

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

**МЕТОДИ РОБОТИ ПСИХОЛОГА
З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ТРАВМОЮ ОСОБИСТОСТІ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Анни НАУМЕНКО

4 курсу, денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Оксана ХРИСТУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент

Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« 1 » травня 2023 р., протокол № 11

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

Науменко А.І. Методи роботи психолога з психологічною травмою особистості.

У роботі розкрито сутність поняття психологічної травми та її прояву у внутрішньо переміщених осіб. Описано методи допомоги при психологічній травмі: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR), фармакотерапія, логотерапія В. Франкла, екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженталя, гештальттерапія Ф. Перлза, соматична терапія психічної травми П. Левіна, особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса, тілесно-орієнтована психотерапія, процесуальна психотерапія А. Мінделла. Емпірично досліджено особливості психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб. Виявлено взаємозв'язки між проявом посттравматичного стресового розладу, симптомами інтрузії, уникнення, надмірної реактивності, негативних думок та емоцій та особистісною, ситуаційною тривожністю, потребами у безпеці, визнанні, самоствердженні, суб'єктивним відчуттям самотності.

Ключові слова: психологічна травма, ПТСР, особистісна тривожність, ситуаційна тривожність, потреба у безпеці, потреба у визнанні, потреба у самовизначенні, відчуття самотності, внутрішньо переміщені особи.

Naumenko A.I. Methods of work of a psychologist with psychological trauma of the personality.

The work reveals the essence of the concept of psychological trauma and its manifestation in internally displaced persons. The methods of helping with psychological trauma are described: trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT), the method of desensitization and reprocessing of trauma using eye movement (EMDR), pharmacotherapy, logotherapy of V. Frankl, existential-humanistic psychotherapy of J. Bujenthal, gestalt therapy of F. Perlza, somatic therapy of mental

trauma by P. Levin, person-oriented psychotherapy by K. Rogers, body-oriented psychotherapy, procedural psychotherapy by A. Mindell. Peculiarities of psychological trauma in internally displaced persons were empirically investigated. Interrelationships between the manifestation of post-traumatic stress disorder, symptoms of intrusion, avoidance, overreactivity, negative thoughts and emotions and personal, situational anxiety, needs for safety, recognition, self-affirmation, subjective feeling of loneliness were revealed.

Key words: psychological trauma, PTSD, personal anxiety, situational anxiety, need for security, need for recognition, need for self-determination, feeling of loneliness, internally

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА МЕТОДІВ РОБОТИ З НЕЮ	9
1.1. Поняття психологічної травми у науковій літературі.....	9
1.2. Сучасні методи роботи з психологічною травмою.	16
1.2.1. EMDR терапія як доказовий метод для роботи з психологічною травмою.....	16
1.2.2. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія як доказовий метод для роботи з психологічною травмою.....	20
1.2.3. Фармакотерапія у роботі з психологічною травмою.....	22
1.3. Психотерапевтичні методи у роботі з психологічною травмою.	23
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.	29
2.1. Опис процедури дослідження, обґрунтування методик та опис вибірки.	29
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.	35
2.3. Кореляційний аналіз.	45
Висновки до розділу 2	53
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Україна тривалий час, починаючи з 2014 року перебуває у стані переживання військової агресії російської федерації, а з 24 лютого 2022 року в умовах повномасштабного вторгнення російських військ на територію України. Внаслідок цього частина населення, що потрапила під обстріли у своїх містах та селах (Київська, Харківська, Миколаївська, Донецька, Луганська, Сумська, запорізька, Херсонська області), переживали страх за втрату свого життя та життя своїх рідних. І жителі зазначених областей були вимушені виїжджати, скоріше втікати, на ті території областей, де не було військових дій, а також в країни Європи або навіть на інші континенти. Громадяни, які переїхали із зони військових дій на інші території України, отримали статус внутрішньо переміщених осіб.

Люди, які втікали від війни крім отриманого травматичного досвіду через обстріли отримали нові виклики: вони змушені були адаптуватися до нової обстановки, до нових правил життя, до нових соціокультурних стосунків. І від всіх тих стресів отримували психологічні травми.

Як зазначають психологи, переживання особистості, які є викликаними зовнішніми подразниками є психологічною травмою. Відбувається значне, сильне потрясіння, яке має значний вплив на розвиток особистості.

Теоретичні та методологічні питання психологічної травми присвятили свої праці як закордонні, так і вітчизняні дослідники. Так, розгляд психологічної травми з погляду психології та медицини розглянуто Ю. Семеновою [41], психологію бойової психічної травми О. Бліновим [3], особливості прояву психотравми особистості Т. Титаренко [46; 47], психологію травмуючи ситуацій О. Туриніна [51], історію дослідження психотравми О. Христук [53] та інші.

Психодіагностичні засоби психологічної травми запропоновано А. Гальченко [8], Н. Гриньовою, С. Слободян [12], В. Зливков, С. Лукомська, О. Федан [15], Л. Карамушка, Т. Карамушка [17], Б. Плєскач, В. Уркаєв [33] та інші.

Питанням психокорекції та психотерапії у подоланні психологічної травми присвячено праці С. Власенко [6], Дж. Герман [9], В. Горбунова [11], О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Остапчук [19], М. Лукашенко, Я. Галич [22], І. Музиченко, І. Ткачук [27], Б. Плєскач, В. Уркаєв [33], О. Романчук [40], Л. Сіпко [42], Т. Титаренко [46; 48; 49], С. Хоружий, І. Пішко, Н. Лозінська [52], Buydens, S. L., Wilensky, M., & Hensley, B. J. [56], Russell M. C. [62], Shapiro, F., & Maxfield, L. [64].

Актуальність вивчення проблеми психологічної травми, важливість застосування методів психотерапії для подолання психологічної травми, особливо у внутрішньо переміщених осіб зумовило вибір теми кваліфікаційного дослідження «Методи роботи психолога з психологічної травмою особистості».

Об'єкт дослідження – психічні стани внутрішньо переміщених осіб.

Предмет дослідження – методи роботи психолога з психологічною травмою особистості.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати методи роботи психолога з психологічною травмою та емпірично дослідити особливості психологічної травми серед внутрішньо переміщених осіб.

Для досягнення мети дослідження та відповідно до об'єкта та предмета дослідження, поставлено такі завдання:

1. Провести аналіз наукової літератури щодо проблеми психологічної травми.
2. Описати методи роботи з психологічною травмою.
3. Емпірично дослідити особливості психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб.

Гіпотеза дослідження припускаємо, що симптоми посттравматичного стресового розладу будуть проявлятися у незначній кількості внутрішньо переміщених осіб. Припускаємо, що існує взаємозв'язок між симптомами посттравматичного стресового розладу та особистісною, ситуативною тривожністю, основними потребами та суб'єктивним відчуттям самотності.

Теоретико-методологічна основа дослідження. У вітчизняній і зарубіжній теорії досліджується психологічна травма І. Булах [4], О. Романчук [40], Ю. Семенова [41], Т. Титаренко [47], О. Туриніна [51], С. Хоружий, І. Пішко, Н. Лозінська [52], О. Христук [53], І. Черезова [54]; питання психодіагностики Н. Гриньова, С. Слободян [12], В. Зливков, С. Лукомська, О. Федан [15], Л. Карамушка, Т. Карамушка [17]; психологічна допомога з подолання психологічної кризи С. Власенко [6], Дж. Герман [9], В. Горбунова [11], Н. Гриньова, С. Слободян [12], В. Дуб [14], О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Олійник, С. Хоружий, С. Ларіонов [20], М. Лукашенко, Я. Галич [22], Б. Плескач, В. Уркаєв [33], Л. Сіпко [42], Т. Титаренко [46; 48; 49; 50].

Методи дослідження.

Для розв'язання поставлених у роботі завдань використано комплекс методів: метод *оглядово-аналітичний* (огляд та аналіз сучасної зарубіжної та вітчизняної літератури); *оглядово-порівняльний*; *теоретичний* (узагальнення психологічних книг, наукових статей, дисертацій та авторефератів щодо перебігу проблеми психологічної травми особистості).

Для проведення емпіричного дослідження: обрано психологічний інструментарій: тест «Шкала PCL-5», методика дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, методика діагностики міри задоволеності основних потреб, методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона.

А також методи математичної статистики: описова статистика, кореляційний аналіз.

Теоретична значущість дослідження полягає в тому, проведено аналіз наукових розвідок щодо проблеми психологічної травми та методів подолання психотравми українськими та зарубіжними вченими.

Практична значущість дослідження полягає у тому, що емпірично визначено прояв психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб.

Результати та матеріали представленого кваліфікаційного дослідження

можуть бути використані у діяльності психологів-практиків, психологів-науковців, які працюють над означеною проблематикою.

Надійність і вірогідність отриманих результатів дослідження підтверджена ґрунтовним теоретичним дослідженням питання психологічної травми та дібраним валідним та надійним психодіагностичним інструментарієм.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до них, загальних висновків та списку використаних джерел, який налічує 66 позицій, з них 55 вітчизняних джерел та 11 закордонних та додатків. У роботі є 14 рисунків. Загальна кількість сторінок – 71, з них основного тексту 53.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА МЕТОДІВ РОБОТИ З НЕЮ

1.1. Поняття психологічної травми у науковій літературі.

Зараз в Україні маже кожен з нас зустрічається з таким поняттям як «психічна травма», «психологічна травма», «посттравматичний стресовий розлад», «травма» та іншими. На даний час поняття «психологічна травма» у вітчизняній психології немає чіткого визначення. В той же час найбільш поширеним поняття психологічного травми розглядається в теорії посттравматичного стресового розладу у кризовій психології.

Залишкові явища афективних переживань особистості зумовлені подразниками, що є зовнішніми та викликають психічний дискомфорт а також виявляють патогенний вплив на людину є психологічною травмою. [9]

Згідно психологічної енциклопедії [35] психологічна травма є шкодою, що завдана психічному здоров'ю людині дією несприятливих факторів оточуючого середовище, що є інтенсивними, а також під стресовими впливами інших людей.

Першою у психології теорію травми було зроблено в психоаналізі (З. Фрейд). В психоаналітичній психології психологічна травма розглядається як афект, що є глибоко вкоріненим у несвідомій сфері та патогенно впливає на психіку людини і є основою невротичних розладів. З. Фрейд вважав, що джерелом цієї травми є в самій психіці, у розщепленні Я, до нього приводить тривога, що є травматичною та заснована на фантазіях несвідомих.

У повсякденному розумінні поняття «травма» розуміється переважно як тілесні ушкодження, порушення цілісності тіла.

Травми поділяються на легкі, важкі та ті, що не сумісні з життям. Тобто це залежить від того яка є сила джерела травми та захисного бар'єру тіла. Згідно законів гомеостазу в організмі людини при порушенні рівноваги та цілісності викликається реакція, яка спрямована на відновлення стану, що є стабільним. В

той же час все, що не притаманне організму відкидається організмом, тобто витісняється. За аналогічним зразком із травмою фізичною функціонує психічна травма.

Тобто, психіка аналогічно внутрішнього середовища організму, прагне підтримання стабільного стану. Те, що порушує стабільність за термінологією З.Фрейда витісняється. Психічна травма часто має інтрапсихічну природу, тобто психіка може сама себе травмувати, продукувати спогади, певні думки, переживання, спогади та ефекти.

Психічна травма є невидимою та її можна виділити за непрямими ознаками і головним є душевний біль. Психічний біль інформує про психологічне неблагополуччя та запускає механізм виздоровлення психіки. Актуалізуються захисні механізми психіки: витіснення та придушення або іншу відповідну реакцію. Захисний механізм при психічній травмі актуалізується завжди, а також чим більше буде інтенсивною травма, тим більш сильним буде зовнішня дія або ж внутрішнє переживання.

Якщо психічне збудження не може бути відредагованим починають актуалізуватися та працювати захисні механізми психіки. Починається трансформуватися енергія травматичного збудження у симптоми тіла, тобто ця розрядка відбувається в сфері сома тики. В психоаналізі цей процес називають конверсією.

Якщо звернутися до психосоматичної психотерапії, то в ній описується символічне значення конверсійних симптомів, що є локалізованими в тілі людини. Так, наприклад зазначається, що локалізацію у серці має так названа «травма розбитого серця» або невирішена ситуація, яка постійно актуалізується. Порушення опорно-рухового апарату викликає безсила лють, дратівливість від життєвої ситуації, що є пасивною, відсутність опори та підтримки. Порушення мовлення викликають довербальні травми.

З. Фрейд зазначав, що соматизація сприяє розрядженню психічної напруги. Через це формується специфічне «ментальне ядро» або «пункт перемикування», що за асоціацією є пов'язаний з складовими психічної травми. Коли ситуація

нагадуватиме переживання, що є травматичними та одночасно запускаються механізми реагування, що є патологічними, то це «ментальне ядро» буде активізуватися.

Даний феномен З. Фрейдом був названий «нав'язливе повторення». Отже, травма має добру пам'ять, а її жертви страждають переважно від спогадів та несвідомо реалізованих патологічних патернів реагування. З. Фрейд вказував, що для результатів та наслідків травми вирішальним моментом є не сила травми, а потенціальна підготовленість або непередготовленість організму.

Основними положеннями теорії травми З. Фрейда є:

- В етіології неврозів важливу роль відіграють психічні травми,
- Внаслідок кількісного фактору переживання набуває травматичного характеру,
- Травмою при певній конструкції стає те, що за іншої не виникло б,
- У ранньому дитинстві виникають всі психічні травми,
- Переживання власного тіла та чуттєві враження та сприймання є психічними травмами,
- Травми можуть мати як позитивні, так і негативні наслідки,
- Із зусиллями згадати забуте переживання та зробити його реальним, знову його пережити є позитивними наслідками,
- Виникнення захисних реакцій через уникнення та фобії є негативними наслідками,
- Спроба зцілення від травми, намагання примирити одну частину Я, яка від'єдналася під впливом травми є неврозом.

Психоаналітик О. Феніхель зазначав, що будь який, сильний або несподіваний потік подразників може викликати в індивіда психічну травму. Автором було підкреслено, що вплив, який є травмуючим є прямо пропорційний його раптовості. О. Феніхелем було визначено типові симптоми психічної травми:

- Втрата почуття реальності та сприйняття дійсності, що є адекватним, зниження або блокування функцій Я,

- Емоції, що виникають неконтрольовано та періодично, особливо гніву та тривоги,
- Важкі порушення сну або ж безсоння, що супроводжуються сновидіннями, в яких знову переживається травма,
- Травматична ситуація «програється» у формі думок, переживань та фантазій.

К.-Г. Юнг досліджував блоковані афекти та дисоційовані стани. І він прийшов до висновків щодо існування різних індивідуальних історій, комплексів, фантазій, які відносяться до травми, тобто він розумів травму як множинність.

В подальшому поняття «психічна травма» розглянуто було в контексті теорії стресу Г. Сельє. В його рамках вважалося, що травматичний стрес виникає тоді, коли стресовий фактор є сильним достатньо, триває значний час, перевантажує фізіологічні, психологічні та адаптивні можливості людини, може зруйнувати психологічні захисти, актуалізує тривогу та приводить до фізіологічного та психологічного зламу в організмі. Травматичний стрес виснажує адаптаційні можливості організму людини.

Сучасна психологія психологічну травму розуміє як стан сильного страху, який переживає людина під час стикання з раптовою подією, що одночасно є потенційно загрозливою для життя людини. Можливості людини перевершує цей страх та не дає можливості контролювати його та ефективно реагувати [40].

П. Левін пропонує підхід, в якому він інтегрував знання як психології та психотерапії, так і психофізіології, біології та нейропсихології. Тобто, за П. Левіним, травма є проривом у бар'єрі, який захищає людину від впливу та супроводжується почуттям безпорадності, що є надзвичайно сильним.

Через відсутність або недостатність необхідних індивідуальних ресурсів подолання травмуючої події виникає психологічна травма. П. Левін зазначає, що руйнівна сила психічної травми має залежність від травмуючої події, що має

індивідуальну значущість та ступінь її психологічного захисту та здатність до регуляції себе [40].

П. Левін зазначав, що травма є пов'язана з впливом травматичних подій: війна, емоційне, фізичне, сексуальне насилля, природні катастрофи, нещасні випадки. Однак є значна кількість ситуацій, що ззовні ніби звичайні, але насправді є травматичними. До прикладу, незначна дорожньо-транспортна пригода приводить до появи емоційних, психологічних та фізичних симптомів, які підривають здоров'я. Якість медичні процедури та операції можуть переживатися людиною як значна травма, хоч вони такими і не є [14].

Цікавим є підхід до психологічної травми Н. Пезешкіяна, який зазначає, що хвороби, стреси, конфлікти, життєві негаразди є в житті кожної людини і це треба визнавати. Він поділяв психотравми на макро- та мікротравми. Мікротравма є значущою подією в житті людини, що вимагає від індивіда прояву різноманітних особистісних якостей, які позитивно впливають на процес адаптації до умов, що змінюються. Також серед травм можуть бути і такі, які клієнт буде розглядати як радісні та позитивні [12].

Щодо класифікації психологічних травм, то загальноприйнятої на даний час немає. В той же час є різні варіанти.

За Дж. Гарнер [9] від особистісної значущості події травматичної, психологічної захищеності та емоційної стійкості людини залежить глибина психологічної травми.

За характером дії психотравмуючі впливи класифікують такі три види:

А) за інтенсивністю впливу: масовані (катастрофічні), гострі та раптові, які пригнічують адаптаційні можливості людини;

Б) за соціально-значущими наслідками: багатопланові та вузько спрямовані дії, внаслідок цих дій змінюється соціальна позиція людини (винагороди, повага до людей, соціальний престиж, можливість самоствердження);

В) За особистими наслідками: особистісно-руйнівні та біологічні, через які виникають неврози та психосоматичні захворювання [53].

Н. Пов'якель [38] вирізняє наступні види психотравм:

А) гострі, які є пов'язаними з одноразовими надсильними подразниками, що стрімко діють (переляк, конфлікт, стихійне лихо);

Б) хронічні, які виникають через відносно слабкі подразники, що діють тривалий час та часто повторюються (емоційна депревація, ізоляція);

В процесі опису видів та форм психотравми важливо врахувати те, на яку систему переживань та особистісних сенсів, що є значимими, здійснено вплив, що є психологічно травмуючий [38].

Значно на розвиток особистість впливають психотравми, які отримані в дитинстві, часто вони супроводжують весь шлях особистості. Впливають на адекватність самооцінки, на становлення Я-образу, на формування Я-концепції. Виділяють дитячі травми, що впливають на психіку та розвиток дитини через те, що дитина не може відреагувати відповідно на травматичну подію. Виділяють такі види дитячих травм:

- Травма «покину тості», яка виникає у дитячому віці за відсутності або ж недостатньому контакті дитини та матері.
- Травма «відкидання» виникає з «холодною» або «мертвою» матір'ю, що емоційно не є залученою у життя дитини через певні причини (може бути післяпологова депресія, стрес, небажання мати дитину, проблеми у сім'ї, відсутність партнера та інше).
- Травма «позбавлення» коли потребами дитини нехтується.
- Травма «зради» виникає тоді коли дитина розчаровується в батьках.
- Травма сексуальної спокуси, що виникає при використанні дорослими дитини для задоволення своїх сексуальних потягів.
- Травма «насильства» виникає під час систематичного жорстокому ставленні до дитини.
- Травма «приниження» або нарцисична травма.

Україна вже тривалий час, починаючи з 2014 року перебуває у стані переживання військової агресії російської федерації, а з 24 лютого 2022 року повномасштабного вторгнення російських військ на територію України. Внаслідок цього частина населення, що потрапила під обстріли у своїх містах та селах (Київська, Харківська, Миколаївська, Донецька, Луганська, Сумська, запорізька, Херсонська області), переживали страх за втрату свого життя та життя своїх рідних. І вони були змушені виїжджати, скоріше втікати, на ті території областей, де не було військових дій.

На даний час кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб в країні досягає 4,9 млн осіб [7].

Т. Карамушка [18] зазначає, що психічне здоров'я особистості в умовах війни має таку структуру: здатність справлятися з повсякденними стресами життя, здатність ефективно працювати на допомогу своїй організації, громаді та суспільству, здатність налагоджувати стосунки та здатність реалізовувати свої здібності. Автором зазначено, що ті, хто знаходився під окупацією російської федерації провідним є переживання психологічної травми від переживання ситуацій психічного та сексуального насилля, втрати або ж каліцтва близьких людей.

Згідно даних Т. Карамушки [18] значна частина опитаних зустрілася в умовах війни з різними виявами гострого стресу. Більша частина (67,1%) пережили страх, 47% респондентів пережили паніку, третина пережили шок, окремі мали стани депресії та апатії, а також втрату сенсу життя. Тобто, значна частина вимушено-переселених осіб мають психологічні травми, які в подальшому можуть мати негативні наслідки у випадку їхнього непропрацювання.

Б. Плєскач та В. Уркаєв [33] на основі аналізу наукової літератури зазначають, що до повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України 25% внутрішньо переміщених осіб мали високий ступінь психологічної травматизації. Також вони наголошують на проблемі вторинної

травматизації внутрішньо переміщених осіб та виділили такі його аспекти: незадоволеність базових потреб після переселення, дискримінація місцевими мешканцями та особливості соціокультурної адаптації.

Отже, як вказують результати дослідження внутрішньо переміщені особи мають психологічні травми та потребують психологічної допомоги. Для цього у психології на даний час розроблено доволі багато методів роботи з психологічними травмами особистості.

1.2. Сучасні методи роботи з психологічною травмою.

Психологічна травма особистості потребує роботи з нею практичних психологів та психотерапевтів. Наразі в науковій та практичній літературі описано досить багато методів роботи з нею як і із запобігання, так і з протікання психологічної травми. Всі відомі методи так чи інакше працюють з психологічною травмою. Є методи, які мають описані стійкі результати та ті, які не мають доказових стійких результатів. Найбільш ефективними методами допомоги при психологічній травмі (посттравматичному стресовому розладу) на даний час є два травмофокусуєчі психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) та метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR). А також застосовують фармакотерапію у роботі з психологічною травмою.

1.2.1. EMDR терапія як доказовий метод для роботи з психологічною травмою.

Спочатку опишемо метод EMDR для роботи з психологічною травмою особистості.

Одним із методів, що рекомендовано як засіб ефективного втручання при психологічній травмі, метод Ф. Шапіро, який отримав назву EMDR.

S. L. Buydens, M. Wilensky, & B. J. Hensley [56] зазначають, що протокол десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (EMDR) для недавніх травматичних подій у лікуванні гострого стресового розладу у 7 клієнтів є ефективним та результативним. Також відомими є дослідження, де визначалися використання стандартної оцінки EMDR впродовж кількох днів або тижнів після травматичної події [59; 61; 63] і більше. До 48 тижнів після травми [65]. Один дослідник використовував десенсибілізацію рухів очей (EMD) протягом 1 місяця після травматичної події [60]; інший оцінив нестандартизовану версію EMDR (тобто без позитивного пізнання, фази встановлення та сканування тіла) протягом 6 тижнів після травми [62; 64] для нещодавніх травматичних подій був використаний через 2 тижні після травми [66] і протягом 12 місяців після травматичної події [57].

Суть терапевтичного методу EMDR в тому, що психологічна травма опрацьовується через десенсибілізацію та репроцесуалізацію рухом очей. Через EMDR-терапію переробляються травматичні спогади, негативні емоції, думки, поведінку, а також життєвий досвід, що є несприятливим. Результатом даної терапії є те, що причини психологічної травми перестають бути обтяжливими для людини. Даний метод є дієвим із психологічними травмами, що є за давніми.

Опишемо процедуру проведення EMDR.

Метою даної EMDR-терапії є стимулювання механізмів обробки мозком травматичної ситуації.

Процедура здійснення є такою: передбачається рухи очима із сторони в сторону без повороту голови. Клієнт слідкує очима за рухами пальців психотерапевта, які знаходяться в полі зору клієнта. Перед процедурою клієнту пропонується зосередити свою увагу на спогади, думки, емоції та тілесні відчуття. В цей час клієнт згадує минулий травматичний досвід.

Дослідження за методом EMDR передбачає вісім фаз:

1 фаза. Історія клієнта та планування психотерапевтичного процесу.

Впродовж першої фази дослідженню полягає історія клієнта, досліджується історія проблеми, що турбує клієнта. Виявляються конкретні спогади, що вказують на конкретну дисфункцію, а також описується контекст спогадів, що вставлені у досвід життя клієнта.

2 фаза. Підготовка.

Впродовж фази підготовки відбувається стабілізація клієнта. Створюється довіра в терапевтичних відносинах, посилюються позитивні ресурси, відкритість. Вони будуть підвищувати у клієнта стійкість перед створенням контакту з спогадом, що є травматичним. Метою даної фази є допомога в усвідомленні того, що клієнт здатний діяти та повністю керувати своїми спогадами, що є тривожними.

Фаза 3. Визначення предмету оцінки, дії.

Продовж даної фази виявляються конкретні елементи спогадів, що є травматичними та знаходяться у дисфункціональному збереженні. Клієнт описує візуальний образ, що демонструє або відображає частину травматичної події, що є «найгіршою». Далі клієнт формує негативну когніцію відносно себе, що з'являється через візуальний образ. Потім клієнт називає реалістичну та позитивну когніцію. Ця когніція оцінюється за 7-ми бальною шкалою для визначення валідності травмуючої ситуації. Далі клієнт складає перелік негативних емоцій та оцінюється їх інтенсивність за 10-ти бальною шкалою суб'єктивних одиниць дистресу. Клієнт називає розміщення емоцій у своєму тілі.

Фаза 4. Десенсибілізація.

Клієнт утримує увагу подумки на образі травматичної події, відчуттів у тілі та негативних думок про себе і в той же час починає проводити серії рухів очей та сплесків долоні, та повторювати їх. Клієнт відмічає свої відчуття та переживання у проміжку між цими рухами.

Фаза 5. Інсталяція.

Впродовж цієї фази повторно оцінюється відчуття відносно до початкової ситуації, що є травмуючою. Не рідко впродовж даної фази виникає нова когніція,

яка більше підходить клієнту. Потрібно проводити нові сеті рухів до досягнення валідності когніції до 7 одиниць.

Фаза 6. Сканування тіла.

Впродовж даної фази виявляють та знищують останні травматичні відчуття. Клієнт повинен утримувати свою увагу на образі події, що є травмуючою та на позитивній когніції. Якщо клієнт говорить про неприємні або дивні відчуття, о треба проводити додаткову серію сетів. Хоча дивні та неприємні відчуття клієнти не відчують.

Фаза 7. Звершення.

Під час цієї фази клієнту пропонується інструкція, згідно якої впродовж наступного тижня клієнт відслідковує переживання щодо будь-яких елементів невіршеної травми. У випадку коли не перероблено травму до кінця і клієнт не позбавився неспокою та тривожності, то роботу треба продовжити. Подальша робота допомагає клієнту повернутися до рівня емоційного функціонування, що є безпечним і це до закінчення сесії.

Фаза 8. Переоцінка.

В даній фазі проводиться повторна діагностика. Під час цієї повторної діагностики проводиться EMDR терапія для переконання, що переробка травматичного досвіду повністю завершена. Ця повторна оцінка проводиться впродовж сесії даної фази переоцінки.

Один сеанс EMDR триває 60-90 хвилин. Сесію повторюють стільки разів, скільки потрібно для клієнта. EMDR терапія спрямована на конкретну проблему, допомагає знайти вихід з травмуючої ситуації, яка була в минулому. Дана терапія спрямована на ситуаційні тригери, які підтримують в даний час психологічну проблему, також попередження виникнення у майбутньому даної проблеми [58]. Щодо протипоказань, то метод EMDR не застосовується до таких проблем у клієнтів як епілепсії, психотичного стану та проблеми із зором [58].

Про ефективність роботи свідчить відсутність стресового навантаження під час спогадів щодо травматичної події. Розповідь клієнта про події з

адекватними емоціями свідчить про опрацьованість психологічної травми. Для досягнення тривалої та стійкої ремісії присвячують декілька сесій втраченим можливостями, що часто є так само травматичними. Це допомагає в майбутньому вибудувати цілі та нові інвестиції.

1.2.2. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія як доказовий метод для роботи з психологічною травмою.

Ефективним методом роботи з психологічною травмою є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія.

Метою психотерапевтичної допомоги людям з психологічною травмою є допомога у звільненні спогадів про минуле, що є нав'язливими, від інтерпретації емоційних переживань, що є наступними та нагадують про травму, а також для відповідального та активного включення у сьогодення. Це досягається через знаходження контролю над емоційними реакціями та знаходження травматичним подіям належне місце в загальній часовій перспективі своєї особистої історії та свого життя [22].

Ця мета досягається за допомогою чотирьох стратегій:

- Підтримка адаптивних навичок «Я» (створення позитивного ставлення до терапії є найбільш важливим аспектом);
- Формування позитивного ставлення до симптомів (дана стратегія застосовується для навчання клієнта сприймати свої розлади як нормальні для ситуації, яку клієнт пережив, що буде запобіжником подальшої травматизації через ці розлади);
- Зниження психологічного захисту уникнення (переробити досвід травми заважає прагнення уникнення всього, що є пов'язаним із психологічною травмою);
- Зміна атрибуції сенсу (передбачає зміну змісту перенесеної психологічної травми, і так створити відчуття «контролю над травмою» у клієнта).

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія є короткостроковою інтервенцією, що покликана зменшити симптоми, які є пов'язаними із травматичною подією. Даним метод був започаткований Джудіт Коен, Ентоні Маннарінном, Естер Деблінгер у 1980 році. Цей метод спрямований на роботу з фізичними реакціями, негативними емоціями та будь-якими труднощами, що є асоційовані з досвідом, який є травматичним.

Основні рекомендації травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії згідно протоколу є такими. Проводиться індивідуально для осіб з психологічною травмою проводиться 5-10 сеансів, у випадку із посттравматичним стресовим розладом – 8-12 сеансів. Однак це залежить від початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовженою через ознаки формування гострого психічного розладу, що викликає проблеми соціальної адаптації (наприклад, сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій). Проводити у груповому варіанті є більш ефективним.

Тривалість однієї сесії 90 хвилин. Після травми не проводиться дебрифінг, не проводиться нетравмофокусованої терапії. Клієнта попереджають, що зазначена терапія не має доказів щодо її ефективності.

Алгоритм роботи:

1. Фаза стабілізації: психоедукація, активація ресурсів та навчання технік коупінгу з симптомами травми.
2. Фаза опрацювання травми за допомогою експозицій до спогадів, що є травматичними та ситуативної експозиції.
3. Фаза відновлення.
4. Перед початком роботи проводять обстеження: оцінюється загальна психічна стабільність особи, ризик суїциду, готовність говорити про травму, бажання помсти, брати участь в обстеженні без дестабілізації.

Травмофокусовані втручання не проводяться раніше, ніж через два тижні після пережитої травми.

1.2.3. Фармакотерапія у роботі з психологічною травмою.

Фармакотерапію використовують у роботі із психологічною травмою. О.Романчук [40] зазначає, що можливості фармакотерапевтичної допомоги при роботі з психологічною травмою (посттравматичного стресового розладу) є обмеженими – лікарські засоби можуть знизити виразність окремих симптомів психологічної травми.

Однак зараз є доволі великий перелік лікарських препаратів, ефективність яких є при застосуванні у роботі з психологічною травмою. В основному це медичні препарати класів антипсихотиків, антидепресантів, бензодіазепінів. Фармакотерапію застосовують разом з психотерапією.

Для ефективної роботи досліджується кожний індивідуальний випадок психологічної травми та вибудовується психотерапевтичний план. Оскільки психотравма має широкий спектр розладів, то під час простого лікування тривалість може бути короткотривалою, при комплексних розладах – тривалою, місяці, а інколи і роки проходять.

При застосуванні фармакотерапії дотримуються таких правил:

- Медичні препарати добираються так, щоб їхня дія могла нормалізувати психобіологічні функції, що є відповідними за виникнення захворювання,
- Використовується медичний препарат, що найкраще підходить відносно специфічних симптомів і був гарантованим ефект,
- Підбір та коригування дози з метою оптимізувати терапевтичний ефект та мінімізувати побічні ефекти,
- Людину інформують відносно того, що є можливим продовження лікування медичними препаратами, у випадку потреби або призначити додаткові препарати, або замінити їх іншими.

Фармакотерапія вважається дуже важливим методом у роботі з психотравмою, адже це дуже зручно приймати виписані лікарем ліки. При

психологічних травмах можуть виникати патологічні зміни у деяких важливих нейробиологічних системах. Можуть спостерігатися депресії та тривожні розлади. Крім позитивного ефекту від застосування фармакотерапії у роботі з психологічною травмою є і протипоказання щодо її застосування. А саме до них відноситься побічна дія препаратів, висока ціна, протипоказання для здоров'я, тривале у часі лікування. А також часто ті, хто приймає ліки не дотримуються режиму прийому лікарських препаратів.

Отже, для роботи з психологічною травмою застосовуються такі доказові методи психотерапії, як десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФ-КПТ) та фармакотерапія.

1.3. Психотерапевтичні методи у роботі з психологічною травмою.

На даний час відомо про ряд психотерапевтичних напрямів, які можуть застосовуватися у роботі з психологічною травмою.

Проводиться два види психотерапії: психотерапія, яка розрахована на обмежений час та тривала психологічна допомога.

Психотерапія, яка розрахована на обмежений час є видом психологічної допомоги, що проводиться з людьми, в яких відстрочені реакції на стрес, що є психотравмуючим не стали хронічними. Найважливішим є завдання – допомогти людині повернутися до нормального процесу відновлення після події, що є травматичною. Короткострокова психотерапія має 12 сесій (зустрічей). За допомогою емоційної підтримки щодо спогаду про подію, що є травматичною здійснюється психологічний вплив у даній короткостроковій психотерапії.

Основна увага сфокусована на вирішення невротичного конфлікту через аналіз реакцій на ситуацію, що є травматичною.

Тривала психологічна допомога передбачає тривалішу у часі роботу з психологічною травмою клієнта. Вона має такі етапи роботи:

- між клієнтом та психологом встановлюються довірливі стосунки,

- про інформацію щодо процесу подолання наслідків психотравматичного стресу клієнт ознайомлюється,
- здійснюється контроль за загальним станом клієнта та редукція підвищеної напруги, до психотравми мають відношення повернення до повторних переживань,
- здійснюється інтеграція досвіду, що є травматичним.

Психотерапевтичні підходи, що можуть застосовуватися у роботі з психологічною травмою:

Логотерапія В. Франкла,

Екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженіаля,

Гештальттерапія Ф. Перлза,

Самотична терапія психічної травми П. Левіна,

Особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса,

Тілесно-орієнтована психотерапія,

Процесуальна психотерапія А. Мінделла.

Логотерапія В. Франкла [42] спрямована на досягнення сенсу, що втрачений при травмі через шлях вдосконалення діяльності щодо інших людей та світу. У логотерапії передбачається робота із врахуванням специфічних цінностей. До цих цінностей відносяться цінності стосунків як самотрансценденція, у власній долі знаходиться сенс; свобода власного ставлення до світу і своїх дій щодо нього або цінність творчості; цінність переживання, тобто досвіду придбання людиною переживань стосовно явищ навколишнього світу в усій їхній своєрідності і неповторності. А досягнення сенсу відбувається через прийняття одної з зазначених цінностей.

Екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженіаля [42]. Робота з психотравмою передбачає розкриття суб'єктивності, розгортання пошуку та поглиблення рівня присутності як клієнта, так і терапевта. Проводиться клієнтом внутрішнє дослідження, що є спрямованим на усвідомлення та зміну системи таких конструктів як «Я» і «Світ», передбачається

розкриття особистісного потенціалу клієнту та побудови життєвих смислів, що є новими. Опрацьовується такі екзистенціальні поняття «свобода», «смерть», «безглуздість», «ізоляція» у процесі роботою над травмою. Ці поняття складають сенс переживань під час психологічної травми. Поняттю «тілесності» приділяється значна увага.

Гештальттерапія [42] у роботі з травматичними ситуаціями основою роботи є уявлення про цикли контакту, механізми переривання контактів, незавершені ситуації та про саморегуляцію організму. Терапія з подолання психотравми є спрямованою на відновлення цілісного циклу реалізації потреб, а також подолання актуальних захисних механізмів клієнта: «проекція», «ретрофлексія», «інтроекція», та «злиття». Застосовуються техніки діалогу, які є спрямованими на зміну внутрішньої позиції людини, та робота з тілом та почуттями. Тому переживання травми можна завершити на різних рівнях.

Соматична терапія травми Пітера Левіна [42] передбачає роботу з психічною травмою через нормалізацію фізіологічних процесів у тілі людини. Травматичний зміст може бути ефективно опрацьованим у випадку усунення нейрофізіологічної основи травматичних переживань.

П. Левін вказує, що у тілі людини є ресурсні відчуття: легкість, тепло, тілесний комфорт, розширення та свобода. Робота заснована на сенсibiliзації клієнта відчуттів у власному тілі та їх спостереженнях.

Раціонально-емотивна терапія (за А. Еллісом) [42] побудована на положенні, що ґрунтовний безпосередній вплив на емоційні наслідки реалізують не події нашого життя, що є активізуючими, а система уявлень та переконань. Завданнями даного виду терапії є такі: для допомоги людині навчитися піддавати оскарженню свої ірраціональні уявлення та змінити ці уявлення, а також набути нової життєвої філософії та звільнившись від звинувачування себе через раціональні уявлення. Раціональними уявленнями є думки, які допомагають переживати почуття, що є доречними, а також поводитися адекватно.

Щодо ірраціональних суджень, то це думки, що створюють сприятливі умови для формування неадекватних (недоречних) почуттів та невідповідної поведінки.

За допомогою *раціонально-емотивної терапії людини* надається допомога в усвідомленні своїх ірраціональних уявлень та у зміні їх.

Раціонально-емотивна терапія (RET) є методом психотерапії, який заснований на логічному та раціональному переконанні клієнта щодо можливостей змінити своє ставлення до ситуації, що вважається «безвихідною» через переведення її із ірраціональних установок в раціональні.

Особистісно-орієнтована психотерапія (за К. Роджерсом) [42]. Заснована на принципі щодо відповідальності людини за свої відчуття та емоції. Людина відповідає за свій вибір, і обирає бути нещасною та жити минулим чи бути щасливим та жити теперішнім та майбутнім. Мета це змінення ставлення клієнта до самого факту наявності в житті ситуації, що є психологічно травмуючою.

Тілесно-орієнтована психотерапія [42] побудована на основі десятках шкіл і напрямів, що об'єднані загальним поглядом на тілесні (фізіологічні) функції як невід'ємної частини цілісної особистості на одному щаблі з енергетичними та психічними феноменами. За допомогою розроблених процедур тілесного контакту і (або) застосування тілесних функцій (рух, дихання, статична напруга тіла та інше) здійснюється психологічна корекція наявних порушень: фізіологічних, психічних або енергетичних.

Різновидом тілесно-орієнтованої психотерапії є *екзистенційна тілесно-орієнтована терапія травми Джона Інгла*.

Завданням є ідентифікація «тіла травми», знаходження точки блокування енергії, знаходження каналу розрядження енергії, допомога закінчити незавершену дію.

Методи процесуальної психотерапії Арнольда Мінделла [42] заснована на розумінні того, що нові смисли, нова ідентифікація мають прагнення проявитися

в неусвідомлюваних процесах. Таким чином, він визначає первинний (усвідомлюваний) та вторинний (неусвідомлений) процес. У процесуальній терапії використовуються наступні методи роботи: переключення каналів; робота з рухами, що є несвідомими, а також посилення симптому.

Отже, проводиться два види психотерапії: психотерапія, яка розрахована на обмежений час та тривала психологічна допомога.

Психотерапевтичні підходи, що можуть застосовуватися у роботі з психологічною травмою: логотерапія В. Франкла, екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженіаля, гештальттерапія Ф. Перлза, самотична терапія психічної травми П. Левіна, особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса, тілесно-орієнтована психотерапія та процесуальна психотерапія А. Мінделла.

Висновки до розділу 1

В результаті теоретичного аналізу визначено:

Психологічна травма є шкодою, що завдана психічному здоров'ю людині дією несприятливих факторів оточуючого середовища, що є інтенсивними, а також під стресовими впливами інших людей.

Вітчизняні психологи зазначають, що психічне здоров'я особистості в умовах війни має таку структуру: здатність справлятися з повсякденними стресами життя, здатність ефективно працювати на допомогу своїй організації, громаді та суспільству, здатність налагоджувати стосунки та здатність реалізовувати свої здібності. Ті, хто знаходився під окупацією російської федерації провідним є переживання психологічної травми від переживання ситуацій психічного та сексуального насилля, втрати або ж каліцтва близьких людей.

В умовах війни у внутрішньо переміщених осіб проявляються різні вияви гострого стресу: страх, паніка, шок, стани депресії та апатії та втрата сенсу

життя, що може сформувати психологічні травми, які в подальшому можуть мати негативні наслідки у випадку їхнього непропрацювання.

У науковій та практичній літературі описано досить багато методів роботи з нею як і із запобігання, так і з протікання психологічної травми. Всі відомі методи так чи інакше працюють з психологічною травмою. Є методи, які мають описані стійкі результати та ті, які не мають доказових стійких результатів. Найбільш ефективними методами допомоги при психологічній травмі (посттравматичному стресовому розладу) на даний час два травмофокусуючі психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR), а також фармакотерапія.

Психотерапевтичні підходи, що можуть застосовуватися у роботі з психологічною травмою: логотерапія В. Франкла, екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженіаля, гештальттерапія Ф. Перлза, соматична терапія психічної травми П. Левіна, особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса, тілесно-орієнтована психотерапія, процесуальна психотерапія А. Мінделла.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.

2.1. Опис процедури дослідження, обґрунтування методик та опис вибірки.

Для організації та здійснення емпіричного дослідження особливостей прояву психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб опрацьовано результати емпіричних розвідок О. Блінова [3], В. Вишньовський [5], А. Гальченко [8], Н. Гриньової, С. Слободян [12], М. Дерев'яненко [13], В. Зливкова, С. Лукомської, О. Федан [15], Т. Каменщук [16], Л. Карамушки, Т. Карамушки [17], О. Міхеєва, В. Серєда [25], Б. Плескач, В. Уркаєв [33], З. Спринська [44] та інших.

Емпіричне дослідження проведено впродовж наступних етапів.

Теоретичний етап.

Впродовж теоретичного етапу проаналізовано психологічні дослідження психологічної травми, методів психотерапії психотравми, порівняно результати теоретичного дослідження та узагальнено різні підходи до проблематики дослідження.

Емпіричний етап.

Впродовж емпіричного етапу на основі проведеного аналізу теоретичних та прикладних робіт підібрано психодіагностичні методики дослідження психологічної травми. Підготовлено стимульний матеріал, проведено опитування серед внутрішньо переміщених осіб, оброблено отримані результати з використанням методів математичної статистики.

Отримані емпіричні результати проаналізовано, проінтерпретовано та описано. Узагальнено результати дослідження, оформлено список використаних джерел згідно вимог.

Отже, емпіричне дослідження особливостей психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб здійснено впродовж двох етапів: теоретичного та емпіричного.

Для емпіричного дослідження особливостей прояву психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб застосовано ряд психодіагностичних методик:

- шкала PCL-5 [1],
- методика дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна [15],
- методика діагностики міри задоволеності основних потреб [15],
- методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона [15].

Представимо обґрунтування зазначених методик.

Оскільки метою нашого емпіричного дослідження є визначення особливостей прояву психологічної травми, то насамперед потрібно виявити наявність психологічної травми у досліджуваних. саме тому використано тест «Шкала PCL-5». Даний тест застосовується для виявлення симптомів ПТСР (посттравматичного стресового розладу).

Опитувальник побудований на описах симптомів, які зустрічаються у людей, що мають прояви ПТСР. Він використовується для виявлення симптомів та скринінгу ПТСР.

Опитувальник побудований на основі 20 запитань, на які досліджуваний дає одну із п'яти відповідей. Мінімально можливий бал є 0, а максимально можливий – 80 балів.

Результати інтерпретуються на основі двох підходів. Симптоми, що є клінічно значущими:

- підрахунок за кластерами симптомів, клієнт відповідає на 2+ балів за одним запитанням із критеріїв В та С, а також на два запитання – критерії D та E. Для діагнозу ПТСР має бути експозиція до травматичної події (описання події – Критерій А) є обов'язковою.

- Підрахунок загальної кількості балів, клієнт може набрати 33 та більше балів. Для діагнозу ПТСР має бути експозиція до травматичної події (описання події – Критерій А) є обов'язковою.

Критерії, що визначаються за даною методикою: опис травматичної події, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, симптоми надмірної реактивності.

Отже, за шкалою PCL-5 досліджується симптоми посттравматичного стресового розладу.

Як зазначається в ряді досліджень [2; 3; 5; 10; 17; 29; 33; 34] тривожність супроводжує психологічну травму у людини та посилює її прояв. Визначення прояву тривожності визначено за методикою дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна дозволяє визначити рівень реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності в досліджуваних.

В дану методику входить дві самостійні шкали, вимірювання яких відбувається на основі відповідей на 20 тверджень. Кожне твердження передбачає оцінення від 1 бала до 4 балів. Далі обраховуються за спеціальним ключем та дані додаються. Результати співвідносяться з такими рівнями:

- менше 30 балів низький рівень,
- від 31 до 45 балів – середній,
- 46 балів та більше – висока.

Ситуативна (реактивна) тривожність з'являється у людини як реакція на стресори, які є зовнішніми стосовно людини та сприймаються людиною як значимі. Щодо особистісної тривожності, то це індивідуально-психологічна схильність до дії різних стресорів. Психологи вважають, що рівень особистісної тривожності характеризує досвід людини, що був у минулому, тобто як часто людині доводилося переживати стани ситуативної тривожності.

Отже, а методикою дослідження тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна визначено рівень реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності.

Психологи зазначають [2; 3; 5; 10; 17; 29; 33; 34], що для людини важливо задовольнити свої як матеріальні, так і психологічні потреби. А також розуміння того яким потребам людина надає більшої переваги є важливим для розробки програми психологічної допомоги. Для визначення потреб у досліджених застосовано методику діагностики міри задоволеності основних потреб передбачає визначення прояву ступеню задоволеності потреб людини: матеріальні потреби, соціальні (міжособистісні) потреби, потреби в безпеці, потреби у визнанні, потреби у самовизначенні.

Досліджуваному пропонують 15 тверджень, які оцінюються попарно, порівнюючи ці твердження між собою та вносяться дані у спеціальний бланк. Підраховуються кількість виборів (балів). Далі вибирається п'ять тверджень, що отримали найбільшу кількість балів та розташовуються за ієрархією.

Отже, рівень задоволеності потреб у досліджуваних застосовано методику діагностики міри задоволеності основних потреб.

Переселення на нову територію завжди змінює соціальне оточення людини, а для внутрішньо переміщених осіб, що стали такими внаслідок російської агресії змінено кардинально. Проблеми переселення посилюються через те, що думок про переселення не було до моменту змушеного виїзду зі свого дому. При поселенні на нову територію людина часто переживає стани самотності. Для визначення прояву самотності застосовано методику діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона застосовується для визначення у досліджуваного відчуття самотності, які він суб'єктивно відчуває.

Пропонується 20 тверджень, на які досліджувані дають один із чотирьох варіантів від «часто» до «ніколи».

Визначається три рівні прояву самотності:

- Від 40 до 60 балів – високий ступінь прояву,
- Від 20 до 40 балів – середній рівень,
- Від 0 до 20 балів – низький рівень самотності.

Отже, визначення прояву самотності застосовано методику діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона.

Таким чином, за зазначеними методиками визначено особистісну та ситуаційну (реактивну) тривожність, матеріальні потреби, соціальні (міжособистісні) потреби, потреби в безпеці, потреби у визнанні, потреби у самовизначенні та рівень самотності.

Для обробки отриманих даних застосовано методи математичної статистики: описову статистику, кореляційний аналіз.

У опитуванні взяли участь 40 досліджуваних, що є внутрішньо переміщеними особами. У дослідженні взяли участь тільки жінки.

Щодо вікового розподілу, то він представлений це досліджувані віком від 20 до 50 років. Віковий розподіл вибірки представлено на рисунку 2.1.

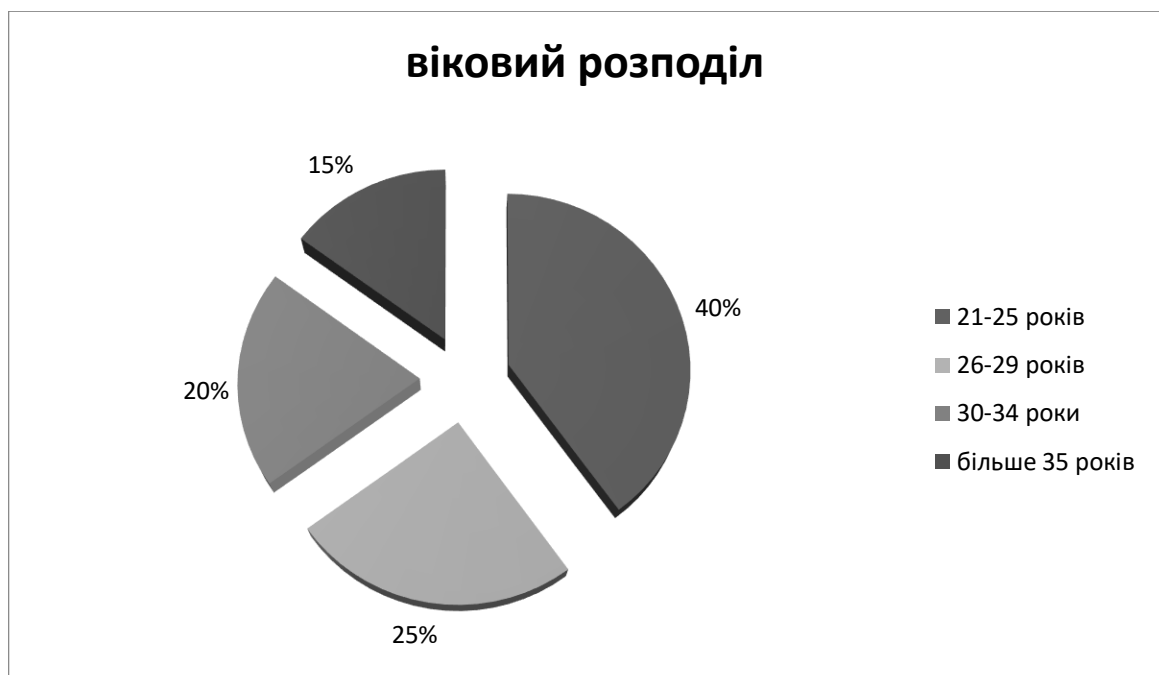


Рис. 2.1. Віковий розподіл вибірки.

Як зазначено на рисунку 2.1 віковий розподіл вибірки є наступним: 16 осіб (40% опитаних) мають від 21 до 25 років. Досліджувані віком від 26 до 29 років складають 25% вибірки (10 осіб). П'ята частина опитаних (8 осіб) має від 30 до 34 років. 15% досліджуваних (6 осіб) мають більше 35 років.

У дослідженні взяли участь внутрішньо переміщені особи із окремих регіонів України. Територіальний розподіл представлено на рисунку 2.2.

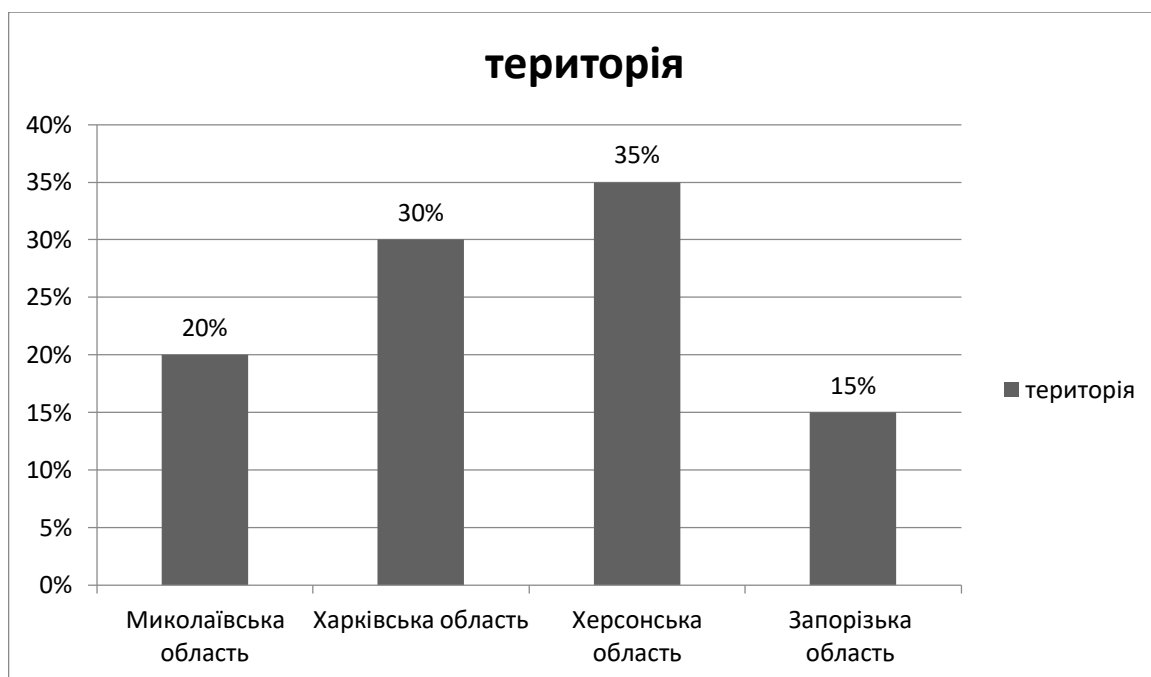


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за регіоном.

Як зазначено на рисунку 2.2 територіальний розподіл вибірки є наступним: 8 осіб (20% опитаних) переїхали із Миколаївської області. Досліджувані, що переїхали із Харківської області складають 30% вибірки (12 осіб). 35% опитаних (14 осіб) є внутрішньо переміщеними із Херсонської області. 15% досліджуваних (6 осіб) виїхали із Запорізької області.

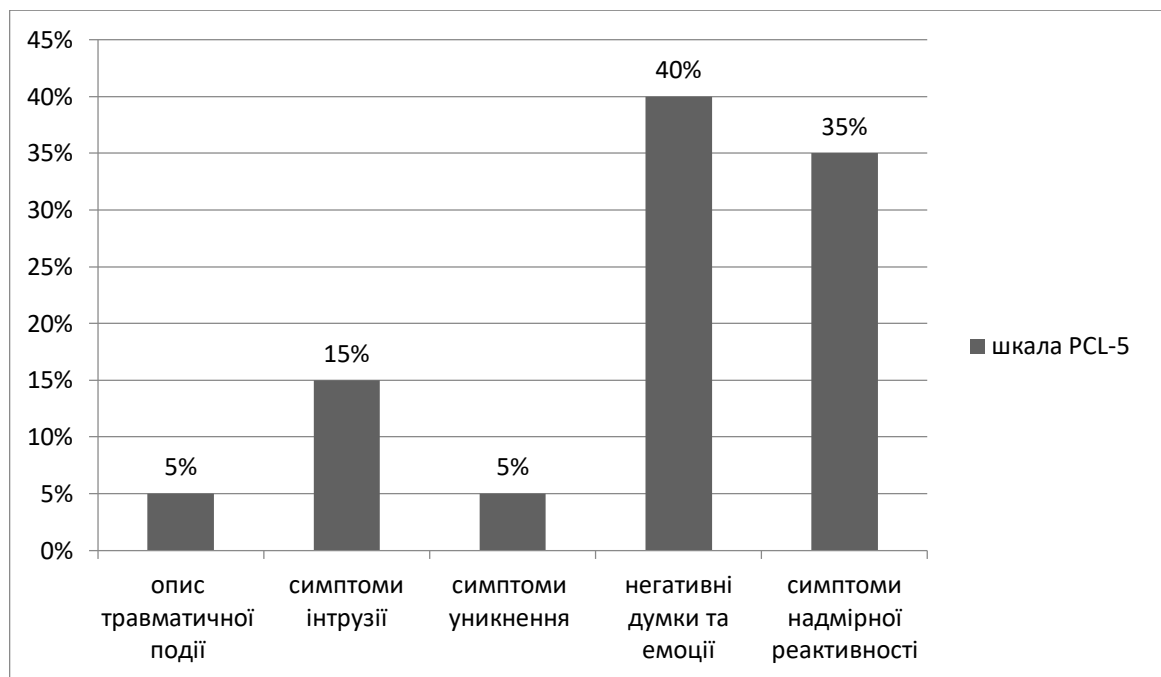
Отже, вибірку склало 40 осіб, що є внутрішньо переміщеними, всі вони жінки, віком від 21 до 50 років. Досліджувані переїхали з Миколаївської, Харківської, Херсонської та Запорізької областей.

Таким чином, дослідження особливостей прояву психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб здійснено впродовж теоретичного та емпіричного етапу дослідження. Застосовано ряд психодіагностичних методик: шкалу PCL-5, методику дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, методику діагностики міри задоволеності основних потреб, методику діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і

М. Фергюсона. В опитуванні взяли участь 40 внутрішньо переміщених осіб, що переїхали з Миколаївської, Харківської, Херсонської та Запорізької областей.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

Як ми вже зазначали для емпіричного дослідження особливостей прояву психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб насамперед потрібно виявити наявність психологічної травми у досліджуваних через оцінювання симптомів посттравматичного стресового розладу. Було проаналізовано відповіді досліджуваних за тестом «Шкала PCL-5», які представлено на рисунку 2.3.



2.3. Результати тесту шкала PCL-5 у внутрішньо переміщених осіб.

Як зазначено на рисунку 2.3 найбільше у представників вибірки проявляються негативні думки та емоції, серед досліджуваних є 16 осіб. 40% досліджуваним важко справлятися у повсякденному житті з думками та емоціями, що мають негативне забарвлення. У них знижується інтерес до заходів, які для них були важливими, у них збільшуватиметься дистанція з

іншими, брак позитивних емоцій. 35% досліджуваних демонструють симптоми надмірної реактивності. Такі досліджувані будуть більш вразливими, у них будуть сильними реакції, будуть ставитися до всього обережно. Проявлятиметься надмірна пильність, спалахи гніву, погана зосередженість.

Значно менше досліджуваних з проявами симптомів інтрузії, таких опитуваних у вибірці 15% (6 осіб). В цих респондентів можуть проявлятися флеш беки, періодичні сни та спогади, що є неприємними, а також появлятимуться спогади про ту або іншу травматичну подію.

Серед досліджуваних є 2 внутрішньо переміщені особи (5%), що мають симптоми уникнення та 2 осіб (5%) опис травматичної події. Тобто досліджувані уникають людей, уникають болючих спогадів, думок та почуттів, які є зв'язаними із подією, що є травматичними для досліджуваних.

На основі зазначених симптомів (опис травматичних подій, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, симптоми надмірної активності) визначається присутність симптомів посттравматичного стресового розладу у респондентів.

Результати надано на рисунку 2.4.

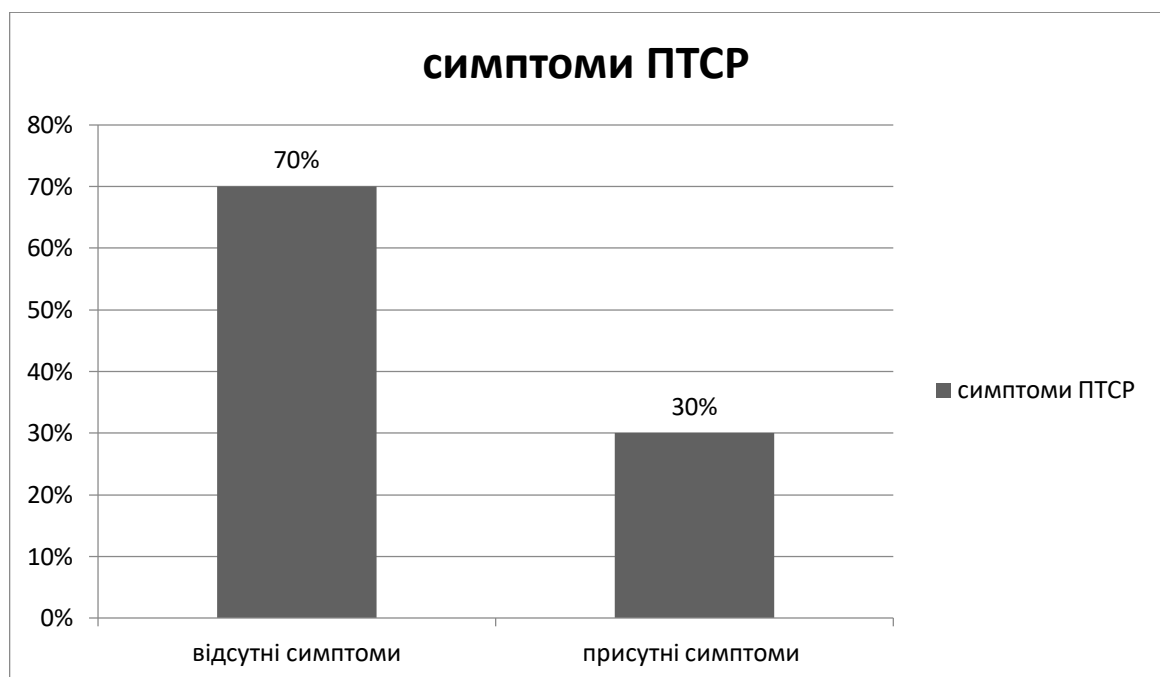


Рис. 2.4. Прояв симптомів ПТСР у внутрішньо переміщених осіб.

Як зазначено на рисунку 2.4 у більшій частині опитаних (70%) не виявляються симптоми посттравматичного стресового розладу у досліджуваних, у 30% респондентів виявлено симптоми ПТСР. Тобто у більшості відсутні симптоми ПТСР, що свідчить відсутність психологічної травми. Третина досліджуваних все таки переживали події, що стали для них травмуючими. А оскільки респонденти є внутрішньо переміщеними особами, то очевидно їх торкнулися бойові дії, що проходили на тих територіях, з яких вони виїхали.

Отже, за тестом «Шкала PCL-5» визначено, що у третини опитаних проявляється посттравматичний стресовий розлад, у більшій частині – не виявлено. Психологічна травма проявляється найбільше через негативні думки та емоції, дещо менше через симптоми надмірного реагування, інтрузії, найменше – симптоми уникнення та опис травматичної події.

Вище було зазначено, що особи, що мають психологічну травму виявляють підвищену тривожність. Реактивна тривожність проявляється як стан, що притаманний респондентам відповідь на ситуації зовнішнього світу. Особистісна тривожність розглядається як властивість особистості, тобто це стійка характеристика, яка виявляється у стійкій схильності сприймати більшість ситуацій як загрозові та у відповідь реагувати на них певним чином. Можна передбачити, що високий рівень тривожності як реакція на травмуючі ситуації, у внутрішньо переміщених осіб проявлятиметься через змінене місце проживання. За методикою дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна визначено три рівні прояву особистісної та реактивної (ситуаційної) тривожності: високий, середній та низький.

Результати прояву особистісної тривожності у внутрішньо переміщених осіб представлено на рисунку 2.5.

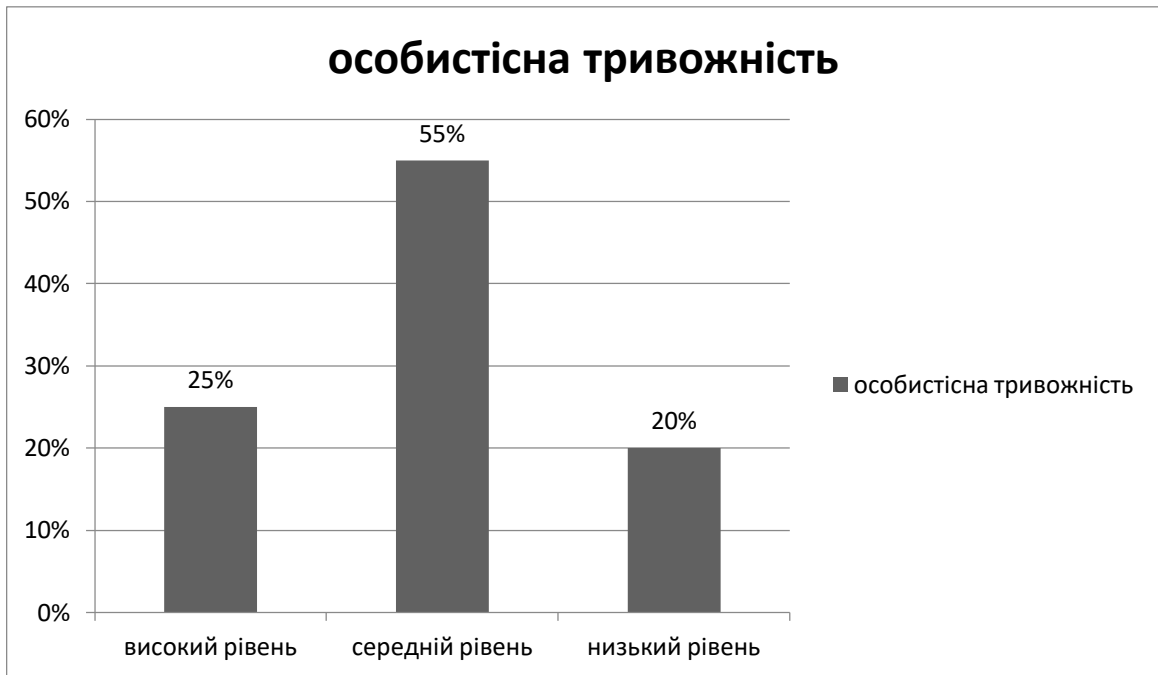


Рис. 2.5. Особистісна тривожність у внутрішньо переміщених осіб.

Як зазначено на рисунку 2.5 серед досліджуваних визначено у 25% внутрішньо переміщених осіб, що взяли участь в опитуванні проявляється високий рівень особистісної тривожності. Тобто для прояву високого рівня особистісної тривожності притаманна схильність до тривоги, яка активізується під час сприйняття певних тривожних стимулів, що сприймаються особистістю як загроза, яку несуть специфічні ситуації.

У більше, ніж половини опитаних (55%) визначається середній рівень особистісної тривожності. Тобто їм притаманний більш меншої інтенсивності рівень реагування на загрозливі ситуації. Однак, за певних обставин рівень особистісної тривожності може підвищуватися.

Щодо низького рівня, то 20% опитаних визначають цей рівень, тобто особистісна тривожність для них не є властивістю особистості.

Показники ситуаційної тривожності представлені на рисунку 2.6.

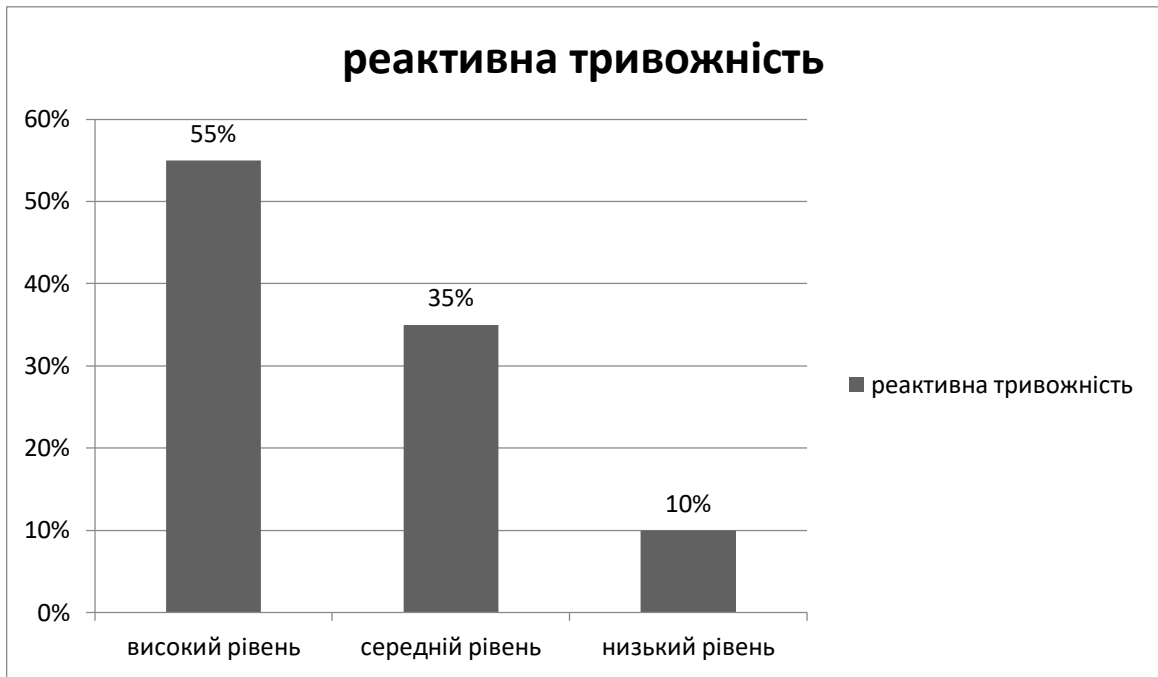


Рис. 2.6. Ситуативна тривожність у внутрішньо переміщених осіб.

Як зазначено на рисунку 2.6 серед внутрішньо переміщених осіб є 55% респондентів з високим рівнем ситуативної (реактивної) тривожності. Ці досліджувані переживають почуття зростаючої небезпеки, що є для людини неясним та незрозумілим, у них передчуття катастрофи, вони очікують трагічний результат. Емоційно вони переживають тривожність через фізичні відчуття (ніби всередині все стиснулося, є натягненим як струна, напруження тощо). В той же час ця тривожність може супроводжуватися руховим збудженням, тривожними вигуками, проявлятися можуть різними відтінками в інтонаціях, можуть бути перебільшеними виразні акти.

Середній рівень притаманний 35% опитаних внутрішньо переміщених осіб, тобто за певних обставин у них може підвищитися ситуативна тривожність за певних травмуючих обставин.

Щодо низького рівня, то він характерний для 10% опитаних. Ці респонденти потребують також пильної уваги. Адже низький рівень ситуативної тривожності характеризується станом байдужості, повної індиферентності до подій, що є навколо, до оточуючих людей, до свого власного становища, минулого життя, а найгірше те, що виявляють байдужість до перспектив до

майбутнього. Низький рівень (дуже низькі показники) можуть свідчити або про розгальмованість особистості, або втрату віри у майбутнє, або відстороненість.

Отже, можемо зазначити, що сама по собі тривожність не є негативною якістю особистості, адже певний її рівень є природньою та обов'язковою властивістю активної особистості. Гірше коли виявляються крайні прояви її, це такі як високий та низький рівні як особистісної, так і ситуаційної (реактивної) тривожності.

Порівняння особистісної та ситуаційної (реактивної) тривожності представлено на рисунку 2.7.

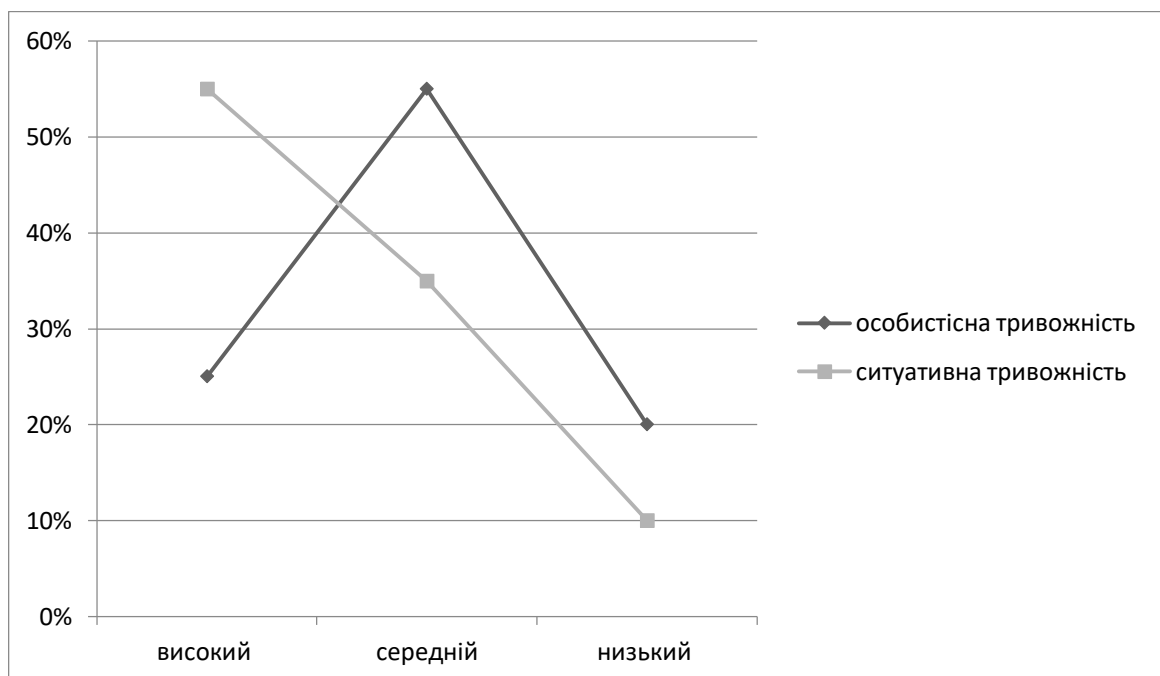


Рис. 2.7. Порівняння особистісної та ситуаційної тривожності у внутрішньо переміщених осіб.

Як зазначено на рисунку 2.7 найбільшу розбіжність помічено між показниками особистісної та ситуаційної тривожності за високим рівнем прояву. Очевидно для внутрішньо переміщених осіб вимушена зміна місця проживання викликає тривожність як реакцію на зовнішні впливи. Високий рівень тривожності може виявлятися через неспокій, страх, невротичність, чутливість

до невдач. Надмірно високий рівень тривожності може проявлятися через грубість стосовно інших людей, апатію, дратівливість, байдужість.

Таким чином, за методикою дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна визначено: високий рівень особистої тривожності проявляється у 25% осіб, що є внутрішньо переміщеними та ситуаційної тривожності у 55% респондентів; середній рівень тривожності виявлено у 66% та 35% відповідно; низький рівень визначено у 20% та 10% респондентів відповідно.

Психологи зауважують, що людина завжди хоче задовольнити свої основні потреби, до яких віднесено соціальні та матеріальні потреби, потреби у безпеці, визнанні та самовираженні. Зазначені основні потреби визначено за методикою діагностики міри задоволеності основних потреб. Результати представлено на рисунку 2.8.

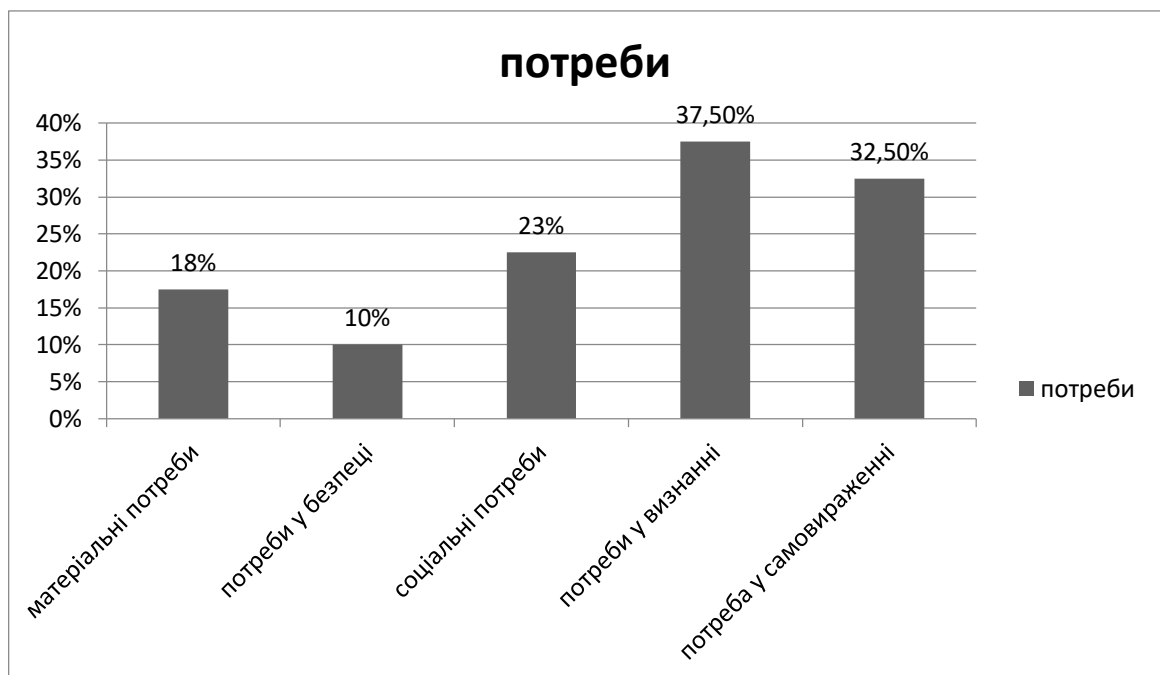


Рис. 2.8. Вияв задоволеності основних потреб у внутрішньо переміщених осіб.

На рисунку 2.8 зазначено ієрархію рівня задоволеності основних потреб у досліджуваних. У зоні задоволення розмістилася потреба у безпеці. Тобто з

переселенням із зони військових дій внутрішньо переміщені особи почувають себе у безпечних умовах та комфортно.

Людина, яка переселилася на нову територію повинна успішно вирішити ряд проблем. Це стосується пошуку роботи, пошуку житла, отримати доступ до установ охорони здоров'я, соціальних служб, що дасть можливість адаптуватися в нових умовах. У випадку неможливості забезпечення цих основних завдань викликає незадоволення основних потреб внутрішньо переміщених осіб. Для досліджуваних матеріальні та соціальні (міжособистісні) потреби є частково задоволеними. На пошук місця роботи впливає багато чинників: освіта, наявність вакансій, кількість пошукачів вакансій, вміння шукати роботу, користуватися інформацією, що є доступною. Відсутність місця праці також викликає недостатнє задоволення потреби в міжособистісній взаємодії. Адже внутрішньо переміщені особи є закритими в просторі та оточенні людей, що мають аналогічну ситуацію, а також не можуть в достатній мірі асимілюватися у суспільство, в якому зараз проживають.

Щодо задоволеності потреби у визнанні та самовираженні, то дані потреби у внутрішньо переміщених осіб є незадоволеними. Адже часто досліджувані майже не спілкуються з іншими, вони не знають місцеве населення, а інші переселенці також мають свої проблеми. Часто не складаються довірливі стосунки з місцевим населенням, не довіряють представникам влади.

На даний час проблема інтеграція внутрішньо переміщених осіб знаходиться в процесі, в світовому вимірі вона не є вирішеною. Найбільша проблема є в тому, що самі внутрішньо переміщені особи часто не намагаються інтегруватися в «нове» суспільство, прийняти традиції, спосіб життя, звичаї, культуру, що усталені в даному суспільстві, а також багато українців очікують можливості повернення додому після завершення. Не рідко є так, що не тільки що звільнені від окупації території повертаються, ті хто був внутрішньо переселеним.

Незадоволеність основних потреб є додатковою травматизацією для тих, хто був вимушеним виїхати через військові дії. Тобто можемо зазначити, що

незадоволеність основних потреб особистості проявом психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб.

Таким чином, за методикою діагностики міри задоволеності основних потреб визначено, що найбільш задоволеною у досліджуваних є потреба у безпеці; менш задоволеними є матеріальні та соціальні потреби у респондентів; щодо потреб у визнанні та самовираженні, то у внутрішньо переміщених осіб вони є найменш задоволеними.

Відчуття самотності у внутрішньо переміщених осіб є проявом психологічної травми. Суб'єктивне відчуття самотності досліджено за методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона. За тестом визначається три рівні прояву: високий, середній та низький.

Результати представлено на рисунку 2.9.

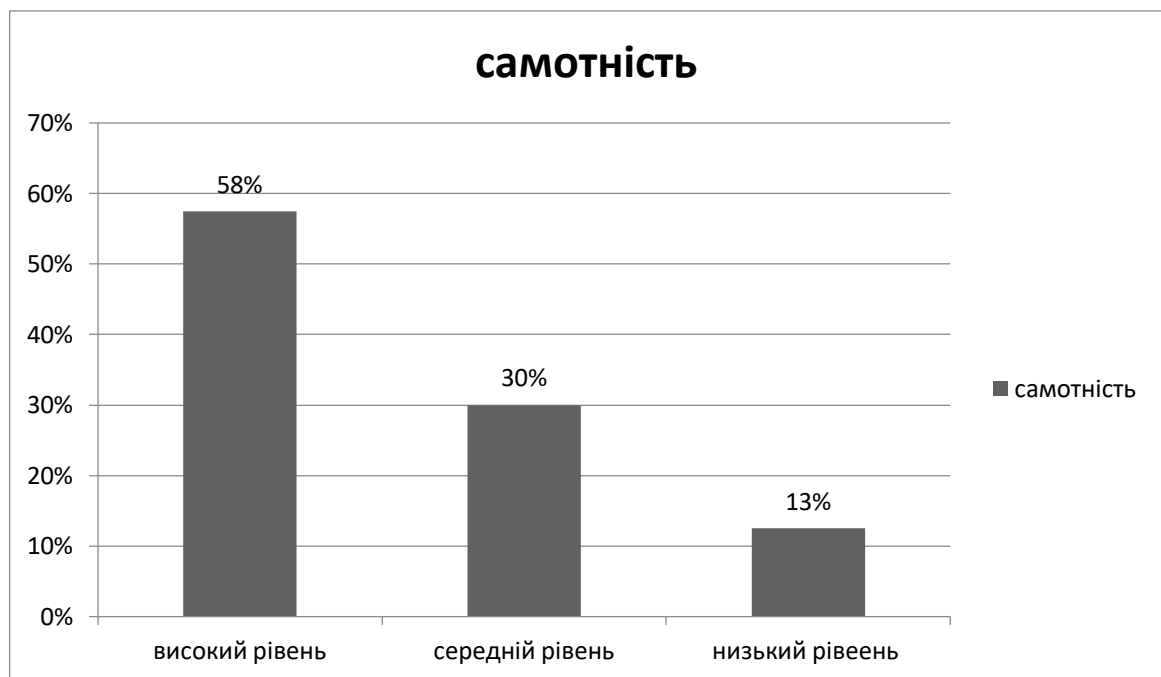


Рис. 2.9. Показники рівнів відчуття самотності у внутрішньо переміщених осіб.

Як зазначено на рисунку 2.9 найбільше серед внутрішньо переміщених осіб тих, хто має високий рівень відчуття самотності (57,5%). Для даних

досліджуваних приманна ненаситна потреба у самостверженні і у центрі їхньої уваги є тільки власний успіх. Їм властива у поведінці одноманітність, не можуть вийти із вибраної ролі і тому не можуть бути розкутими, бути природними у процесі спілкування з іншими людьми. Тобто вони зосередженні на своїх власних відчуттях: події власного життя для них є виключними, а також свій внутрішній світ. Характерним є недовірливість, похмурі передчуття, мають страхи за своє здоров'я. Також мають нестандартну поведінку, світосприйняття та вчинки є невідповідними правилам та нормам, що усталені у даній групі. Недооцінення себе як особистості, страх бути нецікавим іншим є притаманним особам з високим рівнем суб'єктивного відчуття самотності.

Загрозою для особистості є така ситуація, коли людина вважає себе самотньою та переживає страждання. Це може привести до депресивних станів та змін у психіці. При описі відчуття самотності асоціюють його із тугою, сумом, порожнечею у душі, тривогою, невпевненістю у собі. Нерідко людина звинувачує себе у нелюбові інших до себе, не розуміння себе іншими, не отриманні допомоги від інших.

Відчуття самотності породжуються через ситуацію невизначеності, страх невідомого, незадоволення потреб, туга за втраченим, за тим, що залишили. Через відчуття самотності людина відмежовується від оточуючих людей, людина не має бажання адаптуватися до умов проживання, що є новими і заганяє себе у негативні емоційні переживання. Вирватися із замкненого кола таким людям буває дуже важко.

Щодо середнього рівня, то таких респондентів виявлено 30%, а низького рівня прояву самотності виявлено 12,5% досліджуваних внутрішньо переміщених осіб. Тобто менше половини досліджуваних не переживають суб'єктивне відчуття самотності.

Отже, за методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона визначено у більше, ніж половини внутрішньо переміщених осіб високий рівень відчуття самотності (57,5%); середній рівень спостерігається у 30% досліджуваних та низький рівень у 12,5% респондентів.

Таким чином, у третини опитаних проявляється посттравматичний стресовий розлад, у більшій частини – не виявлено; психологічна травма проявляється найбільше через негативні думки та емоції, дещо менше через симптоми надмірного реагування, інтрузії, найменше – симптоми уникнення та опис травматичної події; високий рівень особистої тривожності проявляється у 25% респондентів та ситуаційної тривожності у 55%, середній рівень тривожності виявлено у 66% та 35% та низький рівень у 20% та 10% респондентів відповідно; найбільш задоволеною у досліджуваних є потреба у безпеці; менш задоволеними є матеріальні та соціальні потреби у респондентів; щодо потреб у визнанні та самовираженні, то у внутрішньо переміщених осіб вони є найменш задоволеними та у більше, ніж половини виявлено високий рівень відчуття самотності (57,5%); середній рівень спостерігається у 30% досліджуваних та низький рівень у 12,5% респондентів.

2.3. Кореляційний аналіз.

Для визначення взаємозв'язків між отриманими шкалами застосовано кореляційний аналіз. Було піддано математичній обробці шкали: опис травматичної події, симптоми інтрузії, симптоми уникнення, негативні думки та емоції, симптоми надмірної реактивності за тестом «Шкала PCL-5»; шкали: особистісна та ситуативна тривожність за методикою дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна; шкали потреб: матеріальні потреби, соціальні (міжособистісні) потреби, потреби в безпеці, потреби у визнанні, потреби у самовизначенні за методикою діагностики міри задоволеності основних потреб; шкала відчуття самотності за методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона.

Опишемо отримані результати кореляційного аналізу.

Результати кореляційних взаємозв'язків симптомів інтрузії та інших шкал представлено на рисунку 2.10.

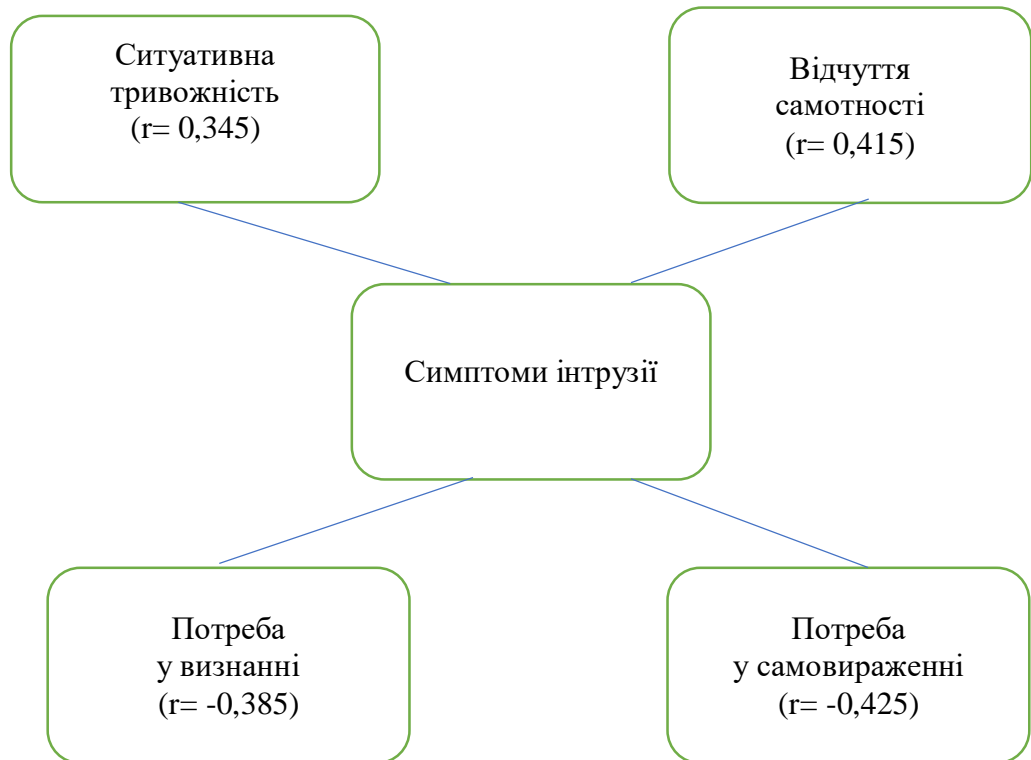


Рис. 2.10. Кореляційна плекда симптомів інтрузії та ситуативної тривожності, відчуття самотності, потреби у визнанні, потреби у самовираженні.

Як зазначено на рисунку 2.10 визначено прямі кореляційні зв'язки між симптомами інтрузії та ситуативної тривожності ($r = 0,345$ при $p \leq 0,05$), відчуття самотності ($r = 0,415$ при $p \leq 0,01$), зворотні взаємозв'язки з потребою у визнанні ($r = -0,385$ при $p \leq 0,05$) та з потребою у самовираженні ($r = -0,425$ при $p \leq 0,01$).

Існує прямолінійний взаємозв'язок між симптомами інтрузії та ситуативною тривожністю. Тобто з зі збільшенням вияву флеш беків, болючих спогадів, тривожних снів у внутрішньо переміщених буде зростати ситуаційна тривожність.

Прямолінійний взаємозв'язок між симптомами інтрузії та відчуття самотності. Тобто чим більше буде проявлятися симптоми інтрузії, тим сильнішим буде прояв суб'єктивного відчуття самотності.

Також встановлено зворотній взаємозв'язок між симптомами інтрузії та потребою у визнанні. Тобто з підвищенням прояву симптомів інтрузії знижуватиметься потреба у визнанні, і навпаки, з підвищенням реалізації потреби у визнанні знижуватимуться симптоми інтрузії: флеш беки, болючі спогади, тривожні спогади. Це свідчить, що внутрішньо переміщені досліджувані мають потребу у тому, щоб їх вислухали, визнали їхню особистість.

Також встановлено зворотній взаємозв'язок між симптомами інтрузії та потребою у самовираженні. Тобто з підвищенням прояву симптомів інтрузії знижуватиметься потреба у самовираженні, і навпаки, підвищення задоволення у вираженні себе знижуватимуться симптоми інтрузії. Це свідчить, що внутрішньо переміщені досліджувані мають потребу у тому, щоб вони мали можливість виразити свої переваги, свої позитивні та сильні сторони особистості.

Отже, виявлено кореляційні взаємозв'язки симптомів інтрузії та ситуативної тривожності, відчуття самотності, потреби у визнанні, потреби у самовираженні.

Результати кореляційних взаємозв'язків симптомів уникнення та інших шкал представлено на рисунку 2.11.

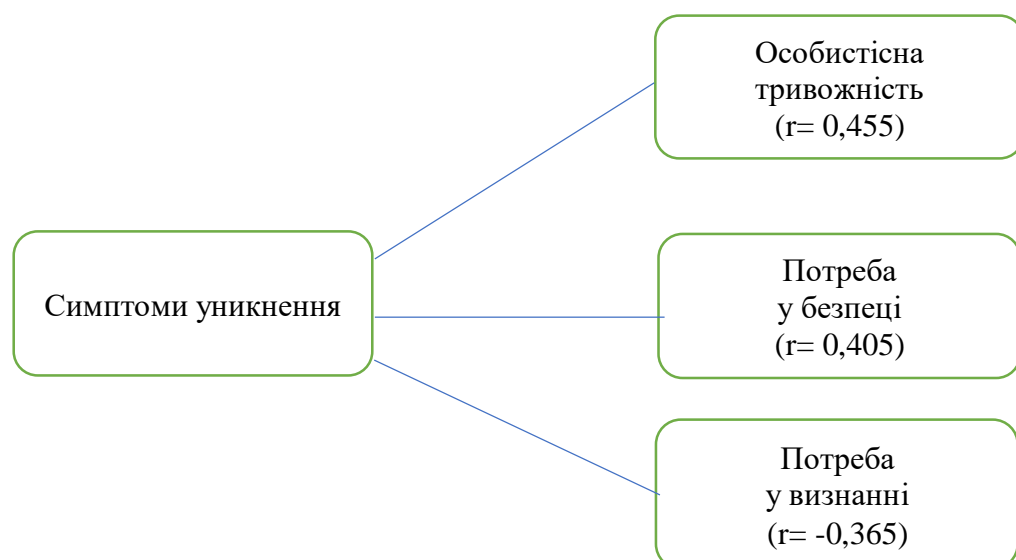


Рис. 2.11. Кореляційна плеяда симптомів уникнення та особистісної тривожності, потреби у безпеці, потреби у визнанні.

Як зазначено на рисунку 2.11 визначено прямі кореляційні зв'язки між симптомами уникнення та особистісної тривожності ($r = 0,455$ при $p \leq 0,01$), потреби у безпеці ($r = 0,405$ при $p \leq 0,01$), зворотні взаємозв'язки з потребою у визнанні ($r = -0,365$ при $p \leq 0,05$).

Існує прямолінійний взаємозв'язок між симптомами уникнення та особистісною тривожністю. Тобто зі збільшенням вияву негативних думок та емоцій, що впливають на бажання уникнення у внутрішньо переміщених буде зростати особистісна тривожність.

Прямолінійний взаємозв'язок між симптомами уникнення та потребою у безпеці. Тобто чим більше буде проявлятися симптоми уникнення, тим сильнішою буде проявлятися потреба у безпеці.

Також встановлено зворотній взаємозв'язок між симптомами уникнення та потребою у визнанні. Тобто з підвищенням прояву симптомів уникнення знижуватиметься потреба у визнанні, і навпаки, з підвищенням реалізації потреби у визнанні знижуватимуться симптоми уникнення: негативні емоції та думки. Це свідчить, що внутрішньо переміщені досліджувані мають потребу у тому, щоб їх вислухали, визнали їхню особистість.

Отже, виявлено кореляційні взаємозв'язки симптомів уникнення та особистісної тривожності, потреби у безпеці, потреби у визнанні внутрішньо переміщених осіб, що прийняли участь в опитуванні.

Результати кореляційних взаємозв'язків негативних думок та емоцій з особистісною тривожністю, суб'єктивним відчуття самотності представлено на рисунку 2.12.

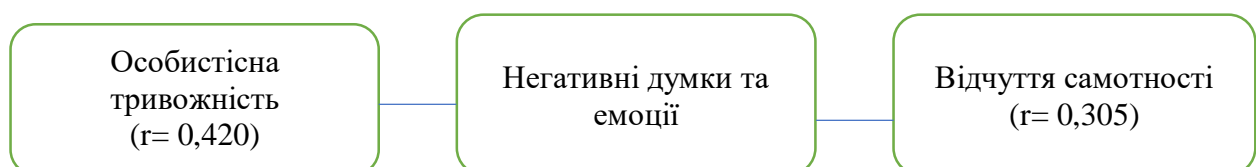


Рис. 2.12. Кореляційна плеяда негативних думок та емоцій з особистісною тривожністю, суб'єктивним відчуття самотності.

Як зазначено на рисунку 2.12 визначено прямі кореляційні зв'язки між негативними думками та емоціями з особистісною тривожністю ($r = 0,420$ при $p \leq 0,01$), суб'єктивним відчуттям самотності ($r = 0,305$ при $p \leq 0,05$).

Існує прямолінійний взаємозв'язок між негативними думками, емоціями та особистісною тривожністю. Тобто зі збільшенням вияву негативних думок та емоцій у внутрішньо переміщених буде зростати особистісна тривожність, як властивість особистості.

Прямолінійний взаємозв'язок між негативними думками, емоціями та суб'єктивним відчуття самотності. Тобто чим більше буде проявлятися негативні думки, емоції, тим сильнішим буде прояв суб'єктивного відчуття самотності.

Отже, виявлено кореляційні взаємозв'язки негативних думок, емоцій та особистісної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності внутрішньо переміщених осіб, що прийняли участь в опитуванні.

Результати кореляційних взаємозв'язків симптомів надмірної реактивності та суб'єктивного відчуття самотності, особистісної тривожності, ситуативної тривожності представлено на рисунку 2.13.

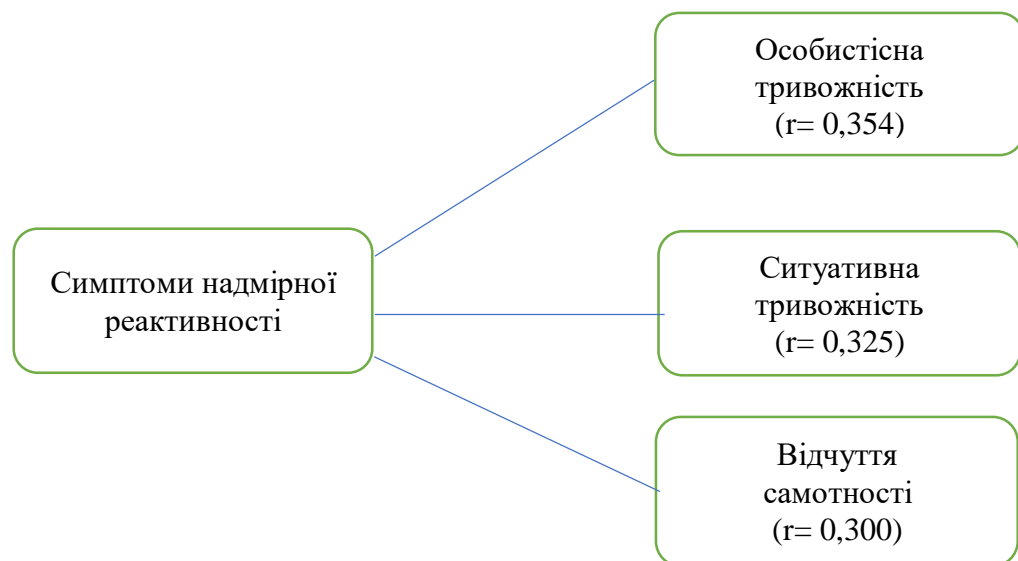


Рис. 2.13. Кореляційна плеяда надмірної реактивності та суб'єктивного відчуття самотності, особистісної та ситуативної тривожності.

Як зазначено на рисунку 2.13 визначено прямі кореляційні зв'язки між симптомами надмірної реактивності та особистісної тривожності ($r = 0,354$ при $p \leq 0,01$), ситуативної тривожності ($r = 0,325$ при $p \leq 0,05$), суб'єктивного відчуття самотності ($r = 0,300$ при $p \leq 0,05$).

Існує прямолінійний взаємозв'язок між симптомами надмірної реактивності та особистісною тривожністю. Тобто зі збільшенням вияву реактивної депресії через пригніченість, рухову та мовну загальмованість у внутрішньо переміщених буде зростати особистісна тривожність.

Прямолінійний взаємозв'язок між симптомами надмірної реактивності та ситуативною тривожністю. Тобто чим більше буде проявлятися симптоми надмірної реактивності, тим сильнішою буде проявлятися тривожність у різних ситуаціях оточуючого людину світу.

Також встановлено прямий взаємозв'язок між симптомами надмірної реактивності та суб'єктивним відчуттям самотності. Тобто з підвищенням прояву симптомів надмірної реактивності підвищуватиметься самотність, яку людина суб'єктивно відчуває. Це свідчить, що внутрішньо переміщені досліджувані переживаючи пригніченість, рухову та мовну загальмованість суб'єктивно у більшій мірі будуть переживати відчуття своєї самотності.

Отже, виявлено кореляційні взаємозв'язки симптомів надмірної реактивності та суб'єктивного відчуття самотності, особистісної тривожності, ситуативної тривожності у внутрішньо переміщених осіб, що прийняли участь в опитуванні.

Результати кореляційних взаємозв'язків симптомів посттравматичного стресового розладу та особистісної тривожності, ситуативної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності, потреби у безпеці.

Отримані кореляційні взаємозалежності представлено на рисунку 2.14.

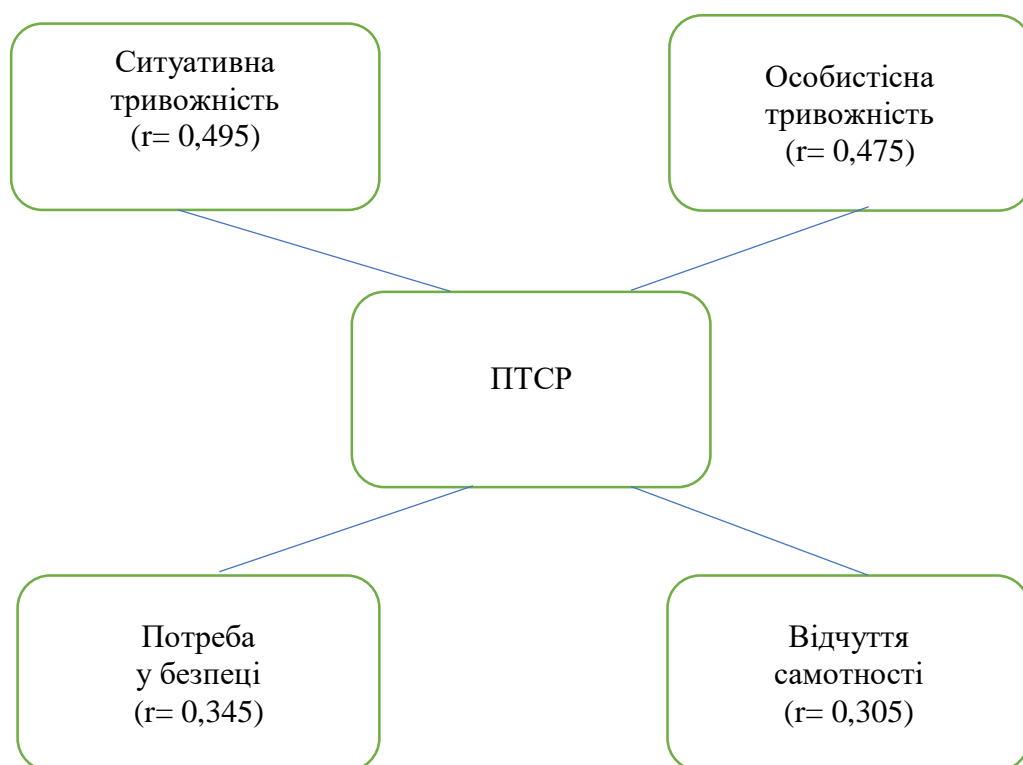


Рис. 2.14. Кореляційна плеяда симптомів ПТСР та особистісної тривожності, ситуативної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності, потреби у безпеці.

Як зазначено на рисунку 2.14 визначено прямі кореляційні зв'язки між посттравматичним стресовим розладом та особистісною тривожністю ($r = 0,475$ при $p \leq 0,01$), ситуативної тривожності ($r = 0,495$ при $p \leq 0,01$), суб'єктивного відчуття самотності ($r = 0,305$ при $p \leq 0,05$), потреби у безпеці ($r = 0,345$ при $p \leq 0,05$).

Існує прямолінійний взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом та особистісною тривожністю. Тобто з підвищенням прояву ПТСР, унікаючої поведінки щодо спогадів про травматичні події, негативних змін у

думках та настрої, збудливості, реактивності, деперсоналізації у внутрішньо переміщених буде зростати особистісна тривожність.

Прямолінійний взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом та ситуативною тривожністю. Тобто чим більше буде проявлятися симптоми ПТСР, тим сильнішою буде проявлятися тривожність як реакція людини на різні ситуації оточуючого світу.

Також встановлено прямий взаємозв'язок між симптомами посттравматичним стресовим розладом та суб'єктивним відчуттям самотності. Тобто з підвищенням прояву симптомів ПТСР підвищуватиметься самотність, яку людина суб'єктивно відчуває. Це свідчить, що внутрішньо переміщені досліджувані переживаючи негативні зміни у думках та настрої, збудливість, реактивність, деперсоналізацію, демонструючи уникаючу поведінку щодо спогадів про травматичні події, суб'єктивно у більшій мірі будуть переживати відчуття своєї самотності.

Спостерігається прямолінійний взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом та потребою у безпеці. Тобто чим більше буде проявлятися симптоми ПТСР, тим сильніше у внутрішньо переміщених осіб буде проявлятися потреба у безпеці.

Отже, виявлено кореляційні взаємозв'язки симптомів посттравматичного стресового розладу та особистісної тривожності, ситуативної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності, потреби у безпеці.

Таким чином, в результаті кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язки між проявом посттравматичного розладу, симптомами інтрузії, уникнення, надмірної реактивності, негативних думок та емоцій та особистісною, ситуаційною тривожністю, потребами у безпеці, визнанні, самоствердженні, суб'єктивним відчуттям самотності.

Висновки до розділу 2

Дослідження особливостей прояву психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб здійснено впродовж теоретичного та емпіричного етапу дослідження. Застосовано ряд психодіагностичних методик: шкалу PCL-5, методику дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, методику діагностики міри задоволеності основних потреб, методику діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона. В опитуванні взяли участь 40 внутрішньо переміщених осіб, що переїхали з Миколаївської, Харківської, Херсонської та Запорізької областей.

В результаті емпіричного дослідження визначено:

- за тестом «Шкала PCL-5» визначено, що психологічна травма проявляється найбільше через негативні думки та емоції, дещо менше через симптоми надмірного реагування, інтрузії, найменше – симптоми уникнення та опис травматичної події;

- за методикою дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна: високий рівень особистої тривожності проявляється у 25% осіб, що є внутрішньо переміщеними та ситуаційної тривожності у 55% респондентів; середній рівень тривожності виявлено у 66% та 35% відповідно; низький рівень визначено у 20% та 10% респондентів відповідно;

- за методикою діагностики міри задоволеності основних потреб визначено: найбільш задоволеною у досліджуваних є потреба у безпеці; менш задоволеними є матеріальні та соціальні потреби у респондентів; щодо потреб у визнанні та самовираженні, то у внутрішньо переміщених осіб вони є найменш задоволеними;

- за методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона визначено у більше, ніж половини внутрішньо переміщених осіб високий рівень відчуття самотності (57,5%); середній рівень спостерігається у 30% досліджуваних та низький рівень у 12,5% респондентів.

У результаті кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язки між проявом посттравматичного стресового розладу, симптомами інтрузії, уникнення, надмірної реактивності, негативних думок та емоцій та особистісною, ситуаційною тривожністю, потребами у безпеці, визнанні, самоствердженні, суб'єктивним відчуттям самотності.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено аналіз наукової літератури щодо проблеми психологічної травми, описано методи роботи з психологічною травмою та емпірично досліджено особливості психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб.

У результаті теоретичного аналізу визначено, що психологічна травма є шкодою, що завдана психічному здоров'ю людині дією несприятливих факторів оточуючого середовища, що є інтенсивними, а також під стресовими впливами інших людей.

Вітчизняні психологи зазначають, що психічне здоров'я особистості в умовах війни має таку структуру: здатність справлятися з повсякденними стресами життя, здатність ефективно працювати на допомогу своїй організації, громаді та суспільству, здатність налагоджувати стосунки та здатність реалізовувати свої здібності. Ті, хто знаходився під окупацією російської федерації провідним є переживання психологічної травми від переживання ситуацій психічного та сексуального насилля, втрати або ж каліцтва близьких людей.

В умовах війни у внутрішньо переміщених осіб проявляються різні вияви гострого стресу: страх, паніка, шок, стани депресії та апатії та втрата сенсу життя, що може сформувати психологічні травми, які в подальшому можуть мати негативні наслідки у випадку їхнього непропрацювання.

Найбільш ефективними методами допомоги при психологічній травмі (посттравматичному стресовому розладі) на даний час два травмофокусуючі психотерапевтичні підходи: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR); а також застосовується фармакотерапія.

Психотерапевтичні підходи, що можуть застосовуватися у роботі з психологічною травмою: логотерапія В. Франкла, екзистенційно-гуманістична психотерапія Дж. Б'юдженталя, гештальттерапія Ф. Перлза, соматична терапія

психічної травми П. Левіна, особистісно-орієнтована психотерапія К. Роджерса, тілесно-орієнтована психотерапія, процесуальна психотерапія А. Мінделла.

Емпірично визначено:

- за тестом «Шкала PCL-5» визначено, що психологічна травма проявляється найбільше через негативні думки та емоції, дещо менше через симптоми надмірного реагування, інтрузії, найменше – симптоми уникнення та опис травматичної події;

- за методикою дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна: високий рівень особистої тривожності проявляється у 25% осіб, що є внутрішньо переміщеними та ситуаційної тривожності у 55% респондентів; середній рівень тривожності виявлено у 66% та 35% відповідно; низький рівень визначено у 20% та 10% респондентів відповідно;

- за методикою діагностики міри задоволеності основних потреб визначено: найбільш задоволеною у досліджуваних є потреба у безпеці; менш задоволеними є матеріальні та соціальні потреби у респондентів; щодо потреб у визнанні та самовираженні, то у внутрішньо переміщених осіб вони є найменш задоволеними;

- за методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела, Л. Пепло і М. Фергюсона визначено у більше, ніж половини внутрішньо переміщених осіб високий рівень відчуття самотності (57,5%); середній рівень спостерігається у 30% досліджуваних та низький рівень у 12,5% респондентів.

У результаті кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язки між проявом посттравматичного стресового розладу, симптомами інтрузії, уникнення, надмірної реактивності, негативних думок та емоцій та особистісною, ситуаційною тривожністю, потребами у безпеці, визнанні, самоствердженні, суб'єктивним відчуттям самотності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. РМGP [інтернет]. 19, Вересень 2016 [цит. за 15, лютий 2023]. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
2. Безшейко В.Г. Діагностика пост стресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія, № 1, 2016. С. 99-104.
3. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. Талком, 2016. 246 с.
4. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості : навч. посіб. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8-35.
5. Вишньовський В. Психологічна адаптація вимушено переміщених осіб, жертв воєнних конфліктів. II Міжнародна наукова конференція «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки». 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 3–5.
6. Власенко С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи Юридична психологія. 2018. № 2. С. 59-71. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2018_2_7
7. Внутрішньо переміщені особи – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>
8. Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб (клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості та реабілітація. Дис.. доктора філософії. 222 – Медицина, 22 – охорона здоров'я. Полтава, 2021. 207 с.
9. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору: Д-р Дж. Герман; переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с

10. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.
11. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. К. : Міленіум, 2015. С. 26-35.
12. Гриньова Н., Слободян С. Дослідження психотравм особистості та шляхи її корекції у форматі позитивної психотерапії. Психологічний журнал / ред. Сафін О.Д. та ін., №3. Умань : ВПЦ Візаві, С. 42-50.
13. Дем'яненко М. Внутрішньо переміщені особи України: актуальні проблеми та шляхи їх розв'язання [Електронний ресурс]. // Україна: події, факти, коментарі. 2018. № 3. Режим доступу: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf>
14. Дуб В. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять [для студентів ВНЗ]. Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. 92 с.
15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
16. Каменщук Т. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». №1, 2022. С. 21-27.
17. Карамушка Л., Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах

- війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. №2 (26). 2022. С. 48-59.
18. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
19. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
20. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с
21. Краснокутський М.І., Овсяннікова Я.О. Психотравмуючий досвід дітей: основні етапи надання психологічної допомоги. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2018. Вип. 1(2). С. 56-61. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr_2018_1%282%29__12
22. Лукашенко М.Ю. Галич Я.В. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i20/9.pdf>
23. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 15 березня 2023 р.) / за загальною редакцією член-кор. НАМН України, професора С.Т. Омельчука. К.: МВЦ «Медінформ», 2023. 224 с.
24. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту – Режим доступу: URL : <http://www.mvk.if.ua/cssm/29453>
25. Міхеєва О., Серєда В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії

- трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні Збірка аналітичних матеріалів. Львів : Галицька видавнича спілка, 2015. 9-48 с.
26. Моделювання констеляцій впливу травми в Національному наборі даних основної мережі дитячого травматичного стресу. веб-сайт. URL: https://www.researchgate.net/publication/268506133_Modeling_Constellations_of_Trauma_Exposure_in_the_National_Child_Traumatic_Stress_Network_Core_Data_Set
27. Музиченко І. В., Ткачук І.І. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.]. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.
28. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
29. Нестайко І. Соціальна адаптація та інтеграція внутрішньо переміщених осіб в результаті війни (польський погляд). // Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 20-22.
30. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
31. Періг І. Арт-терапевтичні методи зняття психоемоційної напруги в умовах переживання воєнних дій. // Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 22-24.
32. Петришин Л. Соціальне забезпечення впо як реабілітаційний аспект відновлення соціального статусу в умовах військового конфлікту. // Збірник тез II Міжнародної наукової конференції «Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки», 21-22 квітня. Т. : ФОП Паляниця В.А., 2022. С. 24-27.

- 33.Плескач Б.В., Уркаєв В.С. Складові технології психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам спрямованої на подолання травматичного досвіду. Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія та психотерапія. Т.3, №15, 2019.
- 34.Попіль М. Емпіричне дослідження впливу травмувального стресу на психічне здоров'я комбатантів. Проблеми гуманітарних наук: збірник наукових праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія «Психологія», 45, 2019/ 100–113.
- 35.Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. К.: «Академвидав», 2006. 424 с.
- 36.Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Методичний посібник. / Уклад. : Г.Б.Растроста . Суми. НВВ КЗ СОІППО : 2018. 64с.
- 37.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ «Видавництво «Логос»». 207 с.
- 38.Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001. 320 с.
- 39.Психологія поведінки на війні: практичний poradnik. Навчальний посібник / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. К. : НУОУ, 2014. 125 с.
- 40.Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. – Режим доступу: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
- 41.Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології. // Актуальні проблеми сучасної медичної психології: матеріали V науково-практичної конференції (м. Київ, 11–12 травня 2011 р.). К., 2011. С. 50–54.

42. Сіпко Л.О. Особливості використання методів психокорекції у роботі з психічною травмою Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 30. С. 588-599. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_30_51
43. Соціально-психологічна профілактика стресів та стресових розладів учнів та студентів : навч. посіб. / [за ред. В.Г. Панка, І.І. Цушка]. К. : Ніка-Центр, 2007. 164 с.
44. Спринська З.В. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. Теорія і практика сучасної психології. №6, 2018. С. 50-56
45. Терлецька Л. Психокорекція засобами малюнку. К. : Главник, 2004. 144 с.
46. Титаренко Т. Життєві кризи : технологія консультування. К. : Главник, 2007. С. 89-93, 116-120.
47. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. К. : Либідь, 2003. 376 с.
48. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
49. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
50. Титаренко Т.М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. – Режим доступу: <https://msu.edu.ua/psixologiya-teoriya-i-praktika/titarenko-t-m-sposobi-pidvishhennya-psixologichnogo-blagopoluchchya-osobistosti-shho-perezhila-travmu/>
51. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
52. Хоружий С.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічна робота з посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців

Збройних Сил України. Частина 2: Групові форми психологічної допомоги військовослужбовцям у подоланні наслідків психологічної травматизації. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 84 с.

- 53.Христук О.Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2017. Випуск 2. С. 183-191. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2017_2_22
- 54.Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
- 55.Черній А., Колодич О. Інклюзивна освіта. Практикум : навчальний посібник. Рівне : РОППО, 2020. 180 с.
- 56.Buydens, S. L., Wilensky, M., & Hensley, B. J. (2014). Effects of the EMDR protocol for recent traumatic events on acute stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 102-112.
- 57.Colelli G., & Patterson B. (2008). Three case reports illustrating the use of the protocol for recent traumatic events following the World Trade Center terrorist attack. *Journal for EMDR Practice and Research*, 2, 114–123.
- 58.EMDR. Терапія наслідків психотравми / за ред.. Арне Гофманна. Львів: Свічадо, 2017. 259 с.
- 59.Fernandez (2008). EMDR after a critical incident: Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 156–159.
- 60.Ichii M. (1997). Application of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to survivors of the great Hanshin-Awaji earthquake: Treatment of less stress for stress disorder. *Japanese Journal of Biofeedback Research*, 24, 38–44.
- 61.Grainger R. D., Levin C., Allen-Byrd L., Doctor R. M., & Lee H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 665–672.

62. Russell M. C. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology*, 18(1), 1–18.
63. Rost C., Hofmann A., & Wheeler K. (2009). EMDR treatment of workplace trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 80–90.
64. Shapiro, F., & Maxfield, L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology*, 58(8), 2002. 933-946.
65. Silver S. M., Rogers S., Knipe J., & Colelli G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12, 29–42.
66. Wesson M., & Gould M. (2009). Intervening Early With EMDR on Military Operations: A Case Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91–97. 10.1891/1933-3196.3.2.91

Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція: Обстежуваному пропонується - " Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану".

2. Проводиться тестування з використанням опитувального бланка (Табл. 36).

Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, так	вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я відчуваю себе напружено	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розчарований	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Показник ситуативної (реактивною) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13,14, 17,18;

$\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше - тривожність висока.

Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареаактивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в "кращому світлі".

Методика діагностики ступеня задоволеності основних потреб

Інструкція: Перед вами 15 тверджень, які ви повинні оцінити, попарно порівнюючи їх між собою.

Спочатку оцініть 1-е твердження з 2-м, 3-м і т. Д. І результат впишіть в 1-ю колонку. Так, якщо при порівнянні першого твердження з другим кращим для себе ви вважаєте друге, то в початкову клітинку впишіть цифру 2. Якщо ж кращим виявиться 1-е твердження, то впишіть цифру 1. Потім те ж саме виконайте з другим твердженням: порівняйте його спочатку з 3-м, потім з 4-м і т. д., і вписуйте результат в 2-у колонку. Подібним же чином працюйте з іншими твердженнями, поступово заповнюючи весь бланк.

Під час роботи корисно до кожного твердженням вголос проговорити фразу «Я хочу ...»

1. Домогтися визнання і поваги
2. Мати теплі відносини з людьми.
3. Забезпечити собі майбутнє.
4. Заробляти на життя.
5. Мати хороших співрозмовників
6. Зміцнити своє становище.
7. Розвивати свої сили і здібності.
8. Забезпечити собі матеріальний комфорт.
9. Підвищувати рівень майстерності і компетентності.
10. Уникати неприємностей.
11. Прагнути до нового і незвіданого.

12. Забезпечити собі положення впливу.
13. Купувати гарні речі
14. Займатися справою, що вимагає повної віддачі.
15. Бути зрозумілим іншими.

Обробка результатів дослідження та інтерпретація.

Закінчивши роботу, підрахуйте кількість балів (тобто виборів), що випали на кожне твердження.

Виберіть 5 тверджень, які отримали найбільшу кількість балів, і розташуйте їх по ієрархії. Це ваші головні потреби.

Для визначення ступеня задоволеності 5 головних потреб підрахуйте суму балів по п'яти секціях з наступних питань:

1. Матеріальні потреби: 4, 8, 13;
2. Потреби в безпеці: 3, 6, 10;
3. Соціальні (міжособистісні) потреби: 2, 5, 15;
4. Потреби у визнанні: 1, 9, 12;
5. Потреби в самовираженні: 7, 11, 14.

Підрахуйте суми балів по кожній з 5 секцій і відкладіть на вертикальній осі графіка результату. По точках-балам побудуйте загальний графік результату, який вкаже три зони задоволеності по п'яти потребам.

Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності (Д. Рассел і М. Фергюсон)

Інструкція. Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Той варіант, що ви обрали, позначте знаком «+».

Твердження	часто	іноді	рідко	ніколи
1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті				
2. Мені ні з ким поспілкуватися				
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім				
4. Мені не вистачає спілкування				
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене				
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть				
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися				

8. Я зараз не маю близької людини				
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї				
10. Я відчуваю себе покинутим				
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують				
12. Я почуваюся зовсім самотнім				
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі				
14. Мені дуже не вистачає компанії				
15. Ніхто не знає яким я є насправді				
16. Я відчуваю, ніби мене ізолювано від інших людей				
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий				
18. Мені важко знаходити друзів				
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму				
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною				

Обробка результатів дослідження та інтерпретація.

Підраховується кількість кожного із варіантів відповідей. Сума відповідей «Часто» множиться на 3 (три), «Іноді» - на 2 (два), «рідко» - на 1 (один), і «ніколи» - на 0 (нуль). Отримані результати додаються. Максимально можливий показник самотності - 60 (шістдесят) балів. Високий ступінь самотності показує сума від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів - середній рівень самотності, від 0 до 20 балів - низький рівень самотності.

Додаток 4

Шкала PCL-5

Інструкція

Проблеми, з якими інколи стикаються люди, що зазнали сильного стресу, наведено далі в таблиці. Рекомендовано людині, згадуючи в думках найгіршу подію, уважно прочитати зазначені запитання та відмітити, наскільки вони її турбували протягом останнього місяця. Треба при цьому намагатись якомога коротше описувати такі події; якщо вони викликають сильне занепокоєння людина може взагалі пропустити цей пункт.

Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували...

1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?
3. Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?
4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?

9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?
10. Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?
16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?
17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?
18. Відчуття постійної напруги?
19. Труднощі із зосередженістю?
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

- Критерій E, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв B та C, та на два запитання – критеріїв D та E.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.