людьми агресивна стратегія долаючої поведінки.

Квадрат «ПО» – пасивні оптимісти, живуть за течією, не докладають жодних зусиль для зміни ситуації. Вони є доброзичливими, веселими, навіть у складних ситуаціях знаходять позитивні риси, однак їм не вистачає активності. Такі люди сподіваються на випадок і удачу, а не на власні сили, їм властиве пасивне очікування та відкладають рішення.

Адаптований варіант опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» методики Г. Айзенка було здійснено командою дослідників: С. Д. Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова (2006) та запропоновано до використання у навчальному посібнику «Синдром «професійного вигорання» та професійна кар’єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти» [13, 21].

Методика містить 40 питань, спрямована на встановлення рівня станів: як тривожність, агресивність, фрустрація, ригідність. Інструкцією передбачено надання оцінки респондентом власного психічного стану під час конфліктних ситуацій, що передбачає відмітку позначкою у запропонованій таблиці. Наголошується на важливості і необхідності свого реального (не бажаного) психічного стану.

Таблиця 2.2.

Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

№	Питання	Так	Не знаю	Ні
1	Не почуваюся впевненим	2	1	0
2	Нерідко червонію через дрібниці	2	1	0
3	Мій сон неспокійний	2	1	0
4	Легко впадаю у тугу	2	1	0
5	Турбуюся через неприємності, які поки існують лише в моїй уяві	2	1	0
6	Мене лякають конфлікти	2	1	0
7	Люблю «копатися» у власних недоліках	2	1	0
8	Мене легко переконати	2	1	0
9	Я самовразливий	2	1	0
10	Важко витримую час очікування	2	1	0
11	Часто мені здається безвихідною ситуація, яка насправді має вихід	2	1	0
12	Неприємності дуже мене засмучують	2	1	0
13	У разі великих неприємностей я схильний(на) до самозвинувачення	2	1	0
14	Нещастя і невдачі нічому мене не навчили	2	1	0
15	Я часто відмовляюся від боротьби, оскільки вважаю її марною	2	1	0
16	Я часто почуваюся беззахисним(ною)	2	1	0
17	Іноді я відчуваю відчай	2	1	0
18	Зазнаю розгубленості перед труднощами	2	1	0
19	Іноді, у важкі хвилини, поводжуся як дитина, хочу, щоб мене жаліли	2	1	0
20	Вважаю власні недоліки невинними	2	1	0
21	Залишаю за собою останнє слово	2	1	0
22	Нерідко під час розмови перебиваю співрозмовника	2	1	0
23	Мене легко розсердити	2	1	0
24	Мені подобається робити зауваження	2	1	0
25	Прагну бути авторитетом для оточуючих	2	1	0
26	Не задовольняюся малим, хочу набагато більше	2	1	0
27	В гніві не можу стримуватися	2	1	0
28	Люблю керувати, а не підпорядковуватися	2	1	0
29	Маю різку, грубувату жестикуляцію	2	1	0
30	Я схильний(на) до помсти	2	1	0
31	Мені важко змінювати звички	2	1	0
32	Складно переключати увагу	2	1	0
33	Дуже насторожено ставлюся до всього нового	2	1	0
34	Мене важко переконати	2	1	0
35	Нерідко мене не залишають думки, яких варто позбутися	2	1	0
36	Мені важко зійтися з людьми	2	1	0
37	Мене засмучує щонайменша зміна плану дій	2	1	0
38	Я неохоче йду на ризик	2	1	0
39	Гостро переживаю відхилення від встановленого мною звичного режиму	2	1	0
40	Почуваюся на межі можливостей	2	1	0

Відповіді респондентів, відповідно групи, розподіляються відповідно психічного стану, наступним кроком є підрахунок частота виявлення у кожній групі.

Рівень тривожності:

- 1) Відсутність тривожності: 0–7 балів
- 2) Середній рівень тривожності (допустимий): 8–14 балів.
- 3) Високий рівень тривожності: 15–20 балів.

Рівень фрустрація:

- 1) Високий рівень самооцінки (стійкість до невдач): 0–7 балів
- 2) Середній рівень фрустрації: 8–14 балів.
- 3) Низький рівень самооцінки (уникнення труднощів, страх невдач, уникнення конфліктів та гострих суперечок): 15–20 балів.

Рівень агресивності:

- 1) 0–7 балів – людина спокійна й врівноважена.
- 2) 8–14 балів – у людини середній рівень агресивності.
- 3) 15–20 балів – людина агресивна, нестримана, має труднощі у стосунках із людьми, схильні до конфліктів.

Ригідність:

- 1) ригідність відсутня (людині властива легкість, гнучкість поведінкових реакцій та у прийнятті рішень): 0–7 балів;
- 2) середній рівень ригідності: 8–14 балів.
- 3) високий рівень ригідності (зміна робочого місця, зміни у житті, у стосунках викликають труднощі у спілкуванні, стреси, конфлікти, погіршення фізичного стану здоров'я): 15–20 балів.

Варто наголосити, що ефективність допомоги психологічно травмованих особистостей значно підвищується при максимальній інформованості психолога по особистість клієнта. Якщо попередньо запропоновані методики дозволяють оцінити психологічний тип та стан особистості, то методика «Експрес-діагностика внутрішнього світу» (А. Амбрумова) дозволяє побачити внутрішній стан людини. Методика

побудована на основі принципу вимірювання рівня домагань Рубінштейн-Рембо. Методику «Експрес-діагностика внутрішнього світу» спрямовано на розпізнавання цінностей людини: здоров'я, матеріальний стан, кар'єра, сім'я, дружба, любов везіння, свобода інше. Респондентом визначається важливість цінності по десятибальній шкалі (0-10). Умовною межею наявності проблем свідомості особистості є різниця у оцінках цінностей інших та себе інтервалом 3 бали. Наприклад, респондент оцінює любов, як цінність, для других людей у 10 балів, а власне її цінність для себе особисто у 5 балів. Такий результат засвідчує присутність дисгармонії відношення до себе самого. Емпіричні дослідження було проведено під час проходження переддипломної практики на базі обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради.

2.2. Характеристика вибірки учасників дослідження та процедура дослідження

Вибірка для дослідження складалася із 30 осіб (15 жінок і 15 чоловіків), які працюють у обласному Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради. Однакова чисельність жінок і чоловіків підвищує ефективність дослідження, доводить важливість гендерної політики та виключає похибку статевої невідповідності. До складу вибірки входили представники адміністрації закладу, культорганізатори, керівники гуртків, методисти. Вікова категорія 35-55 років. Усі респонденти мають вищу освіту, досвід роботи у даній сфері, на даний момент проживають у місті Миколаєві.

Відповідно процедури обстеження, було проведено ознайомлення респондентів з метою дослідження. Наголошуємо на важливості даного анкетування та обов'язковому роз'ясненню після обробки результатів та проведення оцінювання. Ініціатива з приводу використання результатів

анкетування для розробки рекомендацій для психологічної підтримки працівників знайшла відгук як у працівників, так і у керівництва закладу. Важливо наголосити, що високий рівень зацікавленості пояснюється усвідомленням респондентами значення психологічної підтримки та важливості виявлення наслідків психологічних травм, що пояснюється рівнем їх освіти та сферою діяльності, нинішніми умовами життя (проживання в умовах війни).

Важливо наголосити, що робота по психологічній підтримці у подібних колективах має високу ймовірність ефективності, оскільки рівень зацікавленості проявлено вже на етапі ознайомлення з процедурою дослідження. Отримана інформація може використовуватися керівництвом для пояснення загального психологічного стану колективу, дозволить пояснити виникнення конфліктних ситуацій і конфліктів (якщо такі існують). Також може бути використана для пояснення ефективності роботи та швидкості виконання поставлених особистих та колективних завдань.

2.3. Якісний та кількісний аналіз отриманих даних

Перший етап аналізу доводить (таблиця 2.3), що серед 15 жінок, які приймали участь в опитуванні, одна особа характеризувалася відсутністю тривожності, 8 жінок мали середній рівень тривожності, а 6 осіб – високий.

Серед 15 чоловіків тривожність відсутня у п'яти осіб, 8 чоловіків мають середній рівень тривожності, а 2 – високий. Висока фрустрація властива трьом жінкам та п'яти чоловікам, середня фрустрація властива 10 жінкам та 10 чоловікам, а низька фрустрація властива 2 жінкам, чоловіки з таким рівнем не виявлені.

Важливим показником особистості є рівень агресивності, низький рівень характерний для 2 жінок і одного чоловіка, середнім рівнем

характеризуються 10 жінок та 13 чоловіків. Високий рівень агресивності властивий трьом жінкам і одному чоловіку.

Таблиця 2.3

Результати обробки динних опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»

Показник і його характеристики	Жінки (15 осіб)		Чоловіки (15 осіб)	
	Чисельність осіб	%	Чисельність осіб	%
Тривожність:	15	100	15	100
відсутня	1	6,7	5	33,3
середня	8	53,3	8	53,3
висока	6	40,0	2	13,3
Фрустрація:	15	100	15	100
висока	3	20,0	5	33,3
середня	10	66,7	10	66,7
низька	2	13,3	-	-
Агресивність:	15	100	15	100
низька	2	13,3	1	6,6
середня	10	66,7	13	86,8
висока	3	20,0	1	6,6
Ригідність:	15	100	15	100
відсутня	2	13,3	1	6,7
середня	12	80,0	12	80,0
висока	1	6,7	2	13,3

Дослідження рівня ригідності доводять відсутність ригідності у двох жінок і одного чоловіка, середнім рівнем характеризуються 12 жінок і 12 чоловіків, а висока ригідність одній жінці та двом чоловікам. Приведені результати засвідчують цілком допустимий рівень психологічного стану колективу обласного Будинку творчості Миколаївської обласної ради, що дозволяє планувати довготривалі проекти та сприяє вирішенню визначених завдань.

Проведення аналізу результатів «Експрес-діагностики внутрішнього світу пацієнта» свідчить про відсутність проблем свідомості особистості, різниця між оцінками цінностей людей і самої особистості була незначною, в деяких випадках становила 1-2 бали (таблиця 2.4), що є допустимим відхиленням.

Таблиця 2.4

Результати визначення психологічного типу

Психологічні типи	Жінки	Чоловіки
Реалісти «Р»	1	2
Активні оптимісти «АО»	1	2
Активні песимісти «АП»	2	7
Пасивні песимісти «ПП»	3	1
Пасивні оптимісти «ПО»	8	3
Разом:	15	15

Другий етап передбачає кількісний аналіз даних, для виявлення взаємозалежності і взаємозумовленості параметрів методик. З масиву емпіричних даних відібрано підлягаючі процедурі кількісної обробки. Їх опрацюванню передувала стандартна процедура кодування, що дозволило використати статистичні методи дослідження. Розрахунки здійснювалися за використання програмного пакету SPSS Base for Windows 23.0. Вихідна матриця містила параметри, що були отримані відповідно опитувальнику «Визначення психологічних типів залежно від ступеня оптимізму та активності (енергійності) особистості» (Л. М. Карамушка) та опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (С. Д. Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова) [13].

Відповідно отриманих результатів можна зауважити, що на психологічний тип людини стать респондента має низький вплив. Найбільш впливовими є рівень тривожності ($x_2=0,62$) та фрустрації ($x_3=0,71$) (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Кореляційна матриця залежності психологічних типів від критеріїв самооцінки станів

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	Кореляція – r	
Y	1						= 0	відсутня
X ₁	0.37	1					0-0.3	слабка
X ₂	0.62	-0.39	1				0.3-0.5	помітна
X ₃	0.71	0.15	-0.61	1			0.5-0.7	середня
X ₄	0.24	-0.13	0.28	-0.44	1		0.7-0.9	сильна
X ₅	0.22	0.30	0.21	-0.26	0.29	1	0.9-1.0	дуже сильна
де Y – психологічний тип; X ₁ – стать; X ₂ – тривожність; X ₃ – фрустрація; X ₄ – агресивність; X ₅ – ригідність								

Агресивність ($x_4 = 0,24$) та ригідність ($x_5 = 0,22$) не являються визначальними для психотипу респондента, що можна пояснити їх появу або відсутність впливом зовнішніх факторів (подразників). До зовнішніх факторів у контексті дослідження можна віднести: війна та пов'язані з нею соціально-економічні зміни, близькість до лінії фронту та часті повітряні тривоги, підвищення вимог до виконаної роботи без урахування змінених умов праці. Встановлена зворотна залежність тривожності і фрустрації ($x_3 = -0,61$). В свою чергу, тривожність має слабкий зв'язок із агресією і ригідністю: 0,28 і 0,21 відповідно.

Встановлено помірний зворотний зв'язок між фрустрацією і агресивністю: (x_4) = - 0,44, та слабкий зворотній зв'язок між фрустрацією і ригідністю: (x_5) = - 0,26. Такі результати засвідчують факт того, що зростання рівня фрустрації знижує рівень тривожності і ригідності. Також агресивність і ригідність характеризуються слабким зв'язком. Варто також зазначити, що фактор статі слабо впливає на показники самооцінки ($x_1 = 0,37$). Жінки характеризуються підвищеною тривожністю (0,39) та агресивністю, а чоловіки вищим рівнем фрустрації і ригідності.

Щодо аналізу частки розподілу відповідей респондентів (таблиця 2.6), то за тривожністю (x_2) низьким рівнем характеризувалося 20 % респондентів, з них 6,7 % жінки і 33,3 %; середній рівень характерний 53,3 % респондентів (для 53,3% жінок і 53,3 % чоловіків); високий рівень тривожності властивий 26,7 % респондентів (40 % жінок і 13,3 % чоловіків). За показником рівня фрустрації (x_3) середнім рівнем характеризуються 73,3 % респондентів (80 % жінок і 66,7 % чоловіків), а високий рівень фрустрації визначено у 26,7 % респондентів, з них 20 % жінки і 26,7 % чоловіки.

Таблиця 2.6

Частка розподілу відповідей відповідно самооцінці станів респондентів

Стать	Рівень самооцінки	X_2		X_3		X_4		X_5		Разом	
		Кіл-ть відповідей	%	Кіл-ть відповідей	%	Кіл-ть відповідей	%	Кіл-ть відповідей	%	Кіл-ть відповідей	%
Жінки	низький	1	6.7	—	0.0	2	13.3	2	13.3	5	8.3
	середній	8	53.3	12	80.0	10	66.7	12	80.0	42	70.0
	високий	6	40.0	3	20.0	3	20.0	1	6.7	13	21.7
Чоловіки	низький	5	33.3	—	0.0	2	13.3	—	0.0	7	11.7
	середній	8	53.3	10	66.7	12	80.0	12	80.0	42	70.0
	високий	2	13.3	5	33.3	1	6.7	3	20.0	11	18.3
Разом	низький	6	20.0	0	0.0	4	13.3	2	6.7	12	10.0
	середній	16	53.3	22	73.3	22	73.3	24	80.0	84	70.0
	високий	8	26.7	8	26.7	4	13.3	4	13.3	24	20.0

Відповідно значення рівня агресивності (x_4), то низький рівень характеризує 13,3 % респондентів, з них однаково чоловік і жінок (по 2 особи), а середній рівень агресивності властивий 73,3 % респондентів, з них 66,7 % жінки та 80,0 % чоловіки. Високий рівень агресивності більш властивий жінкам 20 %, а відповіді чоловіків, засвідчуючи високий рівень агресивності у 6,7 %. Стосовно показника ригідності (x_5), то із загальної кількості респондентів 80 % характеризуються середнім рівнем, з них 80 % жінки і скільки ж чоловіків. Ригідність відсутня у 13,3 % жінок, серед чоловіків відсутності ригідності не зафіксовано. Високий рівень ригідності характеризує 20 % чоловіків та 6,7 % жінок.

Визначенням вагових коефіцієнтів (таблиця 2.7) надається пояснення частки жінок і чоловіків у загальній сумі відповідей. Встановлено, що за показником низької тривожності (x_2) відповіді жінок 0,17 (або 17 %), а чоловіків 0,83 (83%).

Таблиця 2.7

Вагові коефіцієнти рівня самооцінки станів відповідно статі респондента

Рівень самооцінки	X_2		X_3		X_4		X_5	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
низький	0.17	0.83	–	–	0.50	0.50	1.00	0.00
середній	0.50	0.50	0.55	0.45	0.45	0.55	0.50	0.50
високий	0.75	0.25	0.38	0.62	0.75	0.25	0.25	0.75

Середній рівень тривожності підтверджено відповідями 50 % жінок і 50 % чоловіків. Висока тривожність розподілилася питомою вагою 0,75 у жінок та 0,25 чоловіків. Важливим у дослідженні виявився результат по показнику агресивності, де розподіл високого рівня склав 0,75 у жінок та 0,25 у чоловіків. Також звернуто увагу на показник ригідності високого рівня з розподілом 0,25 у жінок та 0,75 у чоловіків.

2.4. Інтерпретація виявлених тенденцій

Представлені результати дослідження про психологічний стан аналізованого колективу обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради дозволяють виявити та визначити психологічні аспекти відновлення після психологічної травми, оскільки попередньо проведені інтерв'ю з членами колективу підтвердили наявність психологічних травм різного ступеня тяжкості, які мали спільну природу походження: перебування у місті Миколаєві під час активних обстрілів у березні-жовтні 2022 року. Зважаючи на те, що особи, які погодилися прийняти участь у

дослідженні, не характеризувалися ознаками ПТСР, сильних переживань при спогадах, продовжують працювати у даному закладі, було прийнято рішення проведення анкетування стосовно належності особи до психологічного типу та проведення самооцінювання станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

Отримані результати буде використано для розробки рекомендацій керівництву закладу для покращення психологічного стану працівників, які пережили травмуючі ситуації, пов'язані з воєнними діями. Встановлені закономірності, особливості психологічних станів чоловіків і жінок можуть виступати аргументами у випадках виникнення конфліктів, напруження у стосунках між колегами, пояснювати певним чином зниження або підвищення ефективності роботи.

Встановлено, що на психологічний тип особистості стать має низький вплив. Визначальними у психотипі є тривожності та фрустрація, а агресивність та ригідність – ні. Це пояснює агресивності як поведінкову реакцію на зовнішні фактори. Зокрема, агресивна поведінка пов'язана з обстрілами, частими повітряними тривогами, відсутністю стабільності соціально-економічного характеру. Ригідність у чоловіків теж можна пояснити зовнішніми факторами, які змінюються швидше, ніж людина може пристосуватися та адаптуватися до виникаючої ситуації або змін. Слабкий зв'язок тривожності із агресивністю і ригідністю доводить зовнішнє походження основних подразників.

Встановлено, що зростання рівня фрустрації знижує рівень тривожності і ригідності. Агресивність і ригідність характеризуються слабким зв'язком. Варто також зазначити, що фактор статі слабо впливає на показники самооцінки. Жінки характеризуються підвищеною тривожністю та агресивністю, а чоловіки вищим рівнем фрустрації і ригідності.

Результатів «Експрес-діагностики внутрішнього світу пацієнта» засвідчили відсутність проблем свідомості особистості у респондентів (15 чоловіків та 15 жінок), що підтверджує можливість розробки групових занять

по психологічний підтримці даного колективу. Було визначено високий рівень зацікавленості у організації психологічної підтримки та акцентовано на необхідності поєднання професійної діяльності працівників та заходах психологічної підтримки.

Висновки до розділу 2

В процесі виконання дослідження було використано емпіричні методи, зокрема: тестування, математичну статистику; теоретичні методи (аналізу та синтезу), узагальнення та інтерпретацію. Було проведено оцінювання впливу самооцінки особистості за показниками тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності на психологічного типу особистості. Встановлено, що впливовими є тривожності та фрустрації, а агресивність та ригідність – ні. Визначено, що стать не впливає на психологічний тип людини.

Встановлено помірний зворотний зв'язок між фрустрацією і агресивністю та слабкий зворотній зв'язок між фрустрацією і ригідністю. Це пояснює той факт, що зростання рівня фрустрації виступає фактором зниження тривожності і ригідності. Агресивність і ригідність характеризуються слабким зв'язком. Жінки характеризуються підвищеною тривожністю та агресивністю, а чоловіки вищим рівнем фрустрації і ригідності.

Встановлено, що агресивності являється поведінкову реакцію на зовнішні фактори. Зокрема, агресивна поведінка пов'язана з обстрілами, частими повітряними тривогами, відсутністю стабільності соціально-економічного характеру. Ригідність у чоловіків теж можна пояснити зовнішніми факторами ,які змінюються швидше, ніж людина може пристосуватися та адаптуватися до виникаючої ситуації або змін. Слабкий

зв'язок тривожність із агресивністю і ригідністю доводить зовнішнє походження основних подразників.

Результатів «Експрес-діагностики внутрішнього світу пацієнта» засвідчили відсутність проблем свідомості особистості у респондентів (15 чоловіків та 15 жінок), що підтверджує можливість розробки групових занять по психологічній підтримці даного колективу.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ДЛЯ РОБОТИ З ГРУПАМИ

3.1. Використання сучасних напрямів арт-терапії у роботі по відновленню після психологічної травми (робота у групах)

Флюїд-арт (fluid art) являється сучасним напрямом арт-терапії. Картина, виконана за цією технікою відображає внутрішній світ особи, її психічний стан. Нанесення фарби, як процес, переслідує результатом медитативний ефект. Створені на полотні лінії узори, плями, різноманітні форми можуть інтерпретуватися автор картини [7, 10, 21].

Техніка флюїд-арт надає можливості у напрямку: розвиток творчих здібностей; зниження рівня стресу організму; вирішення психоемоційних проблем; нормалізація емоційного стану; підвищення емоційного тону; усвідомлення власної життєвої позиції; висловлювання власних думок; контроль емоцій; сублімація енергії у художню творчість.

Рекомендовано техніки флюїд-арт: «Заливка калюжами» (Puddle Pour), «Брудна заливка» (Dirty Pour), «Перевернутий стакан» (Flip Cup). Перевагою такої техніки є специфіка використання кольорів, що допомагає створити унікальну авторську абстрактну картину.

Особливостями технік флюїд-арт є:

1) техніки «Брудна заливка» (Dirty Pour) і «Перевернутий стакан» (Flip Cup) являються найпростішими способами заливки, але потребують дотримання правил щодо підбору кольорів та правильного розрахунку. Рекомендовано використання двох кольорів, можливо більше, важливо, щоб вони були контрастними;

2) техніка «Роздування фарби подихом або феном» (Dutch Pour) виконується шляхом змішання фарб, з подальшим заливанням полотна фоновою фарбою. Фарбу наносять на полотно лініями або калюжами, потім продувається феном або подихом;

3) техніка «Удар» (Mallet smash) виконується шляхом розбивання фарби кийком із гуми по полотну [10, 21].

Перспективним напрямом є фелт-терапія, який було рекомендовано для використання для групової роботи з працівниками обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради. Фелт-терапія, від англ. felt – вовна, валяти, являється напрямом арт-терапії, здійснюється за використання вовни як матеріалу-стимулу для самовираження. Вовна вважається унікальним матеріалом, оскільки має природне походження, напряду пов'язана з живою істотою, що забезпечує переживання справжніх емоцій та приємних тактильних відчуттів [14].

Позитивні аспекти: зниження рівня контролю і напруження; пошук ресурсу; розслаблення та медитативний стан; матеріалізація пережитого досвіду (почуття, емоції, переживання, враження); у конкретному створеному образі; стимулювання образного мислення. Протипоказанням є наявність алергічної реакції на вовну, неприйняття фактури вовни, спрямованість особи на швидкий результат. Варто наголосити, що зосередженість та медитативний характер валяння спроможне викликати надмірну втомлюваність.

Основними запитами клієнтів при використанні практики фелт-терапії: розвиток моторики, уяви, фантазії, образного мислення; робота з гіперактивністю, агресією, тривожністю; робота з постстресовими станами; робота із психосоматичними проблемами; групові процеси (тимбілдинг, колективні сценарії поведінки); розслаблення, релаксація та пошук ресурсу.

7 основних запитань перед роботою з вовною: 1) З чим у Вас асоціюється вовна? 2. Які відчуття викликає контакт із вовною? 3. Що подобається, або не подобається у роботі з вовною? 4. З якими кольорами

вовни хочеться працювати, чому саме з цими кольорами? Наприкінці роботи задаються наступні питання: 5. Чи відрізнялися ваші відчуття при роботі з вовною сухим валянням і мокрим? 6. Чи відчуваєте ви наповнення ресурсом від валяння, який саме ресурс дає вовна? 7. Що продемонструвала Вам вовна у розумінні себе та своєї проблеми? [10]

Психологічною цінністю фелт-терапії є те, що вона наповнена потужним психологічним змістом щодо захисту клієнта. Вовна є теплим, м'яким та пластичним матеріалом, завдяки цим характеристикам здатна знімати психічне напруження. Під час контакту з нею зазвичай спостерігається покращення емоційного стану людини.

Рекомендовано для використання тканинну терапію, яка є сучасним напрямом арт-терапії, в якій використовуються тканини різних видів, фактур, кольорів, розмірів відрізів, різної щільності, прозорості тощо. За такої техніки використовується поєднання з асоціативними методиками, використовуються метафоричні образи, що забезпечує цілісність терапевтичного підходу шляхом поєднання тілесних імпульсів, емоцій і думок особи [5]. Завданням тканинної арт-терапії є активізація уяви та стимулювати творче мислення клієнта; відображення стану психічного простору особистості через викладання різноманітних тканинних картин і створенням особистісного нормативу з допомогою запитань; накопичення естетичного досвіду; активація внутрішнього діалогу особистості із своїм творчим началом.

Тканинна арт-терапія здатна сформувати можливості виражати внутрішні конфлікти за допомогою візуальних образів, вони стають доступними, що актуалізують усвідомлення проблеми з подальшим обранням екологічних дій власної психологічної підтримки [22]. Тканинна картина являється візуальним феноменом, оскільки її автор наділяє її суб'єктивним змістом, пов'язаним із досвідом. Спостереження і дослідження творчого продукту допомагає автору налагодити внутрішню комунікацію і досягти внутрішньої інтеграції особистості. Основні вимоги до тканин у тканинній

арт-терапії є: різний розмір відрізи тканини; різноманіття фактур; різні кольори та геометричні форми; однотонні і кольорові, різноманітність малюнків; різної цілісності (суцільні, надірвані, пошкоджені, з дірками); тягучі і нетягучі; випрасувані і зім'яті; чисті та брудні; прозорі та непрозорі; натуральні та синтетичні; матові та блискучі; з рівними краями і довільно обірвані; шарфи, хустки, і шматки тканини; важкі та легкі. Усі ці характеристики являються основними для матеріалів з якими проводиться робота. Допоміжними матеріалами у тканинній арт-терапії являється різноманітна фурнітура. З метою підвищення успіху арт-терапії обговорюються улюблені кольори та фактури у тканинах, тілесні відчуття від різних фактур. У такий спосіб підвищується інтерес таких сеансів.

Таблиця 3.1.

Етапи тканинної арт-терапії

№	Етап	Характеристика етапу роботи з клієнтом
1	Діагностичний	Знайомство, формування довіри, визначення психічного та психологічного стану, які відображають запит клієнта, визначають його психологічну зрілість та відповідальність.
2	Розвивальний	Розвиток певних навичок (ментальні, комунікативні), емоційного інтелекту, творчого мислення, уяви, рефлексії та саморефлексії.
3	Терапевтичний	Використання ресурсів тканинної терапії: полегшення та зміни поглядів на проблему, прийняття відповідальності за ситуацію та її вирішення, пошук ресурсів. Етап потребує високої творчої активності від клієнта.
4	Арт-коучінговий	Може бути розвивальним та/або терапевтичним. Спрямований на визначення внутрішніх і зовнішніх ресурсів клієнта для вирішення проблем мотивації, самоповаги, самоконтролю, тайм та стрес-менеджменту.
5	Завершальний	Формування впевненості, самоповаги, відповідальності

Джерело: [22]

Сеанс тканинної арт-терапії передбачає 5 основних етапів: діагностичний, розвиваючий, терапевтичний, арт-коучінговий, завершальний (табл.3.1.). Застосування такого виду техніки передбачає дотримання етики терапевтичного процесу та етичних норм роботи психолога з клієнтом, правила етики та естетики психотерапевтичної роботи, яка передбачає виконання правил та дотримання вимог щодо роботи з тканинами. Терапевт торкається тканинної картини тільки з дозволу клієнта, називає елементи тканинної картини як їх трактує автор, за необхідності уточнює ці назви [5]. Після роботи клієнт демонтує картину, за бажанням може її фотографувати. Забирати шматки тканини не передбачається, важливо, щоб вони залишалися в межах арт-терапевтичного простору. Тканинну терапію успішно поєднують із ландшафтною терапією, казкотерапією, фототерапією, лялькотерапією, танцювально-руховою терапією.

3.2. Використання технології плейбек-театру для відновлення особистості після психологічної травми

Плейбек-театр — (англ. «театр відтворення») являється інтерактивною формою імпровізаційного театру, у якому глядачі розповідають особисті історії і спостерігають за тим, як їх розігрують актори. У дійстві плейбек-театру завжди є кондактор (ведучий), який організовує ці практики, супроводжує весь процес, починаючи від вступного до заключного слова. Він пропонує комусь з аудиторії розповісти історію із власного життя. А глядач для відтворення сам може обрати акторів для виконання різних ролей [7, 21].

Після визначення усі присутні спостерігають за перформансом, історія «оживає», здобуваючи цікаву художню форму, переважно у музичному супроводі, актори прагнуть поглиблення у історію, намагаються відобразити певний прихований зміст і переживання автора. Після дійства автор історії

може має можливість поділитися емоціями і враженнями, які відчувалися під час відтворення історії. Переважно перфоманс може тривати близько півтори години, що надає можливості відтворити близько десяти історій.

Плейбек-театр не констатують методом психотерапії, оскільки у нього відсутня медична моделі зцілення, його метою є історія, а не робота з проблемою. Окрім цього, плейбек-театр позбавлений властивої для психотерапії приватності, оскільки історія здобуває публічності. Баланс «влади» є специфічним, саме актори є вразливою категорією. Також більшість зовнішніх кондицій не відповідають вимогам психотерапії: площа та відкритість приміщення, тривалість, гучність, обсяг невербаліки [7, 18].

Все ж таки невідповідність згаданим вимогам не спростовує цілющого психотерапевтичного ефекту та психотерапевтичний потенціалу плейбек-театр. Насправді плейбек-театру характеризується значними перевагами у роботі з людьми, які пережили травми, оскільки традиційні переваги психотерапії, насамперед, приватність, знаходження зі спеціалістом наодинці, невеликий простір, неможливість вийти з простору без звернення, високий рівень ймовірності заглиблення у проблему, як правило, лякають і стають перепонами для вразливих осіб, особливо, коли вони самі не дійшли висновку про необхідність допомоги, а процеси наслідків травми вже присутні. Проведення таких заходів не акцентує уваги на психологічному характері проблематики, а причетність до світу мистецтва у ролі сценариста і режисера знижує напруження, надає можливості змодельовати історію по-своєму, що, в принципі, теж можна вважати терапевтичним ефектом [19]. Присутність в історії акторів, тобто залучення інших, спростовує відчуття самотності та вразливості. Сьогодні перфоманси (вистави) почали активно використовуються у соціальній роботі з людьми, які пережили травмуючі події (перебування у гарячих точках, воєнні дії, окупація).

Психотерапевтичні ефекти плейбек-театру:

- ефект готовності до саморозкриття, полягає у прийнятті рішення людиною розповісти власну історію на публіку;

– ефект самовизначення, досягається на етапі розповіді власної історії. Людина не лише висловлює власні почуття і емоції, а має змогу їх усвідомлення та доосмислення. У практиці плебейків спостерігається цікава тенденція: учасники, які пережили травматичні події, переважно розповідають не про саму подію, а про власне намагання побороти її наслідки, адаптацію до нових умов. Таким чином, говоримо вже про певний рівень рефлексії власного досвіду;

– ефект насичення наративу, який досягається на етапі відтворення історії акторами. Історія здобуває для автора іншої форми, насамперед, текстово-візуально-образової, що здатне змінити сприйняття людиною власної історії;

– ефект відчуження, який спостерігається у оповідача у момент відтворення особистої історії на сцені. Суть ефекту в умовному перетворенні людини із ролі «персонажа» історії на його «автора», що стимулює розвиток здатності особистості провести оцінювання ситуацію зі сторони. В свою чергу, це надає можливості опрацювання власних емоцій та усвідомити їх. У плейбек-театрі відчуження історії відбувається з метою її подальшого присвоєння, а не для її цілеспрямованої трансформації. Такий підхід формує тісний контакт оповідача і його спонтанних самопроявів, полегшує їх присвоєння, активізує відповідальність за них, що допомагає прийняттю себе-реального, а не бачити себе у майбутньому;

– вирівнювання емоційного стану людини-оповідача, наприкінці відтворення історії у людини є змога відреагувати на побачене, присутня можливість висловлення свої враження та емоції, що закріплює попередні терапевтичні ефекти перфомансу, надає певного відчуття усвідомлення;

– загальний ефект об'єднання, полягає в тому, що розказана історія вже не належить одній людині, а належить спільноті, яка її почула, що об'єднує, що надає відчуття підтримки інших учасників. Таким чином, плейбек-театр, як різновиди мистецтва, наряду зі здатністю висловленням

емоцій та переживань, дозволяє глибоко пропрацювати їх, усвідомити та рефлексувати власний травматичний досвід [7, 18, 19].

Неохідно наголосити на особливостях реалізації плейбек-театру. Плейбек-театр характеризується потенціалом відновлення, тому може бути використаним в якості інструменту травмачутливої психосоціальної підтримки, що надає йому визначення технології психологічного відновлення. Ця технологія має ряд відмінностей від психотерапевтичних та тренінгових форм роботи з групами, характеризується такими перевагами: можливість долучати недостатньо вмотивованих людей; взаємодія при знижених вимогах до умов організації простору; спроможність охоплювати значні групи людей. Використання технології плейбек-театру передбачає обізнаність у психологічних ефектах у людей, які переживають наслідки травматизації [7].

Міжнародний досвід використання плейбек-театру у роботі з психологічно травмованими групами людей, постраждалих в результаті стихійних лих та воєнно-гуманітарних конфліктах, засвідчує відсутність ретравми, оскільки його принципи, етика та технологія дійства є екологічними. Зазвичай, такі практики сприяють психологічному відновленню людей [21].

Важливо наголосити, що ефективність плейбек-театру залежить від обізнаності у специфіці цільової аудиторії, чіткого уявлення про характер і особливості її соціально-побутових та психологічних проблем. Розуміння аудиторії покращує контакт, поглиблює розуміння ситуації, співпереживання, що надає можливості точніше відтворити особисті ситуації, бути екологічним у висвітленні травмуючих ситуацій тощо [7, 19].

При ознайомленні працівників обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради з можливостями впровадження проєкту по психологічній у формі організації плейбек-театру було наголошено на важливості врахування особливостей такої форми спілкування та було надано рекомендації команді акторів, які були зацікавлені у таких практиках.

Плейбек-театр, завдяки інтерактивності, здатен виконувати деякі функції психологічного супроводу, оскільки характеризується чутливістю до індивідуальних змістів, пошуків спільного, спонтанністю тощо. Існує багато прикладів використання такої технології при роботі з найбільш психічно травмованими людьми. Наприклад, під час реабілітаційної роботи із біженцями угорськими спеціалістами було проведено виїзний захід до притулку для біженців, метою якого було обрано створення ефекту «господаря». Біженці відчували себе більш захищеними, рівень безпеки нових, нестабільних умовах вимушеного переселення був на достатньому рівні [21]. Важливо наголосити на тому, що у роботі плейбек-театру з переселеними особами важливе наголошення на факті «ми прийшли до них у гості, у ваш дім, на вашу територію». В ході дійства відбувалося акцентування уваги на тому, що перформанс перебуває під контролем і управлінням розповідачів, оскільки вони формують зміст на сцені...». Таким чином формується атмосфера довіри. Якщо у глядачів відсутнє бажання розповідати важкі історії, то залишиться можливість відволіктися від них, покращити настрій, пізнати щось нове.

Зметою зниження тиску психологічних труднощів варто спочатку сформувати дистанцію із важкою ситуацією. Виникають ідеї її зміни. Плейбек-театр надає можливість емоційної дистанції від важкої історії, надаючи оповідачеві можливості бути автором наративу, а не лише героя, тобто, відчути себе володарем ситуації [16, 21]. З'являється можливість переосмислення пережитої ситуації, бачення можливості редагування певних аспектів власного життя.

Перед початком розповідей травмуючих історій необхідно сформувати психологічний ресурс, до якого можна звертатися у важкі моменти перформансу. Активізація ресурсу залежить від кондактора (ведучого). Від початку перформансу варто підкреслювати позитивні, ресурсні відгуки/почуття глядачів: про стан «тут і тепер», про повсякденні справи, про переваги перебування у новому місці проживання, наприклад, нові

знайомства, поновлення сімейних зв'язків, розрив деструктивних стосунків [19, 20, 21]).

Варто розділяти категорії: травмована аудиторія і травматична історія. Окремі оповідачі хочуть поділитися з аудиторією своїми травматичними історіями, але за відсутності атмосфери довіри можуть залишитися прихованими. Важливим фактором являється також є темпоритм розповідей. Рекомендовано застосування принципу «клубка ниток», тобто, не варто пришвидшувати роботу такими питаннями: «Розкажіть нам, що вас турбує»; «Поділіться найтяжчим»; «Що саме Вас травмувало»; «Будьте щирими й відвертими». Необхідною для аудиторії є відчуття максимальної свободи при виборі теми розповіді, тоді всі історії поступово розплутаються, досягаючи найбільш глибоких та травматичних.

Коли справжня довіра вже сформувалася, глядачі самі бажають розповісти найважливіше, вирішення потребує психологічної підтримки. Динаміка перформансу має вигляд умовної параболи (U-подібну арку), за якою зміст розгортається від легкого, позитивного до складного та негативного, повертаючись до ресурсної ситуацію, із виходом у рівновагу, інколи через гумору, можливо через самокритику [7].

Визначальна роль покладена на кондактора, який має уважно відстежувати параболу перформансу. За умови успішної реалізації відбувається:

- розуміння зв'язку між історіями, іноді про них говорять;
- відчуття наступності історії;
- аналіз взаємного впливу подій у плейбек-інтерв'ю, інтерпретуючи свої висновки за погодження з кожним оповідачем;
- виокремлення найвагомішої історії, яка є одночасно психологічно важка та спільною, яка потребує додаткового акценту;
- відчуття фіналу не раніше ніж визначена «історія-відповіді» на найскладнішу історію, але не пізніше потужного позитивного сплеску, який зрозумілий для більшості оповідачів;

–обрання лаконічної назви для перформансу, формулювання оповідь про нього (що розповідали, чим живемо, як починалося і чим завершилося).

Відновлення життєвої неперервності (когнітивної, міжособистісної, функціональної, особистісної) являється важливим орієнтиром психологічної допомоги постраждалих від психотравматичних подій. Оскільки плейбек-театр передбачає створення наративу, що являє собою зв'язні оповіді про себе, під час розповіді з візуалізацією та втіленням на сцені проходить робота по відновленню безперервності життя глядачів.

3.3. Рекомендації для використання плейбек-театру у роботі з психологічними травмами

Працівники обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради виявили бажання детально ознайомитися з особливостями використання плейбек-театру як технології роботи з психологічно травмованими людьми. В межах переддипломною практики було надано список літературних джерел з даної тематики, рекомендовано звернення до працівників академічних драматичних театрів ,які практикують даний вид мистецтва для припрацювання специфіки підготовки акторів. Рекомендовано проведення таких видів заходів спільно з психологами, що мають бачення перспективності даного напрямку, готового поєднувати і використовувати мистецтво з психологічною роботою.

Аналіз досліджень наукових робіт, в яких представлені результати емпіричних досліджень за критеріями відновлення психологічного здоров'я (особистісна цілісність; можливість посилення мотиваційних ресурсів особистості; можливість підвищення здатності до самореалізації, можливість відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням показав, що результатом виступу акторів театру у психологічно травмованих

людей спостерігаються наступні відновлювані ефекти: 1) нові зв'язки між складниками травматичної історії, фрагментна переінтерпретація ситуації із самостійним знаходженням прихованих ресурсів; 3) власне катарсичний ефект, який досягається тим, що актори виражають почуття людини, які нею не можуть бути виражені; 4) ефект відстороненості – підкріплення розуміння минулості травматичної ситуації [19].

При припрацюванні ситуацій втрати або ускладненого горювання дієвим є зосередження на неодноразовому переосмисленні смерті значущої людини, з поступовим поверненням до діяльності та ситуацій, яких раніше хотілося уникнути. За результатами практики ефективність цієї вправи сягає 82,5% [7, 21]. Було наголошено на увазі до модифікацій плейбек-ритуалів:

- уникнення перебивань та екологічність під час інтерв'ю;
- добір більш чутливих для травматичних історій форм;
- залучення підтримки аудиторії;
- знаходження поруч із оповідачем під час перегляду мініатюри з метою моральної підтримки;
- надання часу зворотного зв'язку з урахуванням емоційного стан та рівень завершеності проживання даної історії;
- «перегравати» історію повторно за запитом оповідача;
- пошук послідовних історій емпатійних до попередньої;
- пошук зв'язку ситуації з оптимістичнішими сценаріями та психологічним ресурсом, що був закріпленим на початку;
- сприйняття аудиторії як ресурсу, на її ідеї та мудрість;
- за допомогою наступних історій виходити на конструктивне завершення уявної «параболи»;
- на потребою після перформансу, провести додаткове спільне обговорення, направлене на досягнення зворотного емоційного зв'язку та завершення важкої емоційної ситуації;
- відстежувати ситуації, які потребують окремої уваги та індивідуальних психотерапевтичних інтервенцій.

У виступі плейбек-театру не рекомендовано:

- підсилювати власну активність і ініціативність, варто стимулювати це у глядачів;
- наголошувати на власній автономності, навпаки, шукати спільне між театром і аудиторією.

Рекомендовано:

- пам'ятати про необхідність ідентифікації глядачів як з персонажами, так і з акторами. У зв'язку з цим, критерії глибини розуміння історії та достовірності є головними, а креативність, яскравість та артистизм мають другорядне значення;
- усвідомлювати мету плейбек-театру, особливості його впливу на глядачів, знати про його обмеження, психотерапевтичні ефекти, етику та естетичну роль.

Після ознайомлення працівників обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради з можливими напрямками роботи було зафіксовано високий рівень особистої зацікавленості, ініціативи та готовності до освоєння технології плейбек-театру. Запропоновані заходи було розцінено як умови особистого зростання, підвищення рівня фаховості та подальші перспективи власної реалізації.

Висновки до розділу 3

1. В межах розробки психологічних рекомендацій по відновленню після психологічної травми рекомендовано використання флюїд-арт (fluid art) та тканинної терапії, як сучасних напрямів арт-терапії, які використовують поєднання з асоціативними методиками, використовують метафоричні образи, що забезпечує цілісність терапевтичного підходу шляхом поєднання тілесних імпульсів, емоцій і думок особи [19].

2. Встановлено, що завданням тканинної арт-терапії є активізація уяви та стимулювання творчого мислення клієнта; відображення стану психічного простору особистості, розширення естетичного досвіду; активація внутрішнього діалогу особистості із своїм творчим началом. Тканинною арт-терапією «висловлюються» внутрішні конфлікти через візуальні образи, доступ до них. Спостереження і дослідження творчого продукту допомагає автору налагодити внутрішню комунікацію і досягнути внутрішньої інтеграції особистості.

3. Плейбек-театр обмежено визначають методом психотерапії, оскільки у нього відсутня медична моделі зцілення, а метою є історія, а не робота з проблемою. Публічність позбавляє плейбек-театр приватності, що вважається основним принципом психотерапії, а більшість зовнішніх кондицій не відповідають вимогам психотерапії: площа та відкритість приміщення, тривалість, гучність, обсяг невербаліки. Але присутність цілющого психотерапевтичного ефекту та психотерапевтичний потенціалу плейбек-театр складно спростувати.

4. Плейбек-театру характеризується значними перевагами у роботі з людьми, які пережили травми, оскільки традиційні переваги психотерапії, насамперед, приватність, знаходження зі спеціалістом наодинці, невеликий простір, неможливість вийти з простору без звернення, високий рівень ймовірності заглиблення у проблему, як правило, лякають і стають перепонами для вразливих осіб, особливо, коли вони самі не дійшли

висновку про необхідність допомоги, а процеси наслідків травми вже присутні. Проведення таких заходів не акцентує уваги на психологічному характері проблематики, а причетність до світу мистецтва у ролі сценариста і режисера знижує напруження, надає можливості змодельовати історію по-своєму, що, в принципі, теж можна вважати терапевтичним ефектом.

5. Психотерапевтичні ефекти плейбек-театру – це ефект готовності до саморозкриття, ефект самовизначення, рефлексія власного досвіду; ефект насичення наративу, ефект відчуження, який спостерігається у оповідача у момент відтворення особистої історії на сцені, розвиток здатності особистості оцінити ситуацію зі сторони, що надає можливості опрацювати власні емоції та усвідомити їх. У плейбек-театрі відчуження історії відбувається з метою її подальшого присвоєння, а не для її цілеспрямованої трансформації.

ВИСНОВКИ

1. Дослідження наукових джерел дозволяє зробити висновок про те, що психічна травма є явищем у житті будь-якої людини, може стати причиною порушення нормального функціонування психіки та фізичного здоров'я. Ситуації та події, які викликають психологічні травми можуть бути актами насильства (збройні пограбування, війна, акти тероризму), стихійними лихами (пожежі, землетруси, повені); міжособистісним насильством (зґвалтування, жорстоке поводження з дітьми, самогубство члена сім'ї або друга); серйозні аварії.

2. Встановлено, що руйнівна сила травми визначається індивідуальною значущістю травмуючої події для особистості, рівнем психологічної захищеності та стійкості. Виокремлюють фізичні, когнітивні, поведінкові та емоційні симптоми психологічної травми. Фізичні симптоми проявляються надмірною настороженістю, лякливістю, втомою/виснаженням, порушенням сну, загальним болем. Когнітивні симптоми включають нав'язливі думки, спогади про подію, візуалізацію образів події, кошмари, зниження концентрації і пам'яті, дезорієнтація і розгубленість. Емоційні симптоми проявляються страхами, онімінням, відстороненістю, депресією, відчуттям провини, гнівом, дратівливістю, тривожністю і панікою.

3. Умови війни в Україні є причинами психологічних і психічних травм. Тому, дослідження психологічних аспектів психологічних травм та можливі напрями відновлення було проведено серед працівників обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради, які з початку воєнних дій постійно проживали у місті Миколаєві, який віднесено до особливо небезпечних територій України, що зумовлює присутність у людей постійного фактору стресу.

4. Проведено оцінювання впливу самооцінки особистості за показниками тривожності, фрустрації, агресивності і ригідності на психологічний тип особистості. Встановлено, що впливовими є тривожності та фрустрації, а агресивність та ригідність – ні. Визначено, що стать не впливає на психологічний тип людини. Встановлено помірний зворотний зв'язок фрустрації і агресивності та слабкий зворотній зв'язок фрустрації і ригідності. Це пояснює той факт, що зростання рівня фрустрації виступає фактором зниження тривожності і ригідності. Агресивність і ригідність характеризуються слабким зв'язком. Жінки характеризуються підвищеною тривожністю та агресивністю, а чоловіки вищим рівнем фрустрації і ригідності.

5. Встановлено, що агресивності являється поведінкову реакцію на зовнішні фактори. Зокрема, агресивна поведінка пов'язана з обстрілами, частими повітряними тривогами, відсутністю стабільності соціально-економічного характеру. Ригідність у чоловіків теж можна пояснити зовнішніми факторами, які змінюються швидше, ніж людина може пристосуватися та адаптуватися до виникаючої ситуації або змін. Слабкий зв'язок тривожності із агресивністю і ригідністю доводить зовнішнє походження основних подразників. Результатів «Експрес-діагностики внутрішнього світу пацієнта» засвідчили відсутність проблем свідомості особистості у респондентів, що дозволяє розробку системи групових занять по психологічній підтримці даного колективу.

6. Рекомендовано використання арт-терапії для роботи з наслідками психологічних травм, пов'язаних з війною, для працівників обласного Будинку художньої творчості Миколаївської обласної ради. Зокрема, флюїд-арт та тканину терапію для індивідуальної і групової роботи, а також технологію плейбек-театру для групової роботи. Запропоновані напрями психологічної роботи відповідають колу інтересів і професійних навичок працівників, що виступає посилюючим фактором ефективності психологічної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія: Посібник [для студ. вищ. навч. закл.]. Полтава: АСМІ, 2010. 240 с.
2. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
3. Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. Посттравматичний стресовий розлад: Посібник. Тернопіль: ТДМУ, 2016. 264 с.
4. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. – Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. Київ, 2012. С. 89–95.
5. Гридковець Л. М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабілітаційна психологія». Київ : КІБіТ, 2012. 80 с.
6. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. Київ: КІБіТ, 2015. 42 с.
7. Дигун І.С. Засоби арт-терапії у здоров'язбереженні та реабілітації постраждалих від екстремальних стрес-факторів. Актуальні питання здоров'язбереження у координатах сучасних парадигм: зб. наук. статей за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Сєвєродонецьк, 28-29 листопада 2019 р.). Сєвєродонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. С. 145-147.
8. Екстремальна психологія: Підручник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Київ: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
9. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту // Підтримка реформи соціального сектору в Україні /за ред. О. Л. Іванової. URL: <http://zn-upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf>.
10. Калька Н., Ковальчук З., Одинцова Г. Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник. Ч. 2. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 148 с.

11. Кісарчук З. Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Київ: ТОВ Видавництво «Логос». 2010. 207 с.

12. Кризова психологія: Навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.

13. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

14. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія/ за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2017. 540 с.

15. Подолання наслідків психотравми: Практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. Львів : Свічадо, 2017. 259 с.

16. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: Навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.

17. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

18. Савінов В. В. Відновлювальні ефекти плейбек-театру у роботі з людьми, що переживають наслідки травматичних подій [Електронний ресурс] Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності: зб. тез доп. всеукр. наук.-практ. семінару (18 травня 2018 р., м. Чернівці). Чернівці: ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. С. 140–143. Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/711342/>

19. Савінов В. В. Вплив плейбек-театру на особистість, що переживає наслідки травматичних подій. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей за матер. укр.-пол. наук.

семінару (м. Київ, 20–21 червня 2015 р.) / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України ; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр; [наук. ред. Т. М. Титаренко]. К. : Міленіум, 2015. С. 133–143.

20. Семиліт М. В. Концепція життєвого шляху у контексті теорії колективної травми. URL: forum.onu.edu.ua/index.php?topic=5057.0

21. 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. 220 с.

22. Тараріна О. Тканинна терапія у роботі з різними категоріями клієнтів: Навч.-метод. посібник. Київ: АСТАМИР-В, 2020. 64 с.

23. Титаренко Т. М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації. Український психологічний журнал. 2017. № 1 (3). С. 140–150.

24. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

25. Яковенко С.І., Лисенко В.І. Соціально-психологічна допомога при екстремальних ситуаціях та критичних інцидентах. К.: НАН України, Ін-т соціології, Центр соціал. експертиз і прогнозів, 1999. 224 с.

26. Яценко Т.С. Методологія взаємозв'язків свідомого і несвідомого в контексті проблеми адаптації суб'єкта до соціуму. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія: зб. статей РВВ КГУ. 2009. Вип. 21. Ч. 1. 219 с.

27. Яценко Т.С. Основи глибинної психокорекції: Феноменологія, теорія і практика. К.: Вища школа, 2006. 382 с.

28. Allen, E., Rhoades, G., Stanley, S., & Markman, H. (2010). Hitting home: Relationship between recent deployment, Posttraumatic Stress Symptoms, and marital functioning for Army couples. *Journal of Family Psychology*. Vol. 24 (3). P. 280-288.
29. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 61. P. 226-244.
30. Brewin G.R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representational theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996. P. 670-686.
31. Bucher E. Truppenpsychologische Aspekte der Kontingentausbildung am UN-Ausbildung-zentrum der Bundeswehr. *Psychologie for Einsatz und Notfall*. Bonn: Bernard & Graeve Verlag, 2001. P. 135–139.
32. Bulter R. Substance abuse and post-traumatic stress disorder in War Veterans. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2015. Vol. 25 (4). P. 344–350.
33. Campbell J.P. Exploring the limits in personnel selection and classification. N J: Lawrence Erlbaum, 2001. 637 p.
34. Horowitz, M. J., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med.*, Vol. 41, 209–218.
35. Hull A.M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 181. P. 102-110.
36. Human performance enhancement in high-risk environments: insights, developments, and future directions from military research. P.E. O'Connor and Joseph V. Cohn, editors. 2010. 346 p.
37. Keyes K. M. Hasin Stress and alcohol: Epidemiologic evidence. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2012. Vol. 34 (4). P. 391–400.
38. Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among schoolage Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015. Vol. 85 (1). P. 72–79.

39. Koch, U., Lucius-Hoene, G., Stegie (Hrsg.), R. Handbuch der Rehabilitations psychologie. Berlin. Springer Verlag, 1988. URL: <https://www.zvab.com/Handbuch-Rehabilitationspsychologie-Koch-Lucius-Hoene-Stegie-Hrsg/17007942269/bd>
40. MacGregor, A., Shafer, R., Dougherty, A., Galarneau, M., Raman, R., Baker, D., Lindsay, S.P., Golomb, B. A., &Corson, K. (2009). Psychological correlates of battle and nonbattle injury among Operation Iraqi Freedom veterans. *Military Medicine*. 174(3), 224–231.
41. Marshall R.D., Olfson M., Hellman F., Blanco C., Guardino M., Struening E.L. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2001. Vol. 158. P. 1467-1473.
42. McCarl, L. I. (2013). «To have no yesterday» : The rise of suicide rates in the military and among veterans. *Creighton Law Review*. 46(3), 393–432.