

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ

КОЗИРА
ПЕТРО ВОЛОДИМИРОВИЧ

**ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ
ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДЕЗАДАПТАЦІЇ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
(НА ПРИКЛАДІ
СПІВРОБІТНИКІВ МВС УКРАЇНИ)**

Монографія

Львів
2019

УДК 159.944.4.018-057.36(477)

*Рекомендовано до друку
Вченою Радою Львівського державного університету внутрішніх справ
(протокол № 2 від 25 вересня 2019 р.).*

Рецензенти:

Гульман Б.Л. – професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор психологічних наук, професор.

Ковальчук З.Я. – заступник декана факультету психології Львівського державного університету внутрішніх справ, доктор психологічних наук, професор.

Козира П.В.

Теоретико-прикладні аспекти постстресової психологічної дезадаптації в учасників бойових дій (на прикладі співробітників МВС України) / П.В. Козира. - Львів: ЛьвДУВС, 2019. – 190 с.

У монографії представлене власне бачення сучасних теоретичних моделей розвитку психологічної дезадаптації після стресового впливу, розглянуті феноменологія та варіанти проявів постстресової психологічної дезадаптації, проаналізовано сучасні принципи та методи психокорекції при постстресовій дезадаптації.

Наводиться власне бачення патогенетичних механізмів формування постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників бойових дій, та розроблена програма її патогенетичної психокорекції.

Монографія розрахована на широке коло фахівців, науковців, викладачів, студентів і всіх, хто цікавиться проблемами виникнення та заходами психокорекції постстресової психологічної дезадаптації.

The monograph presents its own vision of modern theoretical models of development of psychological maladaptation after stress exposure, the phenomenology and variants of manifestations of post-stress psychological maladaptation, modern principles and methods of psychocorrection in post-stress maladaptation are analyzed.

The author presents his own vision of the pathogenetic mechanisms of formation of post-stress psychological maladaptation in the employees of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine - participants of hostilities, and the program of its pathogenetic psychocorrection is developed.

The monograph is designed for a wide range of professionals, scientists, lecturers, students and anyone interested in the problems and measures of psychocorrection of post-stress psychological maladaptation.

© Козира П.В., 2019

© Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
ПЕРЕДМОВА.....	6
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	10
1.1. Аналіз сучасних теоретичних моделей розвитку психологічної дезадаптації після стресового впливу	10
1.2. Феноменологія та варіанти проявів постстресової психологічної дезадаптації	26
1.3. Аналіз сучасних принципів та методів психокорекції при постстресовій дезадаптації	37
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ОБСТЕЖЕНИХ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	50
2.1. Характеристика груп обстежених	50
2.2 Характеристика методів дослідження	52
РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	72
РОЗДІЛ 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ФРУСТРАЦІЇ Й ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ПОСТСТРЕСОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	83
РОЗДІЛ 5. ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСТРЕСУ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА СТАНУ АДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТСТРЕСОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	92
5.1. Характеристика дистресу та стану адаптації при постстресовій психологічній дезадаптації	92
5.2 Копінг-стратегії при постстресовій психологічній дезадаптації	101
РОЗДІЛ 6. ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА	

РЕЗУЛЬТАТИ ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ	114
6.1. Патогенетичні механізми формування постстресової психологічної дезадаптації	114
6.2. Психокорекція проявів постстресової психологічної дезадаптації ...	125
ПІСЛЯМОВА.....	159
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	163

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТО	–	антитерористична операція
ГД	–	група дослідження
ГП	–	група порівняння
ДУ	–	Державна установа
ЕАВ	–	екстрапунітивно-афективний варіант
ІОВ	–	інтрапунітивно-особистісний варіант
МВС	–	Міністерство внутрішніх справ
МО	–	Міністерство оборони
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
МОН	–	Міністерство освіти і науки
НДР	–	науково-дослідна робота
НЛП	–	нейролінгвістичне програмування
ППД	–	постстресова психологічна дезадаптація
ПТСР	–	посттравматичний стресовий розлад
СМО ГУ	–	сектор медичного обслуговування Головного управління

ПЕРЕДМОВА

З кінця 2013 року, в країні проходять значні політичні та соціальні зміни, які супроводжуються бойовими діями на Сході України. На теперішній час майже 200 тисяч осіб мають статус учасника бойових дій в зоні АТО. Вказані події є раптовими та значимими для всього населення, особливо для безпосередніх учасників АТО, серед яких співробітники МВС України займають окреме місце. Вони не є військовослужбовцями в повному розумінні цієї дефініції, їм притаманний цивільний спосіб життя та відсутня належна військова підготовка для участі в бойових діях. Тому мобілізація, перебування у військовій частині, освоєння та застосування навичок бойових дій самі по собі є стресовими чинниками (Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., 2016 [1, с. 1-147]; Блінов О.А., 2016 [2, с. 1-183]; Блінов О.А., 2006 [3, с. 118-124]; Приходько І.І., Тімченко О.В., Лиман А.А., 2016 [4, с. 1-130]; Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., 2015 [5, с. 105]; Юр'єва Л.М., Марута Н.О., Вишніченко С.І., Денисенко М.М., 2015 [6, с. 1-55]; Михайлов Б.В., Гічун В.С., Михайлік О.П., Зінченко О.М., 2015 [7, с. 1-46]).

За даними літератури, від 25 до 80% учасників бойових дій в майбутньому страждають на ПТСР (Badiuk M.I., Shevchuk O.S., Gutchenko K.S., Viryuk I.G., Moldovan T.E., 2016 [8, с. 10-14]; Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., 2015 [9, с. 59-71]; Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І., 2014 [10, с. 1-80]; Hinton D.E., Lewis-Fernandez R., 2011 [11, с. 783–801]; Yufik T.L., Simms J., 2010 [12, с. 764 – 776]; Briere J., Hodges M., Godbout N., 2010 [13, с. 767 – 774]; Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C., et al., 2009 [14, с. 1-11]; Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2004 [15, с. 123-126]; Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2002 [16, с. 1-47]). Цей розлад є клінічно окресленим і відноситься до рангу психопатології

(МОЗ України, 2016 [17, с. 1-56]; Михайлов Б.В., Кришталь Є.В., Маркова М.В., Марута Н.О., Лінський І.В., Шестопалова Л.Ф., Кожина Г.М., 2016 [18, с. 1-27]; Михайлов Б.В., 2015 [19, с. 1-72]; Михайлов Б.В., Григорович А.А., 2011 [20, с. 64-65]).

На доклінічні розлади у вигляді постстресової психологічної дезадаптації (ППД) страждає значно більша кількість учасників військових конфліктів (Сафін О.Д., 2016 [21]; Михайлов Б.В., 2015 [22, с. 9-18]). На жаль, цьому питанню в літературі приділяється значно менша увага, а кількісні показники випадків психологічної дезадаптації відсутні (Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Є.Г., 2014 [23, с. 5-12]). Психологічні наслідки стресового впливу на учасників бойових дій залежать від психічних, характерологічних, особистісних особливостей, адекватності й зрілості механізмів психологічного захисту та адаптації, тривалості та інтенсивності дії стресових факторів та інших чинників (Тімченко О.В., 2016 [24, с. 76-79]; Булан А.А., 2015 [25, с. 9-12]; Загуровський В.М., 2014 [26, с. 180-187]; Гуревич П.С., 2012 [27, с. 1-495]; Александровський Ю.А., 2001 [28, с. 116-117]). Некориговані явища дезадаптації психологічного рангу з часом трансформуються в психопатологічні, що носять хронічний характер і стійкі до лікування (Сафін О.Д., 2016 [29]; Загуровський В.М., 2014 [30, с. 110-115]; Загуровський В.М., 2013 [31, с. 62-64]; Малкіна-Пих І.Г., 2006 [32, с. 1-960]).

Проте, якщо прояви реакцій психічної сфери на загрозу або соціально-стресовий вплив привертати увагу дослідників, то причини їх виникнення досліджені вкрай недостатньо. Одні науковці вважають, що патологічні зміни розвиваються на основі особливостей особистості (Панченко О.А., Кутько І.І., Зайцева Н.А., 2014 [33, с. 6]; Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. et al., 2013 [34, с. 1683-1685]; Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2002 [35, с. 1-47]). Інші вказують на соціальні умови, що провокують розвиток порушень (Табачников С.І., Маркова М.В., 2013

[36, с. 23-26]; Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [37, с. 1-175]).

Стресові реакції психологічного рівня можуть проявлятися у вигляді психоадаптаційних і психодезадаптаційних станів (Кутько І. І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н., 2014 [38, с. 16-20]; Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. [et all], 2008 [39, с. 923-929]; Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2004 [40, с. 123-126]). Психоадаптаційні виникають при розвиненій здатності до «витіснення, заперечення» стресових подій. При цьому психоадаптаційний стан не є «нормою», а стає «передпатологією», оскільки лише завдяки компенсаторним механізмам не набуває ознак хвороби (Bryant R. A., Creamer M., O'Donnell M.L. [et all], 2008 [41, с. 923-929]).

Дезадаптацію психологічного рівня найбільш повно характеризує загальний девіантний синдром адаптації особистості. Його прояви не специфічні, поліморфні і представляють донозологічний рівень реагування, що можуть проявлятися в порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному й когнітивному рівнях. Слід зазначити, що в літературі різними авторами досить розпливчато окреслюються варіанти психологічної дезадаптації (Bryant R.A., 2012 [42, с. 9-10]; Bryant R.A., 2011 [43, с. 233-239]; Ромек В.Г., Канторович В.А., Крукович Е.І., 2005 [44, с. 1-256]), що пов'язане з використанням ними різних підходів до вивчення проблеми. Прикладом є ототожнювання понять психологічної та соціально-психологічної дезадаптації (Карвасарський Б.Д., 2011 [45, с. 1-960]; Блеср А.Н., 2008 [46, с. 1-256]).

Зважаючи на те, що постстресові психологічні зміни, як правило, є незворотними (Чабан О.С., Франкова І.А., 2015 [47, с. 8-18]; Золотарьова Т.А., Табачников С.І., Напрєєнко О.К., Чабан О.С., [та інш.], 2014 [48, с. 1-92]), психокорекційні заходи є вкрай важливими (Волошин П.В., Марута Н.О., 2015 [49, с. 5-11]). Вони дають можливість адаптувати особистість до цивільного життя та попередити трансформацію дезадаптивних проявів психологічного рангу в клінічно окреслені, психопатологічні ПТСР (Чабан О.С., 2015 [50, с. 16-24]; Кочарян О.С., 2014 [51, с. 24-36]; Кочарян О.С., Лісеная А.М., 2013 [52, с. 204-206]; Блінов О.А., 2013 [53, с. 21-29]). Нажаль, до теперішнього

часу, на відміну від терапії ПТСР, в літературі відсутні розробки чітких схем та систем психокорекції ППД.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

1.1. Аналіз сучасних теоретичних моделей розвитку психологічної дезадаптації після стресового впливу.

Системне вивчення стресу і його наслідків для всіх сфер людини проводиться з часу оприлюднення Г.Сельє теорії стресу. Hans Selye у своїй книзі «The stress of life» (Сельє Г., 1982 [54, с. 3-68]) писав, що «...стрес є неспецифічна відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу(потребу). З погляду стресової реакції не має значення, приємна або неприємна ситуація, з якою ми зіткнулися. Має значення лише інтенсивність потреби в перебудові або в адаптації...». Згідно з виразом автора теорії, жоден організм, що переніс стрес, ніколи не повертається до початкового стану, ніколи не буде таким, яким він був до впливу стресового фактора. Зміни можуть носити як позитивний, так і негативний (деструктивний) характер, приводячи навіть до смерті. Яким би не був стрес, «хорошим» (еустрес) або «поганим» (дистрес), емоційним або фізичним (або тим і іншим одночасно), його вплив на організм має загальні неспецифічні риси адаптаційного синдрому. Останній протікає через три стадії: починається у вигляді первинної тривоги, змінюється періодом спротиву й закінчується виснаженням. Зважаючи на те, що ресурси соматичних механізмів стресової реакції розраховані максимум на 2-2,5 години стає зрозумілим, що «соматичний» стрес або «соматична складова стресової реакції» може бути тільки гострою.

Психічна складова стресової реакції докорінно відрізняється від соматичної. По-перше, є доцільним провести розмежування змісту понять «психічна складова гострої стресової реакції» і «реакція на стрес». Перша входить до складу неспецифічного реагування у вигляді адаптаційного синдрому як відповідь на вплив стресового фактора. Обидва чинники – фактор і

реакція - разом формують зміст, що вкладається в поняття «стрес» (Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І., 2014 [55, с. 3-92]; Визель Т.Г., 2006 [56, с. 3-400]; Загуровский В.М., 2013 [57, с. 62-64]; Блеєр А.Н., 2008 [58, с. 3-256]; Ромек В.Г., Канторович В.А., Крукович Е.І., 2005 [59, с. 3-256]). Відповідно змістом терміну «реакція на стрес» є комплекс психічних змін, що представляють спосіб адаптації особистості до порушень (змін), що виникли в результаті перенесеного стресу. Гостра стресова реакція, якими б вона проявлялася й рангом порушень не була представлена, через години, як правило, зазнає інволюції без наслідків для особистості (Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [60, с. 3-175]; Визель Т.Г., 2006 [61, с. 3-400]; Александровский Ю.А. (та інш.), 1991 [62, с. 3-115]). А наступна за нею реакція на стрес формує весь діапазон психічних змін – від гострих до хронічних, від психологічних до психотичних, що спостерігаються у потерпілих. Саме вони є показником успішності адаптації особистості до тих змін, які виникли в її структурі в результаті впливу як стресового фактора, так і відповіді на його дію – тобто до перенесеного стресу (Жовнерчук Е.В., 2011 [63, с. 33-36]; Сукиасян С.Г., Маркова М.В., 2013 [64, с. 258-308]; Цибаєва Л.А., 2007 [65, с. 165-171]).

Серед існуючих теоретичних моделей розвитку психологічної дезадаптації найбільш поширені психодинамічна, когнітивна, психосоціальна і психобіологічна, а в останні роки – мультифакторна моделі. Найбільш вживаними в наукових дослідженнях є декілька теорій. У рамках психофізіологічної моделі відповідь на травму – результат тривалих фізіологічних змін у нейрогуморальних системах головного мозку.

Психодинамічна модель постстресових порушень виходить із того, що психічна травма приводить до змін процесів символізації (Кові Стівен Р., 2013 [66, с. 3-460]; Горбунова В.В., 2015 [67, с. 26-35]; Попова В.В., 2011 [68, с. 229-231]; Рогачев В.А., Коноплева І.Н., 2015 [69, с. 129-146]). У сучасному психоаналітичному розумінні поняття травми може розглядатися як: 1) наявність зовнішньої події, яку особистість суб'єктивно переживає як травматичну; 2) психопатологічні наслідки травматичної події, що виникають

як негайно, так і відстрочено, що включають: обмеження Его, порушення об'єктних відносин, психосоматичні розлади, афективні порушення й т.і.; 3) підвищення схильності до травматизації внаслідок пережитої травматичної події; 4) травма як причина будь-якої психопатології є фокусом для застосування психотерапевтичної техніки (Janis I.L., 2016 [70, с. 3-454]; Figley C.R., 2014 [71, с. 57-71]; Dalenberg C., Carlson E.B., 2012 [72, с. 551-567]; Wilson J.P., Raphael B. (et al.), 2013 [73, с. 3-1012]; Figley C.R., Nash W.P. (et al.), 2011 [74, с. 3-224]). Згідно із класичним психоаналізом, інтенсивне переживання в результаті травми приводить за короткий час «до такого сильного збільшення подразнення, що звільнення від нього або його нормальна переробка не вдається. В результаті глибинний психологічний захист «включає» відчуження, що порушує адаптацію людини до життя. Rycroft Ch.(1995) спеціально підкреслює, що травматичний невроз відрізняється від інших неврозів тим, що його симптоми, включаючи травматичні сновидіння, не піддаються інтерпретації, і він позбавлений несвідомого змісту (Rycroft C., 1995 [75, с. 3-213]; Змановская Е.В., 2010 [76, с. 3-281]). Фіксація на травмі, згідно Freud, - це спроба її контролю. З позицій сучасної психодинамічної парадигми Калшеда Д., «якщо травматичний захист одного разу виник, усі відносини із зовнішнім світом переходять у сферу системи самозбереження. Захист проти подальшої або повторної травматизації, стає основним каменем спотикання, основою для будь-яких проявів «Я», спрямованих у зовнішній світ. Психіка переводить зовнішню травму у внутрішню силу, спочатку захисну, але потім саморуйнівну (Маневский С.Е., Птіцина І.Б., Рудакова Т.П., 2004 [77, с. 3-443]; Змановская Е.В., 2010 [78, с. 3-281]; Калдеш Д., 2001 [79, с. 3-368]. Хворий із травматичним неврозом під час сну вертається в травмуючу ситуацію й щоразу заново переживає переляк. Інстинкт самозбереження не в змозі здійснити повну блокаду й витіснити небажані переживання (Stroebe M., Schut H., 1999 [80, с. 197-224]; Max M. Stern, Liselotte Bendix Stern., 2013 [81, с. 3-192]; Wilson J.P., Friedman M.J., Lindy J.D. (et al.), 2012 [82, с.50-52]).

Психіка (або мозок) людини, як відзначає Вагін Ю.Р. (Вагін Ю.Р., 2001 [83, с. 3-292]; Вагін Ю.Р., 2004 [84, с. 3-385]), уже помітила й зафіксувала всю «принадність» і «привабливість» ситуації.

Не тільки характерні повторювані сновидіння, що включають сцени з пережитих подій, але й повторювані нав'язливі спогади вказують на те, що в психічній реальності діє сила, для якої ситуація з максимальним ризиком для життя являє безсумнівну цінність. Під час сну інстинкт самозбереження в значній мірі послаблюється, пацієнт як би забуває, що не можна думати про смерть, і нав'язливо, раз за разом, вертається до моменту максимальної близькості з бажаним станом небуття, який він одного разу випадково «підглянув» у житті (Marcia J.E., 2010 [85, с. 19-34]; Reiner S.R. et al., 2010 [86, с. 175-185]). Але слабкість інстинкту самозбереження не означає його повне відключення, він не спить навіть під час сну. Як тільки він розпізнає уявне зазіхання на життя, карає негайним пробудженням, тривогою, переляком і жахом, позбавляє задоволення блаженного сну, викликає надалі утруднення засипання й підтримки сну. Феноменологічно спостерігаються реакції надлишкової активації: безсоння, гіперпильність, дратівливість, перебільшена реакція переляку (Вагін Ю.Р., 2004 [87, с. 3-385]). У бадьорому стані пацієнти прагнуть усіляко уникати думок, відчуттів і розмов, пов'язаних із травмозалежними подіями, вони уникають людей, місць і діяльності, що викликає спогади про пережите, їм важко відтворити у свідомості багато важливих деталей пережитого, у них виникає виражена тривога й дискомфорт від нагадувань або натяків на пережиті події.

У сучасній класичній психодинамічній моделі (Young A., 2006 [88, с. 175-189]; Kaplan S., 2006 [89, с. 725-746]) у якості наслідків травматизації розглядаються: регрес на оральну стадію розвитку, зсув лібідо з об'єкту на «Я», ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, автоматизація «Я», ідентифікація з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Супер-Я», деструктивні зміни «Я» ідеального. Вважається, що травма – це тригерний механізм, який

актуалізує дитячі конфлікти (Kahn С., 2006 [90, с. 71-92]). «Енергетичне» розуміння травми Фрейда деякі сучасні дослідники пропонують замінити на «інформаційне», що дозволяє включити як когнітивні, так і емоційні переживання й сприйняття, що мають зовнішню й/або внутрішню природу (Horowitz M.J., 1986 [91, с. 241-249]; Horowitz L.M., Vitkus J., 1986 [92, с. 443-469]; Lazarus R.S., 1974 [93, с. 321-333]). Даний підхід припускає, що інформаційне перевантаження вводить людину в стан постійного стресу доти, поки ця інформація не пройде відповідну переробку. При цьому інформація, під впливом психологічних захисних механізмів, нав'язливим чином відтворюється в пам'яті, емоції, яким у постстресовому стані належить важлива роль, є, по суті, реакцією на когнітивний конфлікт і одночасно мотивами захисної, контролюючої й оволодіваючої поведінки.

Успішність адаптації залежить від оптимального співвідношення між фіксацією на ситуації, що травмує, і витісненням її зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадувань про травму, її витіснення зі свідомості (інкапсуляція травми), безумовно, є найбільш адекватною гострому періоду й допомагає подолати наслідки раптової травми. При розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травматичної ситуації в частину власного буття суб'єкта.

Дана модель не пояснює всю симптоматику посттравматичного реагування. Крім того, явно гіпертрофується роль дитячої травми, оскільки в життєвому досвіді кожної людини можна знайти цю травму, що визначається в розвитку малоадаптивної відповіді на стрес. Крім того, класична психоаналітична терапія для лікування даного розладу неефективна.

Когнітивні концепції психічної травми сягають витоків до теорії стресу Р. Лазаруса (Lazarus R.S., Folkman S., Appley M.H., Trumbull R., 1986 [94, с. 63-80]; Lazarus R.S., 1990 [95, с. 3-13]). У теорії стресу Р.Лазаруса (Lazarus R.S., Folkman S., 1984 [96, с. 3-456]; Folkman S., 1986 [97, с. 571-579]) значна роль приділяється когнітивній оцінці особистістю стресової ситуації.

Він включає первинне оцінювання (оцінку стресової ситуації) і вторинне (оцінку індивідом власних ресурсів). Залежно від цього формується тип копінг-стратегії: проблемно-фокусований копінг (дії, спрямовані на подолання стресової ситуації) і емоційно-фокусований копінг (дії, спрямовані на покращення емоційного стану). А.Бек і Г.Емері (Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L., 1985 [98, с. 3-86]; Beck A.T., Clark D.A., 1997 [99, с. 49-58]) уперше описали когнітивну модель реакції страху, яка лягла в основу когнітивних концепцій психічної травми. Згідно із цією моделлю, реакція індивіда на ситуації страху включає оцінку ступеня небезпеки ситуації й оцінку власних ресурсів, для подолання або її уникнення. Обумовлена минулим досвідом схема переживання страху актуалізується й змушує індивіда шукати інформацію, відповідно до цієї схеми, й ігнорувати іншу (Ehlers A., Clark D.M., 2000 [100, с. 319-345]; Rubin D.C., Verntsen D., Vohni M.K., 2008 [101, с. 985-998]; Mueser K.T. et al., 2008 [102, с. 259-278]). У підсумку, дія схеми приводить до певних моторних реакцій – заціпенінню на місці, боротьбі або втечі. Концепція психічної травми Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman R., Berg M., 1998 [103, с. 35-47]; Janoff-Bulman R., 1998 [104, с. 99-101]) більшою мірою має відношення до особистості людини, що пережила травму. В інтерпретації Янофф-Бульман психічна травма являє собою зміну базисних переконань особистості про доброзичливість-ворожості навколишнього світу, його справедливість, а також про цінність і значимість власного «Я» (Van Emmerik A.A. P., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M. G., 2008 [105, с. 93-100]).

Віднесення того або іншого переконання до розряду базисних обумовлено декількома критеріями (Малкіна-Пих І.Г., 2016 [106, с. 3-832]; Магомед-Емінов М.Ш., 2009 [107, с. 3-218]). Першим критерієм є те, що джерела базисних переконань лежать у ранньому дитинстві. Перші стійкі уяви про світ і про себе складаються на довербальному рівні на основі взаємодії зі значимими дорослими. Вони лягають в основу майбутніх переконань про навколишній світ і власне «Я» дорослої людини. Другим критерієм базисного

характеру переконань є їх відносна стабільність протягом життєвого шляху особистості. Однак існують особливі життєві ситуації (травматичний досвід), які можуть змінити базисні переконання. Третім критерієм віднесення переконань до розряду базисних може служити високий рівень їх узагальненості й глобальності – відображення переконань особистості про власне «Я» і навколишній світ (Padun M.A., 2010 [108, с. 81-90]).

Базисні переконання забезпечують почуття захищеності й довіри до світу, відчуття власної невразливості й стабільності (Rubin D. C., Berntsen D., Bohni M. K., 2008 [109, с. 985-998]; Brewin C. R., Gregory J. D., Lipton M., Burgess N., 2010 [110, с. 210-231]). Але базисні переконання, також піддані впливу психічної травми (Westphal M., Bonanno G.A., 2007 [110, с. 417-427]). Відразу індивід зустрічається з жахом, породжуваним зовнішнім світом, а також із власною уразливістю й безпорадністю. Звичні комфортні переконання валяться, вводячи людину в стан дезінтеграції. Процес опанування травми полягає у відновленні базисних переконань особистості (Brewin C. R., 2011 [112, с. 203-227]; Westphal M., Bonanno G.A., 2007 [113, с. 417-427]).

Автори когнітивних концепцій травми вважають, що когнітивна оцінка ситуації, буде найбільшою мірою сприяти подоланню її наслідків, якщо причина травми у свідомості буде лежати поза особистісними особливостями людини. У цьому випадку зберігається й підвищується віра в реальність буття, в існуючу раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю над ситуацією (Schok M.L., Kleber R.J., Lensvelt-Mulders G.J.L.M., 2010 [114, с. 328-338]; Kleim B., Ehlers A., 2009 [115, с. 45-52]). Головне завдання при цьому - відновлення у свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти навколишніх.

Для розуміння й аналізу страждань жертв війни біхевіористи звернулися до теорії навчання. Була використана двофакторна теорія класичного й оперантного обумовлення (Nickerson A., Bryant R.A., Silove D., Steel Z., 2011 [116, с. 399-417]; Tull M.T., Jakupcak M., Paulson A., Gratz K.L., 2007

[117, с. 337-351]). Перше (класичне обумовлення) відповідальне за високі рівні дистресу й страху, характерні для людей, що пережили психічну травму. Друге (оперантне обумовлення) пояснює розвиток характерних симптомів уникнення й збереження страху навіть під час відсутності стресора. Оскільки спогади про події і пов'язані з ними обставини (умовні стимули) викликають виражені емоційні реакції у вигляді тривоги й страху, людина прагне уникнути їх, що, відповідно, зменшує ці емоції. Виходячи з концепції Lang P.J. (Lang P.J., McTeague L.M., 2009 [118, с. 5-25]; Lang P.J., Bradley M.M., 2010 [119, с. 437-450]; Löw A., Lang P.J., Smith J.C., Bradley M.M., 2008 [120, с. 865-873]; Lang P.J., Bradley M.M., 2010 [121, с. 437-450]) про розвиток тривоги, Foa E.B. et al. (Hembree E.A., Foa E.B., 2010 [122, с. 177-203]; Gillihan S.J., Cahill S.P., Foa E.B., 2014 [123, с. 166-185]; Moser J.S., Najcak G., Simons R.F., Foa E.B., 2007, [124, с. 1039-1049]) припустили, що постстресові зміни виникають внаслідок розвитку в пам'яті мережі страху, яка й викликає поведінку уникнення. Психічні структури страху – це стимули, реакції й значення, яких вони набувають по відношенню до травми. Будь-яке явище, так чи інакше пов'язане із травмою, може викликати активацію структур страху й запустити поведінку уникнення. Порушення почуття безпеки викликає переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні (Chemtob C.M., Hamada R.S., Roitblat H.L., Muraoka M.Y., 1994 [125, с. 827-832]; Chemtob C., Roitblat H.L., Hamada R.S., Carlson J.G., Twentyman C.T., 1988 [126, с. 253-275]; Тарабріна Н.В., Биховец Ю.В., Казимова Н.Н., 2012 [127, с. 3-22]; Биховец Ю.В., Тарабріна Н.В., 2010 [128, с. 3-85]; Тарабріна Н.В., 2009 [129, с. 3-302]; Пуховский Н.Н., 2000 [130, с. 3-286]). Вважають, що всі ці структури завжди перебувають в активному стані, тому люди схильні інтерпретувати події як потенційно небезпечні. Коли мережа страху активується при нагадуванні про травму, інформація, що втримується в ній, надходить у свідомість (симптоми нав'язливості). Спроби попередити цю активацію приводять до уникнення.

Варіантом когнітивної моделі є її соціально-когнітивна «гілка», яка також

опирається на переробку інформації. Акцент робиться на впливі травми на систему переконань і світогляд постраждалого і її перебудову з метою узгодження з достресовими переконаннями й очікуваннями. Першим і найбільш впливовим теоретиком соціально-когнітивного напрямку був Horowitz M.J., що заснував теорію когнітивної переробки (Horowitz M.J., 2013 [131, с. 3-270]; Horowitz M.J., 2008 [132, с. 3-136]; Horowitz M.J., 2012 [133, с. 14-26]). Автор висловив припущення, що переробка інформації відбувається відповідно до психологічної потреби інтегрувати нову інформацію у вже існуючі переконання. Існує основний конфлікт, з одного боку, між потребою в осмисленні події й інтеграції його в особисту історію потерпілого, і з іншого – бажанням уникнути емоційних переживань. Коли травмозалежні образи та міркування повністю захоплюють людину, спрацьовують механізми психологічного захисту, і людина впадає або в ступор, або проявляє поведінку уникнення. Це тягнеться доти, поки не відбудеться ефективна переробка травмозалежної інформації.

При відсутності переробки – інформація про травматичні події зберігається в активній пам'яті, і прояви переходять у хронічну форму. Кожна людина активно створює свою уяву про світ і про себе; приписує зміст у відповідності зі своєю індивідуальною моделлю світу (Janoff-Bulman R., Berg M., 1998 [134, с. 35-47]; Janoff-Bulman R., 1998 [135, с. 99-101]; Kleber R.J., Figley C.R., Gersons B.P.R., 2013 [136, с. 3-313]; Figley C.R., 2012 [137, с. 3-904]; Buelow S.A., Lyddon W.J., Johnson J.T., 2002 [138, с. 145-152]; Mahoney M.J., 2004 [139, с. 3-232]; McCann I.L., Pearlman L.A., 1990 [140, с. 131-149]; McCann I.L., Pearlman L.A., 1990 [141, с. 3-360]). Когнітивна модель розглядає травматичні події як потенційні руйнівники цих базових уявлень про світ і про себе. У результаті на когнітивному рівні відбувається поділ життя на дві частини – до й після травми (Лихи Р., Сэмпл Р., 2002 [142, с. 141-157]; Крюкова М.А., Никитина Т.І., Сергеева Ю.С., 2009 [143, с. 3-457]). Ситуація сильного стресу приводить до двох варіантів адаптації – адаптативного й малоадаптативного. Адаптація, тобто процес подолання

патології, має на увазі реконструкцію базових переконань особистості й відновлення рівноваги. Вважається, що це досягається в процесі повторної інтерпретації події з метою скорочення дистанції між колишніми й новими переконаннями (Janoff-Bulman R., Berg M., 1998 [144, с. 35-47]; Janoff-Bulman R., 1998 [145, с. 99-101]. При цьому насиченість і яскравість попередніх переконань, незалежно від їхнього вектора (позитивна або негативна) перебуває в прямій залежності від ваги змін (Hembree E.A., Foa E.B., 2010 [146, с. 177-203]; Gillihan S.J., Cahill S.P., Foa E.B., 2014 [147, с. 166-185]; McCann I.L., Pearlman L.A., 1990 [148, с. 131-149]; McCann I.L., Pearlman L.A., 1990 [149, с. 3-360]), особливо тих, які пов'язані з передбачуваністю й можливістю контролювати загрози. Автори вважають, що травма торкається відразу кількох видів уявлень, підтверджуючи або спростовуючи уявлення про власну безпеку, довіру, контроль/владу, самооцінку й близькі відносини.

Адаптивний варіант подолання стресу, навіть приводячи в окремих випадках до колапсу Я-теорії, у цілому завершується ефективною реорганізацією Я-системи. Малоадаптивне подолання – неефективне подолання травми, воно приводить до генералізації страху й гніву, до відступу, дисоціації, постійного програвання травми. Патологічні реакції на стрес із позицій даної моделі, - малоадаптивні відповіді подолання, що спрямовані на інвалідизацію цих базових уявлень. Ці уявлення формуються в ході онтогенезу, пов'язані із задоволенням потреби в безпеці й становлять Я-теорію (Epstein S., 2003 [150, с. 159-184]). Згідно з теорією подвійної репрезентації, існують два типи емоційних реакцій. Реакції першого типу виникають під час події (наприклад, страх, гнів) і записуються в ситуаційних спогадах; вони активуються одночасно із сенсорною й фізіологічною інформацією. Ці емоції визначаються як первинні. Емоції іншого типу, або вторинні, виникають внаслідок переосмислення значення травми. І та, і інша можуть виникати в безпосередньому зв'язку із травмою, оскільки подія, що травмує, інтерпретується як небезпечна й/або негативна, що приводить до втрати чого-небудь; як помилкова інтерпретація переживання, що травмує. У соціально-когнітивній моделі передбачається, що первинний афект

проходить досить швидко й починається робота з приведення у відповідність нового досвіду й існуючих уявлень.

Існуючу розбіжність відносно видів афективної експресії когнітивних теорій намагаються примирити (Dalglish T., 2004 [151, с. 228-260]; Brewin C.R., Dalglish T., Joseph S., 1996 [152, с. 670-686]), які запропонували теорію подвійної репрезентації, що містить у собі теорії переробки інформації й соціально-когнітивні теорії. Вони вважають, що однієї теорії емоцій явно недостатньо для повного опису посттравматичних спогадів.

Автори висловили припущення про те, що переживання травми можуть бути піддані свідомій і несвідомій переробці. Спогади, що втримуються у свідомості, можуть бути витягнуті свідомо; їх називають «вербально доступними спогадами». Спогади іншого типу є несвідомими й називаються «ситуаційно доступними». Ситуаційні спогади містять у собі сенсорну (слухову, зорову, тактильну), фізіологічну й моторну інформацію, яка автоматично проявляється при дії відповідного стимулу, що нагадує про травму, або свідомих міркуваннях про неї. Ситуаційні спогади переживаються у вигляді нав'язливих чуттєвих образів, або «кадрів», супроводжуючись фізіологічним порушеннями. Дана модель дає найбільш повне пояснення етіології, патогенезу і симптоматиці розладів, ураховує генетичний, когнітивний, емоційний і поведінковий фактори.

Значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки навколишніх для успішного подолання постстресового розладу, відображено в моделях, що одержали назву психосоціальні. В них провідне значення надається соціальним умовам, соціальній підтримці для успішного подолання наслідків травми. Згідно із психосоціальним підходом, реагування на травму є багатофакторним процесом і вимагає врахування ролі й значення кожного фактора в розвитку реакції на стрес.

В основі психосоціальної моделі лежить концепція (Horowitz M.J., 2012 [153, с. 14-26]), але автори й прихильники моделі (Green B.L., 1994 [154, с. 341-362]; Green B.L., 1990 [155, с. 1632-1642]; Raphael B., Wilson J.P.,

1993 [156, с. 105-117]) підкреслюють необхідність врахування фактора навколишнього середовища: соціальної підтримки, стигматизації, демографічного фактора, релігійних вірувань, культурних особливостей, додаткових стресорів. Були виділені основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, наявність соціальної підтримки з боку суспільства й особливо близьких людей. При цьому останній фактор найбільшою мірою впливає на успішність подолання наслідків травматичного стресу.

Виділені наступні стресори, пов'язані із соціальним оточенням: непотрібність суспільству людини з бойовим досвідом; непопулярність війни і її учасників; взаємне непорозуміння між тими, хто був на війні, і тими, хто не був; комплекс провини, сформований суспільством. Зіткнення із цими, вторинними стосовно отриманого на війні, екстремального досвіду стресорами досить часто приводили до погіршення стану, розвитку вторинної дезадаптації, що проявляється погіршенням стану ветеранів війни. Часто ці вторинні стресори призводять до переживання вторинних травм (травматизації) у результаті негативної реакції рідні, оточуючих людей, медичного персоналу й працівників соціальної сфери на проблеми, з якими зустрічаються люди, що перенесли травму. Така поведінка оточуючих на психічно травмовану людину проявляється в запереченні самого факту травми, у запереченні зв'язку між травмою й стражданнями людини, у негативному відношенні до жертви і її обвинуваченні, у відмові надати допомогу.

Вторинна травматизація може виникати також в результаті гіперопіки оточуючими відносно потерпілих, навколо яких створюється «ореол страждальця», «жертви», іноді опіка, яка відгороджує їх та ізолює від зовнішнього світу. Нерідко те, що відбувається з людиною після травми, впливає на нього навіть сильніше, ніж сама травма. Це свідчить про величезну роль соціальних факторів у допомозі щодо подолання травматичних стресових станів. Можна виділити фактори (умови), які сприяють профілактиці розвитку

постстресового розладу і пом'якшують його перебіг. Це негайно почата з потерпілим психосоціальна терапія, що дає йому можливість активно ділитися своїми переживаннями; рання й довгострокова соціальна підтримка; відновлення почуття приналежності потерпілого до суспільства (реабілітація й реадптація) і реанімація почуття (відчуття) психологічної безпеки; участь потерпілого в психотерапевтичній роботі разом з подібними йому, психологічно травмованими, людьми; відсутність повторної травматизації й ін.

При цьому важливо розрізнати страждання від індивідуальних симптомів і можливість їх впливу на соціальне функціонування. Переслідувані нав'язливими спогадами й думками про травму, травмовані індивіди починають організовувати своє життя таким чином, щоб уникнути емоцій, які провокуються цими вторгненнями. Уникнення може набирати багато різних форм, такі як: дистанціювання від нагадувань про подію; зловживання наркотиками або алкоголем; використання диссоціативних процесів для того, щоб вивести хворобливі переживання зі сфери свідомості. Усе це послаблює взаємозв'язок з іншими людьми, приводить до їхнього порушення і як наслідок - до зниження адаптивних можливостей.

Фобічне уникнення ситуацій або дій, які мають подібність із основною травмою або символізують її, може впливати на міжособистісні відносини й вести до подружніх конфліктів, розлучень або втрати роботи. Однак родина, «сімейна стабільність», виступає в якості потужної соціальної підтримки, що включає когнітивну, емоційну й інструментальну допомогу.

Обговорювана модель має недоліки інформаційної моделі, але введення фактора навколишнього середовища дозволяє виявити індивідуальні відмінності, обумовлені цим фактором.

Донедавна в якості основної теоретичної концепції, що пояснює механізм виникнення постстресових проявів, виступала «двофакторна теорія». У її основу, як перший фактор, був покладений класичний принцип умовно-рефлекторної обумовленості. Основна роль у формуванні проявів приділяється травматичній події, яка виступає в якості інтенсивного безумовного стимулу,

що викликає в людини безумовно-рефлекторну стресову реакцію. Тому, згідно із цією теорією, навіть інші події й обставини, нейтральні, але яким-небудь чином пов'язані із травматичним стимулом, можуть по умовно-рефлекторному механізму «будити» первинну травму й викликати відповідну емоційну реакцію – страх, гнів (Биховец Ю.В., Тарабріна Н.В., 2010 [157, с. 3-85]; Тарабріна Н.В., 2009 [158, с. 3-302]; Тарабріна Н.В., 2008 [159, с. 2-71]; Пергаменщик Л.А., 2007 [160, с. 3-29]; Лазебная Е.О., 1994 [161, с. 3-18]).

Другою складовою частиною двофакторної теорії стала теорія поведінкової, оперантної обумовленості розвитку порушення. Згідно із цією концепцією, якщо вплив подій, що мають подібність (явну або по асоціації) з основним стимулом, що травмує, веде до розвитку емоційного дистресу, то людина буде увесь час прагнути до уникнення такого впливу, що, властиво, і лежить в основі психодинамічних моделей.

Однак за допомогою двофакторної теорії було важко зрозуміти природу ряду властивих розладу симптомів. Це симптоми нав'язливих спогадів про пережите, сни й нічні кошмари на тему травми, раптове, без видимих причин, воскресіння в пам'яті з патологічною вірогідністю й повним відчуттям реальності стресової події, або її епізодів. У цьому випадку виявилось практично неможливим установити, які саме «умовні» стимули провають прояв цих симптомів, настільки часом виявляється слабкою їхній видимий зв'язок з подією, щоб послужити причиною травми.

Для пояснення подібних проявів була запропонована теорія патологічних асоціативних емоційних мереж (Pitman R.K., Orr S.P., Forgue D.F., de Jong J.V., Claiborn J.M., 1990 [162, с. 49-54]; Pitman R.K., Rasmusson A.M., Koenen K.C., Shin L.M., Orr S.P., Gilbertson M.W., Milad M.R., Liberzon I.K., 2012 [163, с. 769-787]), в основі якої лежить нейрогенна теорія Г.Ф.Ланга. Специфічна інформаційна структура в пам'яті, що забезпечує розвиток емоційних станів - «мережа»,- включає три компоненти: 1) інформацію про зовнішні події, а також про умови їх появи; 2) інформацію про реакцію на ці події, включаючи мовні компоненти, рухові акти, вісцеральні й соматичні

реакції; 3) інформацію про значеннєву оцінку стимулів і актів реагування.

Ця асоціативна мережа за певних умов починає працювати як єдине ціле, продукуючи емоційний ефект. В основі ж посттравматичного розладу лежить формування аналогічне побудованим патологічним асоціативним структурам. Підтвердження цієї гіпотези було отримано Р.Пітменом, який показав, що включення в схему експерименту елемента відтворення стресової ситуації в уяві, веде до значимих відмінностей між здоровими й/та постраждалими ветеранами в'єтнамської війни. В останніх спостерігалася інтенсивна емоційна реакція в процесі переживання в уяві елементів свого бойового досвіду, а в здорових випробуваних такої реакції не відзначалося.

Таким чином, за допомогою теорії асоціативних мереж був описаний механізм розвитку деяких симптомів, однак такі, як нав'язливі спогади й нічні кошмари, і в цьому випадку піддавалися поясненню із труднощами. Тому було висловлене припущення, що патологічні емоційні мережі повинні мати властивість самостійної активації, механізм якої слід шукати в нейрональних структурах мозку й біохімічних процесах, що протікають на цьому рівні.

Результати нейрофізіологічних і біохімічних досліджень останніх років стали основою для біологічних моделей та підтвердили цю гіпотезу.

Таким чином, різні підходи, що пояснюють розвиток і функціонування постстресових порушень, цілком сумісні й успішно доповнюють один одного. Теорія навчання й когнітивний підхід, будучи психологічними концепціями, не дають пояснення симптомам збудження й іншим психофізіологічним змінам, тоді як біологічні погляди на природу посттравматичного стресу покликані заповнити цей пробіл. Для відповіді на запитання, чому лише в частини людей, після травматизації, проявляються психологічні симптоми посттравматичного стресу, пропонується також мультифакторна концепція (Maercker A., Zoellner T., 2006 [164, с. 626-653]; Maercker A., Zoellner T., 2004 [165, с. 41-48]; Zoellner T., Rabe S., Karl A., Maercker A., 2008 [166, с. 245-263]). У цій концепції виділяються три групи факторів, комбінація яких приводить до виникнення посттравматичного стресу: фактори, пов'язані із травматичною подією: вага

травми, її неконтрольованість, несподіваність; захисні фактори: здатність до осмислення події, наявність соціальної підтримки, механізми подолання; фактори ризику: вік до моменту травматизації, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький соціально-економічний рівень.

Згідно мультифакторної концепції, психотерапія працює на підкріплення захисних факторів, оскільки вона веде саме до переосмислення виниклих подій і посилення долаючих механізмів.

Мультифакторна концепція найбільш повно відображає всю сукупність факторів, що беруть участь у формуванні реакції особистості на травму.

Підводячи підсумки можна виділити наступні, найбільш актуальні на часі, теоретичні моделі ППД. Інформаційна модель є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної й психофізіологічної моделей. Вона розглядає стрес як масу внутрішньої й зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути погоджена з когнітивними схемами. Психосоціальна модель реагування на травму є багатофакторною. Автори підкреслюють необхідність урахувати фактори навколишнього середовища, що впливають на успішність адаптації. Для пояснення проявів дезадаптації запропонована теорія патологічних асоціативних контурів – специфічної інформаційної структури в пам'яті, що забезпечує розвиток емоційних станів. За певних умов контур починає працювати як єдине ціле, може самовільно активуватись, продукуючи прояви дезадаптації. Цей механізм слід шукати в нейрональних структурах і біохімічних процесах мозку. Останнім часом пропонується мультифакторна концепція, у якій виділяються три групи факторів, комбінація яких приводить до дезадаптації: фактори, пов'язані із травматичною подією; захисні фактори; фактори ризику. Однак на цей час не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює механізми виникнення й розвитку ППД.

1.2. Феноменологія та варіанти проявів постстресової психологічної дезадаптації

ППД з боку психічної сфери особистості досить різноманітна і сягає від порівняно незначних проявів психологічного рівня до грубих порушень у вигляді клінічно окресленої, психіатричної патології. Чим обумовлена така різноманітність дезадаптивних змін і їх схильність до хронічного перебігу однозначно відповісти до цих пір не вдається. Як показав аналіз основних теоретичних розробок постстресових порушень, це залежить від великої кількості чинників. Перш за все, це властивості стресової реакції, механізми якої тісно взаємодіють і переплітаються з механізмами реалізації реакції на стрес. Насамперед, мається на увазі фіксація всіх психічних і соматичних механізмів стресової реакції в єдиний модуль (контур), що міцно асоційований з усіма присутніми під час стресу зовнішніми й внутрішніми феноменами й процесами (Загуровский В.М., 2014 [167, с. 180-187]; Александровский Ю.А., 2001 [168, с. 116-117]). Це пов'язане з: 1) актуальністю стресового фактору й стресової реакції; 2) інтенсивністю їх впливу, включаючи афективний супровід; 3) реальною вітальною загрозою й загрозливими наслідками впливу стресора; 4) надійною фіксацією в пам'яті всіх складових як самої стресової реакції, так і обставин її виникнення (Гуревич П.С., 2012 [169, с. 3-495]). У результаті інтенсивного афективного заряду й значимості сформованого модуля, він легко оживляється в пам'яті з повторними відповідними переживаннями й запуском механізмів стресової реакції. Це може відбуватися й при активації фіксованих асоціативних зв'язків з чинниками, які до травми не викликали явищ стресу. У такий спосіб стресова реакція втрачає обмеженість у часі й стає причиною розвитку так званого «хронічного» психічного стресу (Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Позднякова Н.В., Онищук С.В., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Є.Г., 2014 [170, с. 5-12]; Загуровский В.М., 2014 [171, с. 180-187]; Александровский Ю.А., 2001 [172, с. 116-117]; Гуревич П.С., 2012 [173, с. 3-495]). При цьому вона тісно взаємодіє з механізмами реакції на стрес,

значно обтяжуючи їх прояви. І це приводить до того, що можна охарактеризувати як вторинні стресові чинники та вторинна стресова реакція.

Іншим важливим фактором, що визначає характер проявів реакції на стрес, є передстресові особливості особистості (Загуровский В.М., 2014 [174, с. 110-115]; Загуровский В.М., 2013 [175, с. 62-64]). У літературі відсутні досить ясні й певні дані про те, що ті або інші особливості визначають характер проявів. З одного боку, це пов'язане з певними складностями проведення ретроспективного аналізу на тлі вже проявлених тих або інших змін особистості. З іншого, автори найчастіше в якості передстресових особливостей розцінюють наявні клінічні прояви, мотивуючи тим, що вони еволюціонували під впливом стресу. Однак детальний аналіз даних у цій області відсутній.

Наступним важливим фактором, що визначає прояви реакції на стрес, є соціальні умови життєдіяльності індивідуума. Багато в чому вони визначають такі об'єктивні й суб'єктивні показники як благополуччя, упевненість у захисті, належній допомозі, надійність, захищеність, опору й підтримку з боку соціуму, перспективу майбутнього й ін. (Гуревич П.С., 2012 [176, с. 3-495]; Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [177, с. 3-175]; Табачников С.І., Маркова М.В., 2013 [178, с. 23-26]; Briere J., Hodges M., Godbout N., 2010 [179, с. 767-774]). Наявність або відсутність таких умов, тим більше – загрози з боку соціуму, визначають важкість й форми реакції. Крім того, самі по собі різні соціальні зміни й потрясіння можуть виступати джерелом стресу.

Важкість психічних розладів залежить від якості, інтенсивності й значимості для особистості травмуючого впливу, його тривалості, ступеня супутніх соматичних ушкоджень, передуючих соматичних і психічних захворювань, тренуваності й стійкості людини до даного виду стресу, ступеня готовності, рівня соціальної захищеності. Узагальнено це виглядає в такий спосіб: більшість характеристик і умов впливу стресового фактора ігнорується, тому що реакція носить неспецифічний характер за винятком: 1) значимості фактора для особистості; 3) сили впливу фактора; 4) характеру і важкості виниклих порушень адаптації; 5) характеру взаємодії з порушеннями в

результаті соматичного ушкодження (захворювання); 6) ступеню стійкості (адаптаційних можливостей) особистості; 7) характеристики прогнозованих наслідків впливу, включаючи ступінь захищеності особистості.

Загальноприйнятими є наступні етапи розвитку психічного стресу, описані Г.І. Косицьким (Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [180, с. 3-175]; Косицький Г.І., Смирнов В.М., 1970 [181, с. 3-205]).

1. Стадія мобілізації, що супроводжується підвищенням уваги, активності. Це нормальна, робоча стадія. Навантаження на цій стадії, навіть часті, приводять до тренування організму, підвищенню його стресостійкості – первинний ріст напруги, що стимулює звичні способи вирішення проблем;

2. Друга стадія стресу, або «фаза стеничної негативної емоції» - носить стеничний, активно-діючий характер: лють, гнів, агресія. Ресурси організму витрачаються неекономно; повторні навантаження приводять до виснаження;

3. Фаза «астеничної негативної емоції» - настає черга негативних емоцій, що носять астеничний, пасивно-неспроможний, зневірливий характер. Людиною опановують сум, розпач, зневіра в можливість виходу із ситуації;

4. Остання стадія – невроз, зрив - людина деморалізується, змирюється з поразкою; з'являються негативні наслідки, які залишає стрес: депресія, початкові стадії психосоматичного захворювання.

Наприкінці ХХ століття на підставі аналізу психічного здоров'я населення в умовах корінних змін соціально-економічної й політичної ситуації була виділена група соціально-стресових розладів. Вони безпосередньо не пов'язані з гострою реакцією на стрес і не входять у діагностичний перелік МКХ-10. Критеріями їх діагностики є корінні зміни суспільних відносин, які виходять за рамки звичайного досвіду; зміна системи культурних, ідеологічних, моральних, релігійних норм і цінностей; зміна соціальних зв'язків і життєвих планів; нестабільність і невизначеність життєвого положення (Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [182, с. 3-175]). Незалежно від характеру проявів у групі соціально-стресових розладів з'являється певна байдужність до ситуацій, що недавно хвилювали, песимізм, цинізм, звужується коло соціальних контактів, які стають

поверхневими та нетривкими. Нерідко серед навколишнього оточення вишукуються дійсні або надумані приклади «соціальної несправедливості» і недобррозичливості, що викликає відповідну реакцію. Розвиваються почуття незадоволеності, спустошення, постійної втоми, важке відчуття що «відбувається щось погане, загрозливе».

Основні клінічні прояви при соціально-стресових розладах: вегетативні дисфункції; порушення нічного сну; астеничні, істеричні, панічні розлади; інші невротичні й психопатичні порушення. Усі психічні прояви не є специфічними та обумовлені загальними механізмами розвитку стану психічної дезадаптації. Основні доклінічні (психофізіологічні) реакції соціально-стресових розладів є: емоційна напруженість; декомпенсація особистісних акцентуацій; вегетативні дисфункції; гіпостенія; гіперстенія; інсомнія. Зазначені прояви безпосередньо пов'язані з реакцією на соціально-стресові обставини (Панченко О.А., Кутько І.І., Зайцева Н.А., 2014 [183, с. 6]; Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. et al., 2013 [184, с. 1683-1685]; Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [185, с. 3-175]; Александровский Ю.А., 2001 [186, с. 116-117]).

Слід зазначити, що реакції на стрес можуть виникати не тільки в безпосередньо потерпілих, але й в учасників рятувальних операцій (Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [187, с. 3-175]; Табачников С.І., Маркова М.В., 2013 [188, с. 23-26]). Травматичними чинниками виступають отримані соматичні травми і їх наслідки, безпосередня загроза смерті, можливі втрати в різних сферах життя, наступне лікування травм, ідентифікація себе з жертвою й інші фактори.

У психіатричній практиці згідно МКХ-10 виділяють наступні клінічноокреслені психічні розлади: F43.0 – Гостра реакція на стрес; F43.1 – Посттравматичний стресовий розлад; F43.2 – Розлад адаптивних реакцій; F43.8 – Інші реакції на важкий стрес; F43.9 – Реакція на важкий стрес неуточнена.

За винятком F43.3, інші рубрики можна охарактеризувати як клінічноокреслені, дезадаптивні стани. Це, як правило, психопатологія

пограничних порушень або невротичного рангу, що стоїть досить близько до нозологічно самостійних, невротичних порушень, що мають у своїй структурі специфічні ознаки (Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І., 2014 [189, с. 3-80]; Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2002 [190, с. 3-47]). Ці ознаки відображають прив'язку дезадаптивних проявів з перенесеним раніше стресом.

Виділені основні критерії, які характеризують ПТСР (Белов В.Г., Парфенов Ю.А., 2010 [191, с. 3-175]; Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І., 2014 [192, с. 3-80]; Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2002 [193, с. 3-47]): 1) перенесений стресовий стан; 2) впливи спогадів про місце, де проходили життєвонебезпечні ситуації, виникнення «провини за те, що вижив» перед загиблими, сновидіння з кошмарними сценами пережитого; 3) прагнення уникнути емоційних навантажень, непевність і страх появи спогадів, які мучать («прогривання трагедії»), неконтактність із навколишніми; 4) комплекс невротичних порушень переважно з підвищеною дратівливістю, зниження концентрації, уваги, «тону функціонування»; 5) стигматизація окремих патохарактерологічних симптомів і тенденція до формування психопатії з епізодами антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркоманія, цинізм, відсутність поваги до офіційних осіб). Крім того сформовані форми клінічного перебігу, включаючи віддалені періоди часу.

Гострі порушення психіки характеризуються дереалізаційними й деперсоналізаційними розладами; тривожно-депресивними станами з почуттям страху за своє життя, плаксивістю, кошмарними сновидіннями; депресивними реакціями з конверсійними розладами; реакціями ейфоричного типу з багатослів'ям, значною недооцінкою важкості свого соматичного стану;

обсесивно-фобічними розладами й порушеннями сну (Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І., 2014 [194, с. 3-80]; Люмберг Л., 1970 [195, с. 255-260]; Тарабріна Н.В., Лазебная Е.О., 1992 [196, с. 14-29]; Литвинцева С.В., Шамрей В.К., 2001 [197, с. 3-236]).

В проявах розладу звертає на себе увагу комбінація двох груп явищ: триваючих напливів (оживання) у свідомості екстремальної ситуації із супутніми афективними реакціями (тривоги, жаху, страху); поведінки ухилення, уникнення ситуації - тобто прагнення піти від усього, що може нагадувати про трагічну подію. На перший план частіше виступають розлади сну, дратівливість і вибуховість, зниження деяких когнітивних функцій (особливо пам'яті й уваги). Можуть виникати й більш виражені психічні порушення (депресія, тривожні розлади, алкоголізм і ін.). Постраждалі виглядають замкненими, відчуженими, іноді злісними. Вони із труднощами контактують із навколишніми, їм важко вживатися у родині, і з іншими людьми. Вони дратівливі, часом агресивні, причому спалахи злості й агресії можуть видатися зовсім невмотивованими. Звичайні виробничі вимоги, пов'язані з дисципліною й субординацією, виявляються для них нездійсненними. У родині вони скоро стають чужими, тому що не можуть розділити ні прикростей, ні радості рідних. У зв'язку із цим можуть втратити роботу і родину. Схильність до зловживання алкоголем і наркотиками посилює соціальну дезадаптацію: постраждалі легко втягуються в кримінальне середовище або поповнюють армію безпритульних.

У цілому особливості поведінки при постстресових розладах нагадують картину психопатоподібного стану. Однак при дослідженні з'ясовується, що вони переживають глибоку пригніченість, тривогу й тугу, іноді з почуттям провини, марності свого життя, навіть із суїцидальними думками. Вони страждають від настирливо повторюваних спогадів про ту ситуацію, яку вони пережили. Останні часто бувають у вигляді раптових, яскравих образів, тривають від декількох секунд до декількох годин і супроводжуються

пригніченням, страхом, пітливістю й іншими вегетативними розладами (Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н., 2014 [198, с. 16-20]; Акарачкова Е.С., 2010 [199, с. 60-64]; Тарабріна Н.В., Лазебная Е.О., 1992 [200, с. 14-29]; Литвинцева С.В., Шамрей В.К., 2001 [201, с. 3-236]). Світ інших людей, їх інтереси, тривоги й надії представляються дрібними, що не заслуговують уваги. Більшість постраждалих впевнені у тому, що люди, не в змозі зрозуміти їхні проблеми через що вони часто пояснюють цим свою замкнутість. Багато з них тим же пояснюють своє затяте небажання звертатися за медичною допомогою, оскільки вони певні, що лікар не зможе їх зрозуміти. Іноді вони прагнуть знайти вихід у спілкуванні з товаришами по нещастю, але й це виявляється важким, оскільки провокує спогади, яких хворі намагаються уникнути. Вживання алкоголю й наркотиків приносить їм спочатку деяке полегшення, що пояснює значне поширення такої поведінки.

Можлива поява станів з порушенням сну, почуттям розпачу, безвиході, край пессимістичною оцінкою ситуації в країні, ототожненням цієї ситуації із власною долею й пов'язаними із цим думками про самогубство. Цей стан може бути настільки важким, що приводить до втрати працездатності.

Актуальною останнім часом стала тема бойової психічної травми. Під цим розуміється переживання великої сили, викликане короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, що приводить до розладів психіки різного ступеня важкості й руйнуванню психологічної структури дій (Табачников С.І., Маркова М.В., 2013 [202, с. 23-26]; Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н., 2014 [203, с. 16-20]; Акарачкова Е.С., 2010 [204, с. 60-64]). Інакше кажучи, людина непоранена, неконтужена, неотруєна, але вести бойові дії не може. Основним психотравмуючим фактором бойової обстановки є небезпека, що загрожує життю й фізичному здоров'ю. Переживання цієї небезпеки є найдужчими і, як правило, пов'язані зі сприйняттям жахливої картини загибелі й поранень інших людей. Насамперед дуже важливо зрозуміти, що постраждалих від бойової психічної травми, прирівнюється до тих, що

одержали вогнепальне поранення, важку фізичну травму, контузію, хімічне отруєння і т.д. Тому дану категорію відносять до втрати (психологічної).

Представлений матеріал показує, що стресова реакція є неспецифічною формою реакції особистості. Отже, картина виникаючих порушень при бойовій психічній травмі буде відповідати описаним варіантам. За умовами й часом її можна розділити на дві групи. До першої відноситься бойова психічна травма, що виникає у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. Такий постраждалий може впасти в повну загальмованість (ступор), слабо або зовсім не реагувати на навколишнє оточення, або навпаки – проявляти високу рухову активність (метатися, кричати і т.д.). Нервове потрясіння, яке в цей момент переживає людина, настільки сильне, що вона тимчасово втрачає здатність критично оцінювати навколишнє оточення, аналізувати й планувати свої дії.

До другої групи відноситься бойова психічна травма, що розвивається відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих факторів (Литвинцева С.В., Шамрей В.К., 2001 [205, с. 3-236]; Люмберг Л., 1970 [206, с. 255-260]). Нагромадження психічної напруги відбувається постійно й непомітно для військовослужбовця. Його поведінка поступово змінюється. Він може стати замкненим, похмурим, грубо реагувати на звернення до себе з боку товаришів. У такій обстановці змінюється стиль спілкування, коли солдати або офіцери, без достатніх на те причин або зовсім без них, починають кричати один на одного, проявляти ознаки агресії. Спілкування за допомогою крику поступово стає нормою поведінки. Раптові вибухи гніву, агресії можуть супроводжуватися зміною самопочуття (головний біль, відчуття розбитості у всьому тілі, запаморочення, нудота і т.д.), високою руховою активністю, за якою швидко настає виснаження й апатія. Навіть ті воїни, які адаптувалися до бойової обстановки, мають солідний бойовий досвід, раптово відчують сильні напади страху перед виконанням бойового завдання, стають занадто обережними. У військовій психології така поведінка одержала назву «бойове виснаження».

Реакція на стрес може проявлятися психологічним рівнем реагування у вигляді психоадаптаційних й психодезадаптаційних станів (Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н., 2014 [207, с. 16-20]; Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А., 2004 [208, с. 123-126]; Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. et al., 2008 [209, с. 923-929]). Психоадаптаційні стани проявляються, якщо в індивіда досить добре розвинена здатність до «витіснення, заперечення» дестабілізуючих психогеній. При цьому психоадаптаційний стан все-таки не «норма», а «передпатологія», оскільки вплив психогеній відбивається на функції психіки й лише завдяки адекватності компенсаторних механізмів немає переходу в патологію. Виділяють 4 варіанти проявів психоадаптаційного стану. Перший - психовегетативний варіант, при якому спостерігаються короточасні пароксизмальні вегетосудинні порушення у вигляді серцебиття, відчуття запаморочення, коливання артеріального тиску, відчуття жару, холоду в тілі протягом декількох хвилин.

Наступним є астенічний варіант з характерними короточасними проявами у вигляді зниження фізичного тону і відчуття вираженої стомлюваності, відчуття млявості, слабкості, зниження концентрації уваги, ускладнень при виконанні службових обов'язків, бажання виспатися, проблеми із засинанням, незважаючи на відчуття явної перевтоми. Дистимічному варіанту притаманні тимчасові, до декількох годин, минуші психоемоційні прояви у вигляді безпричинної тривоги, неспокою, внутрішнього дискомфорту. Вони можуть стимулювати різні аспекти поведінки, привносячи елементи гіперактивності й метушливості. Нерідко з'являються короточасні епізоди нестійкого настрою, з елементами дратівливості або незадоволеності, песимістичною оцінкою майбутнього, апатією. Такі стани купірувалися після повноцінного відпочинку або відпустки. Останній, змішаний варіант в структурі якого неможливо визначити переважаючу психопатологічну симптоматику. Часто можна говорити про астено-вегетативний, вегето-дистимічний варіанти проявів або про поєднання психовегетативних порушень з астенічними або дистимічними.

Психодезадаптаційні стани являють собою відносно стабільний симптомокомплекс, відповідний задіяному регістру розладів психіки. Формується протягом тривалого часу (близько шести і більше місяців). Прояви у вигляді “передхворобливих” психічних та психосоматичних порушень, що відрізняються нестабільністю, короткочасністю і фрагментарністю (Bryant R.A., 2012 [210, с. 9-10]; Bryant R.A., 2011 [211, с. 233-239]; Карвасарський Б.Д., 2011 [212, с. 3-960]; Ромек В.Г., Канторович В.А., Крукович Е.І., 2005 [213, с. 3-256]).

Структура психодезадаптаційних проявів представлена у вигляді наступних варіантів: психовегетативного, астеничного, дистимічного, дисмнестичного і змішаного. Вони негативно впливають на службову діяльність, соціальне і психічне функціонування. Вказані варіанти за своїми характеристиками нагадують описані для психоадаптаційних проявів. Для дезадаптаційних характерні більш широкий спектр, виразність та інтенсивність проявів. Після повноцінного або додаткового відпочинку відзначається значне поліпшення стану, яке може знову погіршитися протягом 7-10 днів.

При донозологічних порушеннях знижена працездатність із несамостійністю в прийнятті рішень, низька цілеспрямованість; слабкий контроль над емоціями, виражені тривожно-недовірливі риси, зі скептичним ставленням до життя; знижені комунікаційні властивості, виражені дратівливість, агресивність, прагнення до самотності (Карвасарський Б.Д., 2011 [214, с. 3-960]; Блеєр А.Н., 2008 [215, с. 3-256]).

Донозологічні психічні розлади – реальність, яка не знайшла відображення в класифікації психічних захворювань, але яку необхідно враховувати при оцінці психічного здоров'я. Це порушення адаптації, в основі якої лежить неузгодженість функціональних систем психофізіологічної організації, що утворилась внаслідок різних екзогенно-органічних впливів, в тому числі й тривалого перебування в змінених умовах існування, часто за наявності певної конституціональної схильності. У цих випадках адаптаційно-

компенсаторні можливості організму визначають міру індивідуального здоров'я. Для психовегетативного синдрому характерним є надмірне реагування в стресовій ситуації, що приводить до перенапруження регуляторних систем з появою сомато-вегетативних дисфункцій, емоційних розладів у вигляді різних за важкістю проявів і тривалістю тривожних, тривожно-депресивних, астено-субдепресивних реакцій, що в умовах хронічного стресу чи такого, що повторюється, переходять в затяжні невротичні стани з високою ймовірністю подальшого формування психосоматичних розладів. Цьому сприяють властиві даному контингенту риси емоційної лабільності, сензитивності, високої реактивної тривожності. Таким чином, астеногіперестетичні та психовегетативні симптомокомплекси є донозологічними проявами так званих хвороб адаптації: психосоматичних захворювань, неврозів і невротичних розвитків.

Для психодезадаптаційних проявів найбільш важливими ознаками є: втрата звичного пристосувального характеру особистісної реакції, її невідповідність актуальній ситуації; розлад механізмів психологічного захисту і зосередження уваги на вузькому колі афективно заряджених представлень та суджень; ізолюваність окремих емоційно-вольових реакцій, що носять абортивний, рудиментарний і минулий характер; поява тривожності, ригідності, динамічних нейрофізіологічних, нейрогуморальних та імунологічних порушень.

Виділяються наступні варіанти психодезадаптаційних станів клінічного рівня: за ознакою провідної симптоматики – патохарактерологічний, невротичний і психосоматичний (Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. et al., 2008 [216, с. 923-929]; Bryant R.A., 2012 [217, с. 9-10]; Bryant R.A., 2011 [218, с. 233-239]; Карвасарський Б.Д., 2011 [219, с. 3-960]; Блеер А.Н., 2008 [220, с. 3-256]). За принципом сталості проявів:

- відносно нестабільні (одиничні, короткочасні погіршення, але без стійких і тривалих змін працездатності);
- стійкі й тривалі (у цілому більше двох місяців у році) погіршення стану.

Ці екстранозологічні розлади діагностуються на основі наступних критеріїв: зниження соціальної адаптації: поява почуття занепаду сил; слабості, посилення суб'єктивного сприйняття соматичного дискомфорту, стійка зміна спрямованості уваги від проблем зовнішніх до внутрішніх, пов'язаних із власним здоров'ям, виникнення інтолерантності до незначних зовнішніх впливів. Є дві тенденції в динаміці психоадаптаційних і психодезадаптаційних станів з їхньою флуктуацією на рівні психічного здоров'я й, навпаки, до затяжного, торпідного перебігу з ускладненням клініки й наступним переходом у стійкі невротичні й патохарактерологічні стани.

1.3. Аналіз сучасних принципів та методів психокорекції при постстресовій психологічній дезадаптації

На теперішній час для психокорекції ППД застосовується досить широкий спектр методів і методик. Вибір залежить від характеру проявів, особливостей особистості постраждалого, характеру стресового впливу, спеціалізації психолога, популярності та ефективності методу та методики. Сучасні принципи проведення психокорекції носять значно вужчі та жорсткіше окреслені рамки.

До фундаментальних принципів терапії ППД учасників бойових дій (Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А., Гордєєва Е.Г., 2000 [221, с. 3-128]; Костенко А.Л., Ліневич В.Л., Кондрашова С.С., 2009 [222, с. 281-283]; Малкіна-Пих І.Г., 2008 [223, с. 3-960]) відносять: принцип нормалізації; принцип партнерства й підвищення гідності особистості; індивідуальний підхід. У сучасній терапевтичній практиці основний акцент роблять на положенні про те, що «нормальний індивід зіштовхнувся з ненормальним випадком». Таким чином, щоб нейтралізувати наслідки травми, необхідно, головним чином, робити ставку на мобілізацію механізмів опанування особистості. Крім того, дуже важливий міждисциплінарний підхід до проведення психокорекції. Знання біологічного й психологічного аспектів і

соціальної динаміки дозволяє розглядати травму в широкому контексті й знаходити пояснення наявним проявам і засобам для їхньої корекції в різних областях життя.

Методи, які ефективно використовуються для психокорекції, можна розділити на чотири категорії:

1. Освіта – знайомство з основними положеннями фізіології й психології проявів дезадаптації.

2. Цілісне відношення до здоров'я – здоровий спосіб життя, фізична активність, правильне харчування, режим, духовність і т.і.

3. Збільшення соціальної підтримки й соціальної інтеграції. Це сімейна й групова терапія; розвиток мережі самопомоги, створення громадських організацій і участь у їх діяльності; тренування соціальних навичок, зменшення ірраціональних страхів, здатність йти на ризик при формуванні нових відносин.

4. Власне психокорекція – робота з реакцією втрати, фобічними реакціями, із супутніми стресами, рольові ігри, гештальт-терапія й інші види корекції.

Усі чотири перераховані методи можна об'єднати поняттям «соціально-психологічна реабілітація». Психологічна реабілітація – це допомога на всіх етапах формування нової системи значимих відносин, реструктуризації у свідомості реальності зовнішнього світу, співвідносячи їх з реаліями внутрішнього світу особистості (Панченко О.А., Кутько І.І., Зайцева Н.А., 2014 [224, с. 6]; Рубцова В. В., Малих С. Б., 2008 [225, с. 3-304]).

Психологічна допомога включає:

1. Діагностику соціально-психологічної дезадаптації (психоемоційного стану до травми, використовуваних стратегій адаптації, особливостей поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей.

2. Психологічне консультування.

3. Психокорекційну роботу.

4. Навчання навичкам саморегуляції (зняття напруги за допомогою релаксації, аутотренінгу й інші методи).

5. Соціально-психологічні тренінги, спрямовані на підвищення адаптивності й особистісний розвиток клієнта.

Психокорекція при ППД ставить за мету допомогти пацієнтові «переробити» проблеми й «подолати» прояви. Основне завдання – допомогти пацієнтові усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи й можливості повернення до звичного життя.

Для психокорекції посттравматичних проявів в сучасній практиці найбільш широко використовують наступні методи.

Традиційно вважається, що когнітивно-поведінкова психотерапія найбільш ефективна при корекції ППД. Згідно з принципом, на якому ґрунтується цей вид втручання, для зміни поведінки необов'язково розуміти психологічні причини, що визначають його виникнення (Чабан О.С., Франкова І.А., 2015 [226, с. 8-18]; Пономаренко Л.П., 2014 [227, с. 253-260]; Сиропятов О., Дзеружинська Н., 2014 [228, с. 3-60]; Михайлов Б.В., 2016 [229, с. 41-45]). Її головна мета – формувати і зміцнювати здатність особистості до адекватних дій та надбання навичок покращення самоконтролю. Когнітивно-поведінкова психотерапія прагне замінити неприйнятні дії прийнятними і використовує деякі методи, які ведуть до зменшення або припинення небажаної поведінки. Техніки когнітивно-поведінкової психотерапії використовуються для переосмислення постраждалими дезадаптивних думок і зміни негативних установок особистості. Частіше всього застосовуються наступні техніки. Це техніка розкриваючих інтервенцій, яка заснована на положенні, що при постстресових розладах діє страх стимулів, які відповідають та співзвучні не тільки психотравмі, але й спогадам про неї. Це означає, що звернення особистості до спогадів, що викликають страх (в уяві або безпосередньо) повинне приносити позитивний вплив. Техніка подолання тривоги включає різноманітні прийоми, у тому числі релаксаційні методи, когнітивне переструктурування і т.д. Останнє служить також, для

розпізнавання й корекції перекрученого сприйняття і спотворених переконань. Сюди відносяться: тренування припинення думок та виникаючих спогадів; упізнавання ірраціональних думок; завчання адекватної моделі поведінки; когнітивне переструктурування за допомогою «сократівського» методу задавання питань.

Окремо стоїть техніка десенсибілізації й переробки переживань, що травмують, за допомогою руху очей – це метод, запропонований Ф. Шапіро в 1987 р. (Шапіро Ф., 1998 [230, с. 3-496]; Пергаменщик Л.А., Пузиревич Н.Л., 2013 [231, с. 3-135]; Доморацький В.А., 2013 [232, с. 34-38]; Ніколаєнко С.А., 2015 [233, с. 159-163]). Вона застосовується при постстресових порушеннях як самостійний метод психокорекції, або як етап комплексного впливу. Виділяються 4 основні цілі впливу для цієї техніки: спогади про реальну подію, що призвела до психотравми; інші важкі та нав'язливі спогади, непов'язані з психотравмою; кошмарні сновидіння; асоціативні переживання, викликані нейтральними чинниками. Вважається, що рухи очей або інші стимули, що використовуються при десенсибілізації й переробці переживань, що травмують, за допомогою руху очей, запускають процеси, які активізують прискорену переробку травматичного досвіду. Це проходить за аналогією з процесом, що в нормі відбувається на стадії сну зі швидким рухом очей. Серії рухів очей призводять, ймовірно, до розблокування ізольованої нейронної мережі мозку, де зберігається травматичний досвід. Як наслідок, він піддається десенсибілізації і прискореній когнітивній переробці. Френсіс Шапіро описує техніку як структурований, комплексний метод лікування, що включає 8 стадій: історія пацієнта і планування лікування, підготовка, діагностика, десенсибілізація і переробка, утвердження позитивного уявлення, соматичний стан, завершення, переоцінка.

Раціональна психотерапія – метод психокорекції, при якому акцент робиться на людське мислення і розум. Постраждалому роз'яснюють причини й механізми розладу, логічно і послідовно переконують, що його оцінки власного стану помилкові (Блінов О.А., 2014 [234, с. 20-27]; Михайлов Б.В.,

Григорович А.А., 2010 [235, с. 138-139]; Сиропятов О., Дзеружинська Н., 2014 [236, с. 3-320]). Витоки його внутрішніх проблем і переживань гніздяться не в реальній дійсності, а в спотворених уявленнях про неї. На першому етапі взаємодії з постраждалим відбувається вивчення особистості і ознайомлення з його історією. Після цього розповідають про причини виникнення проблем і способи усунення цих причин. На цьому етапі використовуються методи пояснення і роз'яснення. Результатом є формування у постраждалого розуміння його істинного стану. Це розуміння допомагає зняти додаткову тривожність, викликану невідомістю, і дає можливість навчитися самоконтролю. Далі проводиться корекція розумового та емоційного сприйняття з подальшою переорієнтацією особистісних установок, що полягає в корекції системи цінностей особистості, зміні самосприйняття і поглядів на навколишній світ.

Методи психічної саморегуляції це психічний самовплив для цілеспрямованої регуляції всебічної діяльності організму, його процесів, реакцій і станів, зняття симптомів напруги й тривоги. Зазвичай для цього застосовують аутотренінг, прогресивну м'язову релаксацію, активну візуалізацію позитивних образів, асоціативну методику саморегуляції з використанням елементів Еріксоніанського гіпнозу і НЛП (Блінов О.А., 2014 [237, с. 20-27]; Михайлов Б.В., Григорович А.А., 2010 [238, с. 138-139]; Сиропятов О., Дзеружинська Н., 2014 [239, с. 3-320; Агеєнкова Е.К., 2013 [240, с. 3-196]). За допомогою психічної саморегуляції створюються умови, при яких смислова інформація не верифікується, що дозволяє використовувати механізми сугестивності. В організмі активуються процеси психосоматичної взаємодії, що знижує дисфункцію в діяльності внутрішніх органів і оптимізує психічні та соматичні функції, оптимізує розумову і фізичну працездатність. Найбільш важливим результатом ПСР є зниження емоційної напруженості. Асоціативна методику саморегуляції з використанням елементів Еріксоніанського гіпнозу і НЛП, дозволяє створити більш диференційовані, прийнятні і оптимальні стани за рахунок створення їх самим пацієнтом в стані

саморегуляції за допомогою досить простих психотехнік, що використовуються в НЛП, на тлі досягнутого стану саморегуляції.

Гештальт-терапія традиційно розглядається як один з ефективних методів психокорекції, яка з успіхом застосовується при терапії багатьох розладів і широкого спектру інтрапсихічних і міжособистісних конфліктів. Це дає можливість використовувати гештальт-терапію при роботі з учасниками воєнних дій і інших екстремальних ситуацій. Метою корекційної роботи є зняття блокування й стимулювання процесу розвитку, реалізація можливостей і прагнень особистості за рахунок створення внутрішнього джерела опори й оптимізації процесів саморегуляції. Основним теоретичним принципом гештальт-терапії є переконання, що здатність до саморегуляції нічим неможливо замінити (Агеєнкова Е.К., 2008 [241, с. 13-59]; Butollo W., Karl R., König J., Nagl M., 2014 [242, с. 112-129]; Whelton W.J., 2004 [243, с. 58-71]; Погодін І.А., 2013 [244, с. 5-9]; Уїлер Г., 2011 [245, с. 3-489]; Перлз Ф., Гудмен П., 2008 [246, с. 3-382]).

Особистісно-орієнтована терапія як спосіб корекції ППД, дозволяє змінити відношення потерпілого до психотравмуючої ситуації й прийняти відповідальність за неї, зробити особистість здатною до вирішення зовнішніх і внутрішніх конфліктів шляхом реорганізації системи її відносин (Карвасарський Б.Д., 2000 [247, с. 3-752]; Калмикова Е.С., Миско Е.А., Тарабріна Н.В., 2001 [248, с. 70-80]; Курпатов В.І., Осипова С.А., Федоров А.П., 2008 [249, с. 9-18]). Це напрямок, що представляє собою подальший розвиток вчення В.Н.Мясіщева і включає в себе: 1) концепцію особистості як систему відносин індивіда з навколишнім середовищем; 2) біопсихосоціальну концепцію розладів, розвиток яких обумовлений порушенням значущих для особистості відносин; 3) систему особистісно-орієнтованої індивідуальної психокорекції, основною метою якої є досягнення позитивних особистісних змін (корекція порушеної системи відносин, неадекватних когнітивних, емоційних і поведінкових стереотипів), що веде як

до усунення симптоматики, так і до відновлення повноцінного функціонування особистості.

Сформульовані цілі і завдання засновані на положеннях, розроблених В.Н. Мясіщевим, відображають поетапний характер психокорекційного процесу (від вивчення особистості пацієнта і через усвідомлення їх ним, до корекції порушених відносин особистості) і фокусують його переважно на когнітивних аспектах. Однак психокорекція не просто включає в якості своїх завдань три площини змін (когнітивну, емоційну і поведінкову) – сам процес корекції базується на збалансованому використанні когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів.

Цілі і завдання корекційного напрямку, орієнтованого на особистісні зміни, впливають з уявлень про специфіку особистісних порушень, що у свою чергу визначаються особистісною концепцією. Саме тому в рамках конкретного напрямку цілі та завдання психокорекції формуються в загальному вигляді як для індивідуальної, так і групової психотерапії, але вирішуються з допомогою власних ресурсів. Завдання особистісно-орієнтованої психокорекції з урахуванням трьох площин очікуваних змін можуть бути сформульовані наступним чином.

Завдання інтелектуального усвідомлення (пізнавальна сфера) зводяться до трьох аспектів: усвідомлення зв'язків «особистість-ситуація-порушення», усвідомлення інтерперсонального плану власної особистості та усвідомлення свого генетичного (історичного) плану. Слід підкреслити, що перша стадія усвідомлення створює більш стійку мотивацію для активної й усвідомленої участі пацієнта в корекційному процесі.

В емоційній сфері завдання охоплюють 4 основних аспекти: точне розпізнавання і вербалізацію власних емоцій, а також їх прийняття; переживання заново й усвідомлення минулого емоційного досвіду; безпосереднє переживання і усвідомлення досвіду психокорекційного процесу і свого власного; формування емоційно сприятливого ставлення до себе.

Стосовно поведінкової сфери, спрямованість може бути сформульована як задача формування ефективної саморегуляції на основі адекватного, точного саморозуміння і більш емоційно сприятливого ставлення до себе.

Таким чином, завдання особистісно-орієнтованої психокорекції фокусуються на трьох складових самосвідомості – на самопізнанні, ставленні до себе і саморегуляції, а загальна мета може бути визначеною як формування адекватної самосвідомості і розширення її сфери. Механізми корекційної дії лежать у трьох основних площинах – когнітивній, емоційній та поведінковій і можуть бути позначені як конфронтація, коригуючий емоційний досвід і навчання. Завданнями даного виду психокорекції є вивчення особистості хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації, специфіки формування, структури та функціонування системи його відносин. Наступним завданням є виявлення основних механізмів, що сприяють виникненню і збереженню проявів дезадаптації з подальшим усвідомленням і розумінням потерпілим зв'язку між особливостями його системи відносин і розвитком дезадаптації. В подальшому надається допомога йому в розумному вирішенні психотравмуючої ситуації, зміна відносин хворого, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки. Це є головним завданням психокорекції і веде до покращення суб'єктивного самопочуття постраждалого й відновлення повноцінності його соціального функціонування. Здійснюються два взаємопов'язаних психологічних процеси – усвідомлення і реконструкції відносин особистості. Усвідомлення пов'язане з необхідністю розуміння особистістю справжніх джерел власних проявів. Реконструкція відносин особистості, у відповідності до ступеня усвідомлення, проявляється в корекції порушених і виробленню нових відносин на їх пізнавальному, емоційному та поведінковому рівнях. В ході реконструкції порушених відносин особистості відбувається корекція "неадаптивних" позицій і вироблення нових, більш реалістичних.

Психодинамічна психотерапія постстресових розладів у своїх теоретичних основах сходиться до концепції психічної травми З.Фрейда. Згідно із

цією концепцією, крім нестерпних травматичних зовнішніх впливів, слід виділяти неприйнятні й нестерпно інтенсивні спонукання й бажання, тобто внутрішні фактори, що травмують (Пономарьов В.І., Северин Ю.В., 2016 [250, с. 23-30]; Числіцька О.В., 2015 [251, 21 с.]; Horowitz M.J., 1998 [252, с. 3-224]; Diener M.J., Hilsenroth M.J., Weinberger J., 2007 [253, с. 936-941]; Кадлер Х.С., Блэнк А.С., Крапник Дж.Л., 2005 [254, с. 39-52]; Фoa Э., Кін Т.М., Фрідман М., 2005 [255, с. 3-467]). При цьому травма стає невід'ємною складовою частиною історії життя як історії розвитку спонукань і життєвих цілей. Фрейд пропонував розрізняти два випадки: ситуація, що травмує, є провокуючим чинником, що розкриває преморбідну невротичну структуру; травма детермінує виникнення й зміст прояву. При цьому повторення травматичних переживань, нічні кошмари, що постійно вертаються, розлад сну й т.п. можна зрозуміти як спроби «зв'язати» травму, відреагувати її. Корекція спрямована на задіяння нормальних механізмів адаптації, звертаючись до несвідомого. Це здійснюється шляхом дослідження психологічного значення травматичної події. Воно може включати вивчення і сортування бажань, фантазій, страхів і захистів, породжених цією подією. Перенесення і контрперенесення є універсальними феноменами і психолог може при необхідності відкрито звертатися до них в залежності від техніки лікування та своєї терапевтичної позиції.

Психосвіта являє собою комплексну, поетапно здійснювану, систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, які займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів (Юрьєва Л.Н., 2015 [256, с. 69-72]; Задорожний В.З., Хижняк А.А., Холопченко О.Э., 2013 [257, с. 93-94]; Кожина А.М., Гайчук Л.М., Шикова В.В., 2015 [258, с. 109]). В основу психосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у постраждалих і членів їх родин адекватного уявлення про ППД; корекцію спотворених соціальних позицій постраждалих і покращення їх комунікативних можливостей. Психосвіта також покращує

забезпечення «психосоціальної підтримки», поліпшення адаптації постраждалого і його родини.

При проведенні психоосвітньої роботи використовуються прийоми викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги покращення сімейних комунікацій та ін. На фоні проведення комплексної психокорекції із застосуванням психоосвітніх заходів, відмічається більш швидка редукція проявів, нормалізація емоціонального стану, поведінки, підвищення психофізичної активності.

Сімейна психотерапія – модифікація відносин у системі родини за допомогою психокорекційних методів з метою усунення негативної психологічної симптоматики й підвищення функціональності сімейної системи (Малкіна-Пих І.Г., 2008 [259, с. 3-960]; Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А., Гордєєва Е.Г., 2000 [260, с. 3-128]; Хрїтінін Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Брюн Е.А., 2009 [261, с. 3-7]; Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова В.А., 2013 [262, с. 301-306]; Мушкевич М.І., 2016 [263, с. 136-142]). У сімейній терапії психологічні прояви й проблеми розглядаються як результат викривлених взаємодій членів родини. Сімейна психотерапія реалізує не інтра-, а інтерперсональний підхід до вирішення проблем, і завдання психолога полягає в тому, щоб змінити за допомогою відповідних впливів сімейну систему в цілому. Значна поширеність, у родинах з учасниками бойових дій, розлучень, подружніх конфліктів, сімейної дисгармонії, зловживання алкоголем, нерозуміння обумовлюють необхідність проведення психокорекційної роботи.

Нейролінгвістичне програмування – психотерапевтична концепція, згідно з якою за рахунок зміни у свідомості психічного образу життєвої ситуації змінюється психічний стан людини, що сприяє ефективній реалізації себе в житті й задоволенню актуальних потреб. Теорія й практика докладно описані в багатьох роботах, що стали вже класичними (Малкіна-Пих І.Г., 2008 [264, с. 3-960]; ХайКін А.В., 2011 [265, с. 192]; Еріксон М., 1998 [266, с. 3-208]; Адлер Х., 2002 [267, с. 3-190]; Бэндлер Р., 1994

[268, с. 3-240]; Бэндлер Р., Гріндер Д., 1995 [269, с. 3-256]). Одним з базисних положень є твердження, що кожна людина несе в собі сховані, невикористані психічні ресурси. Головними завданнями психолога є забезпечення доступу постраждалого до цих ресурсів, витяг їх з підсвідомості, доведення до рівня свідомості, а потім навчання, як ними користуватися. Виконання цих завдань досягається використанням різних технік, таких, як: «інтеграція якорів», «візуально-кінестетична дисоціація», «шести кроковий рефреймінг», «змах» та ін.

Групова терапія – найбільш часто застосовуваний формат психокорекції для осіб, що пережили травматичний досвід який охоплює когнітивно-біхевіоральні, психолого-освітні, психоаналітичні й психодраматичні групи, групи самопомоги, аналізу сновидінь, арт-терапії й безліч інших (Allen S.N., Bloom S.L., 1994 [270, с. 425-437]; Фoa Э.Б., Кін Т.М., Фрідман М.Дж., 2005 [271, с. 3-467]). Конкретна форма психотерапії залишається предметом вибору для більшості постраждалих, що пережили психотравму. Травматизація руйнує когнітивні Я-схеми жертви, тому її погляд на світ і відновлення зруйнованого буває дуже болісним. Використання різних психотерапевтичних технік може виявитися ефективним форматом корекції.

Тренінги по психофізіологічній і соціальній реадаптації широко застосовуються для реадаптації учасників бойових дій. Картина психічного стану й поведінки людини, яка одержала назву «синдром посттравматичного стресу», описує певний спосіб існування в цьому світі. Найчастіше при роботі з даним синдромом використовуються методи соціальної реабілітації й/або адаптації (Галацан О.В. та ін., 2016 [272, с. 3-27]; Малкіна-Пих І.Г., 2006 [273, с. 3-960]; Мельник А.П., 2015 [274, с. 100-105]; Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Гузенко К.В., 2016 [275, с. 69-73]). Ідея, закладена у поняття «соціальної адаптації», припускає, що людина після одержаної психічної травми, повинна змінити свою поведінку так, щоб увійти в мирне життя співгромадян. Недолік цієї концепції полягає в тому, що «соціальна адаптація» навряд чи допоможе людині, що пробула довгий час в екстремальних умовах, повернути

щиросердечний спокій і радість життя. Фактично, цей підхід пропонує лікувати прояви, а не їх причину, і ціль такої симптоматичної корекції не здоров'я, а відповідність загальноприйнятим нормам поведінки. Творцям концепції тренінгу представляється, що шлях «соціальної адаптації» нездатний привести до дійсного видужання. Оскільки одним з базисних компонентів пропонованого тренінгу є аналіз поведінки постраждалого в особистісно значимій ситуації, то тут використаний відомий постулат про адаптивну або захисну роль будь-якої поведінки в конкретному оточенні. Тому якщо в процесі аналізу поведінки особистості вдається встановити неефективність використаного нею способу адаптації або захисту, завдання психолога зводиться до того, щоб допомогти вибрати оптимальний варіант поведінкового пристосування до виниклих обставин. Тому термін «реадаптація» при характеристиці пропонованого тренінгу представляється більш точним і реалістичним.

Таким чином, незважаючи на давність та зростаючу актуальність проблеми, значну кількість наукових досліджень в її напрямку, до цього часу відсутні цілісні системні теоретичні уявлення про механізми розвитку та функціонування ППД. Найбільш поширеною є точка зору, за якою ППД розглядається як мультифакторний розлад доклінічного рівня в основі виникнення якого лежить неспроможність або відсутність механізмів адаптації до стресового чинника, або його занадто велика сила впливу. Аналіз психологічного й психопатологічного рангів проявів дезадаптації не демонструє чітких критеріїв розмежування між ними; відсутня системна характеристика варіантів проявів ППД. Відсутні критерії (маркери) загрози трансформації психологічного реагування в психопатологічне. Аналіз показав необхідність систематизації й розмежування дезадаптивних порушень не тільки за рангом симптоматики, але й по ступеню повноти адаптації (дезадаптації) до результатів стресового впливу; розробки єдиної моделі розвитку дезадаптивних порушень. Наявні варіанти описуються як обумовлені характером та відношенням до тієї чи іншої сфер особистості. Корекція ППД не носить системного та диференційованого характеру, що призводить до її подальшої трансформації в клінічні форми розладів.

Підсумовуючи перелічене в розділі:

1. Найбільш поширеною є точка зору, за якою ППД розглядається як мультифакторний розлад доклінічного рівня в основі виникнення якого лежить неспроможність або відсутність механізмів адаптації до стресового чинника, або його занадто велика сила впливу.

2. Аналіз показав необхідність систематизації й розмежування дезадаптивних порушень не тільки за рангом симптоматики, але й по ступеню повноти адаптації (дезадаптації) до результатів стресового впливу; розробки єдиної моделі розвитку дезадаптаційних порушень.

3. На теперішній час відсутня системна та диференційована психокорекція ППД, що призводить до її подальшої трансформації в клінічні форми розладів.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ОБСТЕЖЕНИХ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика груп обстежених

Для досягнення мети та виконання завдань дослідження, на принципах анонімності та добровільності було обстежено 205 співробітників МВС України. Із них 148 брали участь в проведенні АТО протягом 2014-2015 років (група дослідження – ГД). Інші 57 співробітників не брали участі в АТО, тож склали групу порівняння (ГП). За віком учасники обох груп були в інтервалі 29-37 років. На службі в МВС України знаходились не менше як з 2010 року. За основними соціально-демографічними показниками обидві групи були ідентичними. Учасники були ознайомлені з метою та методиками проведення дослідження і дали інформовану згоду на участь у ньому. У всіх обстежених була відсутня офіційно встановлена психіатрична патологія, вони були чинними співробітниками МВС України. Психодіагностичне та клініко-психологічне обстеження психологічного стану проводилося на 2-й – 4-й день знаходження в лікарні з поліклінікою СМО ГУ МВС України у Львівській області.

Респонденти були піддані комплексному клініко-психологічному, клініко-анамнестичному, психодіагностичному обстеженню.

Клініко-психологічний метод включав структуроване клінічне інтерв'ю; спостереження; аналіз психологічного анамнезу із структуруванням даних у часі динаміки виникнення, розвитку та перебігу проявів.

Загальні соціально-демографічні характеристики пацієнтів, сімейний стан наведені в таблиці 2.1 та 2.2. Було проаналізовано в порівнянні між групами дослідження та порівняння вік учасників та термін їх перебування на службі в лавах підрозділів МВС України. Одержані результати не виявили достовірної різниці характеристик учасників ГД та ГП (показник $\phi > 0,05$). Так само не виявлено достовірної різниці за характеристиками сімейного стану.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики обстежених

Показник	ГД		ГП	
	кількість	%	кількість	%
Вік				
27-32 роки	71	47,97	29	50,88
33-37 років	77	52,03	28	49,12
Термін служби				
3 рік	25	16,89	6	10,53
4 роки	28	18,92	9	15,79
5 років	35	23,65	18	31,58
Більше 5 років	60	40,54	24	42,11

Достовірність: φ – по відношенню до ГП. Ступінь вірогідності: без зірочки - >0,05, * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Таблиця 2.2

Сімейний стан обстежених

Показник	ГД		ГП	
	кількість	%	кількість	%
Одружений	130	87,84	46	80,70
Розлучений	12	8,11	6	10,53
Неодружений	6	4,05	5	8,77
1 дитина	93	62,84	46	80,70
2 дитини	27	18,24	6	10,53
Батьки в дитинстві				
Повна сім'я	129	87,16	51	89,47
Неповна сім'я	19	12,84	6	10,53
Батьки на час подій				
Повна сім'я	113	76,35	43	75,44
Неповна сім'я	35	23,65	14	24,56

Достовірність: φ – по відношенню до ГП. Ступінь вірогідності: без зірочки - >0,05, * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Таким чином, згідно з отриманими даними, особи, що увійшли в основну і ГП за базовими соціально-демографічними показниками, були практично ідентичними.

2.2 Характеристика методів дослідження

Відповідно до поставлених цілей і завдань дослідження нами використовувався комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних методів.

З теоретичних методів в процесі дослідження використовувався теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація та аналіз наукових літературних джерел за тематикою, порівняння та узагальнення даних.

Емпіричні методи включали: психодіагностичний метод, стандартизоване інтерв'ю та бесіду, метод спостереження.

Для психодіагностичного дослідження було застосовано комплекс методик, які дозволяють одержати максимально повну, розгорнуту інформацію змін психологічного стану. Для визначення особливостей психоемоційного стану використовували опитувальник оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, розроблений L.Derogatis (в адаптації Н.В. Тарабріної), клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) та Гісенський опитувальник психосоматичних скарг.

Витоки фрустрації та психологічний захист визначали за допомогою методики діагностики рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана; методики визначення психологічного захисту (опитувальник Плутчика – Келлермана – Конте); схильності до відхиляючої поведінки (А.Н. Орел); тесту життєстійкості S. Maddy (в адаптації Д.А. Леонтьєва).

Аналіз копінг-стратегій здійснювали наступними методиками: діагностики копінг-стратегій Е. Хайма та опитувальника проактивної подолаючої поведінки (копінгу).

Ступінь дезадаптації та ефективність адаптації визначали багаторівневим особистісним опитувальником “Адаптивність” (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова і

С.В. Чермяніна, шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) розробленою М. Horowitz (в адаптації Н.В. Тарабріної) та опитувальником посттравматичного росту (Tedeschi&Calhoun в адаптації М.Ш. Магомед-Емінова).

Аналіз життєвого шляху та досвіду, як достресових преморбідних виникнення ППД, проводили з використанням біографічного опитувальника (Bottscher, Jager, Lischer) в адаптації В.А. Чікер та методики «Психологічна автобіографія» (Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова).

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) Дерогатіс (Тарабріна Н. В., 2001 [277, с.49-61]; Derogatis L.R., 1973 [278, с. 13-28]; Derogatis L.R., 1976 [279, с. 280 - 289]) дозволяє виявити наявність та провести оцінку ступеня значимості для особистості тих чи інших симптомів. Оціночні шкали, кожна окремо та в комплексі, відкривають можливість всебічної оцінки якості та глибини особистісної симптоматики. Результати групуються згідно з навантаженням 14 шкал: соматизація, obsесивно-компульсивні розлади (нав'язливості), інтерперсональна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, нав'язливі страхи (фобії), параноїдність (паранояльність), психотизм, загальний індекс важкості, індекс важкості наявного дистресу, число позитивних відповідей (число актуальних симптомів).

Шкала «соматизація» (SOM) відображає прояви, що відображають дистрес, який ґрунтується на тілесних відчуттях. Сюди відносяться скарги, пов'язані з серцево-судинною, дихальною системами, шлунково-кишковим трактом та ін., соматичні еквіваленти тривожності. Шкала «obsесивність – компульсивність» (O-C) характеризує прояви, що стосуються думок, імпульсів і дій, які індивід переживає як безперервні, непереборні і чужі "Я" та питання, що стосуються поведінки або переживань загального когнітивного характеру. Шкала «міжособистісна сенситивність» (INT) характеризує почуття особистої неадекватності і неповноцінності, самоосуд, занепокоєння і дискомфорт. Крім того, ще негативні очікування відносно міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми. Шкалою «депресія» (DEP) представлені прояви

дисфорії і афекту, відсутності інтересу до життя, нестача мотивації і втрати життєвої енергії, почуття безнадійності, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії. Шкала «тривожність» (ANX) відображає симптоми, обумовлені високим рівнем тривожності. Це нервовість, напруга, напади паніки; когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху та інші соматичні кореляти тривожності. Шкала «ворожість» (HOS) включає думки, почуття або дії, які є проявами афективного стану злості, ознаки агресії, дратівливості, гніву і обурення. Шкала «фобічна тривожність» (PHOV) відображає реакцію страху на певні місця, об'єкти або ситуації та веде до унікаючої поведінки. Ознаки паранояльної поведінки, як виду порушень мислення, визначає шкала «паранояльні тенденції» (PAR) - проектні думки, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії як основні ознаки розладу. Шкала «психотизм» (PSY) вказує на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя та на симптоми шизофренії. Додаткові питання, які входять в SCL вказують на деякі розлади що не відносяться ні до однієї зі шкал.

Оціночна шкала «загальний індекс важкості симптомів» (GSI) є показником поточного стану і глибини розладу, комбінацією інформації про кількість симптомів та інтенсивність дистресу який переживається у теперішній час. Шкала «індекс наявного симптоматичного дистресу» (PSDI) є показником типу реагування опитуваного та вказує на посилення або послаблення в опитуваного симптоматичного дистресу при відповідях. Шкала «загальне число ствердних відповідей» (PSI) показує на кількість тверджень, на які дані позитивні відповіді. Результати можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна виразність психопатологічної симптоматики, окремих шкал і окремих симптомів. Індекс GSI є інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу, його інтенсивність і форми вираження. Індекс PSI відображає широту діапазону симптоматики індивіда.

Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) ([Менделевич В.Д., 2005 [280, с. 347-360].

Застосовується для виявлення і оцінки невротичних станів. В опитувальнику наявні 6 діагностичних шкал, що відповідають основним невротичним синдромам. Це шкала тривоги, невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування, obsесивно-фобічних порушень та вегетативних порушень. Показники по кожній шкалі більше +1,28 – вказують на рівень здоров'я, а менше -1,28 – на хворобливий характер виявлених розладів.

Гісенський опитувальник психосоматичних скарг (Райгородський Д.Я., 2001 [281, с. 503-526]) призначений для виявлення як окремих так і груп скарг з оцінкою їх інтенсивності. Опитувальник має 4 основні шкали і одну сумарну: шкала Е - «Виснаження» - характеризує неспецифічний чинник виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії і потребу пацієнта в допомозі; шкала М - «Шлункові скарги» - відображає епігастральний синдром психосоматичних розладів; шкала G - «Ревматичний фактор» - відображає суб'єктивні відчуття, що носять алгічний або спастичний характер; шкала Н - «Серцеві скарги» - вказує на переважання локалізації проявів нездужання переважно у серцево-судинній сфері; шкала «Тиск скарг» - характеризує загальну інтенсивність скарг, значення якої дорівнює сумі значень основних шкал.

Методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І. Вассермана (Вассерман Л.І., Іовлев Б.В., Берєбін М.А., 2004 [282, с. 3-24]) базується на положенні, що соціальна фрустрованість розглядається як наслідок неможливості реалізації особистістю своїх актуальних соціальних потреб. Значимість цих потреб індивідуальна, залежить від самооцінки, системи життєвих цілей і цінностей, індивідуальних здібностей і досвіду вирішення проблемних і кризових ситуацій. Тому соціальна фрустрованість, як наслідок реальної соціальної ситуації, носить особистісний характер, визначаючи стресогенність соціальних фрустраторів та адаптивні можливості особистості. Іншими словами, соціальну фрустрованість можна розглядати як специфічний комплекс переживань і відносин особистості, що виникає у відповідь на дію фруструючих факторів.

Тривалий дестабілізуючий вплив соціально-фруструючих факторів формує напруженість адаптивних механізмів і парціальну дезадаптацію (передхвороба), а при малоефективному психологічному захисті та відсутності соціальної підтримки - тотальну психічну дезадаптацію. Звідси виникає актуальне завдання діагностики саме соціального компонента у багатовимірній системі патогенезу порушень психічної адаптації.

Виділяються 5 основних блоків шкали по 4 позиції у кожному:

- задоволеність взаєминами з рідними і близькими (з дружиною, чоловіком, батьками, дітьми);
- задоволеність найближчим соціальним оточенням (друзями, колегами, начальством, протилежною статтю);
- задоволеність своїм соціальним статусом (освітою, рівнем професійної підготовки, сферою професійної діяльності, роботою в цілому);
- задоволеність соціально-економічним становищем (матеріальним становищем, житлово-побутовими умовами, проведенням вільного часу і відпочинку, своїм становищем у суспільстві);
- задоволеність своїм здоров'ям і працездатністю (фізичним здоров'ям, психо-емоційним станом, працездатністю, своїм способом життя у цілому).

Більш високий бал відповідає, таким чином, більшій незадоволеності, як по окремих градаціях ознак, так і за шкалою у цілому.

Використовуючи опитувальник «Психологічний захист» Плутчика – Келлермана – Конте (Каменська В.Г., 1999 [283, с. 3-148с.]), можна досліджувати рівень напруженості восьми основних психологічних захистів, вивчити ієрархію системи психологічного захисту і оцінити загальну напруженість всіх вимірюваних захистів, тобто середнє арифметичне з усіх восьми вимірів захисних механізмів. За допомогою даної методики можна підрахувати найбільш високий індекс напруженості кожної з захистів у респондентів однорідної групи, визначити наявність або відсутність кореляції між напруженістю окремих захистів і загальною напруженістю.

Найбільш конструктивними психологічними захистами є компенсація і раціоналізація, а найбільш деструктивними – проекція і витіснення. Використання конструктивних захистів знижує ризик виникнення конфлікту або його загострення.

Заперечення є механізмом психологічного захисту, за допомогою якого особистість заперечує фруструючі, тривожні обставини. Як правило, дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які турбують і можуть привести до конфлікту. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, які суперечать основним настановам особистості, чи інформація, яка загрожує її самозбереженню, самоповазі або соціальному престижу. Заперечення як механізм психологічного захисту реалізується при конфліктах будь-якого роду і характеризується виразним спотворенням сприйняття дійсності.

Витіснення – механізм захисту, за допомогою якого неприйнятні для особистості імпульси:, бажання, думки, почуття, що викликають тривогу, стають несвідомими. Витіснення зберігають свої емоційні і психо-вегетативні компоненти й тому можуть проявлятися в невротичних і психофізіологічних симптомах. Психотравмуючі обставини або небажана інформація витісняються зі свідомості людини і це може виглядати як активна протидія спогадам.

Регресія розглядається як механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість в своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку. Особистість, під впливом фруструючих факторів, замінює рішення суб'єктивно більш складних завдань на відносно більш прості і доступні задачі. Використання більш простих і звичних поведінкових стереотипів суттєво погіршує загальний арсенал способів вирішення конфліктних ситуацій.

Компенсація як механізм психологічного захисту проявляється в спробах знайти відповідну заміну реального чи уявного недоліку, дефекту, нестерпного почуття іншими якостями. Частіше за все за допомогою фантазування або привласнення собі властивостей, чеснот, цінностей, поведінкових

характеристик іншої особистості. Часто це відбувається при необхідності уникнути конфлікту і підвищити почуття самодостатності. Іншим проявом компенсаторних захисних механізмів може бути ситуація подолання фруструючих обставин або гіперактивність в інших сферах.

Проекція – процес, за допомогою якого неусвідомлювані і неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписуються іншим людям і таким чином стають ніби вторинними. Негативний, соціально-несхвальний відтінок почуттів і властивостей, нерідко приписується оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недоброчливість, які проявляються нібито в захисних цілях.

Заміщення як дія захисного механізму проявляється в розрядці пригнічених емоцій (ворожості, гніву), які направляються на об'єкти, що становлять меншу небезпеку або більш доступні, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття. У більшості випадків заміщення зменшує емоційне напруження, що виникло під впливом фруструючої ситуації, але не призводить до полегшення або досягнення поставленої мети.

Інтелектуалізація зводиться до «розумового» способу подолання конфліктної або фруструючої ситуації без переживань за допомогою логічних установок і маніпуляцій навіть при наявності переконливих доказів на користь протилежного.

Реактивні утворення як вид психологічного захисту нерідко ототожнюють з гіперкомпенсацією. Особистість запобігає демонстрації неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів чи вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень.

Визначення схильності до відхиляючої поведінки (А.Н. Орел) (Орел А.Н., 1999 [284, с. 3-21]) є стандартизованим опитувальником, призначеним для вимірювання схильності до реалізації різних форм відхиляючої поведінки за допомогою набору спеціалізованих психодіагностичних шкал. Змістовні шкали спрямовані на вимір психологічного змісту, соціальних і особистісних установок, що стоять за

поведінковими проявами комплексу, пов'язаних між собою, форм девіантної поведінки.

Шкала установки на соціальну бажаність призначена для вимірювання готовності випробуваного представляти себе в найбільш сприятливому світлі з точки зору соціальної бажаності. Показники від 50 до 60 балів свідчать про помірну тенденцію давати соціально-бажані відповіді; понад 60 балів - про тенденцію демонструвати суворе дотримання навіть малозначних соціальних норм; в діапазоні 70-89 балів - про високу настороженість випробуваного і сумнівну достовірність результатів.

Шкала схильності до подолання норм і правил призначена для вимірювання схильності до подолання будь-яких норм і правил, схильності до заперечення загальноприйнятих норм і цінностей, зразків поведінки. Результати в діапазоні 50-60 балів свідчать про вираженість вищевказаних тенденцій, схильність протиставляти власні норми і цінності груповим, тенденції «порушувати спокій», шукати труднощі, які можна було б подолати. Показники в діапазоні 60-70 балів, свідчать про надзвичайну вираженість нонконформістських тенденцій, прояви негативізму. Результати нижче 50 балів свідчать про конформні установки, схильність слідувати стереотипам і загальноприйнятим нормам поведінки.

Шкала схильності до адиктивної поведінки з результатами в діапазоні 50-70 балів свідчить про схильність до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, до ілюзорно-компенсаторного способу вирішення особистісних проблем, орієнтацію на чуттєву сторону життя. Показники понад 70 балів свідчать про наявність вираженої психологічної потреби в адиктивних станах; нижче 50 балів - про невиразність перерахованих вище тенденцій, або про хороший соціальний контроль поведінкових реакцій.

Шкала схильності до саморуйнівної поведінки призначена для вимірювання готовності реалізувати різні форми аутоагресивної поведінки. Результати в діапазоні 50-70 балів свідчать про низьку цінність власного життя, схильність до ризику, виражену потребу в гострих відчуттях, про садо-

мазохістські тенденції; понад 70 балів – про сумнівну достовірність результатів. Показники нижче 50 балів свідчать про відсутність готовності до реалізації: саморуйнівну поведінку, тенденції до соматизації тривоги, комплекси провини в поведінкових реакціях.

Шкала схильності до агресії та насильства призначена для вимірювання готовності до реалізації агресивних тенденцій в поведінці. Показники в діапазоні 50-60 балів свідчать про наявність агресивних тенденцій; в діапазоні 60-70 балів свідчать про агресивну спрямованість особистості у відносинах з людьми, схильність вирішувати проблеми за допомогою насильства, використовувати приниження як засіб стабілізації самооцінки, наявність садистичних тенденцій. Показники нижче 50 балів свідчать про невиразність агресивних тенденцій, неприйнятність насильства та агресії як засобів вирішення проблем або виходу з фруструючих обставин. Показники понад 70 балів говорять про сумнівну достовірність результатів.

Шкала вольового контролю емоційних реакцій вимірює схильність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій. Показники в межах 60-70 балів свідчать про слабкість вольового контролю емоційної сфери, небажання або нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій; про схильність реалізовувати негативні емоції безпосередньо в поведінці, несформований вольовий контроль своїх потреб і чуттєвих потягів. Показники нижче 50 балів свідчать про невиразність цих тенденцій, про жорсткий самоконтроль емоційних реакцій та чуттєвих потягів.

Шкала схильності до деліквентної поведінки вимірює готовність (схильність) до реалізації деліквентної поведінки, яка може втілюватись у житті лише за певних обставин. Результати в 50-60 балів, свідчать про наявність цих тенденцій та низький рівень соціального контролю; вище 60 балів - високу готовність до реалізації деліквентної поведінки; нижче 50 балів говорять про невираженість зазначених тенденцій, високий рівень соціального контролю.

Тест життєстійкості (S. Maddy в адаптації Д.О. Леонтьєва, О.І. Рассказової) (Леонтьєв Д.А., 2006 [285, с. 3-63]) дозволяє провести оцінку

психологічних чинників, які сприяють успішному подоланню стресу та зниженню внутрішньої напруги. Оцінка проводиться за трьома шкалами та сумарним показником. Життестійкість включає наступні автономні компоненти: залученість, контроль, прийняття ризику. Виразність цих компонентів і життестійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішньої напруги у стресових ситуаціях.

Залученість визначається як переконаність в тому, що причетність до подій, що відбуваються дає щось значиме та цікаве для особистості, дозволяє отримувати задоволення від власної діяльності. Відсутність подібної переконаності породжує відчуття відторгнення, себе «поза» життям.

Контроль дає переконаність у тому, що боротьба дозволяє впливати на результат подій хоча не завжди з гарантованим успіхом. Протилежністю є відчуття власної беспорядності. Сильно розвинений компонент контролю дає відчуття, що людина вибирає власну діяльність і свій шлях.

Прийняття ризику дає переконаність у тому, що все те, що трапляється, сприяє розвитку людини за рахунок знань, які вона одержує з набутого досвіду – позитивного або негативного. Особистість готова діяти за відсутності надійних гарантій успіху, на свій страх і ризик, вважаючи що прагнення до простого комфорту і безпеки збіднює життя.

Методика діагностики копінг-стратегій Хайма (Вассерман Л.І., Іовлев Б.В., Ісаєва Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я., 2009 [286, с. 3-54]) дозволяє досліджувати варіанти копінгу, розподілених відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності на когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми. Виявлені варіанти відповідно для кожної сфери поділяються на «адаптивні», «відносно адаптивні» та «дезадаптивні». До адаптивних варіантів копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій відносяться: «Проблемний аналіз», «Установка власної цінності», «Збереження самовладання»; серед емоційних копінг-стратегій: «Протест», «Оптимізм»; серед поведінкових копінг-стратегій: "Співробітництво", «Звернення», «Альтруїзм». Неадаптивними варіантами

копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій вважаються: «Смиренність», «Розгубленість», «Диссимуляція», «Ігнорування»; серед емоційних копінг-стратегій: «Придушення емоцій», «Покірність», «Самозвинувачення», «Агресивність»; серед поведінкових копінг-стратегій: «Активне уникнення», «Відступ». До відносно адаптивних варіантів копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій до них відносяться: «Відносність», «Надання сенсу», «Релігійність»; серед емоційних копінг-стратегій: «Емоційна розрядка», «Пасивна кооперація»; серед поведінкових копінг-стратегій: «Компенсація», «Відволікання», «Конструктивна активність». Узагальнення характеру поведінкових патернів при фруструючих обставинах та стресі формуються на основі як окремих варіантів, так і сукупної оцінки всіх варіантів стратегій і поведінки.

Опитувальник проактивної подолаючої поведінки (Водопьянова Н.Е., 2009 [287, с. 183-202]) призначений для діагностики особистісних характеристик, що готують особистість до переживання стресової ситуації і виходу з неї. Під проактивним копінгом розуміють інтеграцію афективних, когнітивних, інтенціональних і соціальних факторів в набір копінг-стратегій, які дають можливість справитися зі стресом і сприяють просуванню до важливих для особистості цілей. Опитувальник містить наступні шість шкал.

- Проактивне подолання – визначення мети (важливих для особистості цілей) і процес саморегуляції по досягненню цих цілей, що включає когнітивну і поведінкову складові.
- Рефлексивне подолання – роздуми про можливості поведінкових альтернатив шляхом порівняння їх можливої ефективності: оцінка можливих стресорів, аналіз наявних ресурсів, генерування плану дій, прогноз ймовірного результату і вибір способів виконання.
- Стратегічне планування – являє собою процес створення чітко продуманого, цілеспрямованого плану дій, в якому найбільш масштабні цілі поділяються на менш значущі, досягнення яких стає більш доступним.

- Превентивне подолання – передбачення потенційних стресових чинників і підготовку дій по нейтралізації їх негативних наслідків до того, як вони виникнуть.
- Пошук інструментальної підтримки – отримання інформації, порад та інших ресурсів від безпосереднього оточення людини в період подолання стресів.
- Пошук емоційної підтримки – подолання та послаблення дистресу шляхом пошуку співчуття і спілкування з близькими, рідними та людьми з безпосереднього соціального оточення особистості.

Оцінку проводять як за кожною шкалою, так і в комплексі усіх шкал та з залученням інших методик вивчення психологічного захисту та копінгу.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) (Маклаков А.Г., 2001 [288, 186-207]); Райгородський Д.Я., 2006 [289, с. 349-372]) призначений для вивчення адаптивних можливостей на основі оцінки деяких психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик, що відображають інтегральні особливості психічного та соціального розвитку. Опитувальник (МЛО) має 4 структурних рівня. Для дослідження були використані шкали 2, 3, 4 рівнів. Основою тесту є уявлення про адаптацію, як постійний процес активного пристосування до умов соціального середовища, що зачіпає всі рівні функціонування людини. Ефективність адаптації в значній мірі залежить як від властивостей нервової системи, так і від виховання, засвоєних стереотипів поведінки, адекватності самооцінки. Спотворене або недостатньо розвинене уявлення про себе веде до порушення адаптації, що може супроводжуватися підвищеною конфліктністю, нерозумінням своєї соціальної ролі, погіршенням стану здоров'я, розвитку хвороб, зривів у навчальній, професійній діяльності, антисоціальних вчинків. Можна виділити деякий інтервал реакцій індивіда, який буде відповідати уявленню про психічну норму, а також визначити деякий обсяг відносин людини до того чи іншого явища. Це стосуються, перш за все категорій загальнолюдських цінностей, що не виходять за рамки загальноприйнятих моральних норм. Ступінь

відповідності цього обсягу психічної і соціально-моральної нормативності забезпечує ефективність процесу соціально-психологічної адаптації, визначає особистісний адаптаційний потенціал, який є найважливішою інтегративною характеристикою психічного розвитку.

Шкали 3-го рівня опитувальника представлені як: поведінкова регуляція, комунікативний потенціал і моральна нормативність.

Поведінкова регуляція характеризує здатність особистості регулювати свою взаємодію з оточенням. Основними елементами цього є: самооцінка, рівень нервово-психічної стійкості, а також наявність соціальної підтримки з боку оточуючих. Всі виділені структурні елементи відображають співвідношення потреб, мотивів, емоційного фону настрою, самосвідомості, «Я-концепції» та ін. Це складне, ієрархічне утворення, а інтеграція всіх його рівнів в єдиний комплекс і забезпечує стійкість процесу регуляції поведінки.

Комунікативні якості є наступною складовою особистісного адаптаційного потенціалу. Оскільки особистість знаходиться в соціальному оточенні, її діяльність пов'язана з умінням будувати відносини з іншими людьми. Комунікативні можливості (або вміння досягти контакту і взаєморозуміння з оточуючими) визначаються наявністю досвіду і потреби в спілкуванні, а також рівнем конфліктності.

Моральна нормативність забезпечує здатність адекватно сприймати індивідом свою певну соціальну роль. В даному тесті аналізуються характеристики рівня моральної нормативності індивіда, що відображають сприйняття морально-етичних норм поведінки та ставлення до вимог безпосереднього соціального оточення.

Шкала 4-го рівня – «особистісний адаптаційний потенціал» характеризує якого можна отримати, оцінивши поведінкову регуляцію, комунікативні здібності та рівень моральної нормативності. Цей показник є результатом суми попередніх 3-х шкал, як їх інтегративна оцінка ділиться на 4 групи в залежності від рівня адаптації.

Шкали 2-го рівня відповідають шкалами опитувальника, направлені на виявлення дезадаптаційних порушень переважно астеничних і психотичних реакцій та станів у вигляді 3 шкал: «Астеничні реакції і стани», «Психотичні реакції і стани» та «Дезадаптаційні порушення».

Для астеничних реакцій та станів у більшій мірі характерно погіршення сну, зниження апетиту, відсутність мотивації до професійної діяльності, низька толерантність до несприятливих факторів праці, високий рівень тривожності, іпохондрична фіксація. Для психотичних реакцій типові високий рівень нервово-психічної напруги, агресивність, погіршення міжособистісних контактів, порушення морально-етичної орієнтації, явища афективного збудження і гальмування. Рівень «дезадаптаційних порушень» визначається як інтегральна оцінка суми результатів попередніх шкал.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R-1ES-R) розроблена М. Horowitz (в адаптації Н.В.Тарабріної) (Тарабріна Н.В., 2001 [290, с. 141-162]), клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх важкості (інтенсивності). Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються в три субшкали: «вторгнення», «уникнення» і «фізіологічна збудливість». Всі пункти мають пряме значення. Показники по кожній шкалі підраховуються простим підсумовуванням відповідей окремих пунктів.

Опитувальник посттравматичного зростання (Магомед-Емінов М.Ш., 2008 [291, с. 102-123]) містить у собі п'ять шкал: відношення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя. Визначення посттравматичного зростання по кожній шкалі здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу наступні:

Фактор «відношення до інших» - особистість стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість із навколишніми, більш відкрита емоційно, більше зусиль спрямовує на налагодження взаємин з людьми, частіше визнає потребу в інших людях, більш високо їх цінує.

Фактор «нові можливості» - з'явилися нові життєві інтереси, життя спрямовується в новому напрямку, з'явилася впевненість в змінах свого життя на краще; з'явилися можливості, які не були доступні раніше та більша ймовірність того, що особистість спробує змінити те, що потребує змін.

Фактор «сила особистості» - з'явилося почуття більшої впевненості у собі, розуміння успішності боротьби з труднощами, здатність сприймати речі такими, які вони є; усвідомлення збільшення своїх сил та можливостей.

Фактор «духовні зміни» - особистість стала краще розуміти духовні проблеми, стає більш релігійною.

Фактор «підвищення цінності життя» - змінюються життєві пріоритети, набагато краще розуміння цінності власного життя, свого часу.

Таким чином, особистість з високим сумарним балом характеризується наступними рисами. Після травми в них змінюється відношення до інших людей у бік більшої відкритості, позитивності, жалю. З'являється відчуття нових можливостей, нових інтересів, бажання змін. Вони починають почувати більшу впевненість у собі, почувати силу, щоб справлятися із труднощами. Вони починають краще розуміти духовні проблеми інших людей. У цілому в них підвищується цінність життя загалом й кожного моменту життя зокрема.

Біографічний опитувальник (Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltenstorungen, BIV), розроблений Bottscher, Jager, Lischer (Чікер В.А., 2003 [292, с. 93-113]) являє собою суб'єктивний тест, для вивчення клінічної проблеми поведінкових психічних розладів. Запропонована методика описує досліджуваних за допомогою властивостей особистості, сформованих соціальним середовищем, ситуацією і біографією, розкриває вплив сімейної ситуації на життєвий шлях. Методика дозволяє отримати стандартизовану інформацію про біографію, про ситуацію навколишнього середовища і актуальні психічні стани, що є важливою передумовою для соціально-психологічної адаптації особистості. В опитувальнику міститься суб'єктивна інформація про сімейну ситуацію і поведінку в соціальному середовищі. Важливо, що результати цієї методики можуть говорити про деякі порушення

адаптації та поведінки в соціальному середовищі. Диспозиції порушення соціальної поведінки розвиваються на ранніх етапах соціалізації у зв'язку із сімейним оточенням і вихованням батьків або їх заміною. В результаті стереотипи поведінки, що відхиляється можуть бути закріплені і проявлятися у щоденній поведінці.

Подальший життєвий шлях людини багато в чому опосередковується впливом середовища. Вона може цей вплив закріплювати і посилювати, компенсувати, замінювати неадекватні стереотипи на настільки ж неадекватні і т. п.

Опитувальник складається з 8 шкал:

Шкала FAM - суб'єктивний опис сімейної ситуації в дитинстві і юності, взаємодії з батьками, відношення сім'ї до оточуючих.

Шкала ICHSTK - сила «Я», самовпевненість, здатність домогтися свого.

Шкала SOZLAG - вплив факторів зовнішнього середовища, що викликають виражене напруження в особистих і соціальних ситуаціях.

Шкала ERZIEN - виховний вплив батьків або осіб, котрі їх заміняли.

Шкала N - нейротизм, емоційна лабільність.

Шкала SOZAKT - соціальна активність, контактність.

Шкала PSYKON - схильність до соматичних порушень, схильність реагувати соматично на стресові навантаження.

Шкала E - екстраверсія.

Змістовна інтерпретація шкал за оцінками:

1. шкала FAM

Високі оцінки. Незадовільні взаємини з батьками, неадекватне ставлення сім'ї до навколишнього світу, недостатній вплив з боку сім'ї в дитинстві та юності.

Низькі оцінки. Хороша взаємодія між батьками. Позитивне ставлення сім'ї до навколишнього світу, сприятливий вплив з боку сім'ї в дитинстві та юності.

2. шкала ICHSTK

Високі оцінки. Недостатня сила «Я», низька впевненість у собі, низька здатність домагатися свого.

Низькі оцінки. Виражена сила «Я», самовпевненість, здатність домагатися свого.

3. шкала SOZLAG

Високі оцінки. Часте вираження напруги в особистих і соціальних ситуаціях. Проблеми соціальної адаптації.

Низькі оцінки. Незначна ситуаційна напруга в міжособистісній і соціальній взаємодії, хороша соціальна адаптованість.

4. шкала ERZIEN

Високі оцінки. Негативний вплив виховної поведінки батьків або осіб, що їх заміщають, неврозогенний стиль виховання, негативний характер взаємодії між батьками або особами що їх замінюють.

Низькі оцінки. Сприятливий для подальшого розвитку виховний вплив і поведінка батьків. Хороша взаємодію між батьками.

5. шкала N

Високі оцінки. Емоційна лабільність, сильні емоційні реакції, загальна психічна нестійкість, чутливість, тривожність.

Низькі оцінки. Психічне здоров'я, нормальні емоційні реакції, емоційна врівноваженість.

6. шкала SOZAKT

Високі оцінки. Нездатність встановлювати і підтримувати соціальні контакти, проблеми з розкриттям себе.

Низькі оцінки. Хороша здатність встановлювати і підтримувати контакти, відсутність боязні в розкритті себе іншим.

7. шкала PSYKON

Високі оцінки. Сильно виражена схильність до соматичних порушень, низька стійкість до стресових навантажень, психічна лабільність.

Низькі оцінки. Психічне здоров'я, відсутність схильності реагувати на стресові навантаження.

8. шкала E

Високі оцінки. Соціальна активність, товариствість, імпульсивність.

Низькі оцінки. Невисока соціальна активність, відокремлений спосіб життя, нездатність до спонтанного реагування.

На підставі змістовних і статистичних співставлень можна виділити п'ять факторів, які можуть бути позначені таким чином:

1. Синдром сімейного дефіциту. У ньому майже всі твердження шкал FAM і ERZIEN мають суттєві навантаження.

2. Синдром екстраверсії. Більшу частину навантаження несуть твердження шкал SOZAKT і E.

3. Невпевненість в собі, слабкість «Я». Найбільше навантаження в цьому факторі несуть твердження шкали ICHSTK. Високі навантаження несуть твердження шкал SOZAKT і SOZLAG.

4. Актуальна напруга в професійній та особистій сферах. В даний фактор входять твердження SOZAKT, PSYKON и ERZIEN .

5. Синдром неврозу. До нього входять твердження шкал N і PSYKON. Оцінки за цими шкалами дозволяють відрізнити норму від відхилень в цій сфері. В цей фактор входять також твердження шкали ICHSTK.

Опитувальник є клінічним діагностичним інструментом, спрямованим на виявлення причин психічного розладу, в тому числі, відхиляючої поведінки.

«Психологічна автобіографія» (Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова) (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998 [293, с. 3- 263 с.]) належить до числа ситуаційних психодіагностичних методик. Вважається, що компоненти внутрішньої картини життєвого шляху можуть входити в систему базових показників, що лежать в основі одержуваних у психодіагностичному дослідженні даних. Методика дозволяє виявити особливості сприйняття значимих життєвих ситуацій і подій у житті людини. Ці особливі ситуації, тісно пов'язані з особистістю випробуваного. Методика надає можливість вивчити,

найбільш суттєво пов'язані з особистістю, особливості психологічного середовища, сприйняття ситуацій або суб'єктивних подій у житті людини.

Обробка даних здійснюється у відповідності зі спеціальними таблицями.

Таблиця I служить для визначення кількості радісних і сумних подій у минулому та майбутньому і подій у цілому. За допомогою таблиці II можна здійснити більш детальний аналіз, виявляючи сумарну «вагу» радісних і сумних подій у минулому та майбутньому і подій у цілому. У таблицю III вносять дані про кількість подій, що різняться по силі впливу. У таблицю IV заносяться відомості про середній час антиципації й ретроспекції здійснення, що характеризують час подій. За допомогою таблиці V можна здійснити змістовний аналіз подій, занісши в неї «вагу» подій з врахуванням їх змісту. Визначається «вага» радісних і сумних подій в минулому та майбутньому, подій у цілому по кожному виду, «вага» подій різних типів. Відповідно до отриманих кількісних показників характеризуються наступні параметри: продуктивність відтворення образів життєвого шляху, оцінка подій (значимість для особистості тих або інших життєвих подій, їх бажаність-небажаність, ступінь їх впливу, середній час антиципації й ретроспекції), а також дається змістовна характеристика подій (тип і вид значимих подій, їх частота та оригінальність).

Крім психодіагностичного дослідження, при опитуванні учасників, їх родичів та друзів було проведено виявлення скарг та особливостей їх поведінки. Паралельно проводилась оцінка інтенсивності скарг або актуальності поведінки за 6-и бальною шкалою: 0 - відсутність симптому; 1 - виявляється при детальному розпитуванні; 2 - слабо турбує; 3 - приносить помірне занепокоєння; 4 - дуже турбує; 5 - у край інтенсивно турбує хворого. Така ж оцінка проводилась з родиною та друзями. В подальшому результати обстеженого та його оточення порівнювались. Результати оброблялись методами статистичного аналізу.

Статистична обробка одержаних результатів і показників здійснювалася за допомогою: методу встановлення достовірності відмінностей вибірок

(за t-критерієм Ст'юдента, ϕ -критерієм Фішера); багатомірної статистики - факторний аналіз (метод головних компонентів). При факторному аналізі застосовувались критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна та критерій сферичності Барлетта.

Узагальнюючи наведене:

1. Учасники групи дослідження та групи порівняння за своїми соціально-демографічними показниками достовірно не різнилися між собою, що дозволяє стверджувати про їх однорідність.

2. Набір методик психодіагностичного дослідження спрямований на одержання всебічної характеристики психічної сфери, особливо провідних факторів, які задіяні в розвитку як гострої стресової реакції, так і формуванні ППД в учасників бойових дій.

3. Методи математичної та статистичної обробки одержаних даних дозволяють встановити ступінь вірогідності одержаних результатів та систематизувати досліджувані чинники у структури механізмів розвитку ППД.

РОЗДІЛ 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОМЕНОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

В результаті обстеження у співробітників МВС України, які приймали участь в АТО, в 89,86% виявлені, різні за виразністю, дезадаптивні прояви. У 8,78% симптоми досягали клінічного рангу, але були недостатніми для виставлення клінічно окресленої нозологічної форми порушень. В соматичній сфері у 68,92% виявлені ознаки вегетативної дисфункції, що носили пароксизмальний характер. Встановлена наявність доклінічних порушень на емоціональному, когнітивному та поведінковому рівнях особистості.

Виявлені при дослідженні скарги та прояви з боку учасників дослідження були згруповані за характером та приналежністю до відповідної області психічної сфери (табл. 3.1). Відповідно встановленій кількості та значимості проявів виділено 2 групи серед співробітників, які брали участь в АТО. В обох групах рівні виявлених проявів були достовірно вищі, ніж у ГП. При співставленні показників між групами 1 і 2 їх рівні, за виключенням емоційних та поведінкових проявів, були достовірно більшими у групі 2.

Рівні емоційних та поведінкових проявів в групі 1 були вищі, але на рівні тенденції, в порівнянні з групою 2. Серед емоційних скарг переважали прояви тривоги та її похідних, дисфорії, гніву. Поведінкові зводились до підвищеної конфліктності, агресивності, конфронтації на роботі, з близькими та друзями, при контакті з суспільними службами в різних сферах. Слід зазначити встановлену особливість для обох груп – особистість не вважала вказані прояви негативними. Вони розцінювались як адекватна, наполеглива реакція і поведінка на ті виклики і проблеми, з якими особистість стикалась у своєму житті для досягнення поставлених цілей. Хоча було розуміння того, що така поведінка дещо агресивна та дещо виходить за рамки пристойності. Завжди були причини та раціональне пояснення такої поведінки, що пов'язувались з

неправильними діями або рішеннями протилежної сторони. Встановлення таких проявів потребувало акцентування уваги на них, їх деталізації при проведенні опитування особистості; додаткового опитування членів сім'ї та близьких.

Мнестичні, дисомнічні та когнітивні прояви у першій групі були менш виражені в порівнянні з групою 2. Елементи адиктивної поведінки розцінювались обстежуваними як спосіб зняття психічної напруги та захисту від тих негараздів та конфліктів у побуті, роботі, сім'ї, суспільстві, з якими стикнулася особистість. Девіантна поведінка як правило, була присутня у вигляді допущень, погроз, намірів та фантазій у відповідь на негативні явища,

Таблиця 3.1

Структура та кількість виявлених проявів

Тип проявів	(M ±m)		
	1 група n=75	2 група n=73	ГП n=60
Емоційні	6,11 ±0,43 p***	5,43 ±0,40 p***	2,06 ±0,28
Когнітивні	3,75 ±0,38 p*** p ₁ *	4,78 ±0,31 p***	1,14 ±0,23
Поведінкові	6,45 ±0,41 p***	5,38 ±0,43 p***	1,30 ±0,19
Мнестичні	3,62 ±0,38 p*** p ₁ **	4,89 ±0,27 p***	0,83 ±0,29
Дисомнічні	2,01 ±0,23 p** p ₁ ***	4,02 ±0,32 p***	0,89 ±0,30
Адиктивні	1,90 ±0,37 p*** p ₁ *	3,11 ±0,30 p***	0,72 ±0,26
Девіантні	2,68 ±0,31 p*** p ₁ **	4,02 ±0,34 p***	0,41 ±0,23
Соматичні (вегетативні)	3,77 ±0,28 p*** p ₁ ***	5,84 ±0,31 p***	2,35 ±0,20
Всього	30,29 ±0,46 p*** p ₁ ***	34,36 ±0,49 p***	8,70 ±0,36

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між 1 і 2 групами. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

способу вирішення конфліктних ситуацій та по відношенню до джерел фруструючих обставин, включаючи керівництво на роботі, владі, сферах обслуговування. Вегетативні прояви та елементи психосоматичних розладів у групі 1 достовірно менш виражені, ніж у групі 2.

Друга група відрізнялась достовірно більш високими показниками когнітивних та мнестичних проявів, особливо дисомнічних. Останні пов'язувались з тривожними сновидіннями та недиференційованою вечірньою і нічною тривогою. Адиктивна поведінка була достовірно вища і асоціювалась з полегшенням як тривожного стану, так і конфліктних ситуацій в різних сферах життя, соціальними негараздами, конфліктом між сподіваннями та реальністю. Девіантна поведінка, як і в першій групі фіксувалась у вигляді намірів та фантазій, основою яких були фрустраційні ситуації та конфлікти в різних сферах життя. Соматично спрямовані скарги також достовірно більш виражені в групі 2. Звичайно ж показники всіх типів проявів в учасників АТО були достовірно вищі, ніж у ГП співробітників МВС України.

Важливим показником для характеристики явищ психологічної дезадаптації є, суб'єктивно оцінювана, інтенсивність проявів або ступінь актуальності поведінки (табл. 3.2). В обох групах значимість проявів оцінювалась достовірно вище ніж у ГП. В порівнянні першої і другої груп виявлені достовірні відмінності – більш високе значення для особистості емоційних, мнестичних, дисомнічних, адиктивних та вегетативних порушень учасників групи 2.

Загальна інтенсивність проявів в групі 2 також більш висока. Слід відмітити, що актуальними для учасників 1-ї групи були емоційні переживання, пов'язані з тривогою, мнестичні, дисомнічні та соматичні, які вони пов'язували з перебуванням в АТО. Інші відхилення, які виявлялись при опитуванні самих учасників та їх близьких, не розцінювались, як патологічні або хворобливі. Вони пояснювались як відповідна реакція на виникаючі обставини в різних сферах життя.

Співробітники вважали, що така зміна в їхній поведінці і реагуванні є

позитивною для них, дуже потрібна в теперішніх обставинах, допомагає їм вирішувати багато життєвих питань та змінювати своє життя у кращий бік. І те, що вони так змінилися є результатом їх участі в АТО.

Таблиця 3.2

Інтенсивність (значимість) симптоматики (M ±m)

Тип проявів	(M ±m)		
	1 група n=75	2 група n=73	ГП n=60
Емоційні	24,31 ±0,46 p*** p ₁ ***	36,03 ±0,47 p***	16,52 ±0,34
Когнітивні	10,03 ±0,34 p***	11,55 ±0,37 p***	21,03 ±0,39
Поведінкові	9,51 ±0,30 p***	10,52 ±0,38 p***	19,22 ±0,36
Мнестичні	13,80 ±0,43 p*** p ₁ ***	18,67 ±0,31 p***	10,25 ±0,35
Дисомнічні	11,22 ±0,44 p*** p ₁ ***	19,73 ±0,38 p***	7,89 ±0,35
Адиктивні	4,03 ±0,23 p ₁ ** p***	5,21 ±0,30 p***	2,20 ±0,30
Девіантні	4,75 ±0,27 p***	4,69 ±0,32 p***	1,20 ±0,25
Соматичні (вегетативні)	21,38 ±0,36 p*** p ₁ ***	26,63 ±0,40 p***	9,54 ±0,41
Всього	99,03 ±2,36 p*** p ₁ ***	133,03 ±2,92 p***	87,85 ±1,30

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між 1 і 2 групами. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

На відміну від них, учасники 2-ї групи відмічали більшу значимість виявлених проявів. У них також присутнє розділення причин їх виникнення. Так емоційні, поведінкові та девіантні прояви вони пов'язували зі зміною свого статусу в різних сферах життя. Відповідно вважали, що їх не розуміють близькі, друзі, на службі. Вони також не відчували відповідного відношення до себе з боку суспільства і що саме це викликає у них відповідну поведінку, агресію і т.і., призводить до хворобливих відчуттів. А поведінка, якої вони набули в АТО, допомагає досягти своїх цілей та зняти напругу.

Таким чином, учасників 1-ї групи за встановленими змінами, можна

характеризувати як «борців, для яких продовжується боротьба». Учасники 2-ї групи більш опановували роль «постраждалого, якому потрібно боротись за йому належне». Для обох груп характерним було те, що більшість симптоматики та особливостей вони пов'язували з тими обставинами життя та служби, з якими вони зіткнулись, повернувшись додому у якості учасника АТО. І лише незначна частина проявів має для них прив'язку до участі в АТО. Більшість виявлених змін вони вважали адекватними для свого життя, раді тому, що вони змінилися і вважали, що це добре послужить їм в подальшому житті. Негативне відношення та негативні реакції оточуючих та близьких на такі зміни їх реагування та поведінки сприймалися негативно, мотивуючи їх нерозумінням. Відповідно вони реагують агресивно, часто демонструючи адиктивну поведінку.

Зважаючи на виявлену дисоціацію кількісного складу симптоматики і її значимості для особистості, оцінки змін як позитивних, нами було проведено додаткове тестування. Аналіз рівня соматичних скарг (табл. 3.3) показав достовірно більш високі показники у групі 2 в порівнянні з групою 1 за винятком шкали М. При цьому результати по шкалі М у другої групи були вищі ніж у ГП. В порівнянні з ГП у всіх учасників рівні були достовірно вищі, за виключенням шкали М учасників 1-ї групи.

Таблиця 3.3

Рівні психосоматичних скарг

Шкали	(M ±m)		
	1 група n=75	2 група n=73	ГП n=60
Е	6,41 ±0,39 p* p ₁ ***	9,61 ±0,45 p***	5,17 ±0,26
G	7,38 ±0,35 p*** p ₁ ***	11,63 ±0,34 p***	5,49 ±0,32
М	5,51 ±0,34	6,36 ±0,32 p**	4,68 ±0,32
Н	10,32 ±0,41 p** p ₁ ***	14,06 ±0,32 p***	11,89 ±0,33
Сума	29,62 ±0,41 p** p***	41,66 ±0,43 p***	27,23 ±0,32

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між 1 і 2 групами. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Порівнюючи ці дані з рівнем і значимістю скарг можна сказати що:
1) незважаючи на оцінку наявних порушень як звичайну реакцію особистості на життєві обставини, вони є достовірно більш значимими для особистості при порівнянні з ГП; 2) більш високі рівні показників у учасників 2-ї групи підтверджують виявлену більш значиму реакцію та поведінку особистості на психосоматичному рівні регуляції.

Дослідження рівнів оцінки невротичних станів також виявило відмінності в учасників АТО (табл. 3.4). По шкалі тривоги показники між групами 1 і 2 достовірно не відрізнялись і були значно вищі у порівнянні з ГП. По всіх інших шкалах у групі 2 рівні достовірно вищі ніж у ГП. На відміну від цього, у групі 1 лише по шкалам вегетативних та істеричних порушень дані перевищували ГП. При чому у 1-й групі, за винятком шкали істерії, вони були достовірно менш виражені, ніж у 2-ї групи. Таким чином, незважаючи на те, що учасників АТО турбували як симптоматичні прояви, що пов'язані з високою тривогою та явищами вегетативної дисфункції, за результатами тестування відмічені достовірно більш високі показники і за іншими шкалам.

Таблиця 3.4

Рівні оцінки невротичних станів

Шкали	(M ±m)		
	1 група n=75	2 група n=73	ГП n=60
Тривоги	-5,52 ±0,33 p***	-6,15 ±0,41 p***	-3,55 ±0,37
Депресії	-2,09 ±0,23 p ₁ **	-3,20 ±0,30 p***	-2,04 ±0,28
Астенії	-0,63 ±0,24 p ₁ **	-2,13 ±0,32 p***	-0,45 ±0,28
Істерії	-2,51 ±0,37 p*	-3,37 ±0,44 p***	-1,35 ±0,37
Обсесивно-фобічна	-2,78 ±0,41 p ₁ **	-4,51 ±0,37 p**	-3,06 ±0,26
Вегетативних порушень	-9,58 ±0,42 p*** p ₁ ***	-12,52 ±0,41 p***	-6,23 ±0,43

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між 1 і 2 групами. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Вони підтверджують більш значні зміни в учасників 2-ї групи. Отже, як і з тестуванням рівня скарг, відмічається наявність симптоматики, яка розцінюється учасниками дослідження як звичайна, а для групи 1 – часто як бажані, реакції та поведінка в умовах їх життєдіяльності. Наявні зміни не розцінюються як такі, що є патологічними, пов'язуються з досвідом, набутим в АТО і є новими поведінковими можливостями для більш успішного вирішення проблем у всіх сферах їхнього життя.

Дослідження психопатологічної симптоматики є важливим не тільки з точки зору її наявності, але й інтенсивності. Для цього використано опитувальник оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (табл. 3.5). Майже по всіх шкалах (за винятком «паранояльності», «ворожості» та «психотизму») дані учасників 2-ї групи були достовірно вищі від ГП. В групі 1 показники по всіх шкалах також перевищували ГП, але достовірною різниця була лише за шкалою «ворожість». В порівнянні між групами 1 і 2 в другій групі показники проявляли тенденцію до більш високих рівнів, але достовірною різниця була лише за шкалою «соматизації» та «тривоги». За шкалою «ворожість» навпаки – достовірно більш високий рівень був в учасників першої групи.

Таким чином, можна стверджувати, що в учасників 2-ї групи важкість симптоматики більш виражена, ніж в групі 1. Ця різниця була достовірною, або проявляла тенденцію майже за всіма шкалами. Виключенням була шкала «ворожості», рівень показника якої вищий у групі 1. Останнє узгоджується з встановленим раніше фактом більш агресивної поведінки учасників цієї групи.

При обробці даних методом факторного аналізу була виділена факторна структура, що включала в себе 3 фактори. Аналізу піддано 2 фактори, тому що навантаження одного з факторів є досить малим, щоб ним можна було знехтувати. Перед застосуванням факторного аналізу дані були перевірені на багатомірну нормальність для розподілу змінних.

Показники виразності симптоматики опитувальника (SCL-90-R) Дерогатіс

Шкала	M ±m		
	1 група n=75	2 група n=73	ГП n=60
Соматизація (SOM)	1,21 ±0,40 p ₁ **	2,79 ±0,37 p***	0,78 ±0,43
Обсесивно-компульсивний розлад (OC)	1,02 ±0,45	2,19 ±0,43 p**	0,66 ±0,34
Інтерперсональна чутливість (INT)	0,93 ±0,32	1,80 ±0,34 p*	0,74 ±0,41
Депресія (DEP)	0,95 ± 0,33	1,47 ±0,35 p*	0,77 ±0,36
Тривога (ANX)	1,02 ±0,40 p ₁ *	2,33 ±0,34 p**	0,71 ± 0,44
Ворожість (HOS)	2,51 ±0,37 p*** p ₁ **	0,94 ±0,36	0,66 ±0,38
Нав'язливі страхи (фобії) (PHOB)	0,87 ±0,33	1,31 ±0,32 p*	0,39 ±0,23
Паранояльність (PAR)	0,88 ±0,36	1,07 ±0,40	0,66 ±0,35
Психотизм (PSY)	0,47 ±0,34	0,49 ±0,29	0,39 ±0,30
Додаткові питання (DEP)	0,86 ±0,33	0,90 ±0,31	0,49 ±0,28
Загальний індекс важкості (GSI)	0,92 ±0,31	1,31 ±0,22 p*	0,58 ±0,29
Індекс важкості дистресу (PTSD)	1,70 ±0,27	2,36 ±0,25 p**	1,35 ±0,26
Кількість турбуючих симптомів (PST)	48,13 ±3,32 p* p ₁ **	65,18 ±4,03 p***	36,89 ±3,71

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між 1 і 2 групами. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна, що характеризує ступінь адекватності застосування факторного аналізу до даної вибірки рівний

0,74. Критерій сферичності Барлетта рівний 194,77, рівень значимості дорівнював 0,01. Встановлені фактори за ознаками, що їх формували, відповідали характеристикам учасників групи 1 і 2, та були названі як «екстрапунітивно-афективний варіант проявів постстресової психологічної дезадаптації» – (ЕАВ ППД) та «інтрапунітивно-особистісний варіант проявів постстресової психологічної дезадаптації» – (ІОВ ППД).

Факторне навантаження для фактора ЕАВ ППД склало 35,274, а для фактора ІОВ ППД – 28,516. Аналіз результатів ознак, що формували виявлені фактори у співставленні з результатами дослідження дозволив виділити два варіанти проявів ППД, що типологізовані як екстрапунітивно-афективний (ЕАВ ППД – група 1) та інтрапунітивно-особистісний (ІОВ ППД – група 2) варіанти перебігу.

Таким чином, учасники АТО за результатами дослідження розділились на 2 групи, які в більшості своїй, мали достовірні відмінності за проявами ППД. За сукупністю ознак вони були охарактеризовані як ЕАВ ППД та ІОВ ППД. Загальними рисами для них є високі рівні проявів, які більш виражені при ІОВ ППД. Це стосується як кількості, так і значимості симптоматики. Згадані прояви також прив'язуються особистістю як наслідки участі в АТО. Інші прояви не розцінювались як результат участі в АТО і пов'язуються з реакцією особистості на життєві обставини.

При ЕАВ ППД учасники АТО такі прояви пояснювали своєю реакцією на події у суспільному, особистому житті, стан справ на роботі, відношення із співробітниками, друзями, рідними, членами суспільства. При цьому, незважаючи на негативну реакцію оточення на такі прояви, вони вважали їх позитивними і задоволені їх надбанням завдяки участі в АТО.

При ІОВ ППД решта проявів пояснювались учасниками як реакція на незадовільне відношення до них суспільства, керівництва на роботі та саму роботу, друзів та близьких. Вони почували себе постраждалими або жертвами, яким оточення повинно приділяти достатню увагу та компенсацію. Своєю

поведінкою та реагуванням вони пробували досягти цього. Як і при попередньому варіанті, учасники незважаючи на негативну реакцію оточення на такі прояви, вважали їх позитивним надбанням через участь в АТО.

Клінічні дослідження знаходять підтвердження результатами тестування. Встановлено, що по більшості шкал, як рівнів соматичних проявів, так і невротичної симптоматики, показники достовірно більш високі у групі з ІОВ ППД. Звертає на себе увагу факт дисоціації між низькою самооцінкою значимості (актуальності) проявів, та результатів виявлення рівнів невротичної симптоматики, які були достатньо високими в обох варіантах дезадаптації. В обох варіантах підтверджуються високі рівні емоційних, що пов'язані з тривогою, та вегетативних порушень.

Таким чином, підводячи підсумок одержаних результатів, можна зробити наступні висновки:

1. У співробітників МВС України, які приймали участь в АТО, в 89,86% виявлені, різні за виразністю, дезадаптивні прояви. У 8,78% симптоми досягали клінічного рангу, але були недостатніми для виставлення клінічно окресленої нозологічної форми порушень. У соматичній сфері у 68,92% виявлені ознаки вегетативної дисфункції, що носили пароксизмальний характер. Встановлена наявність доклінічних порушень з боку емоціональної, когнітивної та поведінкової сфер особистості.

2. На підставі аналізу феноменології ППД встановлено 2 варіанти їх перебігу: ЕАВ ППД, що характеризується переважаючими проявами з боку емоційної сфери та ІОВ ППД, для якого характерні переважно поведінкові, когнітивні прояви та невротичні включення на тлі емоційних скарг.

3. Провідними проявами з боку емоційної сфери та дисомнічних порушень в обох варіантах виступали переживання на основі тривоги та пароксизмальних вегетативних проявів.

4. Виявлений дисонанс оцінки дезадаптивних проявів самими учасниками АТО та їх оточенням. Поведінкові прояви та особливості реагування

особистості учасники АТО розцінювали як позитивні набуті якості, що допомагають їм у мирному житті, тоді як оточуючі негативно оцінюють нові варіанти їхньої поведінки та реагування.

5. Учасники АТО прив'язують до перебування в зоні бойових дій лише емоційні прояви тривоги, дисомнії та вегетативні порушення. Всі інші зміни розцінюються ними як позитивні надбання, які вони застосовують для більш успішного вирішення своїх проблем та досягнення життєвих цілей.

РОЗДІЛ 4

ХАРАКТЕРИСТИКА ФРУСТРАЦІЇ Й ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ПОСТСТРЕСОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

На підставі аналізу феноменології ППД встановлено 2 варіанти її перебігу: ЕАВ ППД, що характеризується переважаючими проявами з боку емоційної сфери та ІОВ ППД, для якого характерні переважно поведінкові, когнітивні прояви та невротичні включення на тлі емоційних скарг.

Зважаючи на важливість стану фрустрації для запуску та реалізації виявлених змін та механізмів психологічного захисту особистості, як реакції адаптації до хронічного стресового впливу, нами було досліджено рівень соціальної фрустрованості в учасників АТО (табл. 4.1). Учасники АТО були розділені на 2 групи: з ЕАВ ППД та ІОВ ППД. Для першої групи з ЕАВ ППД було характерне достовірне підвищення рівня фрустрації, пов'язаної із сферами набутої освіти, відносинами з колегами та адміністрацією на роботі, змістом та умовами самої роботи, своїм положенням у суспільстві, відносинами з дружиною та друзями, сферою медичних послуг, можливістю зміни місця роботи, проведенням вільного часу та своїм способом життя в цілому. У групі з ІОВ ППД високий рівень фрустрації пов'язаний із положенням в суспільстві, відносинами з дружиною, дітьми та батьками, друзями, житлово-побутовими умовами, медичною сферою послуг та своїм способом життя в цілому. Слід зазначити, що у групі з ЕАВ ППД були достовірно більш високі рівні фрустрації, пов'язані із освітою, відношеннями з колегами по роботі і самим змістом роботи, сферою послуг, у порівнянні з ІОВ ППД.

Як видно з результатів, в обох групах стан фрустрації викликають майже однакові та близькі сфери життя. Але при проведенні подальшої деталізації встановлені суттєві відмінності.

Таблиця 4.1

Рівні фрустрованості за результатами тесту «Діагностика рівня соціальної фрустрованості»

Сфери інтересів		М ±m		
		ЕАВ ППД n=75	ЮВ ППД n=73	ГП n=60
1.	Своя освіта.	2,83 ±0,20 p*** p ₁ ***	1,73 ±0,18	1,43 ±0,12
2.	Відносини з колегами по роботі.	2,94 ±0,21 p** p ₁ **	2,03 ±0,23	2,07 ±0,20
3.	Відносини з адміністрацією на роботі.	3,46 ±0,19 p*	3,21 ±0,23	2,83 ±0,19
4.	Відносини з суб'єктами професійної діяльності.	3,35 ±0,21	3,57 ±0,19	3,06 ±0,18
5.	Зміст своєї роботи в цілому.	2,70 ±0,18 p*** p ₁ *	2,16 ±0,21	1,78 ±0,13
6.	Умови професійної діяльності.	2,24 ±0,22 p*	2,07 ±0,19	1,68 ±0,10
7.	Своє положення в суспільстві.	3,78 ±0,23 p***	3,80 ±0,22 p***	2,43 ±0,24
8.	Матеріальне становище.	3,25 ±0,22	3,56 ±0,20	3,15 ±0,21
9.	Житлово-побутові умови.	2,41 ±0,18	2,89 ±0,19 p***	1,86 ±0,23
10.	Відносини з дружиною.	3,31 ±0,23 p***	3,04 ±0,22 p***	1,45 ±0,16
11.	Відносини з дітьми.	2,06 ±0,17	2,58 ±0,22 p**	1,76 ±0,13
12.	Відносини з батьками.	3,47 ±0,24	3,88 ±0,23 p**	2,86 ±0,21
13.	Умови в суспільстві (державі).	3,83 ±0,17	3,98 ±0,22	3,68 ±0,19

Продовження табл. 4.1

Сфери інтересів		М ±m		
		ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
14.	Відносини з друзями.	2,86 ±0,20 p***	3,31 ±0,22 p***	1,03 ±0,18
15.	Послуги та побутове обслуговування.	2,80 ±0,18 p ₁ *	3,37 ±0,20 p*	2,69 ±0,21
16.	Сфера медичних послуг.	3,40 ±0,19 p***	3,48 ±0,22 p***	2,15 ±0,16
17.	Проведення вільного часу.	2,79 ±0,22 p*	2,97 ±0,19	3,46 ±0,21
18.	Можливості проведення відпустки.	2,03 ±0,24	2,33 ±0,21	2,53 ±0,19
19.	Можливість вибору місця роботи.	2,13 ±0,20 p**	2,66 ±0,23	2,93 ±0,17
20.	Свій спосіб життя в цілому.	3,86 ±0,18 p*	3,80 ±0,21 p*	3,20 ±0,21
Середній індекс рівня соціальної фрустрованості		59,5 ±0,51 p***	60,42 ±0,53 p***	48,03 ±0,50

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Для групи з ЕАВ ППД перебіг фрустрації та маніфестовані у відповідь прояви викликали проблеми як такі, що не мали жорсткого зв'язку з особистістю. Тобто, особистість продовжувала боротись і в мирних умовах, використовуючи набуті під час участі в АТО способи поведінки та реагування. А об'єктами, мішенями для боротьби виступали існуючі реальні негаразди або ті речі та обставини, які були такими на думку учасника АТО. І вони підлягали зміні або покращенню, на що і була направлена діяльність і реагування особистості. Тобто, виконувалась роль «борця з негативом за покращення».

Для групи з ІОВ ППД джерела фрустрації грали зовсім іншу роль. Вони були чітко пов'язані з проблемами та потребами особистості, які з тих чи інших причин не задовольнялись. Учасники цієї групи вважали, що своєю участю в АТО вони заслужили ті чи інші преференції в різних сферах свого життя та суспільства і використовували набуті в АТО способи поведінки та реагування для досягнення своїх цілей, як компенсацію за пережите в АТО. Це можна розцінювати як роль «жертви, що бореться за заслужену компенсацію».

Характеристику механізмів психологічного захисту особистості учасників дослідження в умовах виявлених фруструючих обставин проводили тестом «Психологічний захист Плутчика – Келлермана – Конте». Результати дослідження варіантів психологічного захисту у обстежених груп учасників АТО різнились між собою та ГП (Табл. 4.2). Група з ЕАВ ППД відрізнялася від ГП лише тенденціями до зміни напруги за винятком шкали «заміщення», де напруга була достовірно більша. У групі з ІОВ ППД по шкалах «витіснення», «регресії» та «заміщення» напруга була достовірно більш висока, а по шкалі «компенсації» - низька у порівнянні з ГП. Між обома варіантами дезадаптації достовірна та значна різниця спостерігалась за шкалами «витіснення», «регресії» та «компенсації».

Таким чином, учасники АТО з групи з ІОВ ППД демонстрували значну напругу та незрілість варіантів психологічного захисту у порівнянні з ЕАВ ППД та ГП. Виявлена особливість підводить підсумок тих результатів, які

отримані попереднім тестуванням. Особливості та протиріччя в характеристиках особистості при ЕАВ ППД свідчать про те, що обставини перебування в умовах АТО та набуті там нові способи поведінки й реагування успішно засвоєні особистістю, не входять в когнітивний дисонанс з її структурами та успішно

Таблиця 4.2

Результати тесту «Психологічний захист Плутчика – Келлермана – Конте»

Шкали	Учасники АТО		ГП n=60	норма
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73		
Заперечення	45,22 ±4,13	40,74 ±4,36	42,04 ±4,37	37,50
Витіснення	41,37 ±4,38 p ₁ ***	63,22 ±4,87 p***	36,30 ±4,05	33,33
Регресія	30,26 ±5,14 p ₁ ***	59,68 ±5,01 p***	32,62 ±4,84	33,57
Компенсація	51,43 ±5,16 p ₁ ***	25,17 ±4,06 p*	40,25 ±4,46	31,00
Проекція	77,05 ±4,37	65,22 ±5,43	66,31 ±4,27	63,07
Заміщення	56,38 ±5,24 p***	57,35 ±4,86 p***	28,53 ±4,37	29,23
Інтелектуалізація	44,16 ±4,31	40,53 ±5,02	48,63 ±4,40	49,17
Реактивне утворення	24,46 ±4,25	33,38 ±4,53	30,41 ±4,39	31,00

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

інтегруються в її структуру. Учасники з цим варіантом виходять на новий рівень адаптації у своєму житті. У групі з ІОВ ППД учасники переживали значну напругу механізмів психологічного захисту, що свідчить про значний когнітивний дисонанс в особистості між наявними до участі в АТО ресурсами особистості та набутими новими способами поведінки та реагування. Цей дисонанс та спроби його компенсації призвели до виснаження ресурсів особистості та задіяння незрілих способів психологічного захисту, які функціонують з високою напругою.

До проведених досліджень, на наш погляд, було необхідним долучити вивчення схильності до відхиляючої поведінки (табл. 4.3). Приводом для цього послужило припущення, що відхиляюча поведінка може виступати способом уникнення або послаблення стресового впливу фруструючих обставин. За результатом дослідження встановлено, що у групі учасників АТО з ЕАВ ППД по всіх шкалах, а при ІОВ ППД – крім 1, 2, та 7 шкал бали достовірно вищі ніж у ГП. Крім того, показники усіх шкал в групі з ЕАВ ППД

Таблиця 4.3

Результати тесту «Схильність до відхиляючої поведінки А.Н. Орел»

№ зп	Шкали	M ±m		
		ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
1.	Соціальна бажаність	68,12 ±2,01 p ₁ *** p***	54,63 ±1,89	56,35 ±1,46
2.	Подолання норм і правил	64,83 ±2,20 p ₁ *** p***	54,22 ±2,16	50,68 ±1,63
3.	Схильність до адиктивної поведінки	68,37 ±2,06 p***	65,15 ±2,50 p***	43,69 ±2,04
4.	Саморуйнівна поведінка	53,82 ±2,15 p ₁ *** p***	65,22 ±2,40 p***	44,30 ±1,63
5.	Схильність до агресії та насильства	66,04 ±2,15 p ₁ *** p***	45,07 ±2,16 p**	55,37 ±2,30
6.	Вольовий контроль емоційних реакцій	49,36 ±2,57 p ₁ *** p*	67,04 ±1,92 p***	55,20 ±2,06
7.	Схильність до деліквентної поведінки	59,27 ±1,88 p ₁ *** p***	47,14 ±1,86	43,62 ±2,11

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

достовірно вищі, ніж у групі з ІОВ ППД. Такий досить несподіваний результат потребував уточнення та пояснення з боку учасників. В результаті встановлено, що учасники групи з ЕАВ ППД при виникненні відповідних обставин і відсутності у них вибору, готові до дій, які відображаються у шкалах тесту. При цьому вони зазначають, що такі якості набули, перебуваючи в умовах АТО. Учасники групи з ІОВ ППД вважають за можливе використання деяких варіантів адиктивної поведінки коли обставини їхнього життя стануть для них вкрай важкими або вони будуть вимушені до цього.

При обробці даних методом факторного аналізу була виділена факторна структура, що включала в себе 3 фактори. Аналізу піддано 2 фактори, тому що навантаження одного з факторів є досить малим, щоб ним можна було знехтувати. Перед застосуванням факторного аналізу дані були перевірені на багатомірну нормальність для розподілу змінних. Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна, що характеризує ступінь адекватності застосування факторного аналізу до даної вибірки рівний 0,71. Критерій сферичності Барлетта рівний 179,58, рівень значимості дорівнював 0,01. Встановлені фактори за ознаками, що їх формували, відповідали характеристикам даних учасників з ЕАВ ППД і ІОВ ППД та були названі як «психологічний захист при ЕАВ ППД» та «психологічний захист при ІОВ ППД». Факторне навантаження для фактора «психологічний захист при ЕАВ ППД» склало 33,724, а для фактора «психологічний захист при ІОВ ППД» – 26,741.

Таким чином, підводячи підсумки можна стверджувати, що встановлені особливості психологічної постстресової дезадаптації у вигляді ЕАВ ППД та ІОВ ППД знайшли своє підтвердження при подальшому дослідженні. Встановлено, що виявленим особливостям відповідають наявні фактори фрустрації в тій чи іншій сфері життя, які й зумовлюють встановлені прояви дезадаптації. Їх відмінності підтверджувались вибором і ступенями адекватності варіантів психологічного захисту при стресовому впливі.

За дослідженням варіантів психологічного захисту група з ЕАВ ППД відрізнялась від ГП достовірно більшою напругою лише за шкалою «заміщення». У групі з ІОВ ППД при дослідженні психологічного захисту по шкалах «витіснення», «регресії» та «заміщення» напруга була достовірно більш висока, а по шкалі «компенсації» - низька у порівнянні з ГП. Таким чином, учасники АТО з групи з ІОВ ППД демонстрували значну напругу та незрілість варіантів психологічного захисту у порівнянні з ЕАВ ППД та ГП.

Що стосується результатів дослідження схильності до відхиляючої поведінки, то вони потребують подальшого вивчення. Хоча порівнюючи їх з одержаними даними можна припустити, що вони є відображенням ступеня інтеграції надбаної в умовах АТО поведінки і реагування. Для встановлення їх значення необхідна деталізація умов та мотивації тієї чи іншої поведінки в процесі додаткової співбесіди.

Таким чином, ЕАВ ППД притаманна достовірно більша напруга за шкалою «заміщення» психологічного захисту. При ІОВ ППД напруга психологічного захисту достовірно більш висока по шкалах «витіснення», «регресії» та «заміщення», а по шкалі «компенсації» - низька, що свідчить про значну напругу та незрілість варіантів захисту. Наявність високих рівнів схильності до відхиляючої поведінки та дисонансних показників по окремих методиках свідчить про наявність явищ когнітивного дисонансу в процесі інтеграції нових способів поведінки та реагування при реадaptaції учасників АТО до мирного життя.

Окрім переліченого вище, можна виділити, що:

1. При психодіагностичному обстеженні співробітників МВС України – учасників АТО виявлені психологічні особливості, які підтверджують встановлені при клініко-психологічному дослідженні два варіанти посттравматичної дезадаптації – ЕАВ ППД та ІОВ ППД. Встановлено, що виявленим особливостям відповідають наявні фактори фрустрації в тій чи іншій сферах життя, які і зумовлюють встановлені прояви дезадаптації.

2. Відмінності між ЕАВ ППД та ІОВ ППД підтверджувались вибором і ступенями адекватності варіантів психологічного захисту при стресовому впливі. За дослідженням варіантів психологічного захисту група з ЕАВ ППД відрізнялася від ГП достовірно більшою напругою лише за шкалою «заміщення».

4. У групі з ІОВ ППД при дослідженні психологічного захисту по шкалах «витіснення», «регресії» та «заміщення» напруга була достовірно більш висока, а по шкалі «компенсації» - низька у порівнянні з ГП. Таким чином, учасники АТО з групи з ІОВ ППД демонстрували значну напругу та незрілість варіантів психологічного захисту у порівнянні з ЕАВ ППД та ГП.

5. При порівнянні результатів дослідження прослідковується зв'язок між клінічними проявами варіантів дезадаптації, локусами фрустрації, життєстійкістю та способами психологічного захисту. Це дозволяє прогнозувати виникнення та перебіг того чи іншого варіанту дезадаптації.

6. Наявність високих рівнів схильності до відхиляючої поведінки та дисонансних показників по окремих методиках свідчить про наявність явищ когнітивного дисонансу в процесі інтеграції нових способів поведінки та реагування при реадaptaції учасників АТО до мирного життя.

РОЗДІЛ 5

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСТРЕСУ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА СТАНУ АДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТСТРЕСОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

5.1. Характеристика дистресу та стану адаптації при постстресовій психологічній дезадаптації

На тлі одержаних результатів з оцінки рівнів фрустрації та характеру психологічного захисту при ППД в учасників АТО, очевидно є необхідність проаналізувати показники адаптивності учасників АТО з тим чи іншим варіантом дезадаптації. Результати опитувальника «Адаптивність» показали, що по всіх застосованих шкалах обидва варіанти дезадаптації достовірно перевищують рівні показників для ГП (табл. 5.1).

Інтерпретація результатів за критеріями тесту показала, що для учасників бойових дій характерний: низький рівень поведінкової регуляції, певна схильність до нервово-психічних зривів, зниження адекватності самооцінки й адекватного сприйняття дійсності. Це більш актуально для групи з ЕАВ ППД. На тлі цього: знижений рівень комунікативних можливостей, складнощі в побудові продуктивних контактів з навколишніми людьми, досить часті прояви агресивності, підвищена конфліктність, що більш притаманне для учасників групи з ІОВ ППД. Це супроводжується зниженням рівня соціалізації, неадекватною оцінкою свого місця й ролі в колективі, послабленням дотримання загальноприйнятих норм поведінки при обох варіантах ППД.

При ЕАВ ППД, показники адаптації свідчать про наявність у більшості осіб цієї групи ознак різних акцентуацій, які у звичних умовах частково компенсовані й можуть проявлятися при зміні діяльності. Тому успіх адаптації багато в чому залежить від зовнішніх умов середовища. Ці особи, як правило, мають невисоку емоційну стійкість. Процес соціалізації ускладнений, можливі

асоціальні зриви, прояв агресивності й конфліктності. Функціональний стан на початкових етапах адаптації може бути порушеним.

Таблиця 5.1

Результати багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність"

Шкали	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Поведінкове регулювання (ПР)	36,78 ±2,04 p*** p ₁ ***	25,48 ±1,94 p***	10,94 ±1,85
Комунікативний потенціал (КП)	13,37 ±1,43 p*** p ₁ ***	24,18 ±1,62 p***	5,21 ±1,33
Моральна нормативність (МН)	14,32 ±0,85 p***	12,65 ±0,83 p***	6,79 ±0,92
Особистісний адаптаційний потенціал (ОАП)	39,48 ±2,16 p*** p ₁ *	47,31 ±2,15 p***	19,61 ±1,86
Астенічні реакції та стани (АС)	13,04 ±1,37 p*** p ₁ ***	21,68 ±2,05 p***	5,62 ±0,82
Психотичні реакції та стани (ПС)	10,53 ±0,94 p***	11,45 ±0,88 p***	1,47 ±0,85
Деадаптаційні порушення (ДАП)	31,47 ±1,53 p*** p ₁ **	38,63 ±2,03p***	24,75 ±1,18

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

При ІОВ ППД такі прояви більш виражені. Ця група має значно більше ознак акцентуацій характеру й деякі ознаки психопатій, а психічний стан можна охарактеризувати скоріше як пограничний. Процес адаптації протікає важче; можливі нервово-психічні зриви, порушення функціонального стану. Особи цієї групи мають низьку нервово-психічну стійкість, конфліктні, можуть допускати

прояви відхиляючої поведінки. Для них виражені (досить виражені) ознаки дезадаптаційних порушень та рекомендована комплексна психологічна корекція.

При обох варіантах присутні виражена нервово-психічна напруга, імпульсивні реакції та підвищена гнівливість, погіршення міжособистісних контактів, порушення моральної орієнтації, часте ігнорування загальноприйнятих норм поведінки, групових і корпоративних вимог, прояви відхиляючої поведінки, надмірна агресивність, озлобленість, підозрілість та ін.

Для IOB ППД більш ніж при EAB ППД характерний високий рівень ситуаційної тривожності, розлади сну, іпохондрична фіксація, підвищена стомульованість, виснажливність, слабкість, зниження здатності до тривалого фізичного або розумового навантаження, толерантності до несприятливих факторів професійної діяльності, особливо при надзвичайних навантаженнях, афективна лабільність із перевагою зниженого настрою, слізливність, безвихідність, туга, нудьга, сприйняття справжнього оточення й свого майбутнього тільки у темному світлі, відсутність мотивації до професійної діяльності й ін.

Результати впливу травмуючої події, якою вважалась участь в бойових діях демонстрували дані «Шкали оцінки впливу травматичної події» (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Результати тесту «Шкала оцінки впливу травматичної події»

Шкали	M ±m	
	EAB ППД n=75	IOB ППД n=73
Вторгнення - IN	25,13 ±3,76 p ₁ *	14,48 ±3,41
Уникнення - AV	17,53 ±3,43 p ₁ *	27,32 ±3,49
Збудження - AR	23,06 ±3,16	17,25 ±3,48
Загальний бал - IES-R	65,72 ±4,12	59,05 ±4,22

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з EAB ППД і IOB ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

На тлі загального високого балу при обох варіантах ППД, за окремими шкалами спостерігались відмінності. За критеріями інтерпретації даних тесту особам групи ЕАВ ППД більш притаманні схильність знову і знову переживати травмуючі події при будь-якому нагадуванні про них або обставини, в яких вони проходили з високим ступенем інтенсивності переживань. Характерно також зосередження думок на цих подіях, ускладнене відволікання від спогадів або думок на інше. Окремі картини психотравмуючих подій можуть раптово виринати у свідомості особистості проти її волі, супроводжуючись при цьому важкими переживаннями, пов'язаними зі згадуваною ситуацією. Особистість часто супроводжують нав'язливі, що викликають стрес, спогади подій; можливі кошмарні сновидіння; поодинокі несподівані відчуття повернення травматичних подій і повторного їх переживання, особливо у стані сп'яніння; інтенсивний психологічний дистрес під впливом обставин, що символізують пережиті травматичні події і їх окремі аспекти, або які асоційовані з ними.

Спостерігаються неприємні фізичні відчуття (пітливість, порушення дихання, нудота, прискорений пульс та ін.) у ситуаціях, що нагадують психотравму; притаманні дратівливість, внутрішня напруженість, утруднення зосередження уваги, настороженість, очікування якоїсь загрози; схильність до дій та відчуття перебування в умовах травмуючих обставин. Це супроводжується труднощами із сном; підвищеною дратівливістю або вибухами гніву; труднощами із концентрацією уваги; підвищеною настороженістю та пильністю; гіперреакціями на раптові подразники; підвищеним рівнем фізіологічної реактивності на обставини, що символізують травматичну подію або її аспекти.

Вказані особливості більш слабкі при ІОВ ППД, але на їхньому тлі значно більш виражені спрямованість особистості на відстронення від усього, що могло б нагадати про травмуючі події, від розмов на цю тему, думок, витіснення з пам'яті переживань про ці події і таке інше. З'являється відчуття, ніби всього, що трапилося начебто не було насправді або все, що тоді

відбувалося, було нереальним.

Перелічене вище супроводжують усвідомлені зусилля уникати думок або почуттів, пов'язаних із травмою; спроби уникати яких-небудь дій або ситуацій, здатних стимулювати спогади; часто нездатність згадати важливий аспект травми; зниження інтересу до раніше значимих для особистості видів активності; почуття відчуження до навколишніх; зниження здатності до співпереживання й щиросердечної близькості з іншими людьми; непевність у майбутній кар'єрі, можливостях одруження й сімейному житті, у самій тривалості життя.

Важливим показником дослідження є оцінка особистості стресового впливу на її якості, що дає дослідження посттравматичного зростання (табл. 5.3). У порівнянні між групами достовірно більш виражені зміни виявлені при ЕАВ ППД. Відмінності відсутні лише по шкалах «духовні цінності» та «збільшення цінності життя». Результати підтверджують дані інших методик та опитування, які вказують на позитивну оцінку набутих якостей та поведінки особистістю під час участі в АТО та застосування їх у мирному житті. Посттравматичний ріст як сума шкал при ЕАВ ППД майже у 2 рази перевищував аналогічний показник при ІОВ ППД.

Таблиця 5.3

Характеристика посттравматичного зростання

Шкали	M ± m	
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73
Відносини з іншими	21,63 ±0,97 p***	12,37 ±0,84
Нові можливості	21,81 ±1,06 p***	7,46 ±0,83
Сила особистості	17,39 ±1,04 p***	6,37 ±0,59
Духовні зрушення	6,62 ±0,54	8,12 ±0,67
Збільшення цінності життя	13,82 ±0,60	13,06 ±0,51
Посттравматичний ріст	81,23 ±1,88 p***	47,38 ±2,04

Достовірність: p – у порівнянні між варіантами ППД. Ступінь вірогідності:

* - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

При IOB ППД як самі показники росту, так і оцінки змін з боку учасників значно менші. Це є ще одним доказом менш вираженої дезадаптації учасників АТО з ЕАВ ППД.

Для учасників з ЕАВ ППД, відповідно критеріям оцінки результатів тесту, притаманні наступні зміни. Людина стала більше розраховувати на інших людей у важку хвилину, відчувати більшу близькість із навколишніми, більш охоче проявляти свої емоції. У них з'явилося більше жалю до людей, вони стали витрачати більше зусиль на налагодження взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребують уваги інших людей, більш високо цінувати їх.

В учасників з'явилися нові інтереси; думка, що життя іде по новому шляху; з'явилася впевненість, що є можливість зробити своє життя кращим; з'явилися можливості, які не були доступні раніше. Вони з більшою ймовірністю спробують змінити те, що потребує змін. Учасникам з ЕАВ ППД притаманне почуття більшої впевненості у собі, краще розуміння як можна справлятися із труднощами. Вони більшою мірою здатні розглядати речі такими, які вони є, вважають, що вони стали сильнішими, ніж були раніше.

У людей помінялися життєві пріоритети, вони стали набагато краще розуміти цінність власного життя.

Таким чином, після стресових подій змінилось відношення до інших людей у бік більшої відкритості, позитивності, жалю; з'явилося відчуття нових можливостей, нових інтересів, бажання змін. Учасники відчували більшу впевненість у собі, силу та впевненість у подоланні труднощів. У цілому підвищується цінність життя загалом й кожного моменту життя зокрема.

Зважаючи на викладені результати дослідження важливим є характеристика життєстійкості - стійкості особистості до стресового впливу та подолання стресу. У порівнянні з ГП, загальна життєстійкість у групі з ЕАВ ППД була достовірно підвищена, а з IOB ППД – знижена. Ідентична картина спостерігалась при порівнянні даних груп по кожній шкалі окремо. Така

протилежна спрямованість результатів відповідає висновкам змістовного навантаження змін у цих групах, наведених раніше.

Висока загальна життєстійкість учасників групи з ЕАВ ППД за критеріями тесту характеризує їх як активних та впевнених у своїх силах, людей, що нечасто переживають стрес і здатні справлятися з ним, продовжуючи ефективно працювати й не втрачаючи психічної рівноваги. На відміну від учасників із ІОВ ППД, для яких, зважаючи на низьку життєстійкість, характерна невпевненість у своїх силах і своїй здатності упоратися зі стресом. Незначна напруга у них може викликати серйозні переживання, погіршення здоров'я й працездатності (табл. 5.4).

Шкала «залучення» характеризує активну життєву позицію особистості, впевненість у тому, що тільки активна людина може знайти в житті вартість і цікаве. Відповідно життєстійкість за шкалою «залученість» при ЕАВ ППД відповідала особам, які зазвичай одержують задоволення від усього, що роблять, знаходячи те, що їм цікаво, навіть у рутинній роботі. На відміну від учасників із ІОВ ППД, для яких притаманне почуття самотності, особливо в напружених і стресових ситуаціях, а також, навпаки, при необхідності виконувати одноманітну рутинну роботу.

Шкала «контроль» характеризує впевненість у тому, що, тільки борючись і долаючи труднощі, можна змінити те, що відбувається й бути хазяїном своєї долі. Високі показники за шкалою «контроль» при ЕАВ ППД відповідали особам із сильно розвиненим компонентом контролю в ситуації стресу, які не здаються та продовжують боротьбу, шукають нові шляхи вирішення проблем. Звичайно такі люди відчують, що самі вибирають власну діяльність, свій шлях, вони хазяї свого життя. При ІОВ ППД учасники характеризуються як люди, що активно долають труднощі, намагаються не здаватися. Однак, їхня впевненість у власних силах не непохитна, вони можуть опустити руки перед значними труднощами.

Шкала «прийняття ризику» відображає готовність ризикувати,

переконаність у тому, що на будь-яких помилках можна вчитися. Із усього, що трапляється, як позитивного, так і негативного, можна витягти новий досвід і знання. Учасники групи із ЕАВ ППД з високими показниками цієї шкали розглядають життя як спосіб надбання досвіду й готові діяти під час відсутності надійних гарантій на успіх, на свій страх і ризик. При низькому показнику у осіб із ІОВ ППД людина прагне до незмінності, стабільності в житті, простого комфорту й безпеки. Вона не готова ризикувати: ціна помилки для неї вища, ніж шанс досягнути результату (успіху).

Це свідчить про те, що ЕАВ ППД проявляє значно більш високу стійкість до стресового впливу, а засвоєні нові способи поведінки та реагування використовуються особистістю для подальшої своєї діяльності без значної шкоди для себе.

Таблиця 5.4

Результати тесту «Життєстійкість» в адаптації Леонт'єва і Рассказової

Шкали	М ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Життєстійкість	114,27 ±5,07 p ^{***} , p ₁ ^{***}	61,88 ±5,63 p [*]	81,46 ±5,73
Залученість	43,61 ±3,02 p ₁ ^{**}	30,12 ±3,01	35,47 ±3,14
Контроль	46,60 ±3,65 p ^{**} p ₁ ^{***}	26,53 ±3,38	33,19 ±3,25
Прийняття ризику	24,06 ±3,17 p [*] p ₁ ^{***}	5,23 ±2,08	12,80 ±4,07

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Це можна назвати як основу для більш-менш ефективної реадаптації. На відміну від ІОВ ППД, де зниження життєстійкості свідчить про виснаження ресурсів особистості і їх спрямованість лише на захист своїх інтересів та компенсацію втрат.

За шкалами GSI, PTSD і PST опитувальника (SCL-90-R) Дерогатіс (табл. 3.5) показники при IOB ППД були достовірно вищі. Таким чином, можна стверджувати, що при IOB ППД учасників АТО рівень дистресу та важкість симптоматики більш виражені, ніж при ЕАВ ППД.

При обробці одержаних даних методом факторного аналізу була виділена факторна структура, що включала в себе 3 фактори. Аналізу піддано 2 фактори, тому що навантаження одного з факторів є досить малим, щоб ним можна було знехтувати. Перед застосуванням факторного аналізу дані були перевірені на багатомірну нормальність для розподілу змінних. Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна, що характеризує ступінь адекватності застосування факторного аналізу до даної вибірки рівний 0,78. Критерій сферичності Барлетта рівний 185,72, рівень значимості дорівнював 0,01. Встановлені фактори за ознаками, що їх формували, відповідали характеристикам даних учасників з ЕАВ ППД і IOB ППД та були названі як «характер адаптації при ЕАВ ППД» та «характер адаптації при IOB ППД». Факторне навантаження для фактора «характер адаптації при ЕАВ ППД» склало 31,528, а для фактора «характер адаптації при IOB ППД» – 23,362.

Таким чином, узагальнюючи одержані результати, можна стверджувати, що встановлені варіанти ППД різняться між собою як параметрами дистресу, так і ступенями порушення механізмів адаптації. При ЕАВ ППД дезадаптаційні порушення та наявні психопатологічні прояви, як по характеру, так і за виразністю менш значимі, ніж при IOB ППД.

Більш успішну реадaptaцію та інтегрування нових, набутих при участі в АТО, способів поведінки особистістю підтверджують більш високі рівні життєстійкості при ЕАВ ППД. Посттравматичний ріст як сума шкал при цьому варіанті дезадаптації майже в 2 рази перевищував аналогічний показник для групи з IOB ППД. При останньому, як самі показники росту, так і оцінки змін з боку учасників значно стриманіші. Це є ще одним доказом менш вираженої дезадаптації учасників АТО з ЕАВ ППД.

Таким чином, встановлені варіанти ППД у співробітників МВС України, що приймали участь в АТО, різняться між собою рівнем і якістю дезадаптивних проявів. При ЕАВ ППД рівень дистресу, важкість психопатологічних порушень та ступінь дезадаптивних змін значно нижчі, ніж при ІОВ ППД. Рівень життєстійкості при ЕАВ ППД достовірно підвищився, а при ІОВ ППД – знизився після участі в АТО, що підтверджує більшу важкість порушень при останньому варіанті. Більшу успішність реадaptaції та інтегрування нових, набутих при участі в АТО, способів поведінки особистістю при ЕАВ ППД підтверджують більш високі рівні посттравматичного зростання у порівнянні з іншим його варіантом.

5.2. Копінг-стратегії при постстресовій психологічній дезадаптації

Звичайно, на тлі виявлених змін важливим є вивчення стану адаптивної поведінки. Застосовуючи для цього діагностику копінг-стратегій Хайма, встановлені стратегії, відповідно методики, поділялись на: "П" - продуктивна (допомагає швидко й успішно подолати стрес); "В" - відносно продуктивна (допомагає в деяких ситуаціях, не дуже значимих або при невеликому стресі); "Н" - непродуктивна (не усуває стресовий стан, сприяє його посиленню) (табл. 5.5). Всі виявлені при ЕАВ ППД когнітивні копінг-стратегії були відсутні в ГП. Майже половину з них склали продуктивні стратегії підвищення самооцінки, самоконтролю, віри в свої сили та ресурси для подолання стресу; відносно продуктивні - стратегія надання змісту та переоцінка події. Решта були непродуктивними - стратегії ігнорування та диссимуляції. Вони зводились до пригнічення почуттів, емоцій, відмови від подолання труднощів та зневіри у свої сили. При ІОВ ППД також всі виявлені когнітивні копінг-стратегії були відсутні в ГП. При цьому лише третину складала відносно продуктивна стратегія «надання сенсу» стресові події, а решту займали непродуктивні – «ігнорування», «покура» та «розгубленість».

Результати діагностики копінг-стратегій Хайма

Стратегія		ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
А. Когнітивні копінг-стратегії				
Ігнорування	Н	20,00 ±4,62	15,07 ±4,19	0
Покора	Н	0	27,40 ±5,22	0
Диссимуляція	Н	14,67 ±4,09	0	0
Самоконтроль	П	0	0	48,33 ±6,45
Аналіз проблем	П	0	0	30,00 ±5,92
Відносність	В	0	0	21,67 ±5,32
Релігійність	В	0	0	0
Розгубленість	Н	0	27,40 ±5,22	0
Надання сенсу	В	20,00 ±4,62 φ_1^*	31,51 ±5,44	0
Установка самооцінки	П	46,67 ±5,76	0	0
Б. Емоційні копінг-стратегії				
Протест	П	30,67 ±5,32	0	30,00 ±5,92
Емоційний розряд	В	20,00 ±4,62	21,92 ±4,84	20,00 ±5,16
Придушення емоцій	Н	9,33 ±3,36	13,70 ±4,02	0
Оптимізм	П	0	0	31,67 ±6,01
Пасивна кооперація	В	0	8,22 ±3,21 φ^*	18,33 ±5,00
Покірність	Н	0	0	0
Самообвинувачення	Н	5,33 ±2,59 φ_1^*	30,14 ±5,37	0
Агресивність	Н	34,67 ±5,50	26,03 ±5,14	0
В. Поведінкові копінг-стратегії				
Відволікання	В	38,67 ±5,62 φ_1^* φ^*	9,59 ±3,45	10,00 ±3,87
Альтруїзм	П	0	0	18,33 ±5,00
Активне уникнення	Н	20,00 ±4,62 φ_1^*	34,25 ±5,55	0

Стратегія		ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Компенсація	В	42,67 ±5,71 ϕ_1^* ϕ^*	26,03 ±5,14 ϕ^*	6,67 ±3,22
Конструктивна активність	В	0	0	16,67 ±4,81
Відступ	Н	0	30,14 ±5,37	0
Співробітництво	П	0	0	38,33 ±6,28
Пошук допомоги	П	0	0	10,00 ±3,87

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p_1 – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$.

Слід відзначити, що більше ніж у половини учасників з ІОВ ППД були наявні непродуктивні стратегії «покура» та «розгубленість», які відсутні, як при ЕАВ ППД, так і в ГП. Порівнюючи ступінь адаптивності між групами, можна стверджувати, що найменш адаптованою є група з ІОВ ППД. Група з ЕАВ ППД, в порівнянні з нею, є більш адаптованою. Найбільш адаптованою є ГП, в якій не використовувались стратегії, що притаманні учасникам АТО.

Емоційні копінг-стратегії для групи з ЕАВ ППД майже у половини учасників носили непродуктивний характер – «агресивність», «самообвинувачення» та «придушення емоцій»; відносно продуктивний «емоційний розряд» і лише у третини випадків були продуктивними – «протест». Майже половина встановлених стратегій була відсутня у ГП. У групі з ІОВ ППД взагалі був відсутній продуктивний характер емоційних копінг-стратегій. Близько в 70% вони були непродуктивними – «агресивність», «самообвинувачення» та «придушення емоцій», а в решти 30% відносно продуктивними - «емоційний розряд» та «пасивна кооперація». Майже в 70% випадків подібні стратегії були відсутні в ГП. Як і при когнітивних стратегіях, група з ЕАВ ППД більш адаптована, а в порівнянні з ГП обидві групи показали високий рівень стратегій з недостатнім рівнем адаптації.

Аналіз поведінкових стратегій у групі з ЕАВ ППД виявив майже у 80% відносно адаптивні стратегії «компенсації» та «відволікання», які достовірно більш високі у порівнянні з ІОВ ППД та ГП. Решті притаманна непродуктивна стратегія «активне уникнення», яка відсутня у ГП та достовірно частіше виявлялась у групі ІОВ ППД. Також при ІОВ ППД виявлена непродуктивна стратегія «відступ», яка відсутня в інших групах, а показники по стратегіях «компенсації» та «відволікання» достовірно значно нижчі, ніж у групі з ЕАВ ППД. Таким чином, результати аналізу поведінкових копінг-стратегій показали, що в групі з ЕАВ ППД переважають відносно продуктивні стратегії і вона, незважаючи на наявність дезадаптації, є більш продуктивно адаптована, ніж група з ІОВ ППД. В останніх низьку якість адаптації підтверджує високий рівень непродуктивних стратегій «активне уникнення» та поява стратегії «відступ». Їх показник склав майже 65%.

Проаналізувавши частоту та продуктивність когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій, є необхідним оцінити їх взаємодію у формуванні результативної стратегії поведінки, що включає всі 3 сфери психічної діяльності. Для цього застосовували опитувальник проактивної подолаючої поведінки (табл. 5.6). Данні групи з ЕАВ ППД за всіма шкалами були достовірно нижчі (шкали «проактивне подолання», «рефлексивне подолання», «стратегічне планування») або вищі (шкали «превентивне подолання», «пошук інструменту підтримки», «пошук емоційної підтримки») ніж у ГП.

Таблиця 5.6

Результати опитувальника проактивної подолаючої поведінки

Шкали копінг-стратегій	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Проактивне подолання	22,81 ±1,57 p ₁ * p***	27,45 ±1,73 p**	35,16 ±2,30

Продовження табл. 5.6

Шкали копінг-стратегій	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Рефлексивне подолання	20,37 ±2,13 p ^{***} p [*]	36,11 ±2,45 p ^{**}	27,08 ±2,41
Стратегічне планування	10,71 ±0,84 p ₁ [*] p ^{**}	13,48 ±0,70	14,22 ±0,83
Превентивне подолання	38,17 ±1,86 p ^{***}	36,22 ±2,04 p ^{***}	23,83 ±1,74
Пошук інструменту підтримки	19,38 ±1,06 p ₁ ^{***} p ^{**}	11,48 ±0,66 p ^{***}	15,78 ±0,89
Пошук емоційної підтримки	18,66 ±1,35 p ₁ ^{***} p ^{***}	12,07 ±0,85	12,51 ±0,82

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

При ІОВ ППД показники були достовірно вищі за шкалами «рефлексивне подолання» та «превентивне подолання» і нижчі за шкалами «проактивне подолання» та «пошук інструменту підтримки» у порівнянні з ГП. За іншими шкалами різниця для цієї групи була несуттєвою.

У порівнянні із групою з ІОВ ППД, у групі з ЕАВ ППД показники шкал «проактивне подолання», «рефлексивне подолання», «стратегічне планування» були достовірно нижчі; за шкалами «пошук інструменту підтримки», «пошук емоційної підтримки» достовірно вищі при відсутності різниці за шкалою «превентивне подолання».

Автори методики розуміють під проактивним копінгом інтеграцію афективних, когнітивних, інтенціональних і соціальних факторів у набір копінг-стратегій, які дають людині можливість не тільки справлятися зі стресовими викликами, але й сприяють просуванню до важливих для особистості цілей. Відзначається, що проактивний копінг являє собою особливий стиль життя, заснований на переконанні у тому, що всі події у житті кожної людини

залежать особисто від неї, а не від вдачі або зовнішніх обставин. Життя таких людей направляє індивідуальними, а не зовнішніми факторами, і вони відповідають за ті події, які з ними відбуваються. Кожна із шкал відображає зміст проактивного копіngu, а саме:

1. Проактивне подолання - процес постановки важливих для особистості цілей, а також процес саморегуляції по досягненню цих цілей, що включає когнітивну й поведінкову складові. Суть проактивного подолання полягає у зусиллях по формуванню загальних ресурсів, які полегшують досягнення важливих цілей і сприяють особистісному росту.

2. Рефлексивне подолання – представлення й міркування про можливі поведінкові альтернативи шляхом порівняння їх можливої ефективності. Містить у собі оцінку можливих стресорів, аналіз проблем і наявних ресурсів, генерування передбачуваного плану дій, прогноз ймовірного результату діяльності й вибір способів його виконання. У цьому випадку розглядається скоріше перспективна, а не ретроспективна рефлексія.

3. Стратегічне планування — являє собою процес створення чітко продуманого, цілеорієнтованого плану дій, у якому найбільш масштабні цілі розділяються на підцілі (дерево цілей), керування досягненням яких стає більш доступним.

4. Превентивне подолання — являє собою передбачення потенційних стресорів і підготовку дій по нейтралізації негативних наслідків до того, як настане можлива стресова подія. Така невизначеність стимулює людину використовувати широкий спектр копіng-поведінки (нагромадження коштів, страхування, підтримка здорового способу життя й ін.).

5. Пошук інструментальної підтримки — одержання інформації, порад і зворотнього зв'язку від безпосереднього соціального оточення людини в період опанування із стресами.

6. Пошук емоційної підтримки орієнтований на регуляцію емоційного дистресу шляхом поділу почуттів з іншими, пошуку співчуття й спілкування з

людьми із безпосереднього соціального оточення людини.

Виходячи з цього та співставляючи результати тестування з іншими даними, можна стверджувати, що учасники групи з ЕАВ ППД більш схильні до прогнозування можливих стресів та підготовки ресурсів для їх подолання. При цьому використовують пошук необхідних ресурсів та емоційної підтримки з боку оточення. Така поведінка у комплексі з раніше представленими особливостями робить їх досить успішними, активними, агресивними особами, які знають свою мету і прикладають максимум зусиль для швидкого її досягнення.

При ІОВ ППД учасники характеризувалися прогнозуванням можливих стресів та підготовкою ресурсів для їх подолання разом із розробкою, плануванням альтернативних шляхів вирішення проблем у перспективі. При цьому вони не шукають активної підтримки та ресурсів у своєму оточенні, більше розраховують на свої сили та вміння. Така поведінка із раніше встановленими особливостями робить їх досить наполегливими, із використанням своїх заслуг та жертв для досягнення матеріальних, соціальних пілг та преференцій. Вони також в тій чи іншій мірі можуть спрямовувати свою активність на різні сфери суспільного життя, але більш за все на ті, у яких вони особисто зацікавлені.

До проведених досліджень є необхідним долучити вивчення схильності до відхиляючої поведінки. За результатом дослідження встановлено, що у першій групі учасників АТО з ЕАВ ППД по всіх шкалах, а у другій з ІОВ ППД – крім 1, 2, та 7 шкал бали достовірно вищі ніж у ГП (табл. 5.7). Крім того, показники усіх шкал у групі з ЕАВ ППД достовірно вищі, ніж у групі з ІОВ ППД. Такий досить несподіваний результат потребував уточнення та пояснення з боку учасників. У результаті встановлено, що учасники групи з ЕАВ ППД при виникненні відповідних обставин і відсутності у них вибору, готові до дій, які відображаються у шкалах тесту. При цьому вони відзначають, що такі якості набули, перебуваючи в умовах АТО. Учасники групи з ІОВ ППД вважають за

можливе використання деяких варіантів адиктивної поведінки коли обставини їхнього життя стануть для них вкрай важкими.

Таблиця 5.7

Результати тесту «Схильність до відхиляючої поведінки» А.Н. Орел

Шкали	M ±m			
	ЕАВ ППД n=75	Оцінка	ІОВ ППД n=73	Оцінка
Соціальна бажаність	68,12 ±2,01 p ₁ *** p***	+1,26	54,63 ±1,89	+3,034
Подолання норм і правил	64,83 ±2,20 p ₁ *** p***	+4,82	54,22 ±2,16	+2,41
Схильність до адиктивної поведінки	68,37 ±2,06 p***	+2,48	65,15 ±2,50 p***	+4,51
Саморуйнівна поведінка	53,82 ±2,15 p ₁ *** p***	+1,30	65,22 ±2,40 p***	+3,52
Схильність до агресії та насильства	66,04 ±2,15 p ₁ *** p***	+4,57	45,07 ±2,16 p**	+1,08
Вольовий контроль емоційних реакцій	49,36 ±2,57 p ₁ *** p*	+2,04	67,04 ±1,92 p***	+3,46
Схильність до деліквентної поведінки	59,27 ±1,88 p ₁ *** p***	+4,75	47,14 ±1,86	+1,26

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Беручи до уваги критерії та відповідні значення шкал, змістовні навантаження методики, учасникам груп можна надати наступну характеристику. При ЕАВ ППД учасникам притаманні надзвичайно виразні неконформістські тенденції та прояви негативізму; схильність до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, схильності до

ілюзорно-компенсаторного способу вирішення особистісних проблем. Крім того, результати свідчать про орієнтацію на чуттєву сторону життя, про наявність «сенсорної спраги» та на гедоністично орієнтовані норми і цінності; наявність низької цінності власного життя, схильності до ризику, вираженої потреби у гострих відчуттях.

Результати свідчать, що при ЕАВ ППД учасникам притаманні агресивна спрямованість особистості у взаєминах з іншими людьми, схильність вирішувати проблеми за допомогою насильства, про тенденцію використовувати приниження партнера по спілкуванню як засобу стабілізації самооцінки. Шкала вольового контролю емоційних реакцій яка призначена для визначення схильності контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій свідчить про невиразність цих тенденцій та твердий самоконтроль будь-яких поведінкових емоційних реакцій, почуттєвих потягів у групі з ЕАВ ППД разом з наявністю деліквентних тенденцій та низьким рівнем соціального контролю.

Учасники групи з ІОВ ППД характеризувались значно меншою схильністю до подолання норм і правил на тлі збереження близької до попередньої групи схильності до адиктивної поведінки. У них значно виразніша схильність до саморуйнівної поведінки і низька до насилля та агресії. На тлі цього при ІОВ ППД сформована слабкість вольового контролю емоційної сфери, небажання або нездатність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій. Це свідчить про схильність реалізовувати негативні емоції безпосередньо у поведінці, без затримки; про несформованість вольового контролю своїх потреб і чуттєвих потягів.

При обробці одержаних даних методом факторного аналізу була виділена факторна структура, що включала в себе 3 фактори. Аналізу піддано 2 фактори, тому що навантаження одного з факторів є досить малим, щоб ним можна було знехтувати. Перед застосуванням факторного аналізу дані були перевірені на багатомірну нормальність для розподілу змінних. Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна, що характеризує ступінь адекватності

застосування факторного аналізу до даної вибірки рівний 0,71. Критерій сферичності Барлетта рівний 176,53, рівень значимості дорівнював 0,01. Встановлені фактори за ознаками, що їх формували, відповідали характеристикам даних учасників з ЕАВ ППД і з ІОВ ППД та були названі як «копінг-стратегії при ЕАВ ППД» та «копінг-стратегії при ІОВ ППД». Факторне навантаження для фактора «копінг-стратегії при ЕАВ ППД» склало 33,826, а для фактора «копінг-стратегії при ІОВ ППД» – 25,309.

Порівнюючи одержані результати можна констатувати, що учасники АТО для подолання стресу використовують непродуктивні та відносно продуктивні копінг-стратегії. Найбільші відмінності у порівнянні з ГП стосуються когнітивних та емоційних стратегій. Група учасників АТО з ЕАВ ППД при аналізі когнітивних та емоційних стратегій є більш адаптована у порівнянні з групою з ІОВ ППД, які використовували частіше непродуктивні та відносно продуктивні стратегії. Аналіз поведінкових копінг-стратегій показав, що у групі з ЕАВ ППД преважають відносно продуктивні стратегії і вони, незважаючи на наявність дезадаптації, є більш продуктивно адаптованими, ніж група з ІОВ ППД.

Оцінити взаємодію виявлених копінг-стратегій у формуванні результативної стратегії поведінки, що включає всі 3 сфери психічної діяльності дозволяють результати дослідження проактивної подолаючої поведінки. Учасники групи з ЕАВ ППД більш схильні до прогнозування можливих стресів та підготовки ресурсів для їх подолання, пошуку необхідних ресурсів та емоційної підтримки з боку оточення. Така поведінка робить їх досить успішними, активними та агресивними особами, які знають свою мету і прикладають максимум зусиль для швидкого її досягнення.

При ЕАВ ППД учасники характеризувалися прогнозуванням можливих стресів та підготовки ресурсів для їх подолання разом із розробкою, плануванням альтернативних шляхів вирішення проблем у перспективі без пошуку підтримки та ресурсів у своєму оточенні, більше розраховують на свої

сили та уміння. Така поведінка робить їх досить наполегливими, вони можуть спрямовувати свою активність на різні сфери суспільного життя, але більш за все на ті, у яких вони особисто зацікавлені.

За результатом дослідження також встановлено схильність до відхиляючої поведінки в учасників АТО. Показники усіх шкал у групі з емоційно-афективним варіантом достовірно вищі, ніж у другій групі. Встановлено, що учасники групи з ЕАВ ППД при відповідних обставинах і відсутності вибору, готові до відповідних варіантів відхиляючої поведінки. При цьому вони відзначають, що такі якості вони набули, перебуваючи в умовах АТО. Учасники групи з ІОВ ППД вважають за можливе використання деяких варіантів адиктивної поведінки коли обставини їхнього життя стануть для них вкрай важкими. Тобто зміст обставин використання відхиляючої поведінки для груп був різним.

Таким чином, в учасників АТО виявлено зниження продуктивності когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій. Зниження продуктивності було більш виражене по більшості показників при ІОВ ППД у порівнянні з ЕАВ ППД. Аналіз проактивної подолаючої поведінки показав її відмінності в залежності від варіантів дезадаптації. При ЕАВ ППД показники достовірно нижчі (шкали «проактивне подолання», «рефлексивне подолання», «стратегічне планування») або вищі (шкали «превентивне подолання», «пошук інструменту підтримки», «пошук емоційної підтримки») ніж у ГП. При ІОВ ППД показники достовірно вищі за шкалами «рефлексивне подолання» та «превентивне подолання» і нижчі за шкалами «проактивне подолання» та «пошук інструменту підтримки». Встановлено підвищену схильність до відхиляючої поведінки в учасників АТО. При цьому вони відзначають, що такі якості вони набули, перебуваючи в умовах АТО.

Таким чином, незважаючи на значні зміни окремих показників копінг-стратегій учасників АТО з ЕАВ ППД, результати вказують на менш виражену їх дезадаптацію та наявність більш значного спектру ресурсів для успішної

інтеграції набутого досвіду в структуру особистості. При ІОВ ППД сама дезадаптація значно більш виражена на тлі значного зниження ресурсів для успішної реадаптації.

Узагальнюючи наведене у розділі:

1. Встановлені варіанти ППД у співробітників МВС України, які приймали участь в АТО, різняться між собою рівнем і якістю дезадаптивних проявів.

2. При ЕАВ ППД рівень дистресу, важкість психопатологічних порушень та ступінь дезадаптивних змін значно нижчі, ніж при ІОВ ППД.

3. Рівень життєстійкості при ЕАВ ППД достовірно підвищився, а при ІОВ ППД – знизився після участі в АТО, що підтверджує суттєву важкість порушень при останньому варіанті.

4. Більш успішну реадаптацію та інтегрування нових, набутих при участі в АТО, способів поведінки особистості при ЕАВ ППД підтверджують більш високі рівні посттравматичного зростання. Вони значно перевищують такі показники ніж при ІОВ ППД.

5. В учасників АТО виявлено зниження продуктивності когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій. Це зниження продуктивності було більш виражене по більшості показників при ІОВ ППД у порівнянні з ЕАВ ППД.

6. Аналіз проактивної подолаючої поведінки показав її відмінності в залежності від варіантів дезадаптації. При ЕАВ ППД достовірно нижчі (шкали «проактивне подолання», «рефлексивне подолання», «стратегічне планування») або вищі (шкали «превентивне подолання», «пошук інструменту підтримки», «пошук емоційної підтримки») ніж у ГП. При ІОВ ППД показники достовірно вищі за шкалами «рефлексивне подолання» та «превентивне подолання» і нижчі за шкалами «проактивне подолання» та «пошук інструменту підтримки».

7. Встановлено підвищену схильність до відхиляючої поведінки в учасників АТО. Показники усіх шкал у групі з ЕАВ ППД достовірно вищі, ніж

у другій групі. Учасники з ЕАВ ППД при відповідних обставинах і відсутності вибору, готові до відповідних варіантів відхиляючої поведінки. При цьому вони відзначають, що такі якості вони набули, перебуваючи в умовах АТО. Учасники групи з ІОВ ППД вважають за можливе використання певних варіантів адиктивної поведінки за деяких обставин їхнього життя.

8. В учасників АТО встановлено, що у групі з ЕАВ ППД була достовірно підвищена, а у групі з ІОВ ППД – знижена як у загальному життєстійкість, так і по кожній шкалі окремо. Це свідчить про те, що ЕАВ ППД проявляє значно більш високу стійкість до стресового впливу, а при ІОВ ППД вона знижується. Посттравматичне зростання як сума шкал при ЕАВ ППД майже у 2 рази перевищувала аналогічний показник для ІОВ ППД. Такі ж зміни виявлені і за окремими шкалами.

9. Таким чином, незважаючи на значні зміни окремих показників копінг-стратегій в учасників АТО з ЕАВ ППД, результати вказують на менш виражену їх дезадаптацію та наявність більш значного спектру ресурсів для успішної інтеграції набутого досвіду в структуру особистості. При ІОВ ППД сама дезадаптація значно більш виражена на тлі значного зниження ресурсів для успішної реадаптації.

РОЗДІЛ 6

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

6.1. Патогенетичні механізми формування постстресової психологічної дезадаптації

Для одержання повної картини всіх ланок психічних механізмів формування ППД необхідно одержати характеристики їх стану та витoki формування в період до впливу психотравмуючої ситуації. Для цього було застосовано дослідження біографічних даних особистості учасників дослідження.

Характеристику особливостей особистості учасників дослідження в умовах виявлених фруструючих обставин в результаті впливу на них соціального та сімейного середовища, біографії та життєвого досвіду демонструють результати тесту «Біографічний опитувальник» (табл. 6.1). Для виявленої серед учасників АТО групи з ЕАВ ППД було характерне підвищення показників усіх шкал за виключенням шкали FAM на тлі достовірного зниження шкали ICHSTK. Для них характерні виражена сила «Я», здатність досягати своїх цілей; значна напруга в міжособистісних та соціальних відносинах, труднощі із соціальною адаптацією; сильні емоційні реакції та їх лабільність, неврівноваженість; труднощі у підтримці соціальних контактів; низький спротив щодо стресових впливів та схильність до соматичних реакцій. При цьому вони проявляли високу соціальну активність, товариську та імпульсивність. Учасники групи з IOB ППД демонстрували достовірно більш помірне підвищення показників шкал на тлі зростання шкали FAM та ICHSTK, зниження рівня шкали E. Достовірно результати між групами різнились і рівнем шкали SOZLAG – більш високі для учасників з ЕАВ ППД.

Результати тесту «Біографічний опитувальник»

Шкала	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
FAM	4,05 ±0,40 p ₁ ***	6,22 ±0,40 p*	4,52 ±0,33
ICHSTK	3,02 ±0,36 p ₁ *** p***	6,95 ±0,38 p**	5,31 ±0,36
SOZLAG	8,25 ±0,51 p ₁ ** p***	6,57 ±0,34 p***	3,47 ±0,34
ERZIEN	6,83 ±0,42 p**	7,14 ±0,42 p***	5,03 ±0,36
N	5,48 ±0,39 p***	4,83 ±0,39 p*	3,62 ±0,38
SOZAKT	5,38 ±0,38 p ₁ * p**	6,73 ±0,38 p***	4,04 ±0,42
PSYKON	7,24 ±0,40 p ₁ * p***	6,02 ±0,33 p***	3,68 ±0,43
E	7,24 ±0,39 p ₁ *** p***	4,38 ±0,37	5,02 ±0,34

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Група дослідження з ІОВ ППД характеризувалась напруженими відносинами як у сім'ї, так і їхньої сім'ї до суспільства; напругою у міжособистісних та соціальних відносинах та труднощами соціальної адаптації. Їх супроводжували слабкість сили «Я», занижені впевненість у собі та здатність досягати своїх цілей; наявність негативного впливу батьків та сім'ї у вихованні; складнощі у підтримці соціальних контактів та розкритті себе як особистості; низький спротив щодо стресових впливів та схильність до соматичних реакцій. Аналіз по факторах тесту показав наявність ознак синдрому сімейного дефіциту у групі з ІОВ ППД; синдром екстраверсії у групі з ЕАВ ППД; невпевненість у собі, слабкість «Я», та актуальну напругу у професійній та особистісній сферах, які більш виражені для групи з ІОВ ППД. Таким чином, результати дослідження аналізовані тестом дозволяють стверджувати про наявність суттєвих відмінностей у витоках особистісних особливостей формування підґрунтя розвитку стану фрустрації в аналізованих групах у порівнянні з ГП.

Групі з ЕАВ ППД притаманні напруження відносин сім'ї із суспільством, інтенсивність емоційних проявів з їх лабільністю, труднощі підтримки контактів та схильність до дезадаптації на тлі явищ екстраверсії. При ІОВ ППД емоційні особливості менш виражені на тлі сімейного дефіциту, низької сили «Я» та зниження впевненості у собі, високої схильності до соматичних реакцій на тлі низького спротиву щодо стресу, напруги у відносинах з близькими та суспільством.

«Психологічна автобіографія» (Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова), що належить до числа ситуаційних психодіагностичних методик. Вважається, що компоненти внутрішньої картини життєвого шляху можуть входити у систему базових показників, що лежать в основі одержаних у психодіагностичному дослідженні даних. Виявлені особливості сприйняття значимих життєвих ситуацій і подій у житті людини тісно пов'язані з особистістю випробуваного. Методика надає можливість вивчити, найбільш суттєво пов'язані з особистістю, особливості психологічного середовища, сприйняття ситуацій або суб'єктивних подій у житті людини. Дослідження виявило достовірно значне зниження продуктивності у групах з явищами дезадаптації у порівнянні з ГП (табл 6.2).

Таблиця 6.2

Загальна характеристика подій життєвого шляху

Події	M ± m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Загальна кількість	14,32 ±1,20 p*, p ₁ ***	8,56 ±1,18 p***	18,23 ±1,15
Минулі	5,63±1,14 p*	4,63 ±0,41 p***	9,04 ±1,12
Майбутні	8,69±1,01 p ₁ ***	3,93 ±0,66 p***	9,19 ±1,05

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

У порівнянні між групами дослідження показники були достовірно нижчі при ІОВ ППД у порівнянні з ЕАВ ППД. Крім того, при ЕАВ ППД, на відміну від ІОВ ППД і ГП, майбутні події значно переважали над минулими. Це вказує на більш виражений фактор стресу і силу механізмів психологічного захисту від минулих подій при ЕАВ ППД у порівнянні з учасниками інших груп. Структура подій в учасників бойових дій також різнилась від ГП (табл. 6.3). Зменшувалась кількість як минулих, так і майбутніх позитивних подій. І якщо для ЕАВ ППД різниця не торкалась майбутніх позитивних подій, то при ІОВ ППД торкалась усіх подій. Слід відзначити перерозподіл значущості подій для особистості у бік її нівелювання від «значущих» до «помірного значення». Ці зміни були достовірними для обох варіантів у порівнянні з ГП.

Таблиця 6.3

Структура подій в описі життєвого шляху

Події	М ± m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Минулі позитивні	3,62 ±0,93	3,31 ±0,95 p*	6,24 ±1,02
Минулі негативні	2,01 ±0,83	1,32 ±0,73	2,80 ±0,86
Майбутні позитивні	5,26 ±0,69 p ₁ **	1,73 ±0,83 p**	5,61 ±1,22
Майбутні негативні	3,43 ±0,85	2,20 ±0,66	3,58 ±0,94
Значущі	3,76 ±1,03 p**	1,42 ±0,73 p***	8,63 ±1,21
Помірного значення	7,95 ±1,09 p*	5,50 ±1,18*	3,97 ±1,15
Незначні	2,61 ±0,47 p*	1,64 ±0,71 p**	5,63 ±1,21

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Виявлені результати свідчать про те, що як при ЕАВ ППД, так і при ІОВ ППД у обстежених після участі в АТО проходять процеси переоцінки актуальності та значимості подій автобіографії особистості. І як наслідок,

змінюються актуальність та значимість, інтенсивність впливу та ролі особистісних якостей та поведінкових патернів, пов'язаних з цими подіями. Узагальнюючи, можна говорити, про переоцінку особистістю своїх життєвих принципів та цілей.

Таким чином, підводячи підсумки можна стверджувати, що виявленим особливостям особистості учасників бойових дій відповідають наявні фактори фрустрації в тій чи іншій сферах життя, які і зумовлюють встановлені прояви дезадаптації. Особливостям поведінки і реагування особистості відповідають відмінності, виявлені при аналізі особливостей формування особистості в сім'ї, соціальному середовищі та життєвому шляху. Сформованому ЕАВ ППД притаманні напруження відносин сім'ї з суспільством, інтенсивність емоційних проявів з їх лабільністю, труднощі із підтримкою контактів та схильність до дезадаптації на тлі явищ екстраверсії. При ІОВ ППД емоційні особливості індивідуального розвитку особистості менш виражені на тлі сімейного дефіциту, низької сили «Я» з ознаками астеничності та зниження впевненості у собі, високої схильності до соматичних реакцій на тлі низького спротиву стресу, напруги у відносинах з близькими та суспільством.

Після переживання стресу під час участі у бойових діях в особистості учасників проходять процеси переоцінки життєвих цінностей, пріоритетів та поведінкових патернів у відповідності з засвоєними новими поведінковими стратегіями та цінностями, набутими під час участі в АТО.

На підставі аналізу феноменології встановлено 2 варіанти перебігу ППД: ЕАВ ППД, що характеризується переважаючими проявами з боку емоційної сфери та ІОВ ППД, для якого характерні переважно поведінкові, когнітивні прояви та невротичні включення на тлі емоційних проявів. Виявлений дисонанс оцінки дезадаптивних проявів самими учасниками АТО та їх оточенням. Поведінкові прояви та особливості реагування учасники АТО розцінювали як позитивні набуті якості, що допомагають їм у мирному житті, тоді як оточуючі негативно оцінюють набуті зміни.

Структурі ЕАВ ППД притаманні напруження відносин у сім'ї та при контакті з суспільством, висока інтенсивність емоційних проявів та їх лабільність, складнощі підтримки контактів та схильність до дезадаптації на тлі явищ екстраверсії. Результати впливу психотравмуючої ситуації достовірно більш високі по шкалі «вторгнення» та «фізіологічного збудження». Серед способів психологічного захисту група відрізнялась достовірно більшою напругою лише за шкалою «заміщення». При ІОВ ППД емоційні особливості індивідуального розвитку особистості представлені показниками сімейного дефіциту, низької сили «Я» та зниження впевненості у собі, високою схильністю до соматичних реакцій на тлі низького спротиву стресу, напруги у відносинах з близькими та суспільством. На вплив стресового чинника у групі переважає реакція «уникнення». З психологічного захисту напруга більш висока по шкалах «витіснення», «регресії» та «заміщення», а по шкалі «компенсації» - низька.

При порівнянні результатів дослідження прослідковується зв'язок між клінічними проявами варіантів дезадаптації, локусами фрустрації, соціальним та сімейним оточенням, результатами впливу травматичної події та способами психологічного захисту. На тлі виявлених змін вивчення використовуваних учасниками копінг-стратегій показало, що найменш адаптованою є група з ІОВ ППД, а група з ЕАВ ППД – більш адаптована. Співробітники з ГП не використовували жодної із стратегій, що притаманні учасникам АТО.

Дослідження показників виразності психопатологічної симптоматики опитувальника Дерогатіс при ІОВ ППД учасників АТО показав більш виражені рівень дистресу та важкість симптоматики, ніж при ЕАВ ППД. Ця різниця була достовірна, або проявляла тенденцію майже за всіма шкалами. Виключенням була шкала «ворожості», рівень якої був вищий у групі з ЕАВ ППД. Останнє узгоджується з встановленим раніше фактом більш агресивної поведінки учасників цієї групи. Показники адаптивності учасників АТО за результатами опитувальника «Адаптивність» по всіх застосованих шкалах в обох варіантах

дезадаптації достовірно перевищували такі для ГП. При порівнянні між встановленими варіантами дезадаптації більш виражений рівень порушень встановлено при ІОВ ППД.

Результати дослідження проактивної долаючої поведінки, які застосовувались учасниками дослідження в умовах стресу свідчать, що учасники групи з ЕАВ ППД більш схильні до прогнозування можливих стресів та підготовки ресурсів для їх подолання. При цьому використовують пошук необхідних ресурсів та емоційної підтримки з боку оточення. Така поведінка в комплексі з раніше представленими їхніми особливостями робить їх досить успішними, активними, досить агресивними особами, які знають свою мету і прикладають максимум зусиль для швидкого її досягнення.

При ІОВ ППД учасники характеризувалися прогнозуванням можливих стресів та підготовкою ресурсів для їх подолання разом із розробкою, плануванням альтернативних шляхів вирішення проблем у перспективі. При цьому вони не шукають активно підтримку та ресурси у своєму оточенні, більше розраховують на свої сили та уміння. Така поведінка в комплексі з їхніми особливостями робить їх досить наполегливими, з використанням своїх заслуг та жертв для досягнення матеріальних, соціальних пільг та преференцій. Вони також в тій чи іншій мірі можуть спрямовувати свою активність на різні сфери суспільного життя, але більш за все на ті, в яких вони особисто зацікавлені.

Важливим є характеристика стійкості особистості до стресового впливу та подолання стресу. Рівні життестійкості у групі з ЕАВ ППД були достовірно підвищені, а з ІОВ ППД – знижені. Це свідчить про те, що ЕАВ ППД проявляє значно більш високу стійкість до стресового впливу, а засвоєні нові способи поведінки та реагування використовуються особистістю для подальшої своєї діяльності без значної шкоди для себе. При ІОВ ППД зниження життестійкості свідчить про виснаження ресурсів особистості і їх спрямованість лише на захист своїх інтересів та компенсацію втрат.

Важливим показником є оцінка особистістю стресового впливу на її якості, що дає дослідження посттравматичного зростання. У порівнянні між групами достовірно більш виражені зміни виявлені при ЕАВ ППД. Відмінності відсутні лише по шкалах «духовні цінності» та «збільшення цінності життя». Результати підтверджують дані інших методик та опитування, які вказують на позитивну оцінку набутих якостей та поведінки особистістю під час участі в АТО та застосування їх у мирному житті. Посттравматичний ріст, як сума шкал при цьому варіанті дезадаптації, майже у 2 рази перевищував аналогічний показник для групи з ІОВ ППД. При останньому, як самі показники росту, так і оцінки змін з боку учасників значно стриманіші. Це є ще одним доказом менш вираженої дезадаптації учасників АТО з ЕАВ ППД.

Аналізуючи всі сукупні матеріали, ми звернули увагу на наявність як споріднених, так і різно направлених результатів. Такі явища були характерні як при порівнянні обох варіантів дезадаптації, так і всередині кожного з варіантів. Якщо різниця між обома варіантами дезадаптації була досить пояснювана та зрозуміла, то в характеристиках кожного з варіантів потребувала пояснення. Виходячи з цього факту нами була висунута гіпотеза про різне походження виявлених змін, що характерні для ППД. Для верифікації гіпотези було проведено факторний аналіз методом головних компонентів одержаних результатів проведеного дослідження. Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна, що характеризує ступінь застосованості факторного аналізу для цієї вибірки склав 0.72. Критерій сферичності Барлетта рівний 179,58, показав рівень значимості <0.01 . У результаті була виявлена факторна структура, яка складалася із 6-х факторів. До аналізу були прийняті 4 фактори (табл. 6.4). Інші два були проігноровані у зв'язку з мінімальними показниками їх факторного навантаження. Після аналізу ознак, які входили до складу факторів, останнім була присвоєна назва, яка відображала сутність кожного фактору.

Для факторів «Нові поведінкові стратегії при ЕАВ ППД» та «Нові поведінкові стратегії при ІОВ ППД» були характерні ознаки які представляли

копінг-стратегії, психологічний захист, схильність до відхиляючої та варіанти долаючої поведінки, рівні життєстійкості, особливості впливу травмуючої події та характеристики посттравматичного зростання, шкалам біографічного опитувальника, джерела та інтенсивність фрустрації та результати психологічної автобіографії. Рівні цих ознак відповідали вказаним варіантам психологічної дезадаптації.

Таблиця 6.4

Факторна структура аналізу постстресової психологічної дезадаптації

№ зп	Фактор	Факторне навантаження
1.	Нові поведінкові стратегії при ЕАВ ППД	25,323
2.	Посттравматичні порушення при ІОВ ППД	23,157
3.	Посттравматичні порушення при ЕАВ ППД	19,461
4.	Нові поведінкові стратегії при ІОВ ППД	16,526

У структуру факторів «Посттравматичні порушення при ІОВ ППД» і «Посттравматичні порушення при ЕАВ ППД» входили ознаки, що характеризували рівні та актуальність скарг, виразність психопатологічних проявів, рівень психосоматичних скарг, адаптивність та рівні стресу, виявлення та оцінку невротичних станів, дані шкал біографічного опитувальника, рівень життєстійкості та характер посттравматичного зростання, показники шкал біографічного опитувальника та результати психологічної автобіографії.

Таким чином, факторний аналіз виявив спорідненість та зняв уявні протиріччя в одержаних результатах. Виявлені фактори та групування їх ознак підтвердили гіпотезу про різне походження виявлених відхилень. Першою структурою, яка продукує явища психологічної дезадаптації є набуті під час участі в АТО нові поведінкові стратегії (патерни). Зважаючи на те, що навчання та засвоєння нових поведінкових стратегій проходило в умовах перманентного психологічного і соматичного стресу, наявності реальної вітальної загрози та

відповідало новим умовам життєдіяльності особистості, ці стратегії носять актуальний, з високим рівнем емоційно-афективного супроводу, характер. Вони підтвержені успішним досвідом їх застосування в умовах бойових дій та дозволили особистості успішно функціонувати та вижити в цих умовах. Можна сказати, що у результаті участі в АТО особистість набула, актуального для неї, досвіду та одержала додаткові інструменти для більш успішної життєдіяльності. І це має однозначну позитивну оцінку учасників з обома варіантами дезадаптації. Схематично механізми формування ППД відображені на малюнку 6.1.

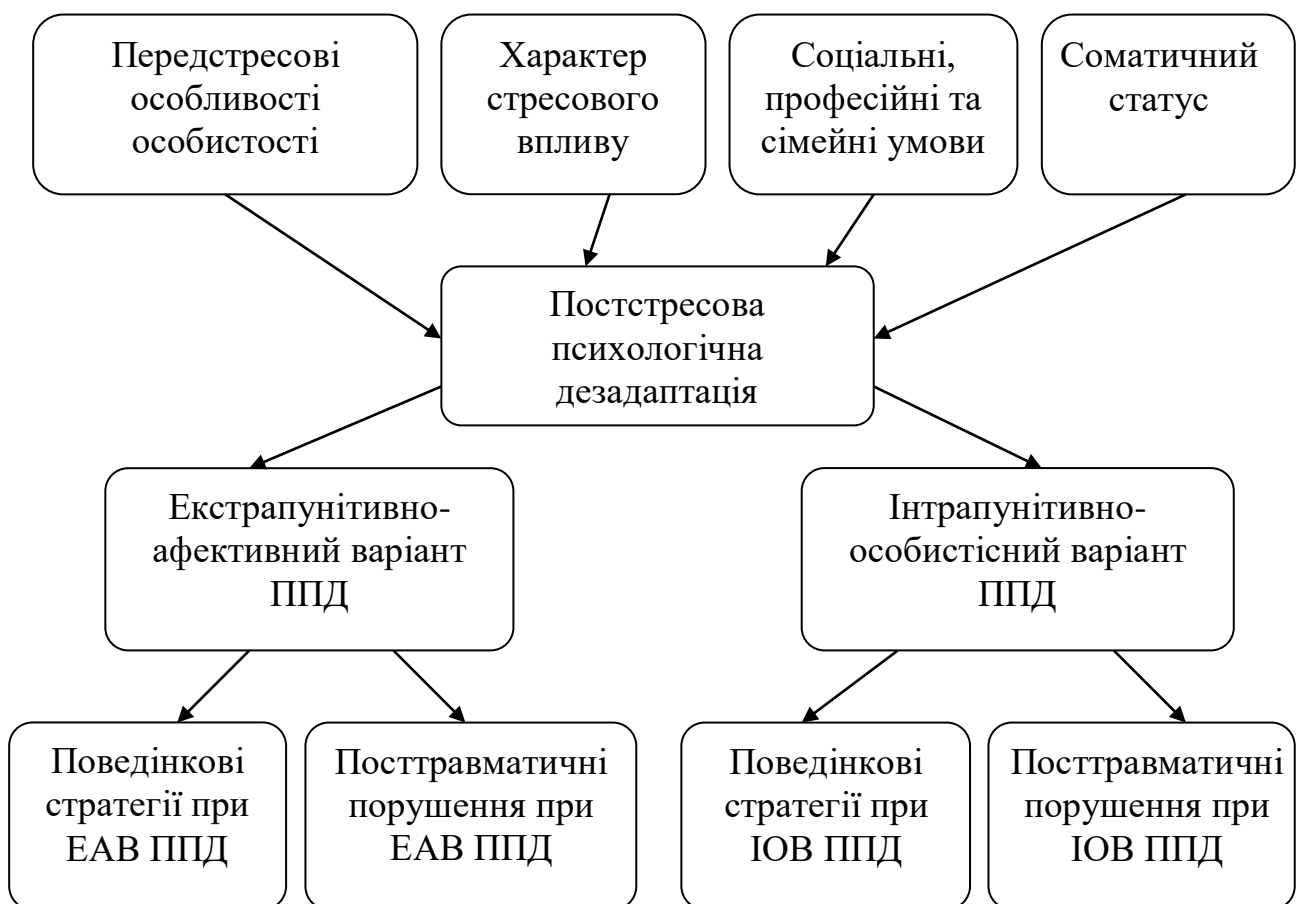


Рис. 6.1. Схема формування ППД

Але застосування у мирному житті поведінкових патернів, набутих і ефективних в умовах бойових дій, призводить до виникнення конфліктних ситуацій в суспільному та особистому житті, професійній діяльності. З одного боку, особистість знає про ефективність такої поведінки, а з іншого – її

застосування призводить до конфлікту. Крім того, нові поведінкові патерни формують дисоціативні процеси у міжособистісних відносинах в сім'ї, близькому оточенні, професійній діяльності. Це пов'язане з новою, незнайомою для оточуючих, поведінкою та системою цінностей і пріоритетів у життєдіяльності учасників АТО в умовах мирного життя. Формуються стресові відносини у різних сферах життя, які носять характер фрустрації. Таким чином формується стан психологічної дезадаптації.

Два інших фактори, по сукупності своїх ознак, представляють власне психологічну дисфункцію як реакцію на перманентний стресовий стан з ознаками вітальної загрози при участі в АТО. Різниця між встановленими варіантами дезадаптації зводиться до різниці у рівнях, спектрі, значимості та характері проявів дезадаптації. Для ІОВ ППД характерний більш виражений та важчий перебіг порушень, ніж при ЕАВ ППД.

При порівнянні структури ознак одержаних факторів виявлено, що для кожного варіанту посттравматичного порушення до структури ознак входять результати аналізу біографічних даних, копінг-стратегій, актуальність та значимість симптоматики (проявів).

Більш детальне додаткове дослідження показало, що нові поведінкові патерни розцінюються учасниками АТО як позитивні для них зміни. На відміну від оточуючих людей, які оцінювали їх як негативні. Такий дисонанс в оцінках особливо виразний у виявлених локусах фрустрації особистості учасника АТО. При ЕАВ ППД явище відносилось переважно до суспільної сфери, професійної діяльності та особистого життя. При цьому, особистісна зацікавленість та залежність учасника була досить слабкою і ці локуси можна віднести до суспільної діяльності.

Для ІОВ ППД при наявності позитивної оцінки набутих патернів, локуси фрустрації носили яскраву особистісну залежність та зацікавленість. Набуті патерни поведінки широко та інтенсивно використовувались для вирішення проблем особистісного характеру. При порівнянні обох варіантів дезадаптації,

прояви власне постстресових порушень при ЕАВ ППД применшувались або ігнорувались, а при ІОВ ППД – перебільшувались та акцентувались.

Додаткове порівняння значущості біографічних подій учасниками АТО виявило зміну їх оцінки. Так при ЕАВ ППД збільшувалась кількість та оцінка значущості суспільних подій і зменшувалась у відношенні подій особистісного характеру у минулому. У майбутньому вага та значущість прогнозованих подій також значно відрізнялись. При ІОВ ППД переоцінка торкалась подій як у минулому, так і в майбутньому і відносились вони до особистісного життя.

Такі встановлені додаткові характеристики дозволили стверджувати, що при ЕАВ ППД зміни особистості носять переважно суспільно та соціально спрямований характер, а при ІОВ ППД - переважно особистісно спрямований. Витоки такої перебудови стратегії поведінки особистості з набутими новими патернами поведінки при участі в АТО слід шукати в особливостях виховання та набутого життєвого досвіду.

6.2. Психокорекція проявів постстресової психологічної дезадаптації

Виходячи із виявленої структури механізмів формування ППД, варіантів її проявів, була сформована схема психокорекції виявлених проявів дезадаптації. Відбір методів та методик для проведення психокорекції проводився з урахуванням характеру проявів, приналежністю їх до тієї чи іншої сфер особистості (емоційні, когнітивні, поведінкові та інш.), задіяних механізмів їх виникнення та реалізації.

Схема психокорекції будувалась виходячи з того, що у формуванні ППД приймають участь встановлені при дослідженні, два основні механізми. Перший, це власне посттравматичні порушення і їх прояви, як неспецифічна постстресова реакція на психотравмуючий вплив.

Слід зазначити, що механізми їх формування не залежать від того, що стресовий вплив (чинник) є первинним чи вторинним в силу їх універсальності

та неспецифічності. За своїм характером прояви відносяться до вегетативної системи та емоційної сфери. Відповідно, для їх корекції та нейтралізації доцільно застосовувати методи та методики психокорекції, які носять неспецифічний, недиференційований вплив на вегетативні та емоційні прояви. Вони можуть застосовуватись при обох варіантах ППД. Їх прийоми та контекст застосування залежать від превалювання серед проявів вегетативних, емоційних або змішаних варіантів.

Друга складова механізмів розвитку ППД учасників бойових дій представлена новими поведінковими стратегіями, які були засвоєні особистістю за час знаходження під стресовим впливом. Звичайно, достресові особливості особистості, обставини стресового впливу, нові поведінкові патерни, що відповідали новим умовам життєдіяльності впливають на зміни особистості. І чим глибші структури особистості, її життєві принципи та цінності піддаються змінам, дезактуалізуються та гублять свою значимість і цінність для особистості, тим більш специфічними, особистими будуть зміни. А внутрішні конфлікти між старими та новими патернами і цінностями будуть глибшими, жорсткішими, притаманними тільки даній особистості. Відповідно, методи та прийоми психокорекції цих, переважно поведінкових, проявів повинні надавати можливість проводити специфічні для кожної особистості, диференційовані зміни.

Відповідно цих умов, психокорекційні впливи були розділені на недиференційовані та диференційовані. Недиференційована психокорекція була спрямована переважно на прояви з боку емоційної сфери та вегетативної регуляції. Її завданням були: нейтралізація емоційних і вегетативних проявів, відновлення емоційного стану та балансу вегетативної регуляції, частково когнітивних функцій, розрив дезадаптивного контуру механізмів стресової реакції і постстресового реагування.

Диференційована психокорекція перш за все була спрямована на поведінкові механізми і прояви, когнітивні процеси. Перш за все, це корекція

наявного внутрішнього конфлікту (когнітивного та поведінкового дисонансу); реінтеграція особистості до соціальних умов мирного життя з надбаними новими поведінковими стратегіями; відновлення механізмів психологічного захисту та адаптації; відновлення системи особистісних життєвих принципів та цінностей. Звичайно, що така психокорекція носить диференційований характер та повинна відповідати індивідуальним характеристикам ППД особистості.

Зважаючи на одержані результати дослідження та розроблену схему механізмів розвитку дезадаптації, були поставлені наступні завдання для проведення психокорекції при ППД:

- Нейтралізація проявів ППД як наслідку перенесеного стресу та дистресу під час участі в бойових діях.
- Адаптація використання особистістю нових поведінкових патернів, опанованих в умовах бойових дій, до умов мирного життя.
- Корекція копінг-стратегій і психологічного захисту в умовах розвитку стресу та стану фрустрації.
- Ресоціалізація особистості до умов мирного життя.

Мішенями для проведення психокорекції, відповідно поставлених завдань, було вибрано наступні ланки патогенетичних механізмів:

1. Копінг-стратегії та психологічний захист у відповідь на стресові впливи – вибір, рамки та умови використання;
2. Поведінкові стратегії подолання фруструючих обставин – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість;
3. Нові поведінкові стратегії – корекція, інтеграція та адаптація в структуру особистості;
4. Внутрішні особистісні конфлікти (варіанти дисонансу);
5. Обставини та зміст стресового впливу – емоційна дисоціація та відреагування;
6. Постстресові емоційні, вегетативні та психопатологічні прояви –

дезактуалізація і нормалізація.

На теперішній час, у науковій літературі описано та обґрунтовано великий перелік принципів, завдань, умов, цілей і т.і., для застосування методів і технік психокорекції ППД. Найчастіше це пов'язано з методичною базою та теоретичними основами, приналежністю до напрямку та спеціалізації фахівця, що діагностує дезадаптацію та проводить її психокорекцію .

У дослідженні складена нами схема психокорекції була побудована на основі результатів дійсного дослідження та методичних рекомендацій «Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій» МО та МОЗ України від 2014 року; методичного посібника «Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення» МО України: НДЦ ГП ЗСУ, 2017 року.

Загальним принципом побудови психокорекції при дезадаптації було диференційоване поєднання при її проведенні методів симптоматичної, особистісно-орієнтованої і соціоцентрованої психокорекції. Враховували також послідовність проведення різних психокорекційних методик залежно від етапу корекції. Вибір психотерапевтичних методів визначали їх спрямованістю та ефективністю. Крім того, враховувались особистісні особливості службовців.

Враховуючи наявність високого рівня тривожності, емоційної збудливості і дратівливості, м'язової напруженості застосована наступна структура психокорекційних заходів (рис. 6.2):



Рис. 6.2. Програма патогенетичної психокорекції посттравматичної психологічної дезадаптації

- на першому етапі застосовувались елементи психоосвіти, раціональної

психотерапії та нейро-лінгвістичного програмування для виявлення особливостей розладу, встановлення довірливих відносин, роз'яснення помилкового ставлення до свого стану;

- на другому етапі – методики саморегуляції (аутогенне тренування, нервово-м'язова релаксація, психічна саморегуляція);
- на третьому етапі – соціально-психологічна корекція.

Психокорекція на першому етапі формувала позитивне ставлення до майбутньої роботи. Встановлювались довірливі відносини до психолога, впевненість у компетентності останнього, формувалась стійка позитивна установка на проведену і майбутню психокорекцію, почуття відповідальності за активний настрій на майбутню роботу. Стрижнем раціональної психотерапії було правильне, доступне розумінню пацієнта трактування характеру, причин виникнення його стану, що дозволяло сформувати до нього найбільш адекватне ставлення.

В результаті першого етапу досягалось більш повне розуміння співробітником МВС України причин свого розладу і механізму його розвитку; формулювалась мета психокорекції, бажані зміни в психічному стані; зміна порушених відносин, корекція неадекватних реакцій і форм поведінки, вироблення нових стереотипів і форм емоційного і поведінкового реагування.

Застосування методик саморегуляції на другому етапі дозволило нейтралізувати страх, тривогу, психоемоційне напруження; сформувати фоновий позитивний психоемоційний стан; навчити прийомам релаксації і мобілізації. Враховуючи достатньо виражену початкову пасивність службовців і їх достатньо високу сугестивність, найбільш результативними були методики саморегуляції з використанням на перших етапах навчання гетеросугестії. Тому поряд з класичними методиками, як аутогенне тренування, застосовували асоціативну методику саморегуляції.

На третьому етапі проводиться соціально-психологічна психокорекція.

Основою раціональної психокорекції була логічна аргументація. Крім

того, метод включав в себе роз'яснення, навіювання, емоційний вплив, вивчення і корекцію особистості, дидактичні і риторичні прийоми. У процесі раціональної психотерапії вироблялось розумне, адекватне ставлення, правильне, доступне розумінню особи, трактування характеру, причин виникнення та прогнозу його стану.

Методи психічної саморегуляції використовувались для відновлення функціонального стану при психологічній дезадаптації. З методик використовувались: регуляція м'язового тону, управління диханням, аутогенне тренування і асоціативна методика психічної саморегуляції. Регуляція м'язового тону проводилась за загально прийнятими прийомами аутогенного тренування.

При управлінні ритмом дихання: використовували деякі закономірності впливу дихання на рівень психічної активності. Так, під час вдиху настає активація психічного стану, тоді як при видиху відбувається заспокоєння. Черевне дихання залучає до дихального акту усі поверхи легенів, збільшує ступінь оксигенації крові, життєву місткість легенів, масажує внутрішні органи. Заспокійливий тип дихання використовували у нейтралізації надмірного збудження, зняття нервового напруження. Мобілізуючий тип дихання допомагав подоланню сонливості, млявості, втоми, мобілізував увагу, підвищував функціональні можливості систем організму, визначаючи в остаточному підсумку його загальний тонус і бадьорий стан.

Необхідне загальне розслаблення при навчанні на першому ступені аутогенного тренування по І.Г. Шульцу досягалось за допомогою шести основних уявних вправ, кожне з яких направлене на певну область чи систему організму: 1) м'язи; 2) кровоносні судини; 3) серце; 4) дихання; 5) черевні органи; 6) голову. В основі аутогенного тренування лежало оволодіння можливостями самонавіювання або аутосугестії. Головним елементом було засвоєння і оперування вербальними формулюваннями (формулами самонавіювання) у вигляді самонаказів. Переживання станів аутогенного

занурення для методів, спрямованих на формування самоврядних впливів було спрямоване на досягнення необхідного стану "на виході" з аутогенного занурення, а також отриманні відстроченого оптимізуючого ефекту. Для цього використовували спеціальні формулювання самонаказів – так звані "формули мети", що задавали потрібну орієнтацію подальшому розвитку стану.

Методика психічної саморегуляції заснована на мобілізації в організмі процесів психосоматичної взаємодії, що знижують м'язове напруження, почуття тривоги, неспокою, страху, дискоординацію в діяльності внутрішніх органів і оптимізують психічні та соматичні функції. Це досягалось за допомогою навчання входженню в стан релаксації і навчанню на його основі різних ступенів аутогенного занурення. Більш глибокі стадії аутогенного занурення супроводжувались максимальною концентрацією на внутрішніх відчуттях. Це дозволяло перейти до активізації відновлювальних процесів і посилення мобілізації ресурсів, та створювало передумови формування станів з високою активністю і працездатністю; вирішення індивідуальних проблем. Методика психічної саморегуляції використовувалась для відновлення функціонального стану, зняття втоми, емоційної напруги, збільшення працездатності і активності, підвищення стійкості до дії стрес-факторів, а у разі виникнення напруженої ситуації - активації необхідних резервів. Асоціативна методика психічної саморегуляції - це методика психічної саморегуляції з використанням елементів Еріксоніанського гіпнозу і НЛП за рахунок модифікації семи крокової моделі М. Еріксона.

Когнітивно-поведінкова психотерапія

В основі деяких сучасних підходів до вивчення посттравматичних розладів лежить «оціночна теорія стресу». Залежно від того, яким чином пояснюються причини стресу, його подолання являє собою або фокусування на проблемі (спробу змінити ситуацію), або концентрацію на емоційній стороні пережитої події (спробу змінити почуття, які є результатом стресу). Прояви посттравматичних розладів співвідносяться як з особистісними, так і з

соціальними (недостатність соціальної підтримки) факторами.

Традиційно вважається, що поведінкова психотерапія найбільш ефективна при корекції посттравматичних розладів. Згідно з принципом, на якому ґрунтується цей вид терапії, для зміни поведінки необов'язково розуміти психологічні причини її виникнення. Основна мета, головним чином - формувати і зміцнювати здатність до адекватних дій, до придбання навичок, що дозволяють поліпшити самоконтроль. Поведінкова психотерапія прагне замінити неприйнятні дії прийнятними і використовує деякі методи, які ведуть до зменшення або припинення небажаної поведінки.

Терапевти когнітивно-поведінкового напрямку припускають, що психопатологічні відхилення є наслідком неточної оцінки подій, і отже, зміна оцінки цих подій має вести до зміни емоційного стану клієнта. Подібно поведінкової терапії, когнітивно-поведінкова терапія вчить клієнтів по-іншому реагувати на ситуації, які викликають напади паніки та інші ознаки занепокоєння.

Когнітивна терапія заснована на теорії, відповідно до якої поведінка людини визначається її думками про себе і ролями у суспільстві. Дезадаптивна поведінка зумовлена вкоріненими стереотипами, які можуть привести до когнітивних спотворень, або помилками у мисленні. Відповідна терапія орієнтована на корекцію подібних когнітивних спотворень і їх наслідки у вигляді поведінкових установок. Когнітивна терапія являє собою короткостроковий метод лікування, як правило, розрахований на 15-20 сеансів, що проводяться протягом 12 тижнів.

Психотерапія емоційних травм за допомогою десенсибілізації та репроцесуалізації/переробки травми за допомогою рухів очей (EMDR/ДРРО).

Техніка десенсибілізації й переробки переживань, що травмують, за допомогою рухів очей з успіхом застосовується для лікування ППД. В основі методу лежить положення про існування особливого психофізіологічного механізму – адаптивної інформаційно-переробної системи. При її активізації

відбувається спонтанна переробка й нейтралізація будь-якої інформації, що травмує. Це супроводжується позитивними змінами у когнітивній сфері, емоціях і поведінці. Важкі психічні травми й стреси можуть блокувати діяльність системи. У цих випадках спогади про травму й пов'язані з ними наслідки, афективні, соматовегетативні й поведінкові реакції не одержують свого адаптивного рішення, продовжуючи зберігатися у центральній нервовій системі в ізольованому стані.

Негативна інформація «заморожується» і тривалий час зберігається у своєму первісному, непереробленому вигляді за рахунок ізоляції нейронних мереж мозку, що забезпечують доступ до цих спогадів, від інших асоціативних мереж пам'яті. При цьому не відбувається нового навчання, тому що відповідна терапевтична інформація не зв'язується з ізольованою інформацією про подію, що травмує (Шапіро, 1998). У результаті негативні емоції, образи, відчуття й переживання минулого проникають у сьогодення, викликаючи сильний психологічний і фізичний дискомфорт. Передбачається, що рухи очей або інші стимули, які використовуються при EMDR/ДРРО, запускають процеси, які активують прискорену переробку травматичного досвіду за аналогією, що в нормі відбувається на стадії сну із швидкими рухами очей.

Використання у процедурі EMDR/ДРРО повторюваних серій рухів очей, приводить до розблокування ізольованої нейронної мережі мозку, де зберігається травматичний досвід. Той, у свою чергу, проходить десенсибілізацію й прискорену когнітивну переробку. Спогади, що мають високий негативний емоційний заряд, переходять у більш нейтральну форму, а відповідні їм наслідки й переконання здобувають конструктивний характер.

EMDR/ДРРО може застосовуватися як самостійний метод психокорекції або як один з етапів впливу, спрямований на швидке усунення найбільш тяжких переживань і симптомів, пов'язаних з психічними травмами.

Виділяють чотири основні цілі впливу для EMDR/ДРРО:

1) спогади про реальні події, що викликали психічну травму;

2) будь-які інші важкі нав'язливі спогади, навіть якщо вони відрізняються від реальних подій;

3) кошмарні сновидіння;

4) різні зовнішні або внутрішні подразники, які нагадують про травму й викликають пов'язані з нею емоції, почуття, думки й поведінкові реакції.

Залежно від поставлених цілей і завдань кількість сеансів EMDR/ДРРО може варіюватись від 1-2 до 6-16 при тривалості кожного сеансу від 60 до 90 хвилин. Середня частота сеансів 1- 2 рази на тиждень. Стандартна процедура EMDR/ДРРО включає вісім стадій:

1. Оцінка факторів безпеки особи, вивчення її історії й планування психокорекції. Основний критерій відбору – здатність справитись з високим рівнем занепокоєння, яке може виникати під час сеансу при переробці спогадів про травму.

2. Стадія підготовки – встановлення продуктивних терапевтичних відносин із потерпілим, створення атмосфери безпеки й довіри.

3. Визначення предмету впливу, його мету. При ППД спочатку це будуть реальні стресові події, а потім переробки зазнають нав'язливі думки й інші негативні спогади та будь-які фактори, що оживляють хворобливі переживання.

4. Десенсибілізація – ведеться робота над зниженням негативних емоцій при спогадах про травму.

5. Інсталяція – пов'язати бажані позитивні самоуявлення з вибраною в якості мети, інформацією, пов'язаною із травмою, що веде до підвищення самооцінки.

6. Сканування тіла з метою усунення можливої залишкової напруги або дискомфортичних відчуттів у тілі.

7. Завершення – повернення постраждалого в стан емоційної рівноваги наприкінці кожного сеансу.

8. Переоцінка – проводиться перед початком кожного нового сеансу EMDR/ДРРО. Постраждалий знову повертається до вже перероблених цілей з

метою оцінки його реакцій для визначення, чи зберігається ефект корекції.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – психокорекційна концепція, згідно з якою за рахунок зміни у свідомості психічного образу життєвої ситуації змінюється психічний стан людини, що сприяє ефективній реалізації себе у житті й задоволенню актуальних потреб.

Одним з базисних положень НЛП є твердження, що кожна людина несе у собі сховані, невикористані психічні ресурси. Головними завданнями НЛП є забезпечення доступу особистості до цих схованих ресурсів, витягування їх з підсвідомості та доведення до рівня свідомості, а потім навчання, як ними користуватися. Виконання цих завдань досягається використанням різних технік, таких, як: «інтеграція якорів», «візуально-кінестетична дисоціація», «шестикроковий рефреймінг», «змах».

Техніка інтеграції якорів проста, має велику терапевтичну широту й дозволяє значно редукувати симптоматику в постраждалих при екстремальних ситуаціях уже на початкових етапах роботи. Її застосування особливо бажане при фіксації постраждалого на негативних аспектах свого життєвого досвіду, пов'язаних із травматичною ситуацією. Вона може використовуватися як основна, або допоміжна, в складі інших прийомів та технік.

Якоріння – процес, за допомогою якого будь-яке внутрішнє або зовнішнє відчуття (звук, слово, підняття руки, інтонація, дотик) може бути пов'язане з деякою реакцією або станом і запускати їх прояви.

Техніка візуально-кінестетичної дисоціації – одна з найефективніших психотехнік при роботі з наслідками важкої психотравми. Вона веде до формування своєрідної реакції, що має, як правило, охоронний, захисний характер. Надалі ця реакція генералізується, що призводить до формування патологічного реагування у широкому діапазоні ситуацій. Тобто до дезадаптивної поведінки, а надалі до патохарактерологічного розвитку.

Ці проблеми візуально-кінестетична дисоціація вирішує за допомогою дисоціації особистості від негативних емоцій та почуттів, пережитих під час

психічної травми. Особа повинна подивитись на те, що з нею сталося із сторони, тобто перейти від асоційованого повторного переживання психотравми до дисоційованого. Таким способом є дисоційована форма сприйняття. Звичайно приємні події запам'ятовуються в асоційованому, а негативні – у дисоційованому виді. Перебуваючи у такій новій, більш конструктивній позиції, особистість може змінити відношення до психотравми.

Шестикроковий рефреймінг – психотехніка, яка розв'язує два типи проблем. Перший – це патерни когнітивного, емоційного й поведінкового реагування, що виникають при ППД. До другого типу відносяться психосоматичні проблеми в учасників військових дій. За допомогою цієї техніки можна: сформуванати нові, більш адекватні способи поведінки; зробити особистість більш цільною, інтегрованою; побудувати почуття довіри до себе, віру у свої здібності; вивести на свідомий рівень дійсні мотиви й мету поведінки; розв'язати виниклі у результаті перенесених психотравм внутрішньоособистісні й міжособистісні конфлікти.

Рефреймінг – переформування. Зміст будь-якої події залежить лише від того, в яку рамку ми її вставимо, з якої позиції на неї подивимося. Змінюється рамка – змінюється зміст. Коли змінюється зміст – реакції й поведінка теж стають іншими. Вміння поміщати події у різні рамки й надавати їм різне значення дуже важливе й дає людині більше свободи вибору. Існують два основні види рефреймінгу: рефреймінг контексту й рефреймінг змісту.

Техніка змаху дозволяє швидко й ефективно змінювати ригідні стереотипи на більш адекватні й прийнятні для особистості способи реагування. У результаті формуються не тільки нові, більш позитивні реакції, але й більш продуктивний «Я-образ».

Техніки гештальт-терапії з успіхом застосовуються при роботі з проявами ППД в учасників бойових дій. При роботі з ними більш ефективна індивідуальна корекція. Метою корекційної роботи є зняття блокування й стимулювання процесу розвитку, реалізація можливостей і прагнень

особистості. Це досягається за рахунок створення внутрішнього джерела опори й оптимізації процесів саморегуляції. Ключовим аспектом корекційного процесу є усвідомлення контакту із самим собою й оточенням.

Гештальт-підхід спонукає людину краще пізнати й прийняти себе – прийняти такою, якою вона є насправді, зі своїм негативним досвідом і соціально неприйнятними якостями, зі своїми психотравмами й витиснутими конфліктами. Головною категорією гештальт-терапії служить не поняття «особистість», як це прийнято в інших підходах. Гештальт-терапія орієнтована на процес, тому для розуміння людини не має потреби в «застиглих» структурах. Основним завданням є дослідження всієї сукупності подій, що відбуваються на грані, де людина контактує із середовищем. При чому, ці події не зводяться до винятково соціальних. Виділяють п'ять основних механізмів порушення контакту – це проекція, конфлюенція, ретрофлексія, дефлексія й інтроекція. Метою терапії є відновлення природнього проходження контакту, а отже, робота з механізмами його переривання. До основних процедур гештальт-терапії відносяться: розширення усвідомлення; інтеграція протилежностей; посилення уваги до почуттів; робота з фантазією; прийняття відповідальності; подолання опору.

Обстеження після проведення психокорекції показало ефективність наданої допомоги. Учасники бойових дій з обома варіантами ППД при співбесіді не скаржились на прояви дезадаптації. Відзначалась інволюція скарг, що були присутні на початку обстеження. В процесі надання допомоги значно покращилось самопочуття, нормалізувався сон. Емоційний стан значно покращився, перестали турбувати внутрішня напруга, тривога, підвищена емоційна збудливість та агресивність. Самі учасники дослідження та члени їх сімей відзначали покращення спілкування, залагодження конфліктів. З'явилося бажання до конструктивних дій та застосування набутих в АТО навичок в професійній діяльності. Після проведеної психокорекції проводилась повторна оцінка стану за допомогою опитувальника оцінки виразності психопатологічної

симптоматики SCL-90-R, виявлення і оцінки невротичних станів, багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність" та тесту життєстійкості S.Maddy (табл. 6.5 – 6.8).

Таблиця 6.5

Показники виразності симптоматики опитувальника (SCL-90-R) Дерогатіс

Шкала	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Соматизація (SOM)	0,77 ±0,38	0,84 ±0,35	0,78 ±0,43
Обсесивно-компульсивний розлад (OC)	0,93 ±0,41	1,06 ±0,40	0,66 ±0,34
Інтерперсональна чутливість (INT)	0,83 ±0,34	1,21 ±0,42	0,74 ±0,41
Депресія (DEP)	0,81 ± 0,32	1,06 ±0,34	0,77 ±0,36
Тривога (ANX)	1,12 ±0,34	1,03 ±0,42	0,71 ± 0,44
Ворожість (HOS)	0,92 ±0,40	0,83 ±0,34	0,66 ±0,38
Нав'язливі страхи (фобії) (PHOB)	0,61 ±0,31	0,58 ±0,34	0,39 ±0,23
Паранояльність (PAR)	0,77 ±0,33	0,73 ±0,42	0,66 ±0,35
Психотизм (PSY)	0,42 ±0,33	0,41 ±0,26	0,39 ±0,30
Додаткові питання (DEP)	0,52 ±0,30	0,46 ±0,23	0,49 ±0,28
Загальний індекс важкості (GSI)	0,71 ±0,33	0,82 ±0,28	0,58 ±0,29
Індекс важкості дистресу (PTSD)	1,70 ±0,27	2,36 ±0,25	1,35 ±0,26
Кількість турбуючих симптомів (PST)	38,26 ±3,45	39,27 ±3,90	36,89 ±3,71

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

При проходженні повторного психодіагностичного дослідження всі результати учасників з обома варіантами ППД достовірно не відрізнялись від показників ГП.

Таблиця 6.6

Рівні оцінки невротичних станів

Шкали	(M ±m)		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Тривоги	-3,38 ±0,31	-3,42 ±0,44	-3,55 ±0,37
Депресії	-2,17 ±0,32	-2,20 ±0,33	-2,04 ±0,28
Астенії	-0,43 ±0,20	-0,67 ±0,31	-0,45 ±0,28
Істерії	-1,49 ±0,33	-1,46 ±0,36	-1,35 ±0,37
Обсесивно-фобічна	-2,89 ±0,40	-3,11 ±0,35	-3,06 ±0,26
Вегетативних порушень	-5,78 ±0,39	-7,05 ±0,43	-6,23 ±0,43

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p_1 – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$.

Таблиця 6.7

Результати тесту «Життєстійкість» в адаптації Леонтєва і Рассказової

Шкали	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Життєстійкість	87,38 ±5,36	74,35 ±5,71	81,46 ±5,73
Залученість	37,52 ±3,11	33,18 ±3,20	35,47 ±3,14
Контроль	35,61 ±3,71	30,15 ±3,29	33,19 ±3,25
Прийняття ризику	14,25 ±3,01	11,02 ±2,11	12,80 ±4,07

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p_1 – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$.

Результати багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність"

Шкали	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Поведінкове регулювання (ПР)	14,37 ±2,11	13,25 ±1,89	10,94 ±1,85
Комунікативний потенціал (КП)	7,25 ±1,42	6,69 ±1,58	5,21 ±1,33
Моральна нормативність (МН)	7,43 ±0,90	7,56 ±0,85	6,79 ±0,92
Особистісний адаптаційний потенціал (ОАП)	23,45 ±2,11	21,78 ±2,09	19,61 ±1,86
Астенічні реакції та стани (АС)	7,12 ±1,43	7,64 ±1,94	5,62 ±0,82
Психотичні реакції та стани (ПС)	2,31 ±0,84	2,54 ±0,91	1,47 ±0,85
Деадаптаційні порушення (ДАП)	26,73 ±1,36	27,65 ±1,94	24,75 ±1,18

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Катамнестичне спостереження проводилось протягом 6 місяців. Учасники відзначили відсутність скарг, нормалізацію свого психологічного і соматичного стану, повне відновлення свого самопочуття. Повторна оцінка стану проводилась за допомогою опитувальника оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, виявлення і оцінки невротичних станів, багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність" та тесту життєстійкості S.Maddy (табл. 6.9 – 6.2.8).

Рівні оцінки невротичних станів

Шкали	(M ±m)		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Тривоги	-3,87 ±0,34	-4,1 ±0,40	-3,55 ±0,37
Депресії	-2,10 ±0,28	-2,42 ±0,33	-2,04 ±0,28
Астенії	-0,52 ±0,27	-0,94 ±0,35	-0,45 ±0,28
Істерії	-1,65 ±0,36	-2,03 ±0,45	-1,35 ±0,37
Обсесивно-фобічна	-2,84 ±0,39	-3,65 ±0,36	-3,06 ±0,26
Вегетативних порушень	-7,05 ±0,38	-7,66 ±0,47	-6,23 ±0,43

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p_1 – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - $<0,05$, ** - $<0,01$, *** - $<0,001$.

В результаті проведеної психокорекції, диференційованої в залежності від варіанту ППД, показники дослідження по усіх методиках не відрізнялись від групи порівняння. Особливістю було те, що при психопатоподібному варіанті спостерігались відхилення, які мали характерні тенденції та зберігали спрямованість змін до психокорекції. Але вони втрачали достовірність при співставленні з групою порівняння.

При ЕАВ ППД нормалізація показників була на рівні ГП або краща. Особливо це стосувалось змін з боку емоційних та психопатологічних проявів.

Показники виразності симптоматики опитувальника (SCL-90-R) Дерогатіс

Шкала	М ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Соматизація (SOM)	0,92 ±0,41	1,07 ±0,39	0,78 ±0,43
Обсесивно-компульсивний розлад (OC)	0,94 ±0,40	1,02 ±0,43	0,66 ±0,34
Інтерперсональна чутливість (INT)	0,88 ±0,35	1,04 ±0,38	0,74 ±0,41
Депресія (DEP)	0,83 ± 0,34	0,94 ±0,38	0,77 ±0,36
Тривога (ANX)	0,93 ±0,41	1,42 ±0,39	0,71 ± 0,44
Ворожість (HOS)	1,05 ±0,39	0,84 ±0,40	0,66 ±0,38
Нав'язливі страхи (фобії) (PHOB)	0,38 ±0,31	0,52 ±0,30	0,39 ±0,23
Паранояльність (PAR)	0,68 ±0,34	0,76 ±0,39	0,66 ±0,35
Психотизм (PSY)	0,42 ±0,30	0,46 ±0,28	0,39 ±0,30
Додаткові питання (DEP)	0,58 ±0,32	0,67 ±0,34	0,49 ±0,28
Загальний індекс важкості (GSI)	0,67 ±0,30	1,01 ±0,31	0,58 ±0,29
Індекс важкості дистресу (PTSD)	1,41 ±0,29	1,46 ±0,27	1,35 ±0,26
Кількість турбуючих симптомів (PST)	41,24 ±3,52	42,23 ±4,10	36,89 ±3,71

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Таблиця 6.11

Результати багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність"

Шкали	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Поведінкове регулювання (ПР)	13,66 ±2,11	14,04 ±1,93	10,94 ±1,85
Комунікативний потенціал (КП)	8,03 ±1,50	8,18 ±1,77	5,21 ±1,33
Моральна нормативність (МН)	8,79 ±0,98	8,68 ±1,03	6,79 ±0,92
Особистісний адаптаційний потенціал (ОАП)	22,39 ±2,20	21,03 ±2,02	19,61 ±1,86
Астенічні реакції та стани (АС)	6,11 ±1,03	7,35 ±1,05	5,62 ±0,82
Психотичні реакції та стани (ПС)	1,36 ±0,64	1,20 ±0,57	1,47 ±0,85
Деадаптаційні порушення (ДАП)	26,34 ±1,32	27,76 ±1,88	24,75 ±1,18

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

Таблиця 6.12

Результати тесту «Життєстійкість» в адаптації Леонтєєва і Рассказової

Шкали	M ±m		
	ЕАВ ППД n=75	ІОВ ППД n=73	ГП n=60
Життєстійкість	88,74 ±4,82	75,64 ±5,51	81,46 ±5,73
Залученість	37,18 ±3,24	33,81 ±3,12	35,47 ±3,14
Контроль	36,19 ±3,77	31,05 ±3,41	33,19 ±3,25
Прийняття ризику	15,37 ±3,05	10,78 ±2,11	12,80 ±4,07

Достовірність: p – по відношенню до ГП; p₁ – між групами з ЕАВ ППД і ІОВ ППД. Ступінь вірогідності: * - <0,05, ** - <0,01, *** - <0,001.

При катамнестичному спостереженні в обох варіантах ППД результати повторного дослідження не виходили за рамки групи порівняння (p >0,05).

Враховуючи наведене вище:

1. Встановлено ЕАВ ППД та ІОВ ППД у співробітників МВС України, котрі приймали участь в АТО, які різняться між собою рівнем і якістю дезадаптивних проявів.

2. ППД складається з двох структур, які мають різне походження та грають різні ролі у формуванні дезадаптації. Це структура нових поведінкових стратегій і власне посттравматичні порушення.

3. Кожній встановленій структурі відповідно варіанту дезадаптації характерні відповідні зміни у поведінковій, емоційній та когнітивній сферах особистості. Витоки встановлених варіантів дезадаптації знаходяться в особливостях виховання та набутого життєвого досвіду.

4. Запропонована та апробована психокорекційна схема надання психологічної допомоги при ППД у співробітників МВС України, котрі приймали участь в АТО.

5. Диференційована ППД, в залежності від варіанту дезадаптації, дозволяє нейтралізувати її прояви та попередити трансформацію в клінічно окреслені, нозологічні форми.

6. Катамнестичне спостереження показало ефективність та стійкість змін, що були досягнуті в процесі психологічної корекції явищ дезадаптації.

Аналіз наукових досліджень проблеми розвитку ППД показав наявність багатьох невирішених проблем. Якщо, клінічноокреслені варіанти дезадаптації вивчені досить повно і всебічно, то прояви психологічного регістру часто залишались поза увагою дослідників. Таке відношення є вкрай негативним за своїми наслідками. Адже, людей з психологічним рангом психічної дезадаптації є значно більше у суспільстві, ніж осіб з клінічно окресленими порушеннями. Крім того, ігнорування психологічної дезадаптації з тих чи інших причин призводить до того, що вона з плином часу трансформується у клінічні розлади.

Перш за все слід зазначити відсутність єдиної теоретичної моделі патогенетичних механізмів розвитку та маніфестації психологічної постстресової дезадаптації. Серед існуючих теоретичних моделей розвитку психологічної дезадаптації найбільш поширеними є психодинамічна, когнітивна, психосоціальна і психобіологічна, а в останні роки – мультифакторна моделі. Найбільш вживаними у наукових дослідженнях є декілька теорій. У рамках психофізіологічної моделі відповідь на травму – результат тривалих фізіологічних змін у нейрогуморальних системах головного мозку. Інформаційна модель (Horowitz, 1998) є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної й психофізіологічної моделей. Вона розглядає стрес як масу внутрішньої й зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути погоджена з когнітивними схемами.

Психосоціальна модель реагування на травму є багатофакторною. Автори (Green, 1990; Wilson, 1993) підкреслюють необхідність врахування факторів навколишнього середовища, які впливають на успішність адаптації. Для пояснення проявів дезадаптації запропонована теорія патологічних асоціативних контурів (Pitman, 1988) – специфічної інформаційної структури в пам'яті, що забезпечує розвиток емоційних станів. За певних умов контур починає працювати як єдине ціле, може самовільно активуватись, продукуючи прояви дезадаптації. Цей механізм слід шукати в нейрональних структурах і біохімічних процесах мозку. Останнім часом пропонується мультифакторна концепція, у якій (Maercker, 1998) виділяються три групи факторів, комбінація яких призводить до дезадаптації: фактори, пов'язані із травматичною подією; захисні фактори; фактори ризику. Однак, на цей час не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює механізми виникнення й розвитку постстресової дезадаптації.

На цей час існує значна кількість класифікацій проявів ППД. Кожна із них залежить від вибраних для цього сукупностей провідних ознак. Поширеною класифікацією є розподіл в залежності від рангу проявів і ступеня

дезадаптації. Це психоадаптаційні та психодезадаптаційні стани психологічного рангу та психодезадаптаційні стани клінічного рівня. В залежності від переважаючих проявів з боку окремих сфер особистості, в структурі вказаних станів виділяють відповідні варіанти, часто по аналогії відповідних психопатологічних розладів. Досить часто дослідники узагальнюють прояви ППД в окремі поняття як то «соціальна дезадаптація», «бойова психічна травма», «загальний девіантний синдром адаптації особистості» та інші. У підсумку можна стверджувати, що всі характеристики та класифікації проявів ППД грішать значною однобокiстю у відображенні повноти та значення проявів з боку усіх сфер особистості.

Аналізуючи актуальні у теперішній час способи корекції ППД, можна відмітити велику кількість різноманітних методик психокорекції, які є або вузько спрямованими на окремі синдромальні прояви, або на загальний стан особистості, особливо її емоційну сферу. Незважаючи на широке застосування корекційних заходів, у літературі відсутні відомості про системні, патогенетично обґрунтовані, диференційовані схеми психокорекційного втручання при ППД.

Під час виконання роботи було досліджено прояви психологічної постстресової дезадаптації в учасників бойових дій, котрі були у зоні АТО. Респонденти були піддані комплексному клініко-психологічному, анамнестичному, психодіагностичному обстеженню. Клініко-психологічне дослідження включало структуроване клінічне інтерв'ю; спостереження; аналіз психологічного анамнезу із структуруванням даних у часі динаміки виникнення, розвитку та перебігу проявів.

Для всебічної характеристики стану психічної сфери було застосовано наступні психодіагностичні методики. Для визначення особливостей психоемоційного стану використовували опитувальник оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, розроблений L.Derogatis (в адаптації Н.В. Тарабріної, 2002), клінічний опитувальник для виявлення і

оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич, 2005) та Гісенський опитувальник психосоматичних скарг (2001).

Витоки фрустрації та психологічний захист визначали за допомогою методики діагностики рівня соціальної фрустрації Л.І. Вассермана, (2004); тесту життєстійкості S. Maddy (в адаптації Д.А. Леонтьєва, 2006); методики визначення психологічного захисту (опитувальник Плутчика – Келлермана – Конте, 1999); методики схильності до відхиляючої поведінки (А.Н. Орел, 1999).

Аналіз копінг-стратегій здійснювали за методикою діагностики копінг-стратегій Е. Хайма (2009) та опитувальника проактивної долаючої поведінки (копінгу), (2009). Ступінь дезадаптації та ефективність адаптації визначали багаторівневим особистісним опитувальником “Адаптивність” (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова і С.В. Чермяніна (2001), шкалою оцінки впливу травматичної події (IES-R) розробленою М. Horowitz (в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001) та опитувальником посттравматичного росту (Tedeschi&Calhoun в адаптації М.Ш. Магомед-Емінова, 2008).

Аналіз життєвого шляху та досвіду, як достресового стану, проводили з використанням біографічного опитувальника (Bottscher, Jager, Lischer) в адаптації В.А. Чікер (2003) та методики «Психологічна автобіографія» (Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова, 1998).

При аналізі феноменології дезадаптивних проявів у осіб ГД, в 8,78% випадків вони досягали клінічного рангу, але були недостатніми для клінічно окресленої, нозологічної форми порушень. В соматичній сфері у 68,92% виявлена вегетативна дисфункція пароксизмального характеру. Встановлена наявність доклінічних порушень з боку емоціональної, когнітивної та поведінкової сфер особистості. Аналіз результатів показав два варіанти проявів ППД, що типологізовані як ЕАВ ППД та ІОВ ППД варіанти перебігу ППД. Факторний аналіз отриманих даних виявив 2 фактори, які за ознаками, що їх формували, відповідали встановленим варіантам перебігу, та були названі як

«екстрапунітивно-афективний варіант проявів ППД» та «інтрапунітивно-особистісний варіант проявів ППД».

Кількісна вираженість показників, що характеризували ЕАВ ППД, були достовірно нижчими, ніж у осіб з ІОВ ППД, за когнітивними $3,75 \pm 0,38$ ($p < 0,05$), мнестичними $3,62 \pm 0,38$ ($p < 0,01$), дисомнічними $2,01 \pm 0,23$ ($p < 0,001$), адиктивними $1,90 \pm 0,37$ ($p < 0,05$), девіантними $2,68 \pm 0,31$ ($p < 0,01$), соматичними $3,77 \pm 0,28$ ($p < 0,001$) проявами. Схожа тенденція спостерігалась і при аналізі інтенсивності зазначених показників: емоційні $24,31 \pm 0,46$ ($p < 0,001$), мнестичні $13,80 \pm 0,43$ ($p < 0,001$), дисомнічні $11,22 \pm 0,44$ ($p < 0,001$), адиктивні $4,03 \pm 0,23$ ($p < 0,01$), соматичні $21,38 \pm 0,36$ ($p < 0,001$) прояви були достовірно нижчими у респондентів групи 1, порівняно з групою 2. Згідно тесту рівня соматичних скарг, у осіб з ЕАВ ППД усі показники, крім шкали М, були достовірно ($p < 0,001$) нижчі, ніж у обстежених з ІОВ ППД. Рівні оцінки невротичних станів при ІОВ ППД були достовірно більш значні за шкалами депресії $-3,20 \pm 0,30$ ($p < 0,01$), астенії $-2,13 \pm 0,32$ ($p < 0,01$), фобій $-4,51 \pm 0,37$ ($p < 0,01$) та вегетативних порушень $-12,52 \pm 0,41$ ($p < 0,001$).

Виразність психопатологічної симптоматики (за опитувальником SCL-90-R), майже по всіх шкалах (за винятком «паранояльності», «ворожості» та «психотизму») була достовірно вищою у осіб з ІОВ ППД, порівняно з ГП, в той час як у осіб ЕАВ ППД вищі показники, порівняно з ГП, спостерігались лише за шкалою «ворожість». При порівнянні між групами 1 і 2 виявлено, що у респондентів з ІОВ ППД виразність психопатологічних проявів за шкалою «соматизації» була достовірно вищою, ніж у осіб з ЕАВ ППД ($p < 0,001$), у яких достовірно вищою виявилась виразність «ворожості» ($p < 0,001$).

Таким чином, можна стверджувати, що у осіб з ІОВ ППД рівень дистресу та важкість симптоматики були більш виражені, ніж при ЕАВ ППД. Ця різниця була достовірна, або проявляла тенденцію майже за всіма шкалами. Виключенням була шкала «ворожості», що узгоджується з встановленим раніше фактом більш агресивної поведінки учасників цієї групи. Також був

виявлений дисонанс оцінки дезадаптивних проявів самими учасниками АТО, та їх оточенням. Поведінкові прояви та особливості реагування особистості учасники АТО розцінювали як набуті позитивні якості, що допомагають їм у мирному житті, тоді як оточуючі негативно оцінювали нові варіанти їхньої поведінки та реагування. З перебуванням у зоні АТО учасники пов'язували лише емоційні прояви тривоги, дисомнії та вегетативні порушення. Всі інші зміни розцінювалися ними як позитивні надбання, які вони мають змогу застосовувати для більш успішного вирішення своїх проблем та досягнення життєвих цілей після участі в АТО.

Встановлені особливості та характер проявів дезадаптації закономірно впливають на характеристики факторів фрустрації, а подальші зміни залежать від стану механізмів психологічного захисту особистості у відповідь на стресовий вплив. Був проведений аналіз чинників фрустрації, характер варіантів психологічного захисту в залежності від варіантів дезадаптаційних проявів в учасників бойових дій.

Факторний аналіз результатів дослідження в осіб ГД виявив 2 фактори, які за ознаками, що їх формували, відповідали встановленим варіантам проявів та названі як «психологічний захист при ЕАВ ППД» та «психологічний захист при ІОВ ППД». Рівні соціальної фрустрованості достовірно не відрізнялись між особами з ППД і ГП за шкалами «матеріальне становище», «відносини з батьками та суб'єктами професійної діяльності» та «відпустка». При ЕАВ ППД, у порівнянні з ГП, за шкалами «житлові, побутові та комунальні умови», «відносини з батьками», а при ІОВ ППД за шкалами, пов'язаними з роботою, освітою, вільним часом, результати не мали достовірної різниці. Спільними для обох варіантів ППД були високі рівні, у порівнянні з ГП, за шкалами «становище в суспільстві», «спосіб життя в цілому», «відносини з дружиною та друзями», «медичні послуги». За всіма іншими шкалами рівні фрустрованості при обох варіантах були достовірно вищі у порівнянні з ГП, а за шкалами освіти, змістом роботи та відносин з колегами показники при ЕАВ ППД були

достовірно вищі, ніж при ІОВ ППД. Таким чином, за значних, незалежних від варіантів, загальних рівнях фрустрованості (середній показник ЕАВ ППД – $59,5 \pm 0,51$ балів, ІОВ ППД – $60,42 \pm 0,53$ балів), у осіб з ЕАВ ППД серед факторів фрустрації переважали суспільно та професійно значимі, а при ІОВ ППД – пов'язані з особистим життям.

Результати вивчення ознак психологічного захисту при ЕАВ ППД, порівняно з особами ГП, були достовірно вищі лише за шкалою заміщення ($56,38 \pm 5,24$ балів, $p < 0,001$, ГП – $28,53 \pm 4,37$ балів). У обстежених з ІОВ ППД, порівняно з ГП, достовірно вищими були показники за шкалами витіснення ($63,22 \pm 4,87$ балів, $p < 0,001$), регресії ($59,6 \pm 5,01$ балів, $p < 0,001$) та заміщення ($57,35 \pm 4,86$ балів, $p < 0,001$), та нижчі – за шкалою компенсації ($25,17 \pm 4,06$ балів, $p < 0,05$). Показники за шкалами заперечення, проєкції, інтелектуалізації та реактивного утворення достовірно не різнились у осіб ГД та ГП. В цілому, встановлено, що механізми психологічного захисту у осіб з ІОВ ППД є значно менш ефективними, ніж у респондентів ГП і ЕАВ ППД.

Деякі автори розглядають прояви відхиляючої поведінки в якості способу психологічного захисту особистості. Результати вивчення схильності до відхиляючої поведінки за всіма шкалами методики (крім вольового контролю) у осіб з ЕАВ ППД були достовірно вищими, ніж у ГП. При ІОВ ППД спостерігались вищі показники по шкалах адиктивної ($65,15 \pm 2,50$ балів, $p < 0,001$) та саморуйнівної ($65,22 \pm 2,40$ $p < 0,001$) поведінки, вольового контролю ($67,04 \pm 1,92$ балів, $p < 0,001$), при відсутності достовірної різниці з ГП за усіма іншими шкалами. Між собою варіанти ППД достовірно різнились за показниками у переважній більшості шкал: вони були нижчі у осіб з ЕАВ ППД за шкалами саморуйнації та вольового контролю, не різнились за даними адиктивної поведінки і були достовірно вищі за іншими шкалами, порівняно з особами з ІОВ ППД. Таким чином, розглядаючи схильність до відхиляючої поведінки як способу уникнення взаємодії з оточенням, можна стверджувати про більш виражену схильність при ЕАВ ППД.

Важливими чинниками, що зумовлюють розвиток психологічної дезадаптації, особливо в умовах фрустрації та хронічних впливах стресових факторів є поведінкові стратегії, стан механізмів адаптації та характер реакції на стресові ситуації, які притаманні учасникам АТО. Проведено факторний аналіз даних дослідження копінг-стратегій з подальшим аналізом ознак виявлених факторів. Встановлено 2 фактори, які за ознаками, що їх формували, відповідали варіантам ППД та були названі як «копінг-стратегії при ЕАВ ППД» та «копінг-стратегії при ІОВ ППД». За методикою діагностики копінг-стратегій доведено, що учасники з ППД не використовували когнітивні стратегії, які були притаманні ГП. При ЕАВ ППД продуктивними були $46,67 \pm 5,76\%$ (шкала самооцінки) та відносно продуктивними $20,00 \pm 4,62\%$ (шкала надання сенсу). При ІОВ ППД лише $31,51 \pm 5,44\%$ були відносно продуктивними. Усі інші варіанти використовуваних стратегій були непродуктивними. Серед емоційних копінг-стратегій при ЕАВ ППД продуктивними та відносно продуктивними були шкали протесту ($30,67 \pm 5,32\%$) та емоційного розряду ($20,00 \pm 4,62\%$), а при ІОВ ППД – емоційної розрядки ($21,92 \pm 4,84\%$) та пасивної кооперації ($8,22 \pm 3,21\%$). Усі інші стратегії були непродуктивними. Серед поведінкових стратегій при обох варіантах ППД були відсутні продуктивні стратегії – при ЕАВ ППД переважали відносно продуктивні, а при ІОВ ППД – непродуктивні. При співставленні ознак проактивної долаючої поведінки при обох варіантах ППД переважало превентивне (ЕАВ ППД – $38,17 \pm 1,86$ балів, ІОВ ППД – $36,22 \pm 2,04$ балів) та рефлексивне (ІОВ ППД – $36,11 \pm 2,45$ балів) подолання, у порівнянні з ГП. Результати доповнювались більш високими та диференційованими по варіантах ППД показниками тесту «Схильність до відхиляючої поведінки».

Факторний аналіз виявив також два фактори, які були названі як «характер адаптації при ЕАВ ППД» та «характер адаптації при ІОВ ППД», та відповідали варіантам ППД. Ознаки факторів, що представляли результати опитувальника «Адаптивність» показали, що по всіх застосованих шкалах

показники у осіб ГД з обома варіантами ППД, були достовірно нижчими, ніж у ГП. При аналізі у ГД встановлено, що при ЕАВ ППД показники були достовірно нижчими за шкалами КП, ОАП, АС і ДАП і вищими – за шкалою ПР, та не різнилися за шкалами МН та ПС. Це вказувало на більш виражений рівень дезадаптації у осіб з ІОВ ППД.

Результати визначення впливу психотравмуючої ситуації на стан обстежених ГД не різнилися за загальним балом. При ЕАВ ППД показники були достовірно більш високі по шкалі вторгнення ($25,13 \pm 3,76$ балів) та фізіологічного збудження ($23,06 \pm 3,16$ балів), а при ІОВ ППД – шкалі уникнення ($27,32 \pm 3,49$ балів).

Аналіз феномену посттравматичного зростання надав додаткової інформації для оцінки стресового впливу на якості особистості. Зафіксовані зміни були достовірно більш виражені при ЕАВ ППД і відсутні лише по шкалах «духовні цінності» та «цінності життя». Посттравматичний ріст як сума шкал при ЕАВ ППД ($81,23 \pm 1,88$ балів) значно перевищував у осіб з ІОВ ППД ($47,38 \pm 2,04$ балів). Більш високі, як за окремими шкалами, так і сумарні рівні посттравматичного зростання, при ЕАВ ППД, свідчили про позитивні, з точки зору особистості, зміни: покращення відношення до інших людей у бік більшої відкритості, позитивності, жалю; появи відчуття нових можливостей, бажання змін, почуття більшої впевненість у собі, сили подолання труднощів. При ІОВ ППД ці зміни були значно менші, що у сполученні з показниками життестійкості свідчило про більш виражену дезадаптацію і низький рівень ресурсів для процесів реадaptaції.

Рівень життестійкості розглядався як інтенсивність та сила відповіді особистості на стресовий вплив. У порівнянні варіантів ППД, майже в 2 рази більш висока життестійкість при ЕАВ ППД ($p < 0,01$) свідчила про наявність бурхливої, потужної реакції з інтенсивними проявами при впливах стресових факторів і фруструючих обставин. А у сполученні з рівнем відхиляючих поведінкових патернів, ставала показником долучення дезадаптаційних

способів реагування. Знижена життєстійкість при ІОВ ППД свідчила про зниження (виснаження) реакції на стрес і була показником долучення явищ астенії та депресії при виникненні стресових станів й фрустрації, особливо при пролонгованому впливі.

На основі встановлених дослідженням результатів, розглянуті вірогідні механізми та запропонована патогенетична схема формування ППД. Результати тесту «Біографічний опитувальник» надали інформацію щодо характеристик особистості в умовах виявлених фруструючих обставин, що сформувались в результаті впливу на неї чинників соціального та сімейного середовища, біографії та життєвого досвіду. Для групи з ЕАВ ППД було характерним підвищення показників усіх шкал, за виключенням шкали FAM на тлі достовірного зниження шкали ICHSTK. Учасники з ІОВ ППД демонстрували достовірно більш помірне підвищення показників шкал на тлі зростання шкал FAM та ICHSTK, зниження рівня шкали E. Достовірно групи різнились і рівнем шкали SOZLAG – більш високим для ЕАВ ППД. Аналіз по факторах тесту показав наявність ознак синдрому сімейного дефіциту при ІОВ ППД; синдром екстраверсії – при ЕАВ ППД; невпевненість у собі, слабкість «Я», та актуальну напругу у професійній та особистісній сферах, більш виражену при ІОВ ППД. Таким чином, результати дослідження дозволяють стверджувати про наявність суттєвих відмінностей у витоках особистісних особливостей формування підґрунтя розвитку фрустраційних станів в аналізованих варіантах ППД у порівнянні з ГП.

Дані тесту «Психологічна автобіографія» доповнили та розширили розуміння основи розвитку ППД. У порівнянні з ГП, при ППД були достовірно знижені загальна кількість значущих подій, особливо ретроспекцій, серед яких переважали малозначимі радісні. У порівнянні подій за типом між варіантами ППД, при ЕАВ ППД переважали події соціального характеру, а при ІОВ ППД – особистісного; за видом – при ЕАВ ППД – суспільство, міжособистісні відносини та робота, а при ІОВ ППД – родина, матеріальне положення, робота.

Це свідчило про переоцінку особистістю з ППД місця та значимості свого життєвого шляху після участі в АТО.

Проведений факторний аналіз усіх результатів дослідження виявив факторну структуру ППД, яка складалася із 4 факторів.

Аналіз ознак кожного із факторів дозволив присвоїти назви, які відображали сутність кожного з них. Для факторів «Нові поведінкові стратегії при ЕАВ ППД» та «Нові поведінкові стратегії при ІОВ ППД» були характерними ознаки, які представляли копінг-стратегії, психологічний захист, схильність до відхиляючої та варіанти подолаючої поведінки, рівень життєстійкості та її складових, особливості впливу травмуючої події та характеристики посттравматичного зростання, характер життєвого досвіду (за біографічним опитувальником), джерела й інтенсивність фрустрації та особливості психологічної автобіографії. Рівні цих ознак відповідали вказаним варіантам психологічної дезадаптації.

В структуру факторів «Посттравматичні порушення при ІОВ ППД» і «Посттравматичні порушення при ЕАВ ППД» входили ознаки, що характеризували рівні та актуальність скарг, виразність психопатологічної симптоматики, рівень психосоматичних скарг, адаптивність та рівні стресу, виявлення і оцінку невротичних станів, рівень життєстійкості та характер посттравматичного зростання, особливості життєвого досвіду та психологічної автобіографії.

Аналіз отриманих даних дозволив узагальнити виявлені фактори в патогенетичну схему розвитку постстресової психологічної дезадаптації.

Виявлені фактори та групування їх ознак підтвердили гіпотезу про різне походження виявлених відхилень. Першою структурою, яка продукує явища психологічної дезадаптації, є набуті під час участі в АТО нові поведінкові стратегії (патерни). Можна сказати, що в результаті участі в АТО особистість набула нового, актуального для неї, досвіду та одержала додаткові інструменти для більш успішної життєдіяльності. Два інших фактори, за сукупністю своїх

ознак, представляють, власне, психологічну дисфункцію як реакцію на перманентний стресовий стан з ознаками вітальної загрози при участі в АТО. Різниця між встановленими варіантами дезадаптації зводиться до різниці в рівнях, спектру, значимості та характеру проявів дезадаптації. Для ІОВ ППД характерний більш виражений та важчий перебіг порушень, ніж при ЕАВ ППД.

На основі виявленої структури механізмів формування психологічної дезадаптації, варіантів її проявів, були сформульовані засади диференційованої патогенетичної психокорекції ППД.

Запропонована програма психокорекції ППД у співробітників МВС України – учасників АТО, складалась з декількох етапів. Після першого, психодіагностичного етапу, приділяли увагу встановленню терапевтичного альянсу та формуванню мотивації до участі у психокорекційній роботі.

Потім здійснювали психоосвітні заходи, які, одночасно, слугували підготовчим етапом для проведення психокорекційних впливів, які реалізовували у два етапи: недиференційованої (загальної) та диференційованої (специфічної) психокорекції. Загальні психокорекційні впливи були спрямовані на неспецифічні мішені, диференційовані – на патогномонічні для осіб з різними варіантами ППД. Недиференційована психокорекція проводилась з використанням технік когнітивно-орієнтованої психотерапії, психічної саморегуляції з елементами м'язової релаксації, стрес-менеджменту (фізична активність, релаксація, дихальні вправи), емоційно-уявної психотерапії. Для диференційованої психокорекції використовували техніки когнітивно-поведінкової психотерапії, гештальт-терапії, тренінги емоційних реакцій та розв'язання проблем, пов'язаних з бойовим минулим, тренінги соціальної реадaptaції та комунікації, за можливості – елементи сімейної психотерапії.

Застосування недиференційованої психокорекції було спрямоване на нейтралізацію проявів та корекцію емоційної сфери досліджуваних; корекцію симптомів вегетативної дисфункції та відновлення балансу вегетативної регуляції.

Диференційована психокорекція була спрямована на поведінкові механізми і прояви, когнітивні процеси. Перш за все, це корекція наявного внутрішнього конфлікту (когнітивного та поведінкового дисонансу), що розвинувся внаслідок стресового впливу участі в бойових діях. Наступним була реінтеграція особистості до соціальних умов мирного життя з наявними надбаними новими поведінковими стратегіями, які не завжди є адекватними для мирного життя. Важливим було відновлення механізмів психологічного захисту та адаптації; відновлення системи особистісних життєвих принципів та цінностей особистості. Звичайно, що така психокорекція носила диференційований характер для кожного учасника та відповідала індивідуальним характеристикам ППД.

Мішенями для проведення психокорекції, відповідно поставлених завдань, було вибрано наступні ланки патогенетичних механізмів:

1. Поведінкові стратегії подолання фруструючих обставин – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість.
2. Нові поведінкові патерни та їх інтеграція у структуру особистості – внутрішньо-особистісні конфлікти, можливість вибору, соціальна конфліктність.
3. Емоційні та вегетативні прояви – обставини та зміст стресового впливу.
4. Копінг-стратегії та психологічний захист на стресовий вплив.

Після проведеної психокорекції проводилась повторна оцінка стану за допомогою опитувальника оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, виявлення і оцінки невротичних станів, багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність" та тесту життєстійкості S. Maddy. В результаті проведеної психокорекції, диференційованої в залежності від варіанту ППД, показники дослідження по усіх методиках не мали достовірної різниці від ГП. Особливістю було те, що при ІОВ ППД спостерігались відхилення, які мали характерні тенденції та зберігали спрямованість змін до психокорекції. При ЕАВ ППД нормалізація показників була на рівні ГП, або

краща (особливо це стосувалось змін з боку емоційних та психопатологічних проявів). При катamnестичному спостереженні через 6-7 місяців після психокорекції, в обох варіантах ППД результати не виходили за рамки ГП ($p > 0,05$).

ПІСЛЯМОВА

1. У монографії здійснено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуального завдання медичної психології з обґрунтування й розробки заходів диференційованої психокорекції постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників бойових дій, що зроблено на основі ідентифікації специфіки клініко-психологічних проявів та механізмів розвитку даного феномену у зазначеного контингенту.

2. Теоретичний аналіз наукових даних дозволяє зробити висновок, що постстресова психологічна дезадаптація є мультифакторним розладом доклінічного рівня, в основі виникнення якого лежить неспроможність або відсутність механізмів адаптації до стресового чинника, або його занадто велика сила впливу. Клініко-психологічні варіанти постстресової психологічної дезадаптації обумовлюються індивідуально-психологічними і соціально-психологічними чинниками. Сучасні погляди на психокорекцію постстресової психологічної дезадаптації не носить системного та диференційованого характеру, що призводить до її подальшої трансформації у клінічні форми розладів.

3. Встановлено 2 варіанти перебігу постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників бойових дій: екстрапунітивно-афективний та інтрапунітивно-особистісний. У структурі першого переважали прояви з боку емоційної сфери на тлі значно помірнішого рівня й значимості психосоматичних та невротичних проявів. Для інтрапунітивно-особистісного варіанту характерні переважно поведінкові, когнітивні прояви та невротичні включення на тлі емоційних скарг. При обох варіантах учасники пов'язували з участю в бойових діях емоційні, психосоматичні (вегетативні) та дисомнічні скарги. Поведінкові та когнітивні прояви такої асоціації не викликали. Виявлена дисоціація оцінки нових поведінкових патернів та реагування з точки зору учасників та їх оточення.

Учасники бойових дій оцінювали їх як позитивні для себе надбання, що значно покращили їх можливості в умовах мирного життя. Оточуючими ці зміни у поведінці та рисах характеру оцінювались негативно. В учасників з екстрапунітивно-афективним варіантом дезадаптації нові патерни поведінки та реагування носили переважно суспільно та соціально спрямований характер. При інтрапунітивно-особистісному варіанті нові патерни носили особистісну спрямованість.

4. В учасників бойових дій виявлено високі рівні фрустрованості, що характеризували витoki стресового впливу у різних сферах життя. На значних загальних рівнях та відсутності достовірної різниці (екстрапунітивно-афективний варіант – $59,5 \pm 0,51$ балів, інтрапунітивно-особистісний варіант – $60,42 \pm 0,53$ балів), незначна перевага при першому варіанті пов'язана з суспільно та професійно значимими сферами, а при другому – з особистим життям.

В учасників бойових дій значно знижена ефективність механізмів психологічного захисту. Найбільша напруга та незрілість механізмів захисту виявлена при інтрапунітивно-особистісному варіанті дезадаптації. Дані за шкалами витіснення ($63,22 \pm 4,87$), регресії ($59,68 \pm 5,01$) та заміщення ($57,35 \pm 4,86$) достовірно вищі, а компенсації – нижчі ($25,17 \pm 4,06$) по відношенню до групи порівняння. У порівнянні з екстрапунітивно-афективним результати за шкалами витіснення ($63,22 \pm 4,87$) і регресії ($59,68 \pm 5,01$) вищі, а компенсації – достовірно нижчі ($25,17 \pm 4,06$). Високі рівні схильності до відхиляючої поведінки як способу уникнення взаємодії з оточенням, особливо при екстрапунітивно-афективному варіанті, підтверджують неефективність психологічного захисту. При наявності високих рівнів фрустрованості, такі порушення з боку механізмів психологічного захисту розцінені як підґрунтя для розвитку психологічної дезадаптації.

5. При постстресовій психологічній дезадаптації виявлено зниження продуктивності когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій, які

більш значимі при інтрапунітивно-особистісному варіанті. При цьому, в учасників висока схильність до відхиляючої поведінки, по більшості шкал достовірно більш виражена при екстрапунітивно-афективному варіанті. Перевага перед емоційними та рефлексивними способами проактивної долаючої поведінки при цьому варіанті дозволяє стверджувати, що при екстрапунітивно-афективному варіанті особистістю активно використовуються нові поведінкові патерни, які притаманні для діяльності в умовах стресу. При інтрапунітивно-особистісному варіанті використання нових патернів загальмоване.

6. Встановлено, що при обох варіантах психологічної дезадаптації в учасників бойових дій високий рівень дистресу та дезадаптації. При інтрапунітивно-особистісному варіанті важкість психологічних порушень, рівні дистресу та дезадаптивних змін значно виразніші, ніж при екстрапунітивно-афективному варіанті. На це вказували результати опитувальників SCL-90-R та «Адаптивність». На цьому тлі достовірно більш високі рівні впливу травмуючої події, життестійкості та посттравматичного зростання при екстрапунітивно-афективному варіанті свідчать про позитивно оцінюваний, суб'єктивний стан особистості при цьому варіанті та застосування особистістю у мирному житті нових поведінкових стратегій. Наявні явища дезадаптації та дистресу ймовірно пов'язані з формуванням нових копінг-стратегій на основі набутих при участі в бойових діях поведінкових патернах. При інтрапунітивно-особистісному варіанті цей процес можливо блокований наявним когнітивним дисонансом, який значно погіршував ступінь адаптації.

7. У структурі постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України, які брали участь в АТО виділено екстрапунітивно-афективний та інтрапунітивно-особистісний варіанти її проявів. Вони різняться між собою характеристиками дезадаптивних проявів, дистресу, психологічного захисту та копінг-стратегій. Постстресова психологічна дезадаптація складається з двох структур, які мають різне походження та відіграють різні ролі у її формуванні.

Це структура нових поведінкових стратегій і власне посттравматичні порушення. Кожній встановленій структурі відповідно варіанту дезадаптації характерні відповідні зміни у поведінковій, емоційній та когнітивній сферах особистості. Витоки встановлених варіантів ППД знаходяться в особливостях виховання та набутого життєвого досвіду. Ці положення підтверджено встановленими факторами факторного аналізу, які за характером ознак, що їх формували, відповідали виділеним варіантам та структурам постстресової психологічної дезадаптації.

8. Запропонована та апробована психокорекційна програма надання психологічної допомоги при постстресовій психологічній дезадаптації у співробітників МВС України, що приймали участь у АТО. Диференційована, в залежності від варіанту перебігу проявів дезадаптації, психокорекція, дозволяє нейтралізувати її прояви та попередити трансформацію у клінічно окреслені, нозологічні форми. За результатами контрольного дослідження після психокорекції, учасники не відрізнялись від групи порівняння. Катамнестичне спостереження показало ефективність та стійкість змін, що були досягнуті в процесі психологічної корекції явищ дезадаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Поливанюк В.В., Еверт О.В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) // Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. - Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
2. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми – Київ. Вид-во НГ. 2016. 183 с.
3. Блінов О.А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців // Вісник НАОУ. Київ. Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118-124.
4. Приходько І.І., Тімченко О.В., Лиман А.А. Динаміка психічних станів військовослужбовців сил охорони правопорядку при виконанні службово-бойових завдань під час масових заворушень / Під заг. ред. проф. І.І. Приходька. - Харків. НА НГУ. 2016. - 130 с.
5. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні // Український вісник психоневрології - 2015. Т. 23. Вип. 2 (83). С. 105.
6. Юр'єва Л.М., Марута Н.О., Вишніченко С.І., Денисенко М.М. Діагностика психічної дезадаптації серед співробітників органів внутрішніх справ (методичні рекомендації) – Харків-Дніпропетровськ. 2015. 55 с.
7. Михайлов Б.В., Гічун В.С., Михайлік О.П., Зінченко О.М. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова) – Харків-Київ. 2015. 46 с.
8. Badiuk M.I., Shevchuk O.S., Gutchenko K.S., Biryuk I.G., Moldovan T. E. The combat stress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences //Клінічна та експериментальна патологія. 2016. № 4. С. 10-14.

9. Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу // Міжнарод. неврол. журн. 2015. № 6(76). С. 59-71.

10. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації // Харків, ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.

11. Hinton D.E., Lewis-Fernandez R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-V // *Depress Anxiety*. 2011. Vol. 28. P. 783 – 801.

12. Yufik T.L., Simms J. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms / Yufik T. L., Simms J. // *J. Abnorm. Psychol.* – 2010. – vol. 119. – P. 764 – 776.

13. Briere J., Hodges M., Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model // *J. Traum. Stress*. 2010. Vol. 23. P. 767 – 774.

14. Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S., et al. C. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 // *PLoS Med*. 2009. Vol. 6. P. 1-11.

15. Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция // *Український медичний альманах* 2004. №4 (додаток). С. 123–126.

16. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації / – Харків, 2002. – 47 с.

17. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». – Київ. 2016. 56 с.

18. Галацан О.В., Сіроштан Г.М., Михайлов Б.В., Кришталь Є.В., Маркова М.В., Марута Н.О., Лінський І.В., Шестопалова Л.Ф., Кожина Г.М., Федак Б.С., Сарвір І.М. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб. Методичні рекомендації – Харків. МОЗ України. ДОЗ ХОДА. 2016. 27 с.

19. Михайлов Б.В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). – Київ-Харків, 2015. – 72с.

20. Михайлов Б.В., Григорович А.А. Посттравматические стрессовые расстройства в различных регионах Украины // Медицинская психология. 2011. №3. С. 64-65.

21. Сафін О.Д. Реабілітація і реадптація учасників АТО у психологічному дискурсі. Дата публ. 04.12.2016 // <http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/handle/6789/6138>

22. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження // Психічне здоров'я. 2015. №2/47. С. 9-18.

23. Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Позднякова Н.В., Онищук С.В., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Є.Г. Розлади адаптації серед цивільного населення, що пережило бойові дії, через місяць після їхнього припинення // Український вісник психоневрології. 2014. Т 22, вип. 3(80). С. 5-12.

24. Timčenko O.V. «Frontová nostalgie» anebo co se děje s bojovníky při «výstupu» z «malé» války // Central European Journal for Science and Research. Středoevropský věstník pro vědu a výzkum: Pedagogika, Filologické vědy, Právní vědy, Psychologie a sociologie. 2016. № 14 (27). P. 76–79.

25. Булан А.А. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. №4 (29). С. 9-12.

26. Загуровський В.М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений // Збірка наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика.- Київ. 2014. Вип. 23, кн. 2. С. 180-187.

27. Гуревич П.С. Психология чрезвычайных ситуаций. Юнити, 2012. 495 с.
28. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. № 4. С. 116-117.
29. Сафін О.Д. Реабілітація та реадaptaція учасників бойових дій: психологічний аспект. Дата публ. 04.12.2016 // <http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/handle/6789/6100>
30. Загуровський В.М. Факторы консолидации структуры стратегии поведения личности в качестве психосоматической патологии // Вісн. проблем біології і медицини. 2014. Т. 4, вип. 1 (113). С. 110-115.
31. Загуровський В.М. Роль стрессорной реакции в клинической картине неотложных состояний // Медицина неотложных состояний. 2013. № 2(49). С. 62-64.
32. Малкіна-Пих І.Г. Экстремальные ситуации – Москва, Эксмо, 2006. 960 с.
33. Панченко О.А., Кутько І.І., Зайцева Н.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий // Новости медицины и фармации. 2014. № 15(509). С. 6.
34. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. [et al.] Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 // Lancet. 2013. Vol. 381. P. 1683-1685.
35. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. рек. - Харків. Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. 2002. 47с.
36. Табачников С.І., Маркова М.В. Соціальна психіатрія // Психіатрія. Національне керівництво для лікарів-психіатрів / за редакцією В.М. Козідубової. - Харків: Оберіг. 2013. С. 23-26.
37. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций:

учебное пособие. - *Санкт-Петербург*. Невский институт управления и дизайна. 2010. 175 с.

38. Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение // *Новости медицины и фармации*. 2014. № 16. С. 16-20.

39. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L., Silove D, McFarlane A.C. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2008. Vol. 69(6). P. 923-929.

40. Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция // *Український медичний альманах* 2004. №4 (додаток). С. 123–126.

41. Bryant R. A. Grief as a psychiatric disorder // *Br. J. Psychiatry*. 2012. Vol. 201. P. 9-10.

42. Bryant R.A. Acute stress disorder as a predictor of post- traumatic stress disorder: a systematic review // *J. Clin. Psychiatry*. 2011. Vol. 72. P. 233-239.

43. Ромек В.Г., Канторович В.А., Крукович Е.І. Психологическая помощь в кризисных ситуациях - Санкт-Петербург, Речь. 2005. 256 с.

44. Клиническая психология / під ред. Б.Д. Карвасарського. Санкт-Петербург, Питер. 2011. 960 с.

45. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / під ред. А.Н. Блєєра. - Москва. Академия. 2008. 256 с.

46. Чабан О.С., Франкова І.А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // *НЕЙРО NEWS*. Психоневрол. нейропсихиатр. 2015. № 2 (66). С.8-18.

47. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб. / Золотарьова Т.А., Табачников С.І., Напрєєнко О.К., Чабан О.С., Хаустова О.О., Дзеружинська Н.О., Сиропятов О.Г., Сахно С.Г., Сапон Д.М., Степанова Н.М., Псядло Е.М., Шафран Л.М., Панов Б.В., Пузанова А.Г., Нехорошкова Ю.В., Гріняєва Л.Я., Чумаєва Ю.В.,

Черних К.О. / за ред. І.Я. Пінчук, К.Д. Бабова, А.І. Гоженка. - Київ. ТОВ «Видавничий дім «Калита». 2014. 92 с.

48. Волошин П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Том 23, вип. 1(82). С. 5 – 11.

49. Чабан О.С. Нейропсихологія системних помилок лікування ПТСР // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: матеріали науково-практичної конференції (Київ, 3 червня 2015 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – Київ. НУОУ. 2015. с. 16-24.

50. Кочарян О.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии // Психологічне консультування і психотерапія. 2014. №1-2. С. 24-36.

51. Кочарян О.С., Лісеная А.М. Психотерапевтические аспекты процесса переживания // Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід: I Міжнар. наук.-практ. конф., Харків, 18—19 жовт. 2013р. Харків. 2013. С.204-206.

52. Блінов О.А. Саморегуляція несприятливих емоційних станів людини у напружених умовах діяльності // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14. Частина II. С. 21 – 29.

53. Сельє Г. Стресс без дистресса. – Москва, Прогресс. 1982. 68 с.

54. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: методичний посібник – Київ, «КАЛИТА». 2014. 92 с.

55. Візель Т.Г. Основы нейропсихологии. – Москва, АСТ. 2006. 400 с.

56. Загуровський В.М. Роль стрессорной реакції в клінічній картині неотложних состояний // Медицина неотложных состояний. 2013. № 2(49). С. 62-64.

57. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / під ред.

А.Н. Блесера. - Москва. Академия. 2008. 256 с

58. Ромек В.Г., Канторович В.А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях - Санкт-Петербург, Речь. 2005. 256 с.

59. Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - Санкт-Петербург. Невский институт управления и дизайна. 2010. 175 с.

60. Візель Т.Г. Основы нейропсихологии. – Москва, АСТ. 2006. 400 с.

61. Александровский Ю.А. [и др.] Психогении в экстремальных ситуациях - Москва, 1991. 115 с.

62. Жовнерчук Е.В. Анализ влияния профессионально вредных факторов на психическое здоровье военнослужащих, несущих боевое дежурство // Медицина катастроф. 2011. №. 1. С. 33-36.

63. Сукіасян С.Г., Маркова М.В. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психология. 2013. №. 2. С. 258-308.

64. Цибаєва Л.А. Социально-психологическая адаптация участников боевых действий // Развитие личности. 2007. №. 1. С.165-171.

65. Кові Стівен Р. Третья альтернатива: решение самых сложных жизненных проблем /перевод с английского Н. Кіяченко. – Москва, Альпина Паблишер. 2013. 460 с.

66. Горбунова В.В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. Збірник статей Інституту соціальної та політичної психології НАПН України . 2015. с. 26-35.

67. Попова В.В. Системное исследование совладающего поведения с позиций теории интегральной индивидуальности // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2011. №. 4. С. 229-231.

68. Рогачьов В.А., Конопльова І.Н. Взаимосвязь копинг-стратегий сотрудников правоохранительных органов со стилевыми особенностями

саморегуляции // Психология и право. 2015. №. 1. С. 129-146.

69. Janis I.L. Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients // Academic Press. 2016. 454p.

70. Figley C.R. Stress Disorders Among Vietnam Veterans: Theory, Research // Routledge. 2014. №. 1. P. 57-71.

71. Dalenberg C., Carlson E.B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. 2012. Vol. 4. №. 6. С. 551-567.

72. Wilson J.P., Raphael B. (et al.). International handbook of traumatic stress syndromes // Springer Science & Business Media. 2013. 1012p.

73. Figley C.R., Nash W.P. (et al.). Combat stress injury: Theory, research, and management // Routledge. 2011. 224p.

74. Rycroft C. A Critical Dictionary of Psychoanalysis // Penguin Books. 1995. 213p.

75. Змановська Е.В. Современный психоанализ: теория и практика // Санкт-Петербург, "Питер". 2010. 281с.

76. Маневський С.Е., Птіцина І.Б., Рудакова Т.П. Знак, символ, архетип // Розвиваюча Група Аналітичної Психології. - Санкт-Петербург, 2004. 443 с.

77. Змановська Е.В. Современный психоанализ: теория и практика // Санкт-Петербург, "Питер". 2010. 281с.

78. Калдеш Д. Внутренний мир травмы. – Москва, Академический проект. 2001. 368с.

79. Stroebe M., Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description // Death Studies. 1999. № 23(3). P.197-224.

80. Max M. Stern, Liselotte Bendix Stern. Repetition and Trauma: Toward A Teleonomic Theory of Psychoanalysis // Routledge, 2013. 192 p.

81. Wilson J.P., Friedman M.J., Lindy J.D. (et al.) Treating psychological trauma and PTSD // Guilford Press. 2012. 470 p.

82. Вагін Ю.Р. Авитальная активность. – Пермь, ПРИПИТ. 2001. 292 с.
83. Вагін Ю.Р. Тифоанализ (теория влечения к смерти). – Пермь, ПОНИЦАА. 2004. 385 с.
84. Marcia J.E. Life transitions and stress in the context of psychosocial development // Handbook of stressful transitions across the lifespan. Springer New York, 2010. P. 19-34.
85. Reiner S.R. et al. Adult attachment, God attachment and gender in relation to perceived stress // Journal of Psychology & Theology. 2010. Vol. 38. №. 3. P. 175-185.
86. Вагін Ю.Р. Тифоанализ (теория влечения к смерти). – Пермь, ПОНИЦАА. 2004. 385 с.
87. Young A. Remembering the evolutionary Freud // Science in context. 2006. Vol. 19. №. 01. P. 175-189.
88. Kaplan S. Children in genocide: Extreme traumatization and the ‘affect propeller’ // The International Journal of Psychoanalysis. 2006. Vol. 87. №. 3. P. 725-746.
89. Kahn C. Some Determinants of the Multigenerational transmission process // The Psychoanalytic Review. 2006. Vol. 93. №. 1. P. 71-92.
90. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders // Psychiatric Services. 1986. Vol. 37. №. 3. P. 241-249.
91. Horowitz L.M., Vitkus J. The interpersonal basis of psychiatric symptoms // Clinical Psychology Review. 1986. Vol. 6. №. 5. P. 443-469.
92. Lazarus R.S. Psychological stress and coping in adaptation and illness. International // Journal of Psychiatry in Medicine. 1974. № 5. P. 321-333.
93. Lazarus R.S., Folkman S., Appley M.H., Trumbull R. Cognitive theories of stress and the issue of circularity // Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives. New York, Plenum. 1986. P. 63-80.
94. Lazarus R.S. Theory-based stress measurement // Psychological Inquiry. 1990. №1. P. 3-13.
95. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping // New York.

Springer. 1984. 456 p.

96. Folkman S. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms // Journal of personality and social psychology. 1986. Vol. 50. №. 3. P. 571-579.

97. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach // Basic, New York. 1985. 86 P.

98. Beck A.T., Clark D.A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes // Behaviour research and therapy. 1997. Vol. 35. №. 1. P. 49-58.

99. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38. P. 319-345.

100. Rubin D.C., Berntsen D., Bohni M.K. A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis / D. C.Rubin, D.Berntsen, M. K. Bohni // Psychological review. 2008. Vol. 115. №. 4. P. 985-998.

101. Mueser K.T. et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness // Journal of consulting and clinical psychology. 2008. Vol. 76. №. 2. P. 259-278.

102. Janoff-Bulman R., Berg M. Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains // Harvey J. H.. Perspectives on loss: A sourcebook. Philadelphia. Brunner/Mazel.1998. P. 35-47.

103. Janoff-Bulman R. From terror to appreciation: Confronting chance after extreme misfortune // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9. №. 2. P. 99-101.

104. Van Emmerik A.A. P., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M.G. Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial // Psychotherapy and psychosomatics. 2008. Vol. 77. №. 2. P. 93-100.

105. Малкіна-Пих І.Г. Виктимологія. Психологія поведіння жертви - Санкт-Петербург, Пітер. 2016. 832 с.

106. Магомед-Емінов М.Ш. Трансформація личности. – Москва, МГУ ім. М. В. Ломоносова. 2009. 218с.

107. Padun M.A. Cognitive Style and Depression // *Experimental Psychology*. 2010. Vol. 2. №. 4. P. 81-90.

108. Rubin D.C., Berntsen D., Bohni M.K. A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis // *Psychological review*. 2008. Vol. 115. №. 4. P. 985-998.

109. Brewin C.R., Gregory J.D., Lipton M., Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications // *Psychological review*. 2010. Vol. 117. №. 1. P. 210-231.

110. Westphal M., Bonanno G.A. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? // *Applied Psychology*. 2007. Vol. 56. №. 3. P. 417-427.

111. Brewin C.R. The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder // *Annual review of clinical psychology*. 2011. Vol. 7. P. 203-227.

112. Westphal M., Bonanno G.A. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? // *Applied Psychology*. 2007. Vol. 56. №. 3. P. 417-427.

113. Schok M.L., Kleber R.J., Lensvelt-Mulders G.J.L.M. A model of resilience and meaning after military deployment: Personal resources in making sense of war and peacekeeping experiences // *Aging & Mental Health*. 2010. Vol. 14. №. 3. P. 328-338.

114. Kleim B., Ehlers A. Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors // *Journal of traumatic stress*. 2009. Vol. 22. №. 1. P. 45-52.

115. Nickerson A., Bryant R.A., Silove D., Steel Z. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees // *Clinical psychology review*. 2011. Vol. 31. №. 3. P. 399-417.

116. Tull M.T., Jakupcak M., Paulson A., Gratz K.L. The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among men exposed to

interpersonal violence // Anxiety, stress, and coping. 2007. Vol. 20. №. 4. P. 337-351.

117. Lang P.J., McTeague L.M. The anxiety disorder spectrum: Fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis // Anxiety, Stress, & Coping. 2009. Vol. 22. №. 1. P. 5-25.

118. Lang P.J., Bradley M.M. Emotion and the motivational brain // Biological psychology. 2010. Vol. 84. №. 3. P. 437-450.

119. Löw A., Lang P.J., Smith J.C., Bradley M.M. Both predator and prey: emotional arousal in threat and reward // Psychological science. 2008. Vol. 19. №. 9. P. 865-873.

120. Lang P.J., Bradley M.M. Emotion and the motivational brain // Biological psychology. 2010. Vol. 84. №. 3. P. 437-450.

121. Hembree E.A., Foa E.B. Cognitive behavioral treatments for PTSD // Clinician's guide to posttraumatic stress disorder. - New Jersey, US: John Wiley & Sons Inc., Hoboken. 2010. P. 177-203.

122. Gillihan S.J., Cahill S.P., Foa E.B. Psychological theories of PTSD // Handbook of PTSD: Science and practice. - New York: Guilford Press. 2014. P. 166-185.

123. Moser J.S., Hajcak G., Simons R.F., Foa E.B. Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect // Journal of anxiety disorders. 2007. Vol. 21. №. 8. P. 1039-1049.

124. Chemtob C.M., Hamada R.S., Roitblat H.L., Muraoka M.Y. Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder // Journal of consulting and clinical psychology. 1994. Vol. 62. №. 4. P. 827-832.

125. Chemtob C., Roitblat H.L., Hamada R.S., Carlson J.G., Twentyman C.T. A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder // Journal of Anxiety Disorders. 1988. Vol. 2. №. 3. P. 253-275.

126. Тарабріна Н.В., Біховец Ю.В., Казимова Н.Н. Специфика психологического благополучия в группах респондентов с различной интенсивностью переживания террористической угрозы // Психологические

исследования. 2012. №. 2. 22 с.

127. Біховец Ю.В., Тарабріна Н.В. Психологическая оценка переживания террористической угрозы: Руководство. – Москва, Изд-во «Институт психологии РАН». 2010. 85с.

128. Тарабріна Н.В. Психология посттравматического стресса - Москва, Изд-во «Институт психологии РАН». 2009. 302с.

129. Пуховський Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций - Москва. Акад. проект. 2000. 286 с.

130. Horowitz M.J. States of mind: Configurational analysis of individual psychology. Springer, 2013. 270p.

131. Horowitz M.J. Treatment of stress response syndromes. – Washington. American Psychiatric Pub. 2008. 136 p.

132. Horowitz M.J. Self-identity theory and research methods // Journal of Research Practice. 2012. Vol. 8. №. 2. P. 14-26.

133. Janoff-Bulman R., Berg M. Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains // Harvey J. H.. Perspectives on loss: A sourcebook. Philadelphia. Brunner/Mazel.1998. P. 35-47.

134. Janoff-Bulman R. From terror to appreciation: Confronting chance after extreme misfortune //Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9. №. 2. P. 99-101.

135. Kleber R.J., Figley C.R., Gersons B.P.R. Beyond trauma: Cultural and societal dynamics. - New York: Plenum Press., 2013. 313 p.

136. Figley C.R. Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide - New Orleans. Traumatology Institute, Tulane University. 2012. 904 p.

137. Buelow S.A., Lyddon W.J., Johnson J.T. Client attachment and coping resources // Counselling Psychology Quarterly. 2002. Vol. 15. №. 2. P. 145-152.

138. Mahoney M.J. Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research and practice // Springer Publishing Company, 2004. 232 p.

139. McCann I.L., Pearlman L.A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims // Journal of traumatic stress. 1990. Vol. 3. №. 1. P. 131-149.

140. McCann I.L., Pearlman L.A. Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation // Philadelphia: Brunner/Mazel psychosocial stress series. 1990. №. 21. 360 p.

141. Ліхі Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. №. 1. С. 141-157.

142. Крюкова М.А., Нікітіна Т.І., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь: Практическое пособие. – Москва. Изд-во НЦ ЭНАС. 2009. 457 с.

143. Janoff-Bulman R., Berg M. Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains // Harvey J. H.. Perspectives on loss: A sourcebook. Philadelphia. Brunner/Mazel.1998. P. 35-47.

144. Janoff-Bulman R. From terror to appreciation: Confronting chance after extreme misfortune // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9. №. 2. P. 99-101.

145. Hembree E.A., Foa E.B. Cognitive behavioral treatments for PTSD // Clinician's guide to posttraumatic stress disorder. - New Jersey, US: John Wiley & Sons Inc., Hoboken. 2010. P. 177-203.

146. Gillihan S.J., Cahill S.P., Foa E.B. Psychological theories of PTSD // Handbook of PTSD: Science and practice. - New York: Guilford Press. 2014. P. 166-185.

147. McCann I.L., Pearlman L.A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims // Journal of traumatic stress. 1990. Vol. 3. №. 1. P. 131-149.

148. McCann I.L., Pearlman L.A. Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation // Philadelphia: Brunner/Mazel psychosocial stress series. 1990. №. 21. 360 p.

149. Epstein S. Cognitive-experiential self-theory of personality // In Millon T., Lerner M. J. Comprehensive Handbook of Psychology. New Jersey. Wiley & Sons. Vol. 5. 2003. P.159-184.

150. Dalglish T. Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the

evolution of multirepresentational theorizing // Psychological bulletin. 2004. Vol. 130. №. 2. P. 228-260.

151. Brewin C.R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder // Psychological review. 1996. Vol. 103. №. 4. P. 670-686.

152. Horowitz M.J. Self-identity theory and research methods // Journal of Research Practice. 2012. Vol. 8. №. 2. P. 14-26.

153. Green B.L. Psychosocial research in traumatic stress: an update // Journal of traumatic stress. 1994. Vol. 7. №. 3. P. 341-362.

154. Green B.L. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions // Journal of Applied Social Psychology. 1990. Vol. 20. №. 20. P. 1632-1642.

155. Raphael B., Wilson J.P. Theoretical and intervention considerations in working with victims of disaster // International handbook of traumatic stress syndromes. Springer US, 1993. P. 105-117.

156. Біховец Ю.В., Тарабріна Н.В. Психологическая оценка переживания террористической угрозы: Руководство – Москва, Изд-во «Институт психологии РАН». 2010. 85с.

157. Тарабріна Н.В. Психология посттравматического стресса. – Москва, Изд-во «Институт психологии РАН». 2009. 302с.

158. Тарабріна Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: Автореф. дис. доктора психологических наук. – Санкт-Петербург. 2008. 71 с.

159. Пергаменщик Л.А. Посттравматический стресс. – Минск. БГПУ. 2007. 29 с.

160. Лазебная Е.О. Реадаптация личности при посттравматическом стрессе // Психол. журн. 1994. Т. 15, №. 1. С. 3-18.

161. Pitman R.K., Orr S.P., Foa D.F., de Jong J.B., Claiborn J.M. Psychophysiologic responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders // Journal of abnormal

psychology. 1990. Vol. 99. №. 1. P. 49-54.

162. Pitman R.K., Rasmusson A.M., Koenen K.C., Shin L.M., Orr S.P., Gilbertson M.W., Milad M.R., Liberzon I.K. Biological studies of post-traumatic stress disorder // *Nature Reviews Neuroscience*. 2012. Vol. 13. №. 11. P. 769-787.

163. Maercker A., Zoellner T. Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model // *Clinical psychology review*. 2006. Vol. 26. №. 5. P. 626-653.

164. Maercker A., Zoellner T. The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15. №. 1. P. 41-48.

165. Zoellner T., Rabe S., Karl A., Maercker A. Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides // *Journal of clinical psychology*. 2008. Vol. 64. №. 3. P. 245-263.

166. Загуровський В.М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений // *Збірка наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*.- Київ. 2014. Вип. 23, кн. 2. С. 180-187.

167. Александровський Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001. № 4. С. 116-117.

168. Гуревич П.С. Психология чрезвычайных ситуаций. Юнити, 2012. 495 с.

169. Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Позднякова Н.В., Онищук С.В., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Є.Г. Розлади адаптації серед цивільного населення, що пережило бойові дії, через місяць після їхнього припинення // *Український вісник психоневрології*. 2014. Т 22, вип. 3(80). С. 5-12.

170. Загуровський В.М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений // *Збірка наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*.- Київ, 2014. Вип. 23, кн. 2. С. 180-187.

171. Александровський Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001.

№ 4. С. 116-117.

172. Гуревич П.С. Психология чрезвычайных ситуаций. – Москва, Юнити, 2012. 495 с.

173. Загуровський В.М. Фактори консолідації структури стратегії поведінки особистості в якості психосоматическої патології // Вісн. проблем біології і медицини. 2014. Т. 4, вип. 1(113). С. 110-115.

174. Загуровський В.М. Роль стрессорної реакції в клініческій картині неотложних состояний // Медицина неотложних состояний. 2013. № 2(49). С. 62-64.

175. Гуревич П.С. Психология чрезвычайных ситуаций. – Москва, Юнити, 2012. 495 с.

176. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - Санкт-Петербург, Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.

177. Табачніков С.І., Маркова М.В. Соціальна психіатрія // Психіатрія. Національне керівництво для лікарів-психіатрів / за редакцією В.М. Козідубової. - Харків: Оберіг, 2013. С. 23-26.

178. Briere J., Hodges M., Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model // J. Traum. Stress. 2010. Vol. 23. P. 767-774.

179. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - Санкт-Петербург, Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.

180. Косицький Г.І., Смірнов В.М. Нервная система и" стресс": о принципе доминанты в патологии - Москва. Наука. 1970. 205 с.

181. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - Санкт-Петербург, Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.

182. Панченко О.А., Кутько І.І., Зайцева Н.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий // Новости

медицины и фармации. 2014. № 15(509). С. 6.

183. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. [et al.] Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 // *Lancet*. 2013. Vol. 381. P. 1683-1685.

184. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - *Санкт-Петербург*, Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.

185. Александровський Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001. № 4. С. 116-117.

186. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - *Санкт-Петербург*, Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.

187. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації // *Харків*, ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.

188. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. рек. - *Харків*. Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. 2002. 47с.

189. Белов В.Г., Парфьонов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. - *Санкт-Петербург*, Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.

190. Люмберг Л. Стресс: его военные последствия, медицинские аспекты, проблемы // *Эмоциональный стресс*.- *Ленинград*. Медицина. 1970. С. 255-260.

191. Тарабріна Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических

стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журн. 1992. Т. 13, № 2. С. 14-29.

192. Военная психиатрия: учебник /под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея.- Санкт-Петербург, ВМедА. ЄЛБИ. 2001. 236 с.

193. Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение // Новости медицины и фармации. 2014. № 16. С. 16-20.

194. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике // Лечащий врач. 2010. № 10. С. 60-64.

195. Тарабріна Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журн. 1992. Т. 13, № 2. С. 14-29.

196. Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Ліньов А.Н. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение // Новости медицины и фармации. 2014. № 16. С. 16-20.

197. Люмберг Л. Стресс: его военные последствия, медицинские аспекты, проблемы // Эмоциональный стресс.- Леинград. Медицина. 1970. С. 255-260.

198. Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевнікова В.А. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция // Український медичний альманах. 2004. № 4 (додаток). С. 123-126.

199. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. [et al.] A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 923-929.

200. Bryant R.A. Grief as a psychiatric disorder // Br. J. Psychiatry. 2012. Vol. 201. P. 9-10.

201. Bryant R.A. Acute stress disorder as a predictor of post- traumatic stress disorder: a systematic review // J. Clin. Psychiatry. 2011. Vol. 72. P. 233-239.

202. Клиническая психология / під ред. Б.Д. Карвасарського. Санкт-Петербург, Питер. 2011. 960 с.
203. Ромек В.Г., Канторович В.А., Крукович Е.І. Психологическая помощь в кризисных ситуациях - Санкт-Петербург, Речь. 2005. 256 с.
204. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / під ред. А.Н. Блєєра. - Москва. Академия. 2008. 256 с.
205. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. [et al.] A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 923-929.
206. Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А., Гордєєва Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – Изд-во Института психотерапии. 2000. 128 с.
207. Костенко А.Л., Ліневич В.Л., Кондрашова С.С. Показатели эффективности медико-психологической реабилитации ПТСР // Вестник Башкирского университета. 2009. Т. 14, №. 1. с.281-283.
208. Малкіна-Пих І.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Эксмо. 2008. 960 с.
209. Панченко О.А., Кутько І.І., Зайцева Н.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий // Новости медицины и фармации. 2014. № 15(509). С. 6.
210. Психология экстремальных ситуаций / під ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малих. Психологический ин-т РАО. 2008. 304 с.
211. Чабан О.С., Франкова І.А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // НЕЙРО NEWS. Психоневрол. нейропсихиатр. 2015. № 2 (66). С.8-18.
212. Пономаренко Л.П. Когнитивно-поведенческая терапия в современной психологической практике // Вісник Одеського національного університету. Психологія. 2014. Т. 19, №. 2. С. 253-260.
213. Сиропятов О., Дзеружинська Н. Посттравматическое стрессовое

расстройство: пособие для самоподготовки. Киев. Украинская военно-медицинская академия. 2014. 60с.

214. Михайлов Б.В. Восстановительная терапия нарушений психической сферы у участников АТО // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2016. № 1. С. 41-45.

215. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. А.С. Ригина. - Москва. Независимая фирма «Класс». 1998. 496 с.

216. Пергаменщик Л.А., Пузиревич Н.Л. Кризисная психология. - Минск. БГПУ. 2013. 135с.

217. Доморацький В.А. Сочетанное использования Эриксоновского гипноза и десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в клинической практике // Журнал "Психотерапия". 2013. № 7. С. 34-38.

218. Ніколаєнко С.А. Проблема сочетания гипноза с технологией десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в процессе психотерапии эмоциональных травм // Науковий вісник Херсонського державного університету. 2015. Вип. 3. С. 159-163.

219. Блінов О.А. Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств // Проблемы современной науки: сборник научных трудов. Логос. 2014. Вып. 13. С. 20-27.

220. Михайлов Б.В., Григорович А.А. Повышение качества психокоррекционных программ больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Український вісник психоневрології. 2010. №. 18, вип. 3. С. 138-139.

221. Сиропятов О., Дзеружинська Н. Техники психотерапии при ПТСР – Киев. Украинская военно-медицинская академия. 2014. 320 с.

222. Блінов О.А. Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств // Проблемы современной науки: сборник научных трудов. Логос. 2014. Вып. 13. С. 20-27.

223. Агеєнкова Е.К. Психология кризисных и экстремальных ситуаций:

учебно-метод. комплекс - Минск. Изд-во МИУ, 2013. 196 с.

224. Агеенкова Е.К. Комплекс приемов психической саморегуляции эмоциональных состояний для профилактики и реабилитации соматических расстройств, кризисных состояний и утомления у военнослужащих // Военно-психологический вестник. Информационно-методическое пособие для офицеров социально-психологической структуры Вооруженных Сил Республики Беларусь. Под ред. А.Н. Гура. – Минск. Центр идеологической работы ГКДУ «ЦДО ВС РБ». 2008. № 1. С.13-59.

225. Butollo W., Karl R., König J., Hagl M. Dialogical exposure in a Gestalt-based treatment for posttraumatic stress disorder // Gestalt Review. 2014. Vol. 18, №. 2. P. 112-129.

226. Whelton W.J. Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities // Clinical Psychology & Psychotherapy. 2004. Vol. 11, №. 1. P. 58-71.

227. Погодін І.А. Нарушения адаптации в генезе психологической травмы // Психология и соционика межличностных отношений. 2013. №. 11. С. 5-9.

228. Уілер Г. Гештальт-терапия постмодерна: за пределами индивидуализма - Москва. Смысл. 2011. 489 с.

229. Перлз Ф., Гудмен П. Теория гештальт терапии – Москва. Институт общегуманитарных исследований. 2008. 382 с.

230. Карвасарський Б.Д. Психотерапевтична енциклопедія - Санкт-Петербург. Питер. 2000. 752 с.

231. Калмикова Е.С., Миско Е.А., Тарабріна Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал, 2001. Т. 22, № 4, С. 70-80.

232. Курпатов В.І., Осипова С.А., Федоров А.П. Интегративная групповая личностно-ориентированная психотерапия с применением психогимнастических техник // Вестник психотерапии. 2008. №. 25. С. 9-18.

233. Пономарьов В.І., Северин Ю.В. Наслідки психотравмуючих впливів

на здоров'я людини // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 2, №. 2 (4). С. 23-30.

234. Числіцька О.В. Медико-психологічна реабілітація комбатантів // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія. 2015. Вип. 2. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2015_2_21.

235. Horowitz M.J. Cognitive psychodynamics: From conflict to character. - New York: John Wiley & Sons Inc. 1998. 224 p.

236. Diener M.J., Hilsenroth M.J., Weinberger J. Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis // American Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 164, №. 6. P. 936-941.

237. Кадлер Х.С., Блэнк А.С., Крапник Дж.Л. Психодинамическая терапия посттравматического стрессового расстройства. // Журнал практической психологии и психоанализа. 2005. №2. с.39-52

238. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / під ред. Э. Фоа, Т.М. Кін, М. Фрідман. - Москва. «Когито-Центр». 2005. 467 с.

239. Юрьева Л.Н. Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача // Семейная медицина. 2015. №. 5. С. 69-72.

240. Задорожний В.З., Хижняк А.А., Холопченко О.Э. Особенности поведенческой терапии лицам с посттравматическими расстройствами // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 3. С. 93-94.

241. Кожина А.М., Гайчук Л.М., Шикова В.В. Эффективность психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 2(83). С. 109.

242. Малкіна-Пих І.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Эксмо. 2008. 960 с.

243. Пушкарьов А.Л., Доморацький В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика,

психофармакотерапия, психотерапия – Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.

244. Хрітінін Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Брюн Е.А. Семейно-ориентированный подход к реабилитации лиц с психическими расстройствами // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2009. №. 3. С. 1-7.

245. Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова В.А. Особливості особистісних трансформацій у жертв екстремальних подій та основні підходи до їх психологічної корекції // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14(3). С. 301-306.

246. Мушкевич М.І. Практична психологія в роботі із учасниками АТО // Психологія: реальність і перспективи. 2016. №. 6. С. 136-142.

247. ХайКін А.В. Методы регуляции состояний в работе со стрессом // Профессиональный и организационный стресс: диагностика, профилактика, коррекция. Материалы научно-практической конференции. – Астрахань. 2011. С. 192.

248. Еріксон М. Глубокий гипнотический транс: индукция и использование; Бэндлер Р. Искусство Мастера НЛП / Пер. с англ. Реноме. 1998. 208 с.

249. Адлер Х. Технология НЛП. Питер. 2002. 190 с.

250. Бэндлер Р. Из лягушек в принцы: Нейро-лингвист. программирование: / Пер. с англ. Под ред. Андреаса С. Модэк. 1994. 240с.

251. Бэндлер Р., Гріндер Д. Рефрейминг: Ориентация личности с помощью речевых стратегий. Нейро-лингв. программирование. / Пер. с англ. МОДЭК. 1995. 256с.

252. Allen S.N., Bloom S.L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder // Psychiatric Clinics of North America. 1994. Vol.17(2). P. 425-437.

253. Фоа Э.Б., Кін Т.М., Фрідман М. Дж. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Перевод с англ. В. Агарков, С. Татарко. «Когито-Центр». 2005. 467 с.

254. Галацан О.В., Сіроштан Г.М., Михайлов Б.В., Кришталь Є.В., Маркова М.В., Марута Н.О., Лінський І.В., Шестопалова Л.Ф., Кожина Г.М., Федак Б.С., Сарвір І.М. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб. Методичні рекомендації – Харків. МОЗ України. ДОЗ ХОДА. 2016. 27 с.
255. Малкіна-Пих І.Г. Экстремальные ситуации – Москва, Эксмо, 2006. 960 с.
256. Мельник А.П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій //Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. Т. 2. №. 29. С. 100-105.
257. Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Гузенко К.В. Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації в учасників АТО: клініко-соціальна характеристика та практика психофармакотерапії // Україна. Здоров'я нації. 2016. №. 4 (1). С. 69-73.
258. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. №1(37). С. 8 - 13.
259. Тарабріна Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса Санкт-Петербург. Питер. 2001. 272 с.
260. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report // Psychopharmacology Bulletin. 1973. Vol. 9, № 1. P. 13-28.
261. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-reportscale // British Journal of Psychiatry. 1976. Vol. 128. P. 280 - 289.
262. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство – Москва. Медпресс-информ. 2005. 432 с.
263. Райгородський Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. – Самара. Бахрах-М. 2001. 672 с.
264. Вассерман Л.І., Іовлев Б.В., Берєбін М.А. Методика для

диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение: методические рекомендации - Санкт-Петербург. 2004. 28 с.

265. Каменська В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. - Санкт-Петербург. 1999. 148 с.

266. Орел А.Н. Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению. Руководство – Ярославль. НПЦ «Психодиагностика». 1999. 21 с.

267. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости - Москва. Смысл. 2006. 63с.

268. Вассерман Л.И., Ювлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и мед. психологов /. СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 54 с.

269. Водошнянова Н.Е. Психодиагностика стресса. - Санкт-Петербург. Питер. 2009. 336 с.

270. Маклаков А.Г. Общая психология. - Санкт-Петербург. Питер. 2001. 529 с.

271. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты – Самара. Бахрах-М. 2006. 672 с.

272. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса - Санкт-Петербург. Питер. 2001. 272 с.

273. Магомед-Еминов М.Ш. Феномен экстремальности - Москва. ПАРФ. 2008. 220 с.

274. Чікер В.А. Психологическая диагностика организации и персонала. - Санкт-Петербург. Речь. 2003. 176 с.

275. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций - Москва. 1998. 263 с.

276. Козира П.В. Феноменологія психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників АТО // American Scientific Journal. 2016. № 8(8). Р. 40 – 46.

277. Козира П.В. Особливості стресового реагування та постстресової дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // «Релігія, релігійність, філософія та гуманітаристика у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти: зб. наук. праць» / за заг. ред. д. філос. н. Журбі М.А. Монреаль, СРМ «ASF», 2016. С. 129 – 131.

278. Козира П.В. Механізми психологічного захисту в генезі психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. Т. 3, № 2(6). С. 85 - 92.

279. Козира П.В., Маркова М.В. Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України - учасників АТО // Український вісник психоневрології. 2015. Том 23, вип. 3(84). Тези доповідей наукового симпозиуму з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1 – 2.10.2015, м. Дніпропетровськ. С. 130 – 131.

280. Козира П.В. Викривлення механізмів психологічного захисту та копінгу як основа постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // International scientific conference «Current issues and problems of social sciences» (Kielce, Poland, 28 – 30.06.2016). P. 181 – 182.

281. Козира П.В. Стан механізмів психологічного захисту при постстресовій психологічній дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Психологія та педагогіка: Історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень» (Одеса, 16 – 17.09.16). С. 6 – 8.

282. Козира П.В. Характеристика адаптивної поведінки і копінг-стратегій у співробітників МВС України – учасників АТО // Медична психологія. 2016. Т. 11, № 4. С. 59 – 65.

283. Козира П.В. Дистрес та адаптація у співробітників МВС України після участі в АТО // Science of Europe (Praha, Czech Republic). 2016. vol. 4, # 9(9). P. 31 - 36.

284. Козира П.В. Варіанти копінг-стратегій та адаптивної поведінки у

співробітників МВС України – учасників АТО // II міжнародна конференція «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених з зони АТО на базі Центру психосоціальної реабілітації Фельдман Екопарк», 12 – 13.10.2016. Харків, Україна. 2016. С. 22 – 24.

285. Козира П.В. Патогенетичні механізми формування постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // Психологічний часопис. 2016. Вип. 4, № 2. С. 211 - 221.

286. Козира П.В. Психокорекція постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. Вип. 6, том 2. С. 173 - 176.