

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітній ступінь)

на тему «Психологічні особливості структури травматичного емоційного
досвіду у жінок з ППД у воєнний час»

ХАІ.704.7-96п2.22О.053. 9749579КР

Виконав: здобувач (ка) б курсу групи №7-96п2

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та
психотерапія»

(найменування)

Папко Г. В.

(прізвище та ініціали здобувача (ки))

Керівник: Гульман Б.Л.

(прізвище та ініціали)

Рецензент: Фоменко К. І.

(прізвище та ініціали)

Харків – 2022

Міністерство освіти і науки України
Національний аерокосмічний університет ім. М. Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Факультет Гуманітарно-правовий факультет
Кафедра психології
Рівень вищої освіти другий магістерський
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
(код і найменування)
Спеціальність 053 «Психологія»
(код і найменування)
Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія
(найменування)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
Ю. І. Гулий
(ініціали та прізвище)

(підпис)

«01» вересня 2022 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Папко Г. В.

(прізвище, ім'я та по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи Психологічні особливості структури
травматичного емоційного досвіду у жінок з ППД у воєнний час
керівник кваліфікаційної роботи д. психол. н., проф. Гульман Б.Л.

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

затверджені наказом Університету №1586-уч від «17» листопада 2022 року.

2. Термін подання здобувачем кваліфікаційної роботи «18» грудня 2022 р.

3. Вихідні дані до роботи _____

визначити структурні особливості організації травматичного емоційного
досвіду жінок України, у період війни з ППД.

4. Зміст пояснювальної записки (перелік завдань, які потрібно розв'язати)

- Провести теоретичний аналіз наукової літератури щодо концептуалізації
постстресової психологічної дезадаптації та травматичного емоційного досвіду
людини.

- Виявити особливості структури інфантильного травматичного досвіду та
особистості жінок України у період війни з ППД.

- Виявити структурні особливості емоційної сфери жінок у період війни в
Україні з ППД.

- Визначити особливості прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду у
жінок в Україні під час війни з ППД

- Визначити особливості структури мотиваційно-сислової сфери жінок під час
війни в Україні з ППД.

5. Перелік графічного матеріалу:

Рис. 7

Табл. 7

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Гульман Б.Л., д. психол. н., проф.	11.10.22	15.10.22
2	Гульман Б.Л., д. психол. н., проф.	18.10.22-	23.10.22
3	Гульман Б.Л., д. психол. н., проф.	15.11. 22-	22.11.22

Нормоконтроль _____ С. В. Кузьміна «18» грудня 2022 р.
(підпис) (ініціали та прізвище)

7. Дата видачі завдання «01» вересня 2022 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Затвердження теми, мети та завдань дипломної роботи	01.09.22-07.10.22	
2.	Складання плану роботи	08.10.22-10.10.22	
3.	Аналіз літературних джерел. Написання першого розділу дипломної роботи	11.10.22-15.10.22	
4.	Визначення психодіагностичного інструментарія для проведення практичної частини дослідження . Написання другого розділу дипломної роботи.	18.10.22-23.10.22	
5.	Проведення практичної частини дослідження.	24.10.22-07.11.22	
6.	Статистична обробка отриманих даних.	08.11.22-12.11.22	
7.	Написання третього розділу дипломної роботи.	15.11. 22-22.11.22	
8.	Написання загальних висновків. Оформлення списку використаних літературних джерел, додадку(ків) та змісту.	23.11. 22–29.11.22	
9.	Передзахист.	30.11.2022-01.12.22	
10.	Внесення коректив до тесту дипломної роботи.	02.12.22-11.12.22	
11.	Оформлення та підписання відповідної документації(висновок керівника, висновок кафедри, рецензія та довідка на предмет наявності порушень академічної доброчесності)	12.12.22-17.12.22	
12.	Підготовка електронної презентації та тексту доповіді.	14.12.22-17.12.22	
13.	Строк подання студентом роботи на кафедру.	18.12.22	
14.	Захист.	20.12.22-21.12.22	

Здобувач

_____ Г. В. Папко
(підпис) (ініціали та прізвище)

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Б. Л. Гульман _
(підпис) (ініціали та прізвище)

Реферат

Дипломна робота: 72 с., 7 табл., 7 рис., 73 джерела.

Ключові слова: ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ, ТРАВМАТИЧНИЙ СИНДРОМ, ЕМОЦІЙНА СФЕРА, ВІЙНА, .

Об'єкт дослідження: травматичний емоційний досвід особистості.

Предмет дослідження: особливості структури травматичного емоційного досвіду жінок України у період війни з постстресовою психологічною дезадаптацією (далі ППД).

Мета дослідження – визначити структурні особливості організації травматичного емоційного досвіду жінок України, у період війни з ППД..

Методи дослідження: 1. Теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми дослідження. 2. Тестування (Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) ;опитувальник Ліз Бурбо тест «П'ять травм», шкала диференціальних емоцій (Ізард К.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтев Д. А.) опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (Немчін Т.А.)). 3. Методи математико-статистичної обробки даних критерій Манна-Уїтні.

За результатами дослідження було зроблено наступні висновки:

Дослідженні показало, що жінки без ППД мають у емоційному травматичному досвіді наступні травми : травма зради –маска «контролер», травма покинутості- маска «залежний», травма несправедливості- маска ригідний, жінки з ППД, за результатами дослідження, мають у емоційному травматичному досвіді уві п'ять видів інфантильних травм. Досліджувані без ознак ППД мають значно менший статистично значущий рівень виразності негативних та тривожно-депресивних емоцій, але значно більший статистично значущий рівень позитивних емоцій. Досліджувані з ознаками ППД на відміну від першої групи мають вищий рівень виразності показників таких емоцій, як горе, презирство, страх та провина . За сумарним показником , у цієї групи переважаючими є емоції тривожно-депресивного спектру. За результатами дослідження можна побачити, що у групі №1 усі досліджувані мають слабкий

рівень нервово-психічного напруження, а у групі №2 більша кількість жінок має слабкий рівень нервово-психічного напруження (82%) та менша кількість помірного рівня нервово-психічного напруження (18%). Слід зауважити, що у двох групах не було виявлено надмірного рівня нервово-психічного напруження. Тобто, на цьому етапі проявлення ознак ППД у тілесних маніфестаціях не є суттєвим в обох групах. Також жінки без ознак ППД на відміну від другої групи мають значущо вищий рівень виразності показників таких цінностей, як цілі у житті, результативність життя та локус-контроль життя.

Abstract

Thesis: 72 pages, 7 tables, 7 figures, 73 sources.

Key words: PSYCHOLOGICAL MADAPTATION, TRAUMATIC SYNDROME, EMOTIONAL SPHERE, WAR.

Object of research: traumatic emotional experience of an individual.

The subject of the study: peculiarities of the structure of the traumatic emotional experience of women of Ukraine during the war with post-stress psychological maladjustment (hereinafter PPD).

The purpose of the research is to determine the structural features of the organization of the traumatic emotional experience of women of Ukraine during the war with the PPD.

Research methods: 1. Theoretical analysis of scientific sources on the research problem. 2. Testing (Mississippi scale for assessment of post-traumatic reactions (civilian version); Liz Burbo questionnaire, Five trauma test, differential emotions scale (Izard K.), test of meaningful life orientations (Leontev D. A.) questionnaire "Evaluation of neuro- psychological tension" (Nemchin T.A.)). 3. Methods of mathematical and statistical processing of data, the Mann-Whitney criterion.

Based on the results of the study, the following conclusions were made:

The study showed that women without PPD have the following traumas in their emotional traumatic experience: the trauma of betrayal - the "controller" mask, the trauma of abandonment - the "dependent" mask, the trauma of injustice - the rigid

mask, women with PPD, according to the results of the study, have in the emotional traumatic experience in five types of infantile injuries. Subjects without signs of PPD have a significantly lower statistically significant level of expressiveness of negative and anxious-depressive emotions, but a significantly higher statistically significant level of positive emotions. Research subjects with signs of PPD, in contrast to the first group, have a higher level of expressiveness of indicators of such emotions as grief, contempt, fear and guilt. According to the total indicator, emotions of the anxiety-depressive spectrum prevail in this group. According to the results of the study, it can be seen that in group No. 1, all subjects have a weak level of neuropsychological stress, and in group No. 2, a greater number of women have a weak level of neuropsychological stress (82%) and a smaller number of moderate levels of neuropsychological stress (18%). It should be noted that no excessive level of neuropsychological stress was detected in the two groups. That is, at this stage, the manifestation of PPD signs in bodily manifestations is not significant in both groups. Also, women without PPD signs, unlike the second group, have a significantly higher level of expressiveness of indicators of such values as life goals, life effectiveness, and life locus of control.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ	12
1.1 Психологічні концептуалізації травматичного досвіду.	12
1.1.1 Психологічна травма	12
1.1.2 Інфантильна травма	14
1.1.3 Актуальна травма (травма війни) та вторинна травма	18
1.1.4 Концепції травматичного емоційного досвіду.....	22
1.1.5 Теорія емоційної схеми Л.Грінберга та Р.Елліота	26
1.2 Постстресова психологічна дезадаптація.....	27
1.3 Методики психологічної корекції стосовно травматичного емоційного досвіду.....	35
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ЖІНОК З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ПОСТТРАВМАТИЧНЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ.	41
2.1 Опис вибірки дослідження	41
2.2.Опис методик дослідження	42
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	48
3.1 Особливості структури інфантильного травматичного досвіду та жінок України у період війни з ППД	48
3.2 Структурні особливості емоційної сфери жінок з ППД у період війни в Україні.....	55
3.3 Особливості прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду у жінок в Україні під час війни з ППД	59

3.4. Особливості структури мотиваційно-сислової сфери жінок під час війни в Україні з ППД	61
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	70

ВСТУП

У воєнний час багато психологів-науковців займаються не тільки безпосереднім психологічним відновленням наших співгромадян, але й ведуть дослідницьку роботу . Це дуже важливо, тому що така масштабна травмуюча подія, як наша Священна війна за незалежність та виживання нації є не тільки прикладом мужності і незламності українців. Це, як не крути, величезна психологічна травма для усіх нас, для кожного .

Дуже багато жінок, дітей та літніх людей покинули свої домівки, переселилися у інші регіони країни, або за кордон. 44% українців довелося тимчасово поділитися зі своєю родиною. Найбільше таких на сході (54%), найменше – на заході (39%). Серед молоді таких 50% – це віком найбільший показник. Поділ із сім'єю не з власної волі – це психологічно важке випробування, особливо під час війни, яка формує невизначеність майбутнього возз'єднання сім'ї. На жінок ліг додатковий обов'язок адаптації на новому місці проживання, турбота про дітей та літніх людей.

Під час війн громадянські жінки більш у небезпеці через свої фізичні здібності, загрозу насильства та необхідність піклуватися про дітей. Вони найчастіше страждають від депресивного емоційного стану. Чоловіки демонструють вищий рівень агресивності, що відповідає ситуації війни.

На теперішній час у відкритих інформаційних джерелах практично немає інформації про дезадаптаційні тенденції серед цивільного населення, у тому числі жінок., немає статистики. Тому дуже складно викласти актуальність теми у цифрах та навести статистику. Коли війна у гарячій фазі – мобілізуються усі сили для виживання. Але ми, як фахівці, знаємо, що посттравматичні розлади дезадаптації та, обумовлюючий їх, травматичний емоційний досвід, ще стануть актуальною проблемою для психологів у післявоєнний час.

Об'єкт дослідження - травматичний емоційний досвід особистості.

Предмет дослідження - особливості структури травматичного емоційного досвіду жінок України у період війни з постстресовою психологічною дезадаптацією (далі ППД).

Мета дослідження - визначити структурні особливості організації травматичного емоційного досвіду жінок України, у період війни з ППД.

Для досягнення зазначеної мети в роботі були поставлені наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз наукової літератури щодо концептуалізації постстресової психологічної дезадаптації та травматичного емоційного досвіду людини.

2. Виявити особливості структури інфантильного травматичного досвіду та особистості жінок України у період війни з ППД.

3. Виявити структурні особливості емоційної сфери жінок у період війни в Україні з ППД.

3. Визначити особливості прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду у жінок в Україні під час війни з ППД

4. Визначити особливості структури мотиваційно-смислової сфери жінок під час війни в Україні з ППД.

Методи дослідження: Для досягнення поставленої мети було використано такий комплекс методів: теоретичні (аналіз науково-дослідницьких джерел), емпіричні (психодіагностичний метод) та математико-статистичні.

Теоретичні (аналіз психологічної літератури, систематизація та узагальнення даних)

Психолого-діагностичні (Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) ;опитувальник Ліз Бурбо тест «П'ять травм», шкала диференціальних емоцій (Ізард К.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтьєв Д. А.) опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (Немчін Т.А.).

Математико-статистичні: Манна-Уїтні. Статистична обробка даних – SPSS Statistics 26.0.

Вибірка: вибірку склали дві групи жінок, загальною кількістю 44 особи, віком 32-55 років. У першу групу увійшли жінки, в котрих у ході дослідження виявлена схильність до посттравматичної психологічної дезадаптації (ППД), до другої групи увійшли жінки, в котрих у ході попереднього тестування не виявлено схильності до ППД.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ

1.1 Психологічні концептуалізації травматичного досвіду.

Останнім часом з'являється багато нових досліджень з приводу ППД . Але порушення адаптації розглядаються набагато менше. У той же час, є наукові данні про те, що ПТСР та порушення адаптації особистості частіше спостерігаються у осіб, які мають у своєму життєвому досвіді інфантильну психологічну травму. Цей факт розглядається як один з чинників розвитку психологічної дезадаптації. Проте, досліджень, у яких одночасно розглядається взаємозв'язок інфантильної та актуальної травми, особливості структури травматичного досвіду, який виникає у особистості у таких умовах, дуже мало. Тому, для здійснення емпіричного дослідження особливостей травматичного емоційного досвіду жінок України під час війни бажано здійснити попередній теоретичний виклад сучасних концептуалізацій інфантильної травми, актуальної травми, травматичного емоційного досвіду та постстресової психологічної дезадаптації.

1.1.1 Психологічна травма

Ще в кінці дев'ятнадцятого сторіччя видатні вчені, а саме Фрейд З. та Брейер Й. висунули ідею що істеричний невроз виникає як певний наслідок травматичного переживання. Це може бути : насилля, психологічна депривація, збавлення, які психіка людини не може психологічно переробити звичним чином.. Бо сила тієї травматизації перевищує можливості психіки людини їх утилізувати. Ці переживання –афекти знаходяться в певних спогадах, зазвичай неусвідомлюваних людиною, та намагаються повернутися у свідомість. Та ці спогади настільки нестерпні для ЕГО, то виникає сильний спротив психіки

стосовно цих переживань, тобто, за визначенням Фрейда З. формується захисний механізм – «витіснення».

Виникає «інтрапсихічний конфлікт». Він виражається у одночасному бажанні повернути у свідомість травматичне переживання для відновленні цілісності сприйняття досвіду та дуже болючий спротив це робити. Це приводить до дисоціації травматичного досвіду від загального. Це проявляється в обмовках, описах, помилкових діях та висловлюваннях [1].

Психічна (психологічна травма, психотравма) це життєва подія, яка пов'язана з міжособистісною взаємодією, чи дією середовища, яка має психотравмуючий характер, які викликають надмірні переживання та роблять людину нездатною адекватно реагувати на ці події та викликає патологічні зміни зі стійкою фіксацією в її душевному житті [2].

Психологічна травма проявляється у вигляді почуття душевної тяжкості, болю, власної нікчемності, незначущості, відчуття втрати, власної неповноцінності, надмірної вини, тощо.

Травматичний досвід поділяє всі життєві події на ті, що були до травми, та ті що сталися після неї. Тобто він впливає на минуле сьогодення і майбутнє людини.

Психічна травма може впливати на зміни у роботі кори головного мозку, на мовні центри. Це може викликати зміни у мові людини. Пам'ять починає працювати фрагментарно, це може викликати втрату цілісності травматичного та загального досвіду, можуть виникати травматичні картинки, відчуття, відбивається у м'язах людини.

Також слід зазначити, що одинарна травматизація може буди скорегована, а систематичне повторення чи відтворення травми дає підстави для закріплення симптоматики на все життя.

Психологічні травми можуть бути короткостроковими та хронічно діючими. Так обстріл може бути короткочасним впливом, а полон, або проживання у зоні бойових дій є хронічно діючим.

За змістом травми можуть бути : втрата системних стосунків (загибель чоловіка, дитини, інцест); прихильності (втрата уваги та любові), екзистенціальна травма (насильство, несправедливе засудження, тощо).

Важливим у розгляданні теми цього дослідження є розподілення поняття травми по вікових категоріях її виникнення. Це дитинство, підлітковий вік та доросле життя.

У дитячому віці обумовити травму можуть особливості виховання, а саме: неповна сім'я, неповага між членами родини, непослідовність у вихованні дитини, конфлікти та фізичний вплив на дитину. У такому разі у дитини можуть виникнути : нездатність встановлювати близькість у стосунках, самотність, намагання розраховувати виключно на себе, невіра у можливість допомоги. У підлітковому віці можуть виникати травми пов'язані з розвитком ідентичності та самосприйняття. Це проявляється у нелюбові до свого фізичного вигляду, у нездатності встановлювати статеві стосунки, нездатність встановлювати контакти з іншими людьми, невіра у свої власні сили. На етапі дорослості травма проявляється у небажанні сприймати реальність . Це може приводити до неадекватної поведінки, до формування хибних уявлень та небажання від них відходити.

1.1.2 Інфантильна травма

Поняття інфантильної травми з'явилося в просторі психологічної науки вперше у психоаналітичних теоріях. У працях Фрейда З., Віннікота Д., Райкрофта Ч., Боулді. Дж., було зроблено відокремлення поняття саме «інфантильної травми» від психологічної травми, як такої. Психоаналітики вбачають саме у проживанні самої ранньої травми у житті людини, «Інфантильної травми» причину формування невротичного симптомокомплексу, як зазначає Райкрофт Ч. [3] Формування інфантильної травми розглядається як результат збою задоволення основних

онтогенетичних потреб (від 1 року – фузії, від 1 року до 3 – сепарації, від 3 до 5/6 – асиміляції сексуальності у дівчат та рішення проблем чоловічого суперництва у хлопців). Інфантильна травма – це надто важка для конкретного малюка, невимовна, катастрофічна подія. Якщо подія (стрес) відповідають можливостям психіки чи хоча б не руйнівні – це не інфантильна травма.

У дитини дуже мало способів подолання стресу за рахунок реакції зовні через відсутність ресурсів. Він може лише переробляти все це в собі. Найбільш характерний варіант подолання – через механізм «завмири» (імобілізацію).

Оце «завмирання» і не дає дитини прожити цю травмуючу подію, якось її переробити у собі через рух, самостійні дії, якесь задоволення свого бажання.

Представники сучасного психодинамічного напрямку Lindy J.D., M., Stern N. Friedman M. J., Stern M.B., Wilson J.P. [4-5] за дисертацією вказують вже на наслідки травматизації : це неефективні захисні механізми, ремобілізація інфантильних імпульсів, регрес на більш ранню стадію психосексуального розвитку, ідентифікація з фігурою агресора та інші. Наприклад, у воєнний час я, як психолог спостерігала багато випадків саме цього регресу. Діти починали поводитись, як було у меншому віці . Смоктали пальці, тягнулися до матері, вимагали кормити їх з ложки. Та ці прояви потрошку ставали тихішими при розумних та терплячих, обізнаних батьках . А дітки, поряд з якими не було таких батьків, або батьки загинули, так і залишаються з цією тяжкою інфантильною травмою. Тобто, у випадку війни, діти отримали таку собі специфічну інфантильну травму, про яку не писали «стовпи» психології.

Дуже цікава одна з нових теорій, розроблена Янгом Дж. Це, так звана, теорія «ранніх дезадаптивних схем». Вони формуються у людини в дитинстві в наслідок інфантильної травматизації та можуть зберігатися протягом усього життя [7-10].

Дуже багато над темою інфантильної травми працювала Бурбо Л. [11].

Вона запропонувала типологію п'яти ранніх травм та відповідних ним характерологічних структур. Для кожного типу травми характерними є типові

переживання, що й обумовлює виникнення специфічного травматичного досвіду.

За Бурбо Л. виділяються наступні види травм: відкинутості, покинутості, приниження, зради, несправедливості. Кожній травмі відповідає свій тип характеру, так звана «маска». Відкинутість – маска –втікач ; Покинутість – маска- залежний ; Принижений- маска- мазохіст ; Зраджений – маска- контролер ; Несправедливість –маска- ригідний.

Бурбо Л. пише про те, що саме являє собою маска: «Щоб краще уявити, як пов'язані між собою травма і відповідна маска, пропоную тобі аналогію: внутрішню травму можна порівняти з фізичною раною, до якої ти давно притерпівся, не звертаєш на неї уваги і не піклуєшся про неї. А щоб не бачити рани, ти просто замотав її бинтом. Ось цей бинт є еквівалент маски. Ти вирішив, що так буде найкраще, начебто ти й не поранений. І ти серйозно вважаєш, що це вирішення проблеми? Звичайно, ні. Всі ми добре знаємо це, але тільки не наше его. Воно не знає. Це його спосіб дурити нас.»

Розглянемо кожен категорію більш детально.

Відкинутість – маска –втікач

Вважається, що ця травма виникає у дитини при взаємодії з батьком своєї статі. Втікачами стають ті, кого ігнорували у дитинстві (відштовхують, відсторонюють, не терплять). Дитина, яка не відчувала підтримки та уваги з боку батьків, з неповної та неблагополучної сім'ї, відкинута в школі. Вона зник, що від неї відвертаються і тікають. Така поведінка стає для нього підсвідомою нормою.

Покинутість –маска- залежний

Виникає при взаємодії з батьками протилежної статі. Вона часто виникає у тих, від кого у ранньому віці пішов один із батьків. У цьому вони починають звинувачувати себе, шукати причини в собі та судомно намагатися все виправити у зрілому віці. Людина вкладає всього себе в партнера чи свою дитину, бачить сенс свого існування лише у відносинах із цією людиною. Ця залежність має нездоровий характер, оскільки за неї людина перестає

розвиватися як особистість. Для проживання травми характерні: безпорадність, сум, емоційний голод, самотність, незначущість.

Прийнятий- маска- мазохіст

Виникає при взаємодії дитини з матір'ю. Для мазохістичного характеру характерні: сором, вина, образа, утиск, приниження, бажання бути гідним. Дитина, яка пережила фізичну чи моральну наругу, отримує серйозну психічну травму, яка може призвести до незворотних змін особистості. Ознаки мазохізму можуть бути легкими і контролюватись, але в деяких випадках набувають патологічних рис. При цьому людина стає соціально небезпечною.

Зраджений – маска- контролер. Цей вид травми може виникнути у стосунках із батьком протилежної статі віком 2–4 років. Дитина відчула, що її зрадили або їм маніпулюють. Він втратив довіру до цього батька, виявившись свідком порушених обіцянок, брехні чи проявів слабкості. "Контролер" робить все, щоб переконати оточуючих у силі своєї особистості. Він дуже вимогливий до себе і непохитний по відношенню до всіх, хто демонструє боягузтво чи віроломство. Він використовує свої лідерські якості, щоб нав'язувати свою волю і досягати своєї мети, він також часто переконаний у своїй незамінності. Він турбується про репутацію і без вагань спотворить істину, щоб зберегти свій образ, але до того ж безжальний до брехунів. Він швидко схоплює суть і реагує, проте схильний до поспішних висновків.

Несправедливість –маска- ригідний

На її формування впливають стосунки з батьками своєї статі. Для цього характеру характерні :ревності, розчарування, замкненість, закритість, почуття обов'язку, гнівливості. Ригідність або прагнення уникнення відповідальності характерна для розчарованих людей. Якщо в дитинстві їм часто доводилося переживати несправедливі покарання, звинувачення, якщо стосовно них не стримували обіцянок, вони втрачають інтерес до самореалізації. Навіщо намагатися, якщо це все одно ніхто не оцінить, а ініціатива буде покарана.

1.1.3 Актуальна травма (травма війни) та вторинна травма

Основної темою та мішенню розгляду найкращих психологів України стосовно психологічних травм, які отримують люди під час війни, є бойова травма. Тому що нашим бійцям, військовим випало на долю найтяжче випробування- перебувати на фронті, бути під ворожими обстрілами, захищати людей, вбивати ворогів та звільняти країну. Об'єм цих випробувань, загроз, втрати близьких та друзів, поранень та відновлень пересічній людині дуже важки просто уявити, не те що пережити та вижити. Тому військові-це наші герої і ми їм вдячні повік.

Актуальна травма розглядається науковцями, а саме Марковою М.В. Акарачковою Є.С., та інші як руйнування структури дій особистості, пов'язаного з впливом на психіку травматичних подій. У випадку теперішнього часу-це воєнні дії та терористичні бомбардування України.

Вплив травмуючих факторів може бути як короткотривалий, так і довготривалий. Також має дуже великий вплив на формування актуальної травми саме: інтенсивність чинників та час впливу на особу. Саме вони викликають різного ступеню тяжкості психічні розлади.

Науковці виділяють дві групи порушень, спричинених актуальної травмою.

По-перше, порушення, які розвиваються більш стрімко і спостерігаються у людини від декількох годин до одного місяця. Ці порушення адаптації викликають у людини ступор, або гостру психічну реакцію, може тимчасово втратитися зв'язок з реальністю, дезорієнтація та гіпертрофована активність. Особа втрачає здатність критично мислити, усвідомлено взаємодіяти з оточенням. Це гостра психічна травма.

Друга група розладів виникає поступово, характеризується поступовим зростанням психічної напруги, що обумовлено тривалим або хронічним впливом тих чи інших травмуючих факторів. При чому, самі стресогенні фактори можуть бути не такими загрозливими, як у першій групі, але діючими

досить довгий час, а результат їх впливу на психіку буде набагато суттєвішим. Через деякий час у особистості, яка зазнала травматичного впливу, починають відбуватися зміни у психічних проявах, можливо, у соматичних негараздах, у стосунках з оточуючими. З'являється замкненість, недовіра, може бути підвищена агресивність, гнівливість, може бути тихе роздратування. Може з'явитися сильно виражений страх. Психосоматичні прояви можуть бути наступними: нудота запаморочення, дискомфортні відчуття у тілі, головний біль [12-21].

Кочарян О.С. зазначає [22-24], що при розвитку актуальної травматизації часто спостерігається, як би накладання актуальної травми на раніш пережиті інфантильні травми, це створює як би «подвійний удар» на психіку людини. Вплив інфантильної травми на адаптацію до актуальної травми може бути дуже різним. Але, одне можна сказати напевне. Якщо людина у своєму дитинстві та розвитку зазнала інфантильних трав, які не змогла компенсувати у подальшому житті, а тільки пристосувалася до них заради виживання, то актуальна травматична травма, при тій же інтенсивності впливу, здійснить на неї більший вплив, ніж на компенсовану людину. Також різні типи інфантильних травм по різному можуть впливати на психологічну адаптацію людини, яка зазнала актуальної травми.

Однак, психологічно травмуються і мирні жителі. В основному це жінки та діти. У темі цієї роботи розглядаються особливості структури емоційної травматичної сфери саме жінок.

Тому основну увагу саме актуальним травмам під час війни, які випали на долю жінок. Можна сказати, що тут є дві наймасовіші категорії –ті, хто залишився жити на місці, після початку бойових дій, та ті, хто переселився у інше місце. У моєму дослідженні змогли прийняти участь в основному жінки, які тимчасово переселилися з районів бойових дій та окупованих територій.

Розглядаючи травматичний психологічний досвід у тимчасово переміщених осіб, багато дослідників вказують на подвійну травматизацію [25; 26]. Перша травма пов'язана з тим, що практично всі переселенці були свідками

бойових дій. Саме ці дії спонукали людей шукати притулку у більш безпечному місці. Повторна травма пов'язана з необхідністю як то обживатися на новому місці, з необхідністю пристосовуватись до нового середовища.

Новіков О. описує випадки, з якими практично завжди зтикались переселенці, які самі по собі є травматогенними, та основним чином і вплинули на рішення про переселення: поява на вулицях озброєних людей, призупинення роботи, або її закриття, поява військової техніки, масовані обстріли або їх загроза, постійний складний інформаційний фон, знаходження у місцях, де чути вибухи, втрата житла, матеріальні втрати, тілесні ушкодження, поранення або загибель рідних чи друзів, втрата доходів або соціальних виплат, зростання цін .

У такому випадку переселення є виходом з травматичної події, але той вихід неповний. Бо бойові дії продовжуються, гаряча фаза війни триває. У теперішній час ще додалися терористичні атаки по мирній інфраструктурі, що робить існування у районах, які ще вчора були безпечними, дуже складним, а може й загрозливим для життя. Тому можна казати про додаткову хвилю травматизації, коли війна перетворилася на терористичну.

Сьомкіна І.С. зазначає, що тимчасово переселених осіб можна розділити на 3 категорії . До першої категорії належать особи, які потребують «лише психологічної адаптації до нових умов життєздатності». Це особи, що покинули зони бойових дій заздалегідь з речами та документами. Таких наразі найменше. Також туди віднесені особи, що полишили місце проживання поспіхом, потрапили під обстріли, та не взяли необхідні речі. І найважча ступінь у цій категорії: особи, які довго перебували під обстрілами, житло зруйноване частково або повністю.

До другої категорії увійшли ТПО, які вже понесли тяжкі втрати у війні та потребують психологічної реабілітації, а потім психологічної адаптації. Ознаки по цій категорії такі: тривалий час перебування у зоні бойових дій; мають поранення самі або поранень зазнали близькі та члени родини; є факт загибелі

близької людини у зоні бойових дій; у окупації залишився хтось із членів родини.

Як зазначає Сьомкіна С. : люди, які зазнали цих травматичних подій, часто втрачають сенс життя, мають пасивну життєву позицію, часто нездатні до активної соціальної адаптації у новому місці. Після переселення на досить мирні території практично усі переселенці отримують інформацію про жертви серед мирного населення, друзів, знайомих, про втрату значних матеріальних цінностей. Усі, хто їздив ненадовго до дому, бачили численні руйнування, часто чули вибухи, проте не були свідками військових дій. Однак, після переселення, внутрішні переселенці стикаються з новим комплексом життєвих завдань та складних ситуацій. Це пов'язано з пристосуванням до життя на новому місці. Менталітет місцевих жителів, уклад життя, норми та традиції можуть дуже суттєво відрізнятися. Дуже часто місцеві не раді новим мешканцям, особливо, враховуючи, що ці люди, а саме переважно жінки, у своїй масі потребують допомоги, на них витрачаються фінанси, час, та ще багато іншого. Також є складності з житлом, роботою, грошима, побутовим устроєм.

Так само відбувається тимчасове переселення за кордон. Усі вище позначені фактори адаптації на новому місці ще більш загострюються на тлі необхідності вивчати мову іншої держави, закони, правила, орієнтування. Також розлука з чоловіком, може з сім'єю, відсутність сталого зв'язку, скупченість проживання, невизначеність майбутнього –усе це дуже впливає на емоційний стан жінок- вимушених переселенців.

Тобто, з робіт вищезазначених вчених та дослідників можемо зробити висновок, що тимчасово переміщені особи, які прийняли добровільне рішення покинути райони, небезпечні для проживання мають у своєму травматичному досвіді подвійне джерело травматизації . Це первинна травма, як наслідок перебування у зоні небезпеки та бойових дій, та вторинна травма, як наслідок складної адаптації на новому місці проживання.

Враховуючи усе вищезазначене, важливим є розгляд підходів, які пояснюють вторинну травматизацію після переселення. У різних наукових джерелах, як вітчизняних, так і закордонних, підкреслюється, що особливості адаптації на новому місці перебування істотно впливають на прояви ПТСР та розвинення розладів дезадаптації у переселенців, зокрема жінок.

Суркісян С.Г. зазначає, що перші роки перебування у нових місцях поселення має більш травматичний вплив на емоційну сферу людини, ніж сама подія, яка викликала переселення [27].

Є дослідження внутрішньо переселених студентів, яке проводила Дуб В.Г. Вона дійшла висновку, що інтеграція до нового середовища викликає у них такі почуття, як меншовартість, у деякій мірі, другосортність, ідентифікаційну плутанину, несприйняття оточуючого [28].

Отже, в дослідженнях травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб в Україні багато дослідників відмічають проблемність процесу адаптації на новому місці перебування. А такі повторювані травматичні чинники, як терористичні атаки на енергетичну інфраструктуру, невизначеність часу перебування за кордоном, загроза відсутності світла та тепла на всій території країни у теперішній час ще зовсім не досліджувалися у вітчизняній психології, бо таких загроз та пов'язаних з ними травматичних психологічних чинників ще не траплялося в історії незалежної України.

Як пише Спринська З.В. ускладнення адаптації на новому місці перебування ставлять задачу «розроблення програми психологічного супроводу переселенців з метою зниження рівня негативних станів, переживань, що може покращити процес адаптації останніх у новому середовищі» [29].

1.1.4 Концепції травматичного емоційного досвіду

Наразі існують багаточисельні, але розрізнені, як теоретичні, так і емпіричні дослідження стосовно травматичного емоційного досвіду. Ще менш даних стосується структури самої травматичної емоції. Аналізуючи цю тему,

важливо спертися на фундаментальні дослідження емоційної сфери, такі як : когнітивна теорія Елліса. А. та Бека А., теорія структури емоцій Вундта В., біологічна теорія емоцій Анохіна П.К., диференціальна теорія Ізарда К., теорія емоцій Лазаруса Р., та інші. [30; 31]

Цінність комплексного вивчення цих теорій у тому, що вони розглядають емоцію дуже різнопланово, як нейрофізіологічні процеси, як когнітивні утворення, як колові структури, через відображення мімічного зворотного зв'язку, через особливості виникнення, через вплив одна на одну, тощо.

Розуміння багатоаспектної емоцій, як саме вони утворюються, взаємодіють, накладаються одна на одну (контамінуються), як реагує та змінюється під їх сильним впливом соматика – все це дає змогу краще відслідкувати феноменологію емоційної сфери в цілому.

Також цікавим моментом є представлення теорії емоцій Плутчіком (Plutchik, 1962, 1980) Він розглянув емоції як адаптації, що відіграють важливу роль виживання на всіх еволюційних рівнях. Нижче наводяться базові прототипи адаптивної поведінки та відповідні їм емоції (афективно-когнітивні структури).

Прототипний адаптивний комплекс – Первинна емоція. Інкорпорація - поглинання їжі та води - Прийняття; Відкидання - реакція відторгнення, екскреція, блювання - відраза; Руйнування - усунення перешкоди по дорозі задоволення - Гнів; Захист - спочатку у відповідь біль чи загрозу болю - Страх; Репродуктивна поведінка - реакції, що супроводжують сексуальну поведінку - Радість; Депривація - втрата об'єкта, що приносить задоволення –Горе; Орієнтування – реакція на контакт з новим, незнайомим об'єктом – переляк;

Дослідження – більш-менш безладна довільна активність, спрямована на вивчення навколишнього середовища – надія чи цікавість;

Плутчік визначає емоцію як комплексну соматичну реакцію, пов'язану з конкретним адаптивним біологічним процесом, загальним для всіх живих організмів.

Він запропонував розглядати особистісні риси як комбінацію двох чи кількох первинних емоцій, навіть взаємовиключних. Такий підхід – аналіз способу змішування емоцій – може сприяти кращому розумінню багатьох важливих емоційних феноменів. Наприклад, Плутчик пропонує такі формули: гордість = гнів + радість; любов = радість + прийняття; цікавість = подив + прийняття; скромність = страх + прийняття; ненависть = гнів + подив; вина = страх + радість чи задоволення; сентиментальність = прийняття + горе. Соціальні регулятори (феномени суперего) можуть бути зрозумілі в системі Плутчика як поєднання страху та інших емоцій, а тривожність - як поєднання страху та очікування.

Про феномен емоційного зачеплення, як негативний емоційний компонент, що утворюється через здатність неусвідомленого об'єднувати однотипний досвід, каже також Массей М. [32]. Цей «ланцюг», який може складатись з декількох частин досвіду, пов'язаних між собою певним чином вже більше нарощує свій потенціал.

За його теорією травматичний емоційний досвід, якщо має негативний характер впливу, може викликати низку соматичних захворювань. А самі емоції при цьому мають здатність «заморожуватися» у пам'яті, та зберігатися у тілесності.

Також існує теорія, яка вказує на амбівалентність емоцій та переживань, які створюють саме травматичний емоційний досвід. Згідно тверджень Землія Д., ці амбівалентні переживання призводять до розщеплення в роботі вказаних структур мозку, які, у свою чергу, утворюються при протирічному спілкуванні дитини з батьками. Це може бути нормальне бажання дитини, щоб її любили батьки, залежність від них, а з другого боку може бути розуміння загрози, небезпеки, що походить від асоціальних, або агресивних батьків.

В такій ситуації може виникати стан «заморожування» емоційної сфери особистості. Лазарус Р. вказує, що стан такої «замороженості» - це буде підсвідома відмова людини від емоцій. Як наслідок виникає незнання своїх

бажань, невпевненість у собі, труднощі у побудові близьких стосунків. Тобто, за Ланус Р., ролі емоцій у формуванні травматичного досвіду дуже висока.

Травматичний досвід викликає також зміни у імпліцитній, тобто, несвідомій пам'яті. За Тарабріною Н.В. [33] основним переробником травматичної події є пам'ять. І саме емоційні фрагменти, пов'язані із травматичною подією, які існують, здебільшого у «несвідомій» пам'яті є неосмисленими, невербалізованими. Вони проявляються у так званій «пам'яті тіла» соматичними симптомами. Ці травматичні фрагменти пам'яті про подію не можуть зайняти своє належне місце у скрізній структурі життєвої пам'яті. Викликають «флеш-беки» безсоння, втрату віри у себе, зниження енергії людини, тощо.

Деякі теорії стверджують, що саме підсвідомі утворення травматичного емоційного досвіду на соматичному рівні відображаються у так званому «м'язовому панцері», тобто у надмірній м'язовій напрузі. Енергетика емоційного імпульсу подавляється цим м'язовим напруженням. Також слід відмітити, що певним типам інфантильних травм відповідають певні особливості м'язового напруження. Наприклад, стають слабкими ноги, хоча м'язи не пошкоджені, або спина стає надмірно розвинутою, як у чоловіка, так може бути і у жінки.

Лісена А.М. та Кочерян О.С. у своїх роботах вказують на певну локалізацію у тілі травматичних переживань та їх фрагментів. Наприклад: образа, яку людина не може «проковтнути» локалізується у горлі. Це може бути «камок у горлі», нудота, або проявляється у розладах кишково-шлункового тракту. Найбільш для побутового сприйняття зрозумілі прояви серцево-судинних захворювань через травму «розбитого серця». Провина, або травми приниження провокують цистит, енурез, нудоту, спазм судин. Той невимовлене плач, який застряг усередині, викликає риніти та розлади кишечника. Відсутність опори у житті, пасивне роздратування та лють можуть викликати порушення опорно-рухливого апарату.

А довербальні травми, які сталися до 1,5 року можуть викликати у подальшому порушення мови.

Таким чином, можна зазначити, що травматичні емоційні переживання впливають на усі системи організму людини. Та головне, що цей вплив обумовлений саме специфікою травматизації.

Досвід ранніх травматичних переживань, який проявляється на поведінковому та когнітивному рівні в більшій мірі фіксований на минулому, майбутньому та оточуючих людях.

Егоркіна Т.В. підкреслює, що ступінь вираженості тих чи інших порушень відносин особистості підлітка з травматичним досвідом залежить від індивідуально-психологічних особливостей, віку травматизації, та рівня його інтелектуального розвитку. Егоркіна Т.В. також зазначає, що соціальна підтримка від близького оточення може виступати ресурсом в адаптації та дозволяє зменшувати несприятливі психологічні наслідки інфантильної психологічної травми.

1.1.5 Теорія емоційної схеми Л.Грінберга та Р.Елліота

У емоційно-фокусованій психотерапії (EFT) Л.Грінбергом та Р.Елліотом розроблена концепція емоційної схеми. В цій системі особливості психічної організації розглядаються через- поняття «тип процесу». Він може бути : нормальний, крихкий, дисоціативний та психотичний.

Сам тип процесу в якійсь мірі пов'язаний з «емоційною схемою».

Вона містить наступні елементи :

1)Саме емоції, травматичні переживання 2) систему ранніх спогадів, 3) тілесні маніфестації травматичного досвіду, 4) когнітивні інтерпретації травматичної ситуації, 5) мотивацію, що виникає з травматичного досвіду. Можна сказати, що присутність саме емоцій, як головної складової цієї схеми пов'язують між собою та деякої мірою обумовлюють мотивацію, когнітивні прояви (когнітивну сферу), систему ранніх спогадів та тілесні прояви.

1.2 Постстресова психологічна дезадаптація

Перш ніж говорити про психічні розлади, пов'язані з екстремальними ситуаціями, і у тому числі про постстресову психологічну дезадаптацію, треба зазначити, що більшість людей на таку ситуацію відповідає адекватними діями та послідовними справами. Така поведінка є складним поєднанням фізіологічних та психологічних особливостей особистості : уявлення особистості про стандарти поведінки, уявлення мікросередовища про стандарти поведінки у суспільстві . Під час події яка загрожує життю та здоров'ю людини, сама найперша реакція викликається нас перед інстинктами (самозбереження, збереження та продовження роду) та індивідуальними особливостями особистості (психічними та фізіологічними).

Досить суттєва загроза для психологічного стану людини, яка зазнала психологічної травматизації це ППД. Відповідно до МКХ-10 та DSM-IV, посттравматичні стресові розлади розвиваються у людини після травматичних подій які «виходять за межі нормального людського досвіду». Вони можуть з'являтися як у безпосередніх учасників подій, які стали жертвами, так і у свідків травмуючих подій.

Існують певні критерії, які дають можливість характеризувати ПТСР. Як зазначають Маркова М.В. та Козира П.В. [109], до них можна віднести:

1)пережитий стресовий стан, 2) відчуття провини перед тими, хто залишився, нічні кошмари, де спливає пережите, раптові напливи спогадів, 3) спроби уникнення емоційних навантажень, страхи, невпевненість у собі, небажання контактувати з оточенням, 4)зниження уваги, підвищена дратівливість, порушення концентрації, здатності тривалий час концентруватися на важливих справах, 5) виникнення психопатичних станів та схильність до антисоціальної поведінки (алкоголізація, наркозалежність, цинізм, агресивність у стосунках, зневажання офіційних осіб, тощо.)

Кутько І.І., Ліньов А.Н., Тарабріна та інші вчені [35-37] вказують, що при стресових розладах у людини виникає суттєва тривога, відчувається туга, почуття провини, марності власного життя, її непокоять суїцидальні думки, повторювані спогади про травматичні події. Для неї можуть стати характерними поведінкові моделі уникнення та ухиляння, її переслідують флешбеки, виникає відчуженість, замкненість, почуття безвиході, розпач, може вживати наркотики, пиячити. Усі ці фактори призводять до втрати роботи, сім'ї та соціальних стосунків.

Дослідження по ПТСР широко представлені як у вітчизняних джерелах [38-53], так і в англomовних виданнях [54-65].

Передумови ПТСР, окрім важкості самої травматичної події та її фактичних наслідків для людини, визначаються вченими як дуже різноманітні. Це психічні травми у ранньому віці, схильність до спадкових психічних захворювань. Також відмічають певну роль особистісних особливостей, як переумовних чинників ПТСР, а саме емоційну нестійкість та підвищену тривожність. Джишкаріані М.А. [65] підкреслює вплив астенічних рис характеру.

Але є психологічні стани менш загрозливі, ніж ПТСР, але настільки ж потребуючі уваги та лікування. Це посттравматична стресова дезадаптація.

Оскільки у багатьох людей поведінка змінюється залежно від оточення та ситуації, обчислити соціальну дезадаптацію досить непросто. До того ж вона проявляється не відразу. Розвиваючись поступово, порушення може дати себе знати раптово, коли, наприклад, людина опиняється у складній ситуації і з'ясовується, що він до неї не пристосований.

Втрата можливості підлаштовуватися під обставини не розглядається індивідом, як серйозна. Але небезпека психологічної дезадаптації в тому, що чим довше вона розвивається, не наражаючись на корекцію, тим складніше буде викоринити проблему. Як відомо, виправити звички у поведінці дуже складно. А коли їх причиною стають закріплені роками психофізичні стани – це може бути неможливим.

Страх- це один з основних чинників дезадаптивної поведінки постраждалого. В залежності від ситуації і особливостей особистості, страх проявляється у невпевненості, побоюваннях, переляку, паніки, жахах, відчаї.

При розгляді питання постстресової дезадаптації цікавим буде розглянути **різноманіття варіантів психоадаптаційних станів**. Їх існує три варіанти.

Перший –це психовегетативний прояв, а саме : підвищене серцебиття, відчуття холоду чи жару, збої у артеріальному тиску, можливі запаморочення. Працездатність знижується.

Другий варіант- астенічний. Він відзначається зниженням фізичного тону, з'являється слабкість, знижується концентрація уваги, людина не може повністю відпочити, хоча знаходиться у ліжку необхідний для цього час, відчуває перевтому, хоче не працює з перевантаженням, ці відчуття складно подолати самотійно. Працездатність зберігається, але її якісні показники значно знижуються.

Третій варіант- дистамічний. Для нього характерні перепади психоемоційного стану, роздратованість, відчуття безпричинної тривоги та внутрішнього дискомфорту . Можуть виникати короткотривалі апатії та песимістичний настрій. Усі прояви зникають після якісного відпочинку і не мають хронічного характеру.

Четвертий варіант – змішаний, для нього характерні прояви, які об'єднують два або три попередніх види психоадаптаційних станів.

Але для усіх цих чотирьох варіантів властивим є те, що вони короткотривалі та непостійні для тих чи інших стресових ситуацій. Тобто, про адаптивність можна казати як про певний рівень компенсаторики, яка не виходить за межі норми психологічно здорового реагування.

Інша справа, коли такий змінений психологічний стан стає характерним для людини набуває певної психологічної напруженості та вираженості, з'являється вірогідність виникнення стабільно фіксованих у психіці станів, які зберігатимуть дезадаптаційний рівень прояву. Такі симптомокомплекси мають

певну стабільність структури та набувають вигляд певних «передхворобливих» порушень, у складі яких спостерігаються психологічна та соматична складові.

Розглянемо зараз типологію дезадаптаційних станів. Вони не дуже відрізняються від адаптаційних.

Це психовегетативний, астеничний, дистомічний, дисменестичний та змішаний.

Дисменестичний характеризується провалами у пам'яті, випадіннями якихось певних відрізків події. Людина може не пам'ятати, як опиняється у ситуації, або що було у процесі.

Ці дезадаптивні стани суттєво погіршують здатність до плідної праці, до добрих сімейних стосунків, порушують соціальні зв'язки людини.

Дезадаптивні стани, ще не клінічної форми, але вони, за зазначенням Козири П.В., впливають на можливість самостійно приймати рішення, втрату повноцінного контролю за ситуацією та над емоційною сферою. Проявляється скептицизм, дратівливість, тривожність, агресивність, бажання перебувати на самоті, зниження комунікаційних здібностей.

Також треба виділити ще одну класифікації типів психологічної дезадаптації, описану у літературі.

Перший тип-активно- захисний (він переважно адаптивний) .Особа адекватно оцінює тяжкість свого стану, іноді є тенденція до його ігнорування . проявляються невротичні розлади . У багатьох є прагнення обстежитися та лікуватися у спеціаліста.

Другий тип-пасивно –захисний (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю). В основі процесу є примирення з хворобою. Характерними стають тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції. Відбувається зниження прагнення боротися з хворобою. У людини багато скарг соматичного характеру.

Третій тип- деструктивний- (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю) . Характерні розлади соціально спілкування. Є виражена внутрішня напруженість, дисфорія. Людина часто конфліктує, має «бибухові»

форми поведінки . Для розрядки таких негативних афектів людина вживає алкоголь, наркотики, діють агресивно, скоюють спроби самогубства.

Психічні розлади донозологічного рівня у сучасній психології (у тому числі і ППД) ще не знайшли свого місця у класифікації психічних захворювань. Але їх реальний вплив на психічне здоров'я людини, на якість життя, на самоефективність, на соціальну проявленість, на задоволення собою настільки суттєвий, що ці дезадаптаційні стани неможна оставляти без уваги психолога та його клієнта. Як зазначає Сафіна О.Д. посттравматична дезадаптація проявляється у значно більшій кількості людей, що зазнали травми війни, ніж саме ПТСР.

Козира П.В. відмічає певні ознаки, які свідчать про психологічну дезадаптацію. А саме, це в першу чергу неможливість колишніх реакцій, які мали пристосувальну ефективність, це звуження уваги, щодо кількості приймання можливих рішень, певна зміна емоційно-вольових якостей людини (неможливість, або суттєве зниження особистих ефективності досягнень), виникнення ригідності, тривожності.

Термін «постстресова психологічна дезадаптація» був введений до науки Марковою М.В. Це «донозальний рівень реагування на стресову ситуацію, який може проявлятися в порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному та когнітивному рівнях». Авторка називає цей стан – загальний девіантний синдром адаптації особистості.

У рамках подолання стресової ситуації, людина проживає психологічну реакцію на стрес, яка має гострий характер . Гостра реакція через певний час зменшується, людина якось пристосовується і суттєвих наслідків для її психіки не залишається. Це відбувається у нормі. Але дослідники –науковці зазначають, що саме реакція на стрес обумовлює виникнення психологічних змін, які у подальшому визначають ступінь адаптивності реагування особистості на зміни в собі .

Важливо розібратися, що саме обумовлює специфіку самої реакції особистості на стрес. Аналізуючи це питання, вчені більше спираються на

досвід роботи з військовослужбовцями, бо ця категорія найбільш вражається при воєнних діях, тому більше вивчається. Козира В.П. вказує, що специфіка реакції на стрес військовослужбовців залежить від характерологічних, особистісних рис конкретної людини, від тривалості та інтенсивності дії стресових факторів, зрілості та адекватності захисних механізмів. [67-69.

З приводу виникнення психологічної дезадаптації існує у сучасній науці декілька теорій. Зокрема : інформаційна теорія, психосоціальна теорія, психодинамічна, когнітивна та мультифакторна теорії. Кожна з них показує певний, так би мовити, кут бачення, кожна висвітлює особливу площину цієї непрості теми.

Маркова М.В. та Козира П.В. на підставі психодинамічної теорії, пропонують ідею трансформації процесів символізації, обумовленої впливом на психіку саме психічної травми.

У психоаналітичному підході у працях Carlson E. B., Nash W. P., Dalenberg C., Wilson J. P., Figley C. R. Розглядаються декілька аспектів сучасного тлумачення поняття травми.

По-перше – це подія, яка суб'єктивно переживається людиною як травматична або травмуюча.

По-друге – виникнення травми передбачає певні наслідки її проживання, а саме : звуження Его, психосоматичні прояви, афективні порушення, тощо.

По-третє – переживання травматичної події та виникнення травми, як реакції на цю подію, підвищує вірогідність подальшої травматизації.

Іншим дослідником Kahn С. Вказується на те, що актуальна травма провокує актуалізацію інфантильних конфліктів. Коли психіка не може знайти баланс між фіксацією на травмуючій події та можливістю витіснити травмуючий компонент зі свідомості, виникає дезадаптація.

В когнітивній теорії виникнення постстресової психологічної дезадаптації пояснюється неконструктивною когнітивною оцінкою стресової ситуації.

Бек А. та Елліс А . вважають, що визначальною в реакції на травмуючу подію є саме якість когнітивних процесів.

Психосоціальна теорія приділяє велику увагу впливу на особистість чинників навколишнього середовища. До них належать : соціокультурні особливості особистості, релігійні переконання, соціальне положення людини, демографічні чинники. На більш успішну адаптацію до психологічної травми впливають : фінансова забезпеченість людини, стабільність соціального статусу, відсутність фізичного травмування та наслідків цього травмування, підтримка рідних та близьких, дуже важлива також підтримка соціального оточення.

Навпаки, підсилити дезадаптаційні тенденції, викликати вторинну травму можуть деякі чинники . Стосовно жінок України під час війни це, наприклад, здача національних інтересів, зниження ролі жінки у соціальному житті, зниження соціального забезпечення, неможливість знайти роботу, зниження соціально статусу при переселенні, непорозуміння зі сторони тих, хто не виїздив з районів бойових дій або з країни. Такі чинники провокують появу розгубленості, усамітнення, ворожості до оточуючих чи до дітей, безвихідь, страх, апатія, схильність до алкоголізації. Ці чинники можуть спровокувати ще більшу дезадаптацію, ніж первинна актуальна травма.

Мультифакторна теорія виникнення ППД виділяє три групи чинників, які визначають структуру та динаміку виникнення ППД. Ця теорія запропонована Maercker A, Karl A., Rabe S., Zoellner T у цілому ряді робіт [70; 71].

Мова йде про наступні чинники :

Перша група пов'язана саме з травмуючою подією. Це ступінь значущості травми . Наприклад, повномасштабна війна з чисельними жертвами, руйнуваннями, переселеннями, руйнуванням економіки, знищенням житла, доріг, мостів, енергетики може бути як визначальним чинником, так і не основним. Якщо наприклад у житті людини сталася визначальна подія. Це народження здорової дитини, зустріч свого кохання, знаходження нового сенсу життя. Навпаки, якщо на тлі війни людина втрачає дуже важливі для себе речі, наприклад, болісне розлучення, втрата близьких, то саме ці факти стають для

неї більш значущою особистісною травмою, більше впливають на дезадаптаційні тенденції.

Друга група чинників, це захисні чинники. А саме :копінг-стратегії людини, можливість підтримки від рідних та знайомих, рівень усвідомлення особистістю наслідків травмуючої події . Ця група чинників є стримуючим для розвитку ППД.

Третя група- це чинники ризику. Тут можна виділити наступні моменти : вік людини на момент травмуючої події .(найбільш вразливі групи – це діти та літні люди), специфіка життєвого досвіду, який може підсилювати травматизацію. Також сильний вплив мають психічні розлади, які дуже підсилюють травматизацію. Низький рівень фінансової забезпеченості, втрата фінансів, дуже збільшують нездатність до адаптації.

Наразі не існує єдиної теорії стосовно виникнення та розвитку ППД, але усі зазначені вище дають об'ємну картину ситуації та доповнюють одна іншу.

Важливим у розкритті теми дослідження ППД є робота Мозгового В.І. В ній розкривається поняття стресостійкість/стресовразливість на прикладі вивчення військовослужбовців служби правопорядку . За її результатами найбільш високий рівень адаптації показали такі типологічні профілі : гіпертимний, ригідний та педантичний. Навпроти, найбільш вразливими виявилися :імпульсивні, астенічні, соціо- та психопатичні, неврозоподібні. Крос-віковими рисами, які утворюють стрижневу складову структури та визначають стресостійкість є : сміливість та інтелект.

Периферичними та специфічними для дорослих є контроль бажань та добросердечність. Важливим у цій роботі є також висновок, що стресостійкість та стресовразливість в дитячому віці організовані ортогонарно і лише з віком перетворюються на біполярну структуру, в якій риси особистості взаємокомпенсуються. Цікаво, що такий фактор, як алекситимія, ретардує емоційні прояви. Це дозволяє проживати стресову ситуацію максимально безболісно в психологічному плані, але, одночасно, переводить тривогу, дратівливість, страх у психосоматичні симптоми.

1.3 Методики психологічної корекції стосовно травматичного емоційного досвіду.

Психотерапевтична корекція травматичного емоційного досвіду повинна здійснюватися тільки після всебічної діагностики, вибору відповідних психологічних мішеней .

Як пише Тарабріна Н.В. «Психотерапія спрямовується на створення нових когнітивних моделей життєдіяльності, афективну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності своєї власної особистості та здатності подальшого існування у цьому світі».

Метою психотерапевтичного впливу по-перше буде подолання симптомів, заподіяних актуальною травмою. По-перше, звільнення від емоціональних переживань, які переслідують, споминів про травматичні події, а також у тому, щоб людина могла активно та відповідально включитися у життя. У методиках психотерапевтичного лікування багато уваги приділяється симптоматиці у цілому, та окремим проявам різноманітних психічних розладів, їх взаємозв'язку з приморбідними структурами. Клієнту треба знову відновити свій особистий контроль над емоційними реакціями та знайти цим травматичним подіям, які з ним відбулися, необхідне місце у суцільній часовій перспективі свого життя та особистісної історії. Ключовим тут є інтеграція того жахливого, неприємного, може принизливого, або відразливого, що з ним сталося. Це відноситься не тільки до актуальної травми, але й до всіх інших аспектів нестерпного, або неприємного досвіду. Тобто, якщо стосується неприємних моментів перебування на чужій території, або у чужій країні, таким же чином усвідомлюється перебування у ролі біженця. І у зв'язку з цим, зниження планки вимог до себе та інших.

Інакше кажучи, терапія повинна по-перше звертатися до зниження тривоги самими різноманітними засобами, які доступні терапевту та прийнятні

для клієнта, по-друге: відновлене відчуття особистої цілісності та контролю над тим, що відбувається.

При цьому слід відмітити, що співпрацювати з такими пацієнтами надзвичайно складно. Бо компоненти емоційного травматичного досвіду – недовіра, зрада, відлюдкуватість, любов та ненависть – усі ці прояви мають тенденцію проявлятися і у стосунках із терапевтом. Працювати з такими травмами терапевту дуже складно, така робота ставить дуже високі вимоги до терапевта, породжує усього сильні емоційні реакції, вимагає високого професіоналізму.

Групова психотерапія вважається найпоширенішою у роботі з травмою. Найбажаніше поєднувати групову психотерапію та індивідуальну роботу із клієнтом.

У роботі груп на зараз немає даних по і кимось особливим перевагам. Це можуть бути групи відкритого типу, орієнтовані на вирішення інформаційних, навчаючих задач, або на структурування травматичних спогадів тобто «там» та «коли». Така ефективна робота у групах, націлених на опрацювання навичок подолання травми та інтерперсональною динамікою («тут» та «зараз»).

Allen A. Bloom S.L. (1994) у своїх роботах надали багаточисельний перелік напрямів групової психотерапевтичної роботи, які показали досить високу ефективність. А саме: когнітивно-біхевіоральне, психоаналітичні, психодраматичні групи, групи самопомоги, групи аналізу сновидінь, арт-терапії та багато інших.

У роботі важливо досягати наступних цілей:

- Розділяти із терапевтом(та групою) повторне переживання у безпечному просторі (при цьому не допускається, щоб терапевт форсував якось сам процес)
- -зниження відчуття ізольованості та забезпечення відчуття приналежності, єдності цілей, комфорту та безпеки, підтримки, відтворення дружньої атмосфери прийняття та безпеки від відчуття провини;

- - знаходження в одній групі з тими, що мають у чомусь подібний досвід, що дає відчуття універсальності свого власного емоційного травматичного досвіду;
- - позбавлення від відчуття ізолюваності, відчуження, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного з учасників процесу;
- - забезпечення соціальної підтримки та можливість розділити з іншими переживання кожного з учасників групи;
- Прояснення загальних для усіх проблем, навчання методам подолання наслідків травми, та важливе розуміння, що особиста травма потребує свого вирішення;
- Можливість бути корисним, виступати у ролі помічника, що підвищує свою особисту впевненість, допомагає повернути відчуття своєї власної гідності)
- Подолання відчуття своєї особистої негідності (в мене є те, що я можу запропонувати іншому)
- Зменшення вини та сорому, поновлення довіри, можливості розділити горе та втрату;
- Можливість поділитися з кимось «секретом». Наприклад, це може бути дуже важливо для жертви інцесту;
- - Зміцнення впевненості в тому, що можливий прогрес у терапії;
- важливою підставою для такого оптимізму є оберігаюча атмосфера у групі, яка дає досвід нових взаємин;
- прийняття групової ідеології, мови, які дають можливість учасникам групи сприйняти стресову подію іншим, більше оптимістичним чином;
- - Отримання можливості скласти власне уявлення про реальність змін, що відбуваються з кожним членом групи.

Когнітивно-поведінкова терапія також показує дуже непогані результати у подоланні первинної та вторинної травматизації . Особливо ефективна вона

для подолання унікаючої поведінки, а також для зниження інтенсивності флешбеків та надзбудження. На зараз є дуже випробуваними декілька технік з КПТ стосовно подолання актуальної травми та ППД. Найбільш відомими на сьогодні є техніки «розкривних інтервенцій» (Exposure-Based Interventions, ЄВІ) та десенсибілізація та переробка травмуючих переживань за допомогою рухів очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), покликані допомогти пацієнту впоратися із ситуаціями, що викликають страх; а також тренінг подолання тривоги (Anxiety Management Training, АМТ), під час якого він навчається контролювати своє почуття тривоги за допомогою спеціальних навичок.

У психоаналітичному підході пропонуються наступні засади для психотерапії.

Ця теорія концентрується на таких симптомах ПТСР, як відчуження та відчуття «укороченого» майбутнього. Крім того, цей підхід пропонує пояснення флешбеків та симптомів уникнення. Під когнітивною схемою тут розуміється інформаційний патерн, що зберігається в пам'яті, який регулює і організує сприйняття і поведінка. У клінічній психології такий патерн позначається терміном "схема "я"", яка розпадається на різні складові (схеми, образи "я", ролі); сюди ж належать і схеми значущого іншого/значимих інших та світу в цілому (світогляд).

Змінені когнітивні схеми пов'язані з так званими дисфункціональними когніціями, тобто зміненими установками або помилками мислення», що ведуть до перекрученої переробки інформації. Під впливом травми ці схеми можуть змінюватися, насамперед схеми «я» та схеми ролей (Horowitz M. J., 1986;).

Після травми змінюється образ «Я» та образи значних інших; ці змінені схеми залишаються в пам'яті доти, доки сприйняття і переробка подальшої інформації не призводять до інтеграції змінених схем до складу старих, які залишилися незайманими травмою.

Наприклад, раніше впевнена в собі активна людина в результаті травми раптово відчувається слабким і безпорадним. Його уявлення про себе після

травми можна сформулювати так: «Я слабкий та вразливий». Це уявлення входить у конфлікт із його колишнім чином "я": "я - компетентний і стабільний". Травматично змінені схеми залишатимуться в активному стані доти, Поки людина не виявиться в змозі прийняти той факт, що вона часом може бути слабкою і вразливою.

Поки що активовані змінені схеми не інтегровані у образ «я», вони породжують флешбеки та сильна емоційна напруга. Для зниження його включаються в дію, згідно з Горовицею, процеси захисту та когнітивного контролю, наприклад у формі уникнення, заперечення або емоційної глухоти. Щоразу, коли когнітивний контроль не спрацьовує повною мірою, травма переживається заново як вторгнення (Флешбек), що, у свою чергу, веде до емоційної напруги та до нового уникнення або заперечення. Відновлення після травми, на думку Горовица, відбувається лише внаслідок інтенсивної переробки травматично змінених когнітивних схем.

Емпіричні дослідження досить свідчать на користь теорії М. Горовица. Так, Так, методом контент-аналізу категорій, що зустрічаються у висловлюваннях пацієнтів-жертв зґвалтування, вони відмічали : змінений образ іншого; змінений образ себе; близькі відносини, що змінилися; почуття впевненості, що змінилося; самозвинувачення (Resick P. A., Schnicke M. K., 1991).

Основне завдання психотерапії полягає у тому, щоб знизити надмірну інтенсивність по-перше, тенденції до вторгнення мимовільних спогадів, по-друге, тенденції до уникнення та заперечення обох цих процесів. Спочатку необхідно підпорядкувати контролю екстремальний психічний стан, що виник після травматизації, а потім встає завдання інтегрувати травматичний досвід у цілісну систему уявлень про себе та світ, тим самим зменшиться гострота конфлікту між старими та новими уявленнями. Загальна мета терапії – не здійснення всеосяжної зміни особистості пацієнта з ППД, а досягнення когнітивної та емоційної інтеграції образів «Я» та світу.

Для пацієнтів з ППД дуже часто характерні деякі труднощі при здійсненні психотерапії. Тому є цілий ряд причин.

- Пацієнти дуже часто вважають, що усі їх труднощі у подоланні симптомів та наслідків повинні вирішуватися тільки ними самими. Тобто «викинути все з голови» та займатися більш важливими справами. Дуже часто, практично завжди, оточуючі це підтримують, мабуть з найкращих міркувань, радять перестати, нарешті, думати про минуле, взяти себе у руки, не хандрити та не «валяти дурня» ;

- Мало хто з пацієнтів обізнаний з точки зору виліковності депресивних проявів, психосоматики, та й просто користі психотерапії;

- Багато хто перегружений роботою, фінансовими труднощами, хатніми справами, дітьми та сім'єю.

Для роботи з пацієнтами треба створювати більш нестандартні умови проведення групових сесій, формувати особисту довіру між терапевтом та клієнтом, демонструвати зміни, які в ньому відбуваються та робити сумісну роботу постійною, а не від випадку до випадку.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ЖІНОК З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ПОСТТРАВМАТИЧНЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ.

2.1 Опис вибірки дослідження

Для формування вибірки дослідження було залучено 70 жінок, які деякий час перебували у районах бойових дій на території України у воєнний час. Метою первинного тестування було виявити ознаки ППД у респонденток, та відібрати рівні за кількістю групи :

- 1) Група досліджуваних без ознак ППД
- 2) Група досліджуваних з ознаками ППД

Після тестування за Міссісіпській шкалі для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант) виявилось, що переважна кількість респонденток мають ознаки ППД. Із 70 жінок тільки 22 особи не виявили ознак ППД , тому у подальшому тестуванні залишилось тільки 42 особи, які були поділені на дві групи по 22 особи у кожній. Подальше дослідження проводилося саме за цією виборкою.

У дослідженні добровільно прийняли участь 42 жінки віком від 32 до 55 років. В основному це жительки м. Харкова та м. Запоріжжя. Усі жінки перебували деякий час у районах бойових дій, та покинули ці міста при загрозі масових обстрілів, руйнувань та пошкодження інфраструктури. У подальшому вони перебувають у більш безпечних місцях в Україні або за кордоном.

Усі жінки мають вищу освіту та нормальний матеріальний стан. На час проведення дослідження, усі перебували у нормальних побутових умовах, усі мали роботу, або якесь джерело матеріального забезпечення .

Хоча дехто з жінок звертався по психологічну підтримку та епізодичне консультування, але всі вони вважають себе психічно здоровими.

Дослідницька вибірка поділена на такі групи:

Перша- жінки з ППД у кількості 22 особи

Друга –жінки без ППД у кількості 22 особи.

Наявність постстресової психологічної дезадаптації (ППД) визначалася за допомогою дослідження по Міссісіпській шкалі для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант).

При формуванні вибірки були прийняті данні, які наведені у дисертації Харченко А.О. стосовно показників по Міссісіпській шкали

У відповідності з цими даними, низька вірогідність наявності ПТСР відповідає втіленості в балах за Міссісіпською шкалою, яка не перевищує 80 балів.

До групи 1 було включено жінок з результатами від 71 до 80 балів, що свідчить про низьку вірогідність ПТСР та наявність ППД; до групи 2 було включено жінок з показниками $\leq 60-70$ балів, що свідчить про відсутність ПТСР та низьку вірогідність ППД.

За результатами цієї методики побудували діаграму, на якій видно співвідношення груп, що досліджували – жінки, які не мають ознак ПТСР (група №1) та які мають ознаки ПТСР(група №2).

2.2.Опис методик дослідження

Для детального дослідження предмету дослідження використовували такі методики: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант); опитувальник Ліз Бурбо тест «П'ять травм», шкала диференційних емоцій шкала диференціальних емоцій (Ізард К.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтьєв Д. А.) опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (Немчін Т.А.) та тест індивідуальної мотивації (ТІМ)

1. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу.
Методика була розроблена з метою оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T. M., et

al., 1987, 1988). Була створена на основі ММРІ для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Як показали дослідження, МШ має необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом "посттравматичний стресовий розлад", що спонукало дослідників до розробки "цивільного" варіанту МШ, який складався з 39 питань. У 1995 р. були опубліковані (Vreven D. et al.) психометричні дані, отримані на 668 цивільних осіб, де було показано, що розроблена цивільна форма МШ має високу внутрішню узгодженість (0,86), хоча й дещо нижчу, ніж військовий варіант (0,94). Цивільний варіант МШ використовували у дослідженні психіатричних пацієнтів, у якому були показані сензитивність 87% та специфічність 63% при діагностуванні травмованих суб'єктів (Hovens J., van der Ploeg M., 1993).

Міссісіпська шкала набула поширення в нашій країні на початку 1990-х років. у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених на контингенті ветеранів війни в Афганістані. Міссісіпська шкала входила до комплексу психодіагностичних методик, що використовуються в рамках російсько-американського проекту з вивчення психологічних та психофізіологічних аспектів посттравматичного стресового розладу, де були показані хороші диференціально-діагностичні можливості методики (Тарабрина Н. В. з співавт, 1992, 1991).

39 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно з DSM-III. Використовується цивільний варіант шкали.

2. Опитувальник Ліз Бурбо тест «П'ять травм» [72]. Бурбо Л. запропонувала тест для діагностики п'яти травм інфантильного досвіду особистості, який складається із 200 тверджень, по 40 з яких спрямовані на діагностику ступеню вираженості однієї з них. Бурбо Л. були виділені такі типи травм: несправедливості, відкинутості, приниження, покинутості, зради. Кожна із зазначених травм обумовлює зберігання відповідного їй травматичного досвіду протягом всього життя. Виникнення травми відкинутості

обумовлюється взаємодією з фігурою батьків тієї ж статі, що й дитина (відштовхують, відмовляються, не терплять відсторонюють.). Як наслідок – розвивається характерологічна структура по типу втікача. Для переживання цієї травми характерні: почуття непотрібності, сумніви в своєму праві на існування, страх, пригніченість, ненависть, ізоляція, самотність, другосортність, сором, нікчемність. Травма покинутого формується тоді, коли дитина деструктивно взаємодіє з батьками, але вже протилежної статі (коли не цікавляться). Формується характерологічна структура залежного. Для переживання даної травми характерні: емоційний голод, сум, безпорадність, страх, незначимість, самотність, зневіра, образа. Виникнення травми приниженого обумовлене взаємодією з фігурою матері. Формується такий характер, як мазохістичний. Характерними переживаннями при цій травмі є наступні: сором, вина, образа, відраза, ганьба, нікчемність, утиск, приниження, безпорадність, важливість бути гідним, невизнаність. Травма зради формується при спілкуванні з батьками протилежної статі. Формується тип характеру, який Бурбо Л. назвала контролюючим. Для переживання цієї травми характерні: недовіра, бажання влади, гнів, напруженість, страх, маніпулятивність, важливість своєї особливості та компетентності. Травма несправедливості формується тоді, коли дитина взаємодіє з батьками тієї ж статі, що і вона сама.

Формується такий тип характеру, як ригідний. Для переживання даної травми характерні: замкненість, ревності, закритість, гнів, розчарування, почуття обов'язку, провина, страждання через власну недосконалість.

3. Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда. Ця методика розроблена відомим американським психологом Керролом Ізардом у вигляді додатка до його теоретичної концепції, в якій розвиваються положення про існування 10 базових емоцій, що становлять основу усього емоційного життя людини. До них відносяться емоції інтересу, радості, здивування, горя, гніву, презирства, відрази, страху, сорому і провини. Компактна і зручна в застосуванні «Шкала диференціальних емоцій» заповнює існуючий в прикладній психодіагностиці дефіцит засобів, що дозволяють отримати одномоментний зріз цілої палітри

поточних емоційних переживань. Для оцінки актуального ФС людини в конкретній професійній ситуації подібний методичний інструмент незамінний, оскільки з його допомогою можуть бути проаналізовані афективні компоненти регуляції діяльності, відбиваючі особливості мотиваційних установок суб'єкта.

Запропонована методика включає 30 монополярних шкал, представлених прикметниками, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань. Для оцінки кожної з 10 базових емоцій використовуються три приватні шкали, розташовані в наступному порядку :

- I. Інтерес (п. 1–3);
- II. Радість (п. 4–6);
- III. Здивування (п. 7–9);
- IV. Горе (п. 10–12); V. Гнів (п. 13–15);
- VI. Відраза (п. 16–18);
- VII. Презирство (п. 19–21);
- VIII. Страх (п. 22–24);
- IX. Сором (п. 25–27);
- X. Провина (п. 28–30).

Випробовуваному пропонується оцінити міру вираженості кожного емоційного переживання за п'яти бальною шкалою: від його повної відсутності (1 бал) до максимальної вираженості (5 балів). У цій методиці усі шкали прямі, тобто зростання оцінок по них безпосередньо відповідає збільшенню сили емоційного переживання.

4. Тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтьєв Д. А.). Тест СЖО є адаптованим варіантом тесту Purpose-in-Life Test (PIL) Джеймса Крамбо, який являє собою 20 пар протилежних тверджень. За кожним твердженням, за ключем методики, визначаються бали, максимумом яких може бути – 7. Є висхідні та східні твердження в нарахуванні балів, але максимум вираженості по шкалі завжди має саме 7 балів.

Застосування даного тесту дає можливість діагностувати «джерело» сенсу життя, який особистість може для себе знайти в минулому, теперішньому,

майбутньому чи одночасно у всіх трьох складових. Тест включає в себе 5 субшкал, а саме: три конкретні смисложиттєві орієнтації, до яких належать – 1) цілі в житті, 2) процес життя (чи - інтерес та емоційна насиченість життя), 3) результативність життя (чи - задоволеність самореалізацією), та два аспекти локусу контролю : 4) локус контролю – Я (чи - Я – господар життя), 5) локус контролю – життя (чи - керування життям).

Осмысленим життя в даному тесті визнається при наявності цілей, задоволенні, яке отримується при їх досягненні, впевненості особистості у здібності ставити перед собою цілі, здатності вибирати завдання із наявних та здатності досягати потрібних результатів. Для формування та збереження максимально повноцінної структури та оптимального функціонування даної сфери, важливе максимально чітке співвідношення цілей з майбутнім, з теперішнім – емоційної насиченості, задоволення – з досягнутим результатом (з минулим).

5. Методика «Оцінка нервово-психічного напруження» (Т.А.Немчін). Дана методика представляє собою перелік ознак нервово-психічної напруги. Діагностує 30 характеристик цієї напруги з трьома рівнями вираженості, а саме: наявність фізичного дискомфорту, наявність больових відчуттів, температурні відчуття, стан м'язового тону, координація рухів, стан рухової активності в цілому, відчуття зі сторони серцево-судинної системи, прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту, прояви зі сторони органів дихання, прояви зі сторони видільної системи, стан потовиділення, стан слизової оболонки порожнини рота, забарвлення шкіряних покривів, сприйнятливість, чутливість шкіряних покривів, почуття впевненості в собі, в своїх силах, настрій, особливості сну, особливості емоційного стану в цілому, завадостійкість, особливості мови, загальна оцінка психічного стану, особливості пам'яті, особливості уваги, кмітливість, розумова працездатність, явища психічного дискомфорту, ступінь розповсюдження (генералізації) признаков психологічної напруги, частота виникнення станів напруги, тривалість станів напруги, загальний ступінь вираженості напруги. Крім зазначених характеристик

нервово-психічної напруги, за даною методикою можна визначити загальний рівень даної напруги, а саме: діапазон слабої нервово-психічної напруги – від 30 до 50, помірної – від 51 до 70, надмірної – від 71 до 90.

6. Тест. Мотивація успіху та страх невдачі (А. А. Реан. [73]. Тест Мотивація успіху та страх невдачі А. Реана дозволяє оцінити, яке прагнення більшою мірою визначає вашу поведінку: бажання досягти успіху або уникнути невдачі. Перевагою одного з цих двох варіантів багато в чому і визначається рівень наших домагань - чи готові ми ставити перед собою важкі завдання, щоб пережити значний успіх, або ж вибираємо скромніші цілі, аби не випробувати розчарування. Тест складається з 20 питань.

7. Тест індивідуальної мотивації (ТІМ). Тест ТІМ за Алтуховим В.В. та Загоруйко А.Б. складається з 56 питань та створено для діагностики основних мотивів професійної діяльності та загальної діагностики мотиваційного профілю з визначенням значущих й незначущих для особистості мотиваційних факторів. Мотиваційний профіль особистості складається з інтегральних факторів мотивації: мотивація збереження – мотивація досягнення, внутрішня мотивація – зовнішня мотивація, та мотиваційного профілю, який складається з наступних шкал: пізнання 76 та інтерес, визначеність, здоров'я та комфорт, творчість та незалежність, гроші, взаємовідносини, подолання та зростання, престиж.

РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Особливості структури інфантильного травматичного досвіду та жінок України у період війни з ППД .

Одним з чинників, що сприяють виникненню у людини ППД є наявність психологічної травми у дитинстві. Наразі що достеменно не відомо , яким саме чином ці травми впливають на подальше життя :або змінюються деякі структури особистості, або змінюються когнітивні механізми , що спонукає людину до сприйняття оточення, як ворожого ;або виникає фіксація в період розвитку особистості ; або людина , так би мовити, «тягнеться» до інших, які складають у подальшому проблемне оточення , що ускладнює формування зрілої автономної особистості. Також , дуже впливають на формування ППД особливості виховання дитини та подальший життєвий досвід. Невразливість особистості до негативного впливу оточення обумовлюється наступними факторами;

- Регулятором життя є реальність
- Людина сама приймає рішення стосовно себе
- Людина нормально відтерміновує задоволення
- Наявні зрілі захисні механізми
- Людина здатна до рефлексії власного досвіду та ін.

Метою цього підрозділу було визначити особливості структури інфантильного травматичного досвіду у жінок України у період війни з ППД. Для дослідження інфантильних травм жінок ми використовували опитувальник Ліз Бурбо тест «П'ять травм». За типологією травм за Л. Бурбо виділяються наступні типи травм : відкинутості, покинутості, приниження , зради, та несправедливості. У цій роботі зроблено припущення, що наявність певної інфантильної травми впливає на вразливість до негативних чинників актуальної

травми, при чому певні травми формують більш адаптивну поведінку, і інші— менш адаптивну.

За результатами цього опитувальника побудували графіки для обох груп.

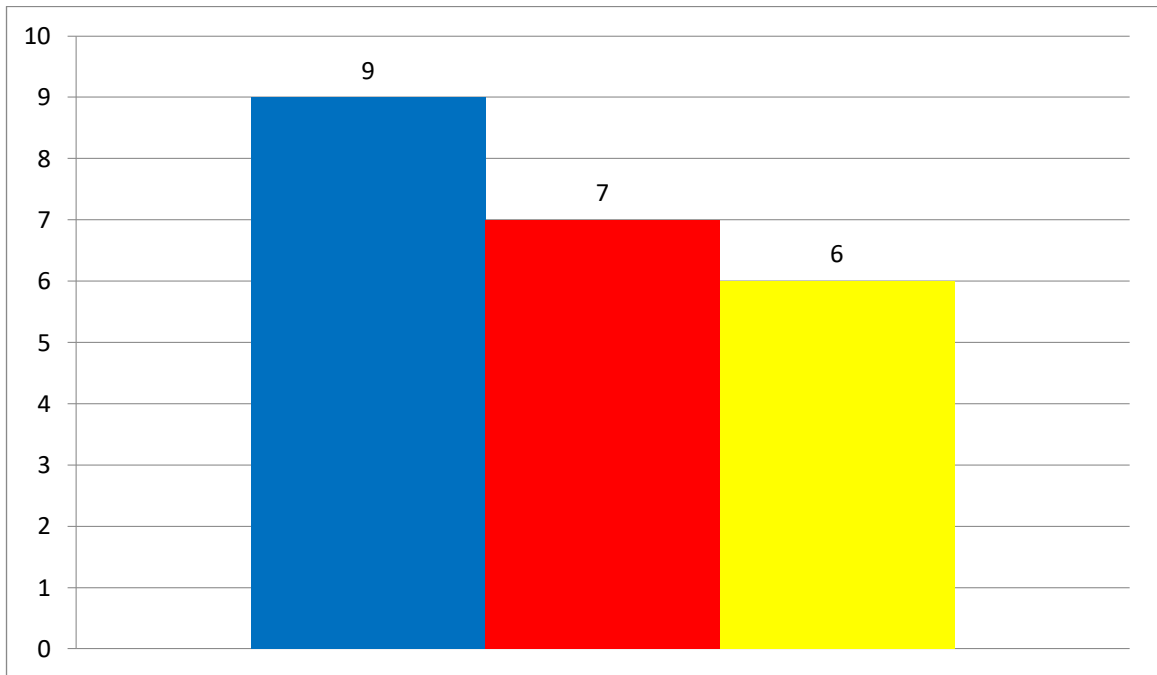


Рис. 3.1 Інфантильні травми у жінок, які не мають ознак ППД (група №1):

■ - травма зради, ■ - травма покинутості, ■ - травма несправедливості

За Рис. 3.1 ми бачимо, що у групі жінок, у яких відсутні ознаки ППД, з травмою зради найбільше, а найменше з травмою несправедливості. Треба зауважити, що у цій групі не було виявлено таких травм як приниження та відторгнення.

Травма зради виявилась у жінок без ППД найбільш поширеною. Вона формується при взаємодії дитини з батьками протилежної статі у віці 2-4 роки. Дитина відчувала, що її зрадили або нею маніпулюють. Для цієї травми характерна втрата довіри до цього батька, через порушені обіцянки, брехню чи проявів слабкості. Характерні: бажання влади, недовіра, напруженість, страх, гнів, дуже важливо зберігання своєї особистості, сили, компетентності.

Формується маска –контролер. "Контролер" робить все, щоб переконати оточуючих у силі своєї особистості. Він дуже вимогливий до себе і непохитний по відношенню до всіх, хто демонструє боягузтво чи віроломство. Він

використовує свої лідерські якості, щоб нав'язувати свою волю і досягати своєї мети, він також часто переконаний у своїй незамінності. Він турбується про репутацію і без вагань спотворить істину, щоб зберегти свій образ, але до того ж безжальний до брехунів. Він швидко схоплює суть і реагує, проте схильний до поспішних висновків. Якщо травма проявлена не дуже сильно, або добре компенсована у подальшому житті, це дає людині певні важливі ресурси для адаптації.

Виходячи з дослідження, можемо припустити, що деякі риси «контролера» дозволяють йому краще адаптуватися до складних умов. Здатність контролювати – відповідає вимогам життя: «бути у реальності». Швидкість мислення, деякі лідерські якості, досить висока воля, здатність зберігати свою особистість – усі ці риси допомагають у подальшому пристосуванні до нових умов.

Друга за поширеністю у жінок без ППД – **травма покинутості**.

Ця травма виникає при взаємодії з батьками протилежної статі. Вона часто виникає у тих, від кого у ранньому віці пішов один із батьків. У цьому вони починають звинувачувати себе, шукати причини в собі та судомно намагатися все виправити у зрілому віці. Для травми характерні: безпорадність, сум, емоційний голод, самотність, незначущість, зневіра, образа.

Формується маска- залежний.

Людина вкладає всього себе в партнера чи свою дитину, бачить сенс свого існування лише у відносинах із цією людиною. Ця залежність має нездоровий характер, оскільки за неї людина перестає розвиватися як особистість.

Виходячи з дослідження, можемо припустити, що деякі риси, притаманні цьому типу травми, могли стати допоміжними у проживанні актуальної травми та подальшої адаптації без збитків для психічного здоров'я жінок у період війни. А саме: компенсована самотність – як можливість перебувати тривалий час у обмеженому колі спілкування, або в обмежених умовах, вміння вкладати усього себе у інших-дозволяє бути корисним для

людей у складний час, допомагати самовіддано, переживати свою травму через допомогу, стати «рятівником», волонтерити. У деякій кількості волонтерів, з якими я працювала у період війни, спостерігалися у інфантильному травматичному досвіді саме такі травми.

Найменш проявлена у групі жінок без ППД **травма несправедливості – маска- ригідний**.

На її формування впливають стосунки з батьками своєї статі. Для цього типу травми характерні: ревності, розчарування, замкненість, закритість, почуття обов'язку, гнівливість. Ригідність або прагнення уникнення відповідальності характерна для розчарованих людей. Якщо в дитинстві їм часто доводилося переживати несправедливі покарання, звинувачення, якщо стосовно них не стримували обіцянок, вони втрачають інтерес до самореалізації. Навіщо намагатися, якщо це все одно ніхто не оцінить, а ініціатива буде покарана.

За результатами дослідження можна припустити, що саме ригідність, якщо вона проявлена не досить сильно, або добре компенсована іншими чинниками, дозволяє сприймати актуальну травму менш емоційно. Це дає можливість зберегти сили та увагу для вирішення наявних запитів життя, та адаптуватися до ситуації через зрілі захисні механізми.

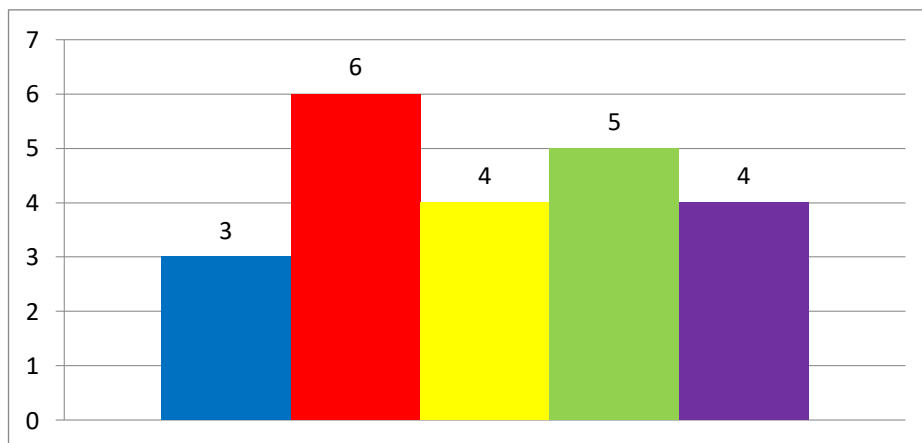


Рис. 3.2 Інфантильні травми у жінок, які мають ознаки ППД (група №2):

■ - травма зради, ■ - травма покинутості, ■ - травма несправедливості, ■ - травма приниження, ■ - травма відкинутості

За Рис. 3.2 ми бачимо, що у групі жінок, які мають ознаки ППД, травму покинутості має більша кількість жінок, на другому місці травма приниження, на третьому травми несправедливості та відторгнення та найменша кількість жінок мають травму зради.

У групі жінок з ППД присутні усі види інфантильних травм, але структура дещо інша.

За Л. Бурбо, існує припущення, що деякі види інфантильних травм утворюють у структурі інфантильного травматичного досвіду феномен «злипання», та можуть у різних життєвих ситуаціях проявлятися більше то однією, то іншою стороною.

Оскільки умови проведення дослідів у воєнний час та при відключеннях світла досить обмежені, не було можливості провести додаткові дослідження. Я висловлю припущення стосовно структури інфантильної травми для групи №2 – жінки з ППД.

Найбільш проявлена **травма покинутості**. Для неї характерні наступні стратегії захисної поведінки :

1) Перебування у ролі жертви; 2) схильність до перебільшення травмуючих подій ; 3) страх та самотність ; 4) боязнь власних емоцій ; 5) звинувачення оточення у тому, що їх покинули ; 6) гостре переживання втрати

Травма приниження , друга за проявленістю у групі . Для неї характерні наступні стратегії захисної поведінки :

1) Відчуття сорому та приниження за власні вчинки ; 2) прагнення довести оточуючим свою надійність , через це з'являється висока старанність та бажання брати на себе надвисоку кількість турбот та роботи ; 3) виникає впевненість у тому, що зусилля не оцінені ; 4) особисте відчуття використаності

Травма несправедливості та відкинутості мають рівні показники.

Для травми несправедливості характерні такі стратегії захисної поведінки:

1) Висока чутливість до критики 2) завищена самокритичність 3) прагнення до досконалості, категоричність .

Можна припустити, що саме «злипання» зазначених інфантильних травм та проявлення співвідносних їм захисних механізмів потенціюють виникнення постстресової психологічної дезадаптації у жінок з ППД.

Для більш детального аналізу співвідношення травматичного інфантильного досвіду у жінок з ППД та без ППД у зроблено порівняльний графік з усередненими показниками

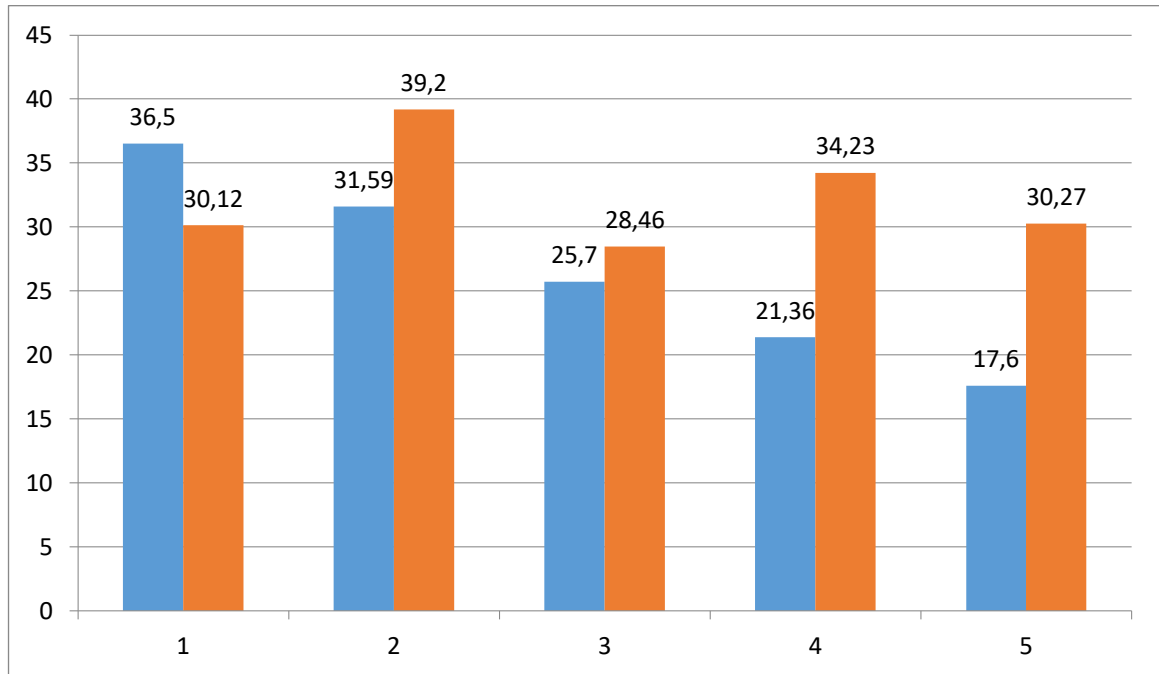


Рис. 3.3 Усереднені показники у групах жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД (група №2): ■ - група №1, ■ - група №2, 1 - травма зради, 2 – травма покинутості, 3 – несправедливості, 4 – травма приниженості, 5 – травма відкинутості

За допомогою опитувальник Ліз Бурбо тест «П'ять травм» та U-критерію Манна-Уїтні було виявлено розбіжності у показниках травм між двома групами. Результати відображені на таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Розбіжності в інфантильних травмах між групами жінок, що не мають ознак ППД (група №1) та що мають ознаки ППД (група №2)

Інфантильні травми	Сума рангів (група 1)	Сума рангів (група 2)	U- критерій	Рівень значущості ($p \leq$)
Зради	803	663	967	0,64
Покинутості	695	862	1036	0,734
Несправедливості	565	626	886	0,96
Приниженості	470	775	798	0,003
Відкинутості	387	665	967	0,0023

Примітка: жирним шрифтом виділено значущі відмінності

З таблиці 3.1 видно, що досліджувані без ознак ППД мають значно менший статистично значущий рівень виразності усіх інфантильних травм, окрім травми зради.

Досліджувані з ознаками ППД на відміну від першої групи мають вищий рівень виразності показників таких травм, як травма приниженості ($U=798$, $p<0,003$) та відкинутості ($U=967$, $p<0,0023$).

У досліджуваних з ППД спостерігається більш високий рівень травматизації за травмами приниженості та відкинутості. Саме травми

приниженості та відкинутості відповідають такому зараз популярному терміну, як «синдром біженця».

МОЗ розповідає про **симптоми «синдрому біженця»** наступним чином:

«Це складний емоційний стан, що характеризується наступними синдромами: відчуття безпорадності, підвищена дратівливість, спалахи агресії, емоційна відстороненість, нездатність відчувати радість та задоволення, різкі коливання почуттів до «приймаючої сторони» від безмежної вдячності до заздрощів до їх матеріального та морального благополуччя.

Якщо роздивитися ретельніше, то прояви саме інфантильних травм відкинутості та приниження дуже співпадають з описом «синдрому біженця»:

-почуття непотрібності, страх, пригніченість, самотність, ізоляція, сором, другорядність, нікчемність (що відповідає травмі відкинутості-маска -втікач)

- сором, образа, вина, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизначеність, безпорадність, бажання бути гідним (травма приниженого – маска залежний).

3.2 Структурні особливості емоційної сфери жінок з ППД у період війни в Україні.

Метою цього підрозділу було визначити структурні особливості емоційної сфери жінок у період війни в Україні з ППД. За результатами дослідження шкали диференціальних емоцій К. Ізарда побудовано графік з усередненими показниками емоцій двох груп, що досліджували – жінки, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД(група №2).

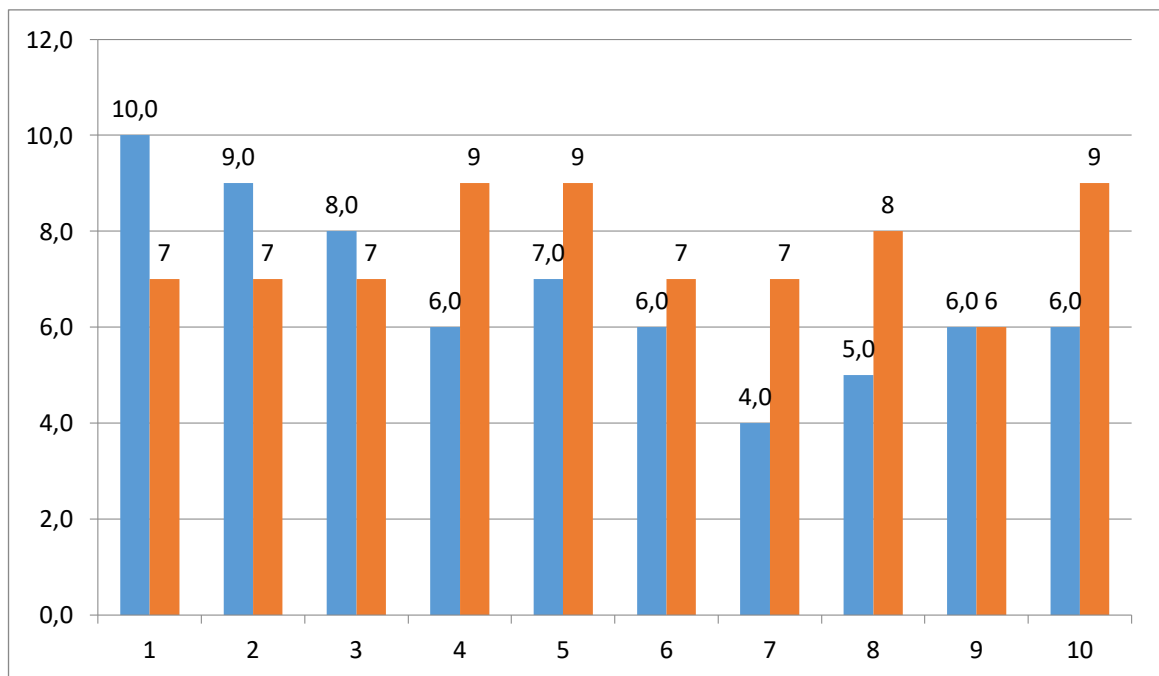


Рис. 3.4 Середньогрупові показники емоцій у жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД (група №2): ■ - група №1, ■ - група №2, 1 – інтерес, 2 – радість, 3 – здивування, 4 – горе, 5 – гнів, 6 – відраза, 7 – презирство, 8 – страх, 9 – сором, 10 – провина.

Згідно з Рис. 3.4 показник «сором» збігається в обох групах. Також можна побачити, що позитивні емоції (інтерес, радість, здивування) більш виразні у

жінок, які не мають ознак ППД (група №1), а негативні та тривожно-депресивні емоції – у жінок, які мають ознаки ППД (група №2). Вершина графіку групи №1 знаходиться на емоції інтерес, у групи №2 – на емоції провина, а найнижчий показник у групі №1 знаходиться на емоції Презирство, а у групі №2 – на емоції сором.

Спираючись на характеристики емоційних рис, надані Ізардом К. важливо розглянути ті особливості особистості, на вірогідність яких вказують відповідні емоції.

У групі жінок без ППД найбільші показники по емоції інтересу. Ця емоція співвідноситься із зацікавленістю, мотивацією до дії. Також ми бачимо добрі показники по «радості». Це говорить про здатність проживати захоплення, благополуччя, психологічний комфорт. Сполучення інтересу із високими показниками за «радістю» надають жінкам без ППД певний ресурс та компенсатор щодо прояву негативних емоцій та можливості виникнення ППД.

У жінок з ППД найбільш проявлені горе, гнів, презирство, страх, провина. Це вказує на характерність для їх особистості: розчарування, почуття втрати, негативні спогади, самотність, журбу, страждання, неможливість контролювати ситуацію стриманість, приниження, переживання невдачі, безпорадність, провину. Усі ці емоційні переживання безперечно відносяться до негативно-депресивного спектру та є передиспонує для формування ППД.

Горе, гнів, провина, презирство, та страх є саме тими емоційними рисами, які відповідають інфантильним травмам відкинутості та приниження. Крім того «радість», як кажуть «із сльозами на очах», тобто суттєво послаблена, особливо через горе та провину. Тобто, людина може й хоче радіти з чогось, але не дозволяє собі. Усе це суттєво знижує ресурси для відновлення та адаптації, та передиспонує, ймовірно виникненню ППД.

Загальний індекс позитивних емоцій вище у жінок без ППД. Тривожно-депресивні та негативні емоції більші виражені у жінок з ППД. Це можна розцінювати вже як прояви та тенденції до виникнення ППД.

Також за шкалою диференціальних емоцій К. Ізарда ми отримали середньогрупові індекси емоцій.

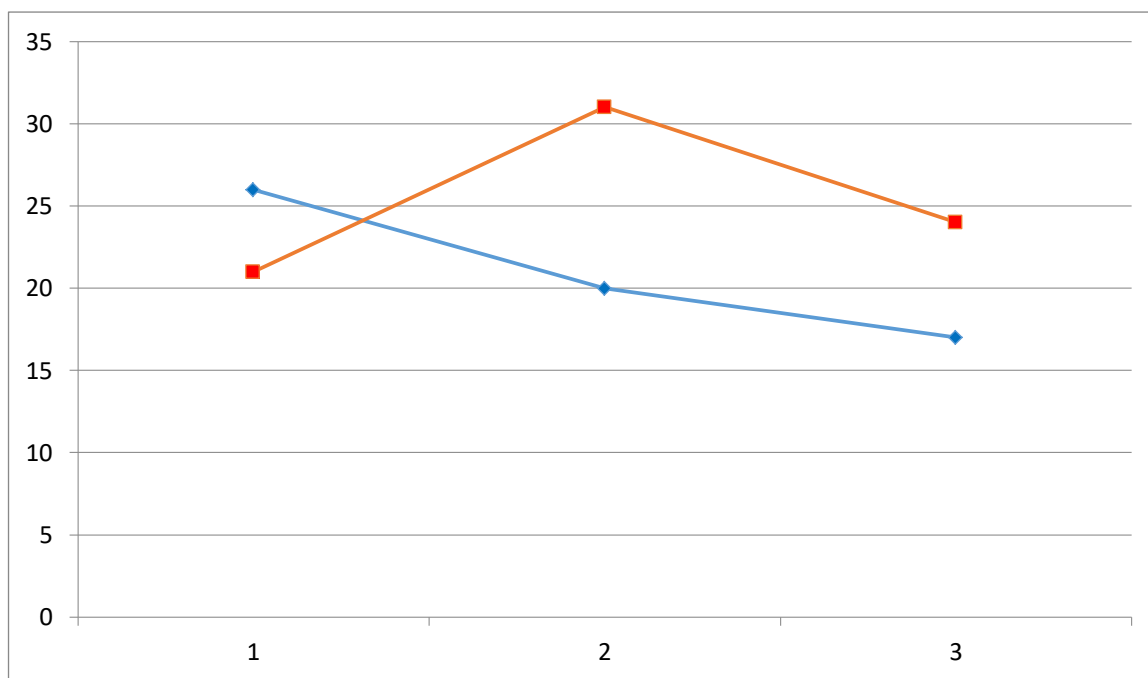


Рис. 3.5 Середньогрупові індекси емоцій у жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД (група №2): ■ - група №1, ■ - група №2, 1 – індекс позитивних емоцій, 2 – індекс негативних емоцій, 3 – індекс тривожно-депресивних емоцій.

За Рис. 3.5 можна побачити, що індекси групи №2 мають тенденцію до зниження (від позитивного індексу до тривожно-депресивного). У групі №2 найвищим показник має індекс негативних емоцій, на другому місці – тривожно-депресивних емоцій на найменший показник індексу позитивних емоцій.

За допомогою шкали диференціальних емоцій К. Ізарда та U-критерію Манна-Уїтні було виявлено розбіжності у показниках емоцій між двома групами. Результати відображені на таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Розбіжності в інфантильних травмах між групами жінок, що не мають ознак ППД (група №1) та що мають ознаки ППД (група №2)

Емоції	Сума рангів (група 1)	Сума рангів (група 2)	U- критерій	Рівень значущості ($p \leq$)
Інтерес	220	154	460	0,01
Радість	198	145	423	0,67
Здивування	181	158	393	0,66
Горе	156	189	298	0,043
Гнів	145	161	195	0,021
Відраза	143	154	258	0,167
Презирство	135	168	214	0,042
Страх	154	187	367	0,033
Сором	165	165	263	0,199
Провина	140	181	150	0,01

Примітка: жирним шрифтом виділено значущі відмінності

З таблиці 3.2 видно, що досліджувані без ознак ППД мають значно менший статистично значущий рівень виразності негативних та тривожно-депресивних емоцій, але значно більший статистично значущий рівень позитивних емоцій.

Досліджувані з ознаками ППД на відміну від першої групи мають вищий рівень виразності показників таких емоцій, як інтерес ($U = 460$, $p < 0,01$), горе ($U = 298$, $p < 0,043$), презирство ($U = 214$, $p < 0,042$), страх ($U = 367$, $p < 0,033$) та провина ($U = 150$, $p < 0,001$).

За цими даними можна зазначити, що у другій групі горе презирство, страх та провина є суттєво значущими. Вони є частиною емоціональної сфери та безпосередньо впливають на розвиток ППД. Але високий показник інтересу дозволяє в якійсь мірі компенсувати цю негативно-депресивну емоційну складову. Тобто, людина залишається працездатною, діє у відповідності із

обставинами, але ці дії менш ефективні, ніж у групі №1 та, мабуть, не приносять емоційного задоволення, що значно знижує емоційний ресурс жінок з ППД.

3.3 Особливості прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду у жінок в Україні під час війни з ППД

Концепція емоційної схеми має таку складову, як тілесні маніфестації. Тобто тілесні прояви емоційного переживання. Ще в роботах Райха В. Та Лоуена О., засновників тілесно-орієнтованого підходу в психотерапії, зазначається важливість проявів соматки у психічних проблемах особистості.

Особливості тілесних маніфестацій у жінок під час війни в Україні з ППД були досліджені за допомогою опитувальника «Оцінка нервово-психологічного напруження» Немчіна Т. А. У силу стислості цього дослідження оцінювався лише рівень нервово-психічної напруги, оскільки суттєвих скарг на соматичний стан респонденти дослідження не надавали.

Для того щоб дослідити рівень психічного напруження у жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД (група №2) ми використовували опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» Немчіна Т. А. За результатами цього опитувальника побудували відповідний графік.

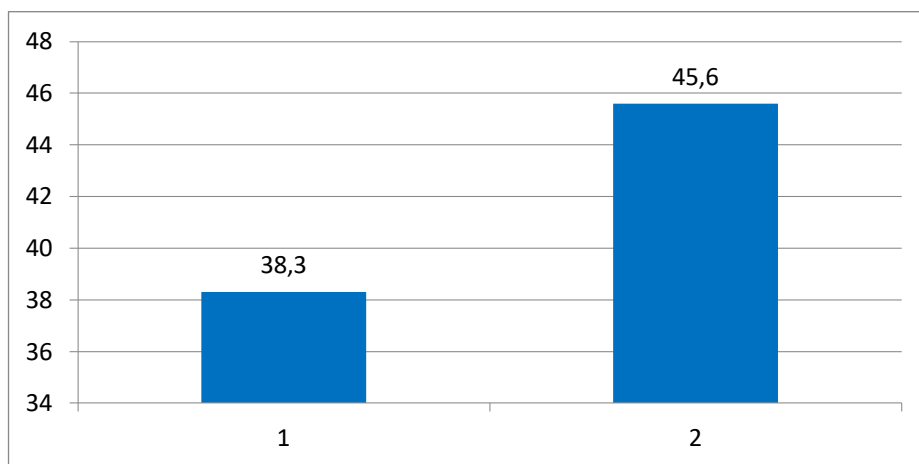


Рис. 3.6 Усереднені показники у жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД (група №2): 1 – група №1, 2 – група №2

За Рис. 3.6 ми бачимо, що середні показники сирих балів за цією методикою мають більший показник у жінок, що мають ознаки ППД (група №2), ніж у жінок, що не мають ознак ППД (група №1).

Для більш детального аналізу цього опитувальника побудуємо таблицю.

Таблиця 3.3

Частота показників зустрічальності різних рівнів нервово-психічної напруги у жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД (група №2)

Рівень нервово-психічної напруги	Результати групи №1		Результати групи №2	
	Кіль-сть	%	Кіль-сть	%
Слабкий рівень	22	100%	18	82%
Помірний рівень	0	0%	4	18%
Надмірний рівень	0	0%	0	0%

З таблиці 3.3 можна побачити, що у групі №1 усі досліджувані (100%) мають слабкий рівень нервово-психічного напруження, а у групі №2 більша кількість жінок має слабкий рівень нервово-психічного напруження (82%) та менша кількість помірного рівня нервово-психічного напруження (18%). Слід зауважити, що у двох групах не було виявлено надмірного рівня нервово-психічного напруження.

За допомогою та U-критерію Манна-Уїтні було виявлено розбіжності у показниках нервово-психічного напруження між двома групами. Результати відображені на таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Розбіжності в показниках нервово-психічного напруження між групами жінок, що не мають ознак ППД (група №1) та що мають ознаки ППД (група №2)

Нервово- психічне напруження	Сума рангів (група 1)	Сума рангів (група 2)	U- критерій	Рівень значущості ($p \leq$)
	843	1003	869	0,001

Примітка: жирним шрифтом виділено значущі відмінності

З таблиці 3.4 видно, що досліджувані без ознак ППД мають значно менший статистично значущий рівень виразності нервово-психічного напруження.

Досліджувані з ознаками ППД на відміну від першої групи мають вищий рівень виразності такого показника як нервово-психічне напруження ($U = 869$, $p < 0,001$).

Виходячи з результатів дослідження, можемо відзначити, що у обох групах не було виявлено надмірного рівня нервово-психічного напруження. Проте, у групі жінок з ППД середній показник вищий на 19%. В обох групах в основному спостерігається слабкий рівень нервово-психічного напруження. Тільки у групі жінок з ППД помірний рівень виявлений у 18% жінок. Судячи з отриманих результатів, усі респонденти по соматичній складовій в травматичному досвіді достатньо добре компенсовані. Можливо, вони своєчасно звертаються по медичну допомогу, та приділяють саме цій компоненті найбільшу увагу з усіх інших складових емоційного травматичного досвіду. З розмов з респондентами було з'ясовано, що такі прояви, як безсоння, наявність больових відчуттів, наявність фізичного дискомфорту, прояви зі сторони серцево-судинної системи сприймаються ними як незначущі на фоні складних життєвих обставин.

3.4. Особливості структури мотиваційно-сміслової сфери жінок під час війни в Україні з ППД

Метою цього підрозділу було визначити особливості структури мотиваційно-сміслової сфери жінок під час війни в Україні з ППД. Для

дослідження смислової сфери жінок ми використовували тест смисложиттєвих орієнтацій Леонтьєва Д. А.

За Леонтьєвим Д. А. , життя вважається осмисленим за наявності цілей, а також задоволення , одержуваного при їх досягненні . Упевненість у своїй здатності ставити собі цілі , вибирати завдання з тих, що можливі , і досягати результатів можна розглядати як вольовий компонент у психічній структурі особистості . Важливим є ясне співвідношення цілей – з майбутнім, емоційної насиченості – з сьогоденням, задоволення – з досягнутим результатом, минулим. У своїх дослідженнях Леонтьєв Д.А. емпірично виявив що показник осмислення життя від'ємно корелює зі шкалою депресії. Тобто, можемо припустити, що більш високі показники за смисложиттєвими орієнтаціями особистості є чинниками, які зменшують вірогідність розвитку ППД.

За усередненими результатами цього тесту побудували графік.

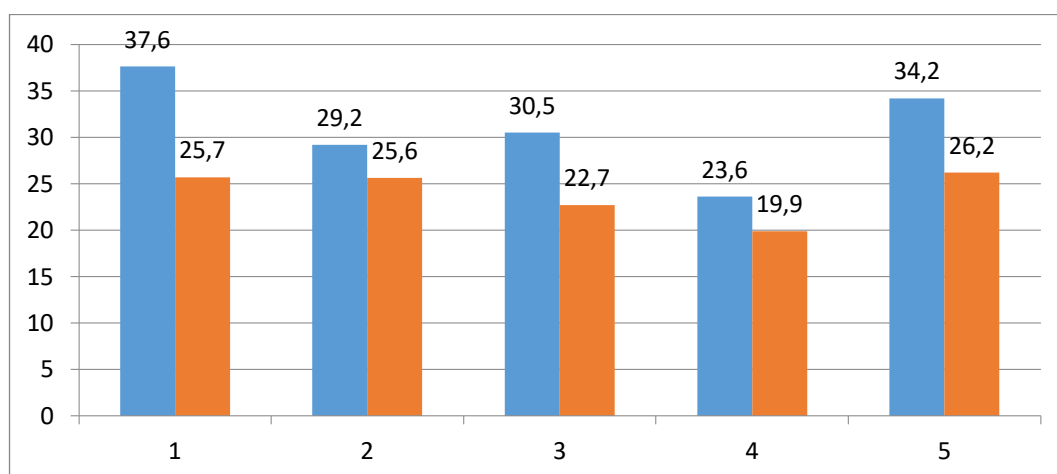


Рис. 3.7 Усереднені показники смисложиттєвих орієнтацій у жінок, які не мають ознак ППД (група №1) та які мають ознаки ППД(група №2): ■ - група №1, ■ - група №2, 1 – цілі у житті, 2 – процес життя, 3 – результативність життя, 4 – локус-контроль Я, 5 – локус-контроль життя

За Рис. 3.7 ми бачимо, що всі середні показники першої групи вищі за показники другої. Найбільший показник група жінок за відсутніми ознаками ППД має за шкалою цілі у житті, а найменший – локус-контроль Я. У групі жінок з ознаками ППД найбільший показник за шкалою локус-контроль життя, а найменший – локус контроль Я.

Щоб більш детально проаналізувати результати цієї методики побудували таблицю.

Таблиця 3.5

Частота показників зустрічальності смисложиттєвих орієнтацій у жінок,
які не мають ознак ППД (група №1)

Смисложиттєві орієнтації	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кі ль-сть	%	Кі ль-сть	%	Кі ль-сть	%
Цілі у житті	0	0%	6	27,3%	16	72,7%
Процес життя	4	18,2%	16	72,7%	2	9,1%
Результативність життя	0	0%	6	22,3%	16	72,7%
Локус-контроль Я	0	0%	11	50%	11	50%
Локус-контроль життя	0	0%	11	50%	11	50%

З таблиці 35., ми бачимо, що у цій групі низький рівень зустрічається лише у шкалі процес життя. За шкалою **цілі життя** найвищий показник з високому рівні (72,7%), низький з середньому рівні (27,3 %). За шкалою **процес життя** найвищий показник з середнім рівнем (72,7%), середній показник з низьким рівнем (18,2%) та найнижчий показник з високим рівнем (9,1%). За шкалою **результативність шкали** найвищий показник з високим рівнем (72,7%) та найнижчий рівень з середнім рівнем (23,3%). За шкалою **локус-контроль Я** показники з середнім та високим рівнем однакові (50%). За рівнем **локус-контроля життя** показники з середнім та високим рівнем однакові (50%).

Відповідно до отриманих даних можемо припустити, що високі показники за критерієм «цілі у житті» допомагає респондентам спрямовуватися на майбутнє.

Таблиця 3.6

Частота показників зустрічальності смисложиттєвих орієнтацій у жінок,
які мають ознак ППД (група №2)

Смисложиттєві орієнтації	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кіль- сть	%	Кіль-сть	%	Кіль- сть	%
Цілі у житті	7	31,8%	10	45,5%	5	22,7%
Процес життя	3	13,6%	19	86,4%	0	0%
Результативність життя	3	13,6%	13	59,1%	6	27,3%
Локус-контроль Я	2	9,1%	14	63,6%	6	27,3%
Локус-контроль життя	8	36,4%	13	59,1%	1	4,5%

З таблиці 3.6, ми бачимо, що показники шкал мають різні рівні. За шкалою **цілі життя** найвищий показник з середнім рівні (45,5%), середній з низьким рівнем (31,8%) та низький показник з високим рівнем (22,7%). За шкалою **процес життя** найвищий показник з середнім рівнем (86,4%), найнижчий показник з низьким рівнем (13,6%). За шкалою **результативність шкали** найвищий показник з середнім рівнем (59,1%), середній показний з високим рівнем (27,3%) та найнижчий рівень з низьким рівнем (13,6%). За шкалою **локус-контроль Я** показники найвищий показник з середнім рівнем (63,6%), середній показний з високим рівнем (27,3%) та найнижчий рівень з низьким рівнем (9,1%). За рівнем **локус-контроля життя** показники найвищий показник з середнім рівнем (59,1%), середній показний з низьким рівнем (36,4 %) та найнижчий рівень з високим рівнем (4,5%).

За допомогою тесту смисложиттєвих орієнтацій Леонтьєва Д. А. та U-критерію Манна-Уїтні було виявлено розбіжності у показниках емоцій між двома групами. Результати відображені на таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Розбіжності у смисложиттєвих орієнтаціях між групами жінок, що не мають ознак ППД (група №1) та що мають ознаки ППД (група №2)

Смисложиттєві орієнтації	Сума рангів (група 1)	Сума рангів (група 2)	U- критерій	Рівень значущості ($p \leq$)
Цілі у житті	827	565	890	0,002
Процес життя	642	563	773	0,67
Результативність життя	671	484	673	0,046
Локус-контроль Я	519	437	598	0,436
Локус-контроль життя	752	576	695	0,021

Примітка: жирним шрифтом виділено значущі відмінності

З таблиці 3.7 видно, що, досліджувані без ознак ППД на відміну від другої групи мають значущо вищий рівень виразності показників таких цінностей, як цілі у житті ($U=890$, $p<0,002$), результативність життя ($U=673$, $p<0,046$) та локус-контроль життя ($U=695$, $p<0,0021$).

ВИСНОВКИ

1) При формуванні вибірки для цього дослідження було неприємним здивуванням, що кількість жінок , які ймовірно, мають ознаки ППД набагато перевищує кількість тих , що не мають ознак ППД за міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант). Тобто, проблема психологічної роботи з посттравматичною дезадаптацією жінок України під час війни, а особливо, після її закінчення буде дуже актуальною.

2) У жінок з ППД під час війни в Україні виявлено у інфантильному травматичному досвіді більш високий рівень травматизації за відкинутості та приниженням . Це можна вважати підґрунтям надвразливості до актуальної травми війни та вторинної травми переселення на нові місця перебування. Ці особливості структури інфантильного досвіду є підтвердженням «циклічного відігрування інфантильного травматичного досвіду та його зберігання продовж життя», за Л.Бурбо.

Тобто, жінки , які мали суттєвий рівень травматичних переживань у інфантильному досвіді, при раптовому потраплянні в умови війни та бомбардувань, та подальшому вимушеному переселенні у безпечні місця перебування, виявилися менш емоційно стійкими , ні ті що мали менший рівень емоційної травматизації у минулому.

3) Стосовно порівняння структури емоційного травматичного досвіду у жінок України під час війни з ППД та без ППД, можна відмітити наступне:

- Жінки під час бойових дій в Україні без ППД

мають у емоційному травматичному досвіді наступні травми : травма зради –маска «контролер», травма покинутості- маска «залежний», травма несправедливості- маска ригідний. Ці травми менше проявлені, ніж у жінок з ППД, та вини, ймовірно, не мають феномену «злипання». Тобто , при більш-менш сприятливих умовах ,захисні механізми, притаманні цим травмам, спрацьовують , як адаптивні. У «контролера» є ресурс у вигляді підвищеного контролю, у тому числі над ситуацією; вміння добиватися своїх цілей, хоча й

деколи за рахунок інших ; вміння швидко схоплювати суть процесів та інші. «Залежний» намагається бути у купі з кимось , тому знаходить підтримку, увагу, підкріплення (що є суттєвим при рятуванні та адаптації в нових умовах). «Ригідний» має деякий ресурс у вигляді деякої відстороненості ; емоційна холодність та високі вимоги до себе дають йому можливість діяти , не впадаючи у відчай там, де інші вже можуть бути у паніці. Тобто, захисні механізми цих інфантильних травм, якщо вони не сильно проявлені і досить добре компенсовані дають можливість адаптуватися до нових умов та проживати актуальну травму з меншими втратами для психічного здоров'я. Але довгий період дії стресогенних факторів призводить до посилення негативних сторін захисних механізмів психіки. Тому, у подальшому в житті цих жінок є висока верогідність погіршення відносин з оточуючими, проблеми у стосунках з дітьми, з сім'єю та у професійній діяльності.

- Жінки з ППД, за результатами дослідження, мають у емоційному травматичному досвіді уві п'ять видів інфантильних травм. У порівнянні з контрольною групою, суттєво проявлені травми покинутості та відкинутості.

Якщо роздивитися ретельніше , прояви саме інфантильних травм відкинутості та приниження дуже співпадають з описом «синдрому біженця» :

- почуття непотрібності, страх, пригніченість, самотність, ізоляція, сором, другорядність, нікчемність (що відповідає **травмі відкинутості-маска –втікач**)

- сором, образа, вина, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизначеність, безпорадність, бажання бути гідним (**травма приниженого – маска залежний**).

Для порівняння : симптоми «синдрому біженці», які надані у друкованих матеріалах МОЗ України у 2022 році описані таким чином: відчуття безпорадності, підвищена дратівливість, спалахи агресії, емоційна відстороненість, нездатність відчувати радість та задоволення, різкі коливання почуттів до «приймаючої сторони» від безмежної вдячності до заздрощів до їх матеріального та морального благополуччя.

Тобто, емпіричні дослідження окремої групи жінок з ППД під час війни , дають можливість припустити , що у формуванні «синдрому біженця» , який широко освітлюється психологами під час війни в Україні , інфантильні травми відкинутості та приниження. Важливо зазначити, що найімовірніше, травми відкинутості та приниження мають у емоційному травматичному досвіді елементи «злипання», тому можуть підсилювати тенденції одна другої. Для доведення цих припущень треба проводити додаткові дослідження.

В структурі травматичного емоційного досвіду жінок України під час війни виявлення наступні особливості:

-Досліджувані без ознак ППД мають значно менший статистично значущий рівень виразності негативних та тривожно-депресивних емоцій, але значно більший статистично значущий рівень позитивних емоцій.

Досліджувані з ознаками ППД на відміну від першої групи мають вищий рівень виразності показників таких емоцій, як горе, презирство, страх та провина . За сумарним показником , у цієї групи переважаючими є емоції тривожно-депресивного спектру.

За даними дослідження можна зазначити, що у другій групі горе , презирство , страх та провина є суттєво значущими. Можна припустити, що саме цей емоційний конгломерат відповідає інфантильним травмам відкинутості та приниження та деяким чином впливає на формування ППД . Ці, найбільш проявлені у порівняльному аналізі, емоції є частиною емоціональної сфери та безпосередньо впливають на розвиток ППД. Але високий показник інтересу дозволяє в якійсь мірі компенсувати цю негативно-депресивну емоційну складову. Тобто, людина залишається працездатною, діє у відповідності із обставинами, але ці дії менш ефективні , ніж у групі №1 та , мабуть ,не приносять емоційного задоволення, що значно знижує емоційний ресурс жінок з ППД.

4) За результатами дослідження можна побачити, що у групі №1 усі досліджувані (100%) мають слабкий рівень нервово-психічного напруження, а у групі №2 більша кількість жінок має слабкий рівень нервово-психічного

напруження (82%) та менша кількість помірного рівня нервово-психічного напруження (18%). Слід зауважити, що у двох групах не було виявлено надмірного рівня нервово-психічного напруження. Тобто, на цьому етапі проявлення ознак ППД у тілесних маніфестаціях не є суттєвим в обох групах.

5) Виходячи з результатів дослідження, бачимо, що, жінки без ознак ППД на відміну від другої групи мають значущо вищий рівень виразності показників таких цінностей, як цілі у житті ($U=890$, $p<0,002$), результативність життя ($U=673$, $p<0,046$) та локус-контроль життя ($U=695$, $p<0,0021$).

6) Відповідно до поглядів Леонтьєва Д.А., життя вважається осмисленим за наявності цілей, а також задоволення, одержуваного при їх досягненні. Загальний показник «осмисленість життя», згідно емпіричних досліджень цього автора, від'ємно корелює зі шкалою депресії. Тобто, можемо припустити, що більш високі показники за смисложиттєвими орієнтаціями особистості у жінок без ППД є чинниками, які зменшують вірогідність розвитку ППД.

Навпроти, у жінок з ППД цілі у житті, тобто спрямованість у майбутнє - нижча, та «результат життя», тобто досвід досягнення поставлених цілей у минулому, теж нижчий. Можна припустити що недостатня впевненість у собі, у своїх досягненнях у минулому, впливають на їх емоційну сферу негативно. Саме ця відмінність може витікати із структури інфантильного травматичного досвіду, з травм приниження та відкинутості, де людина відчуває:

-почуття непотрібності, страх, пригніченість, самотність, ізоляція, сором, другорядність, нікчемність (що відповідає травмі відкинутості-маска -втікач)

- сором, образа, вина, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизначеність, безпорадність, бажання бути гідним (травма приниженого – маска залежний).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Эксмо, 1991. – 448 с.
2. Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / уклад. О.А. Резнікова. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.
3. Райкрофт Ч., Критический словарь психоанализа. СПб.: изд-во: Восточно-Европейский Ин-т психоанализа, город, 1995. 288 с.
4. M. M. Stern, L. B. Stern Repetition and Trauma: Toward A Teleonomic Theory of Psychoanalysis // Routledge, 2013. 192 p.
5. Wilson J. P., Friedman M.J., Lindy J. D. Treating psychological trauma and PTSD // Guilford Press. 2012. 470 p.
6. Jeffry E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar // Schema therapy: A practitioner's guide, 1995. Vol. 54, № 4. P. 34-46.
7. Chiara Simeone-DiFrancesco, Eckhard Roediger, Bruce A. Stevens Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships. 2015. Vol. 24, № 2. P. 68-82.
8. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice. – 2012 Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Ger Schurink Mindfulness and schema therapy: A practical guide. 2014. Vol. 27, № 3. 23 p.
9. Robert L. Leahy Emotional schema therapy. 2015. Vol. 48, № 5. 45 p.
10. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. Boterhoven de Haan, Katrina L.; Fassbinder, Eva; Hayes, Chris; & Lee, Christopher W. // Journal of Psychotherapy Integration, 2019. Vol 29(1), Mar, P. 54-64.
11. Лиз Бурбо Пять травм, которые мешают быть самим собой. Перевод В.Трилиса К, М.: "Гелиос", 2001. 224 с.

12. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патологическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1997. - 48 с.

13. Сыропятов О.Г., Козачок Н.Н. О психосоматических последствиях боевой психической травмы //Матер. Междунар. конф. психиатров 16-18 февраля 1998 г. Москва. С. 102.

14. Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов- инвалидов (участников боевых действий) //Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы. М.: ЦИЭТИН, 1999. С. 149-167.

15. Harmed J., Ashlock L.E., Miller T.W. Treating post-traumatic stress disorder among Vietnam combat veterans: an existential perspective // J. Contemp. Psychother. 1993. Vol. 23, №4. С. 281-291.

16. Hermann N., Eryaves G. Отставленное начало посттравматического стрессового расстройства у ветеранов Второй Мировой войны (Can. J. Psychiatry) //Ежегодник. Избранные статьи по психиатрии и психическому здоровью. 1996. - Т. IV. С. 23.

17. Marcum J.M., Cline D.W. Combat stress reactions in Iraqi enemy prisoners of war //Bull. Menninger. Clin., 1993. Vol. 57, №4. P. 479-491.

18. Murray J.B. Posttraumatic stress disorder: A review // Genet. Soc. and Gen. Psychol. Monogr. 1992. № 3. P. 313-338.

19. PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study /Solomon Z., Neria Y., Ohry A. et al. // Amer. J. Psychiat., 1994. Vol. 151, №4. P.554-559.

20. Rosner R., Powell S., Butollo W. Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo //J Clin Psychol., 2003, Vol. 59, №1. P.41-55.

21. Zaslav M.R. Psychology of comorbid posttraumatic stress disorder and substance abuse: Lessons from combat veterans //J. Psychoactive. Drugs.1994. Vol. 26, №4.P. 393-400.

22. Кочарян О.С. Специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм / Кочарян О.С., Барінова Н. В., Харченко А.О. // Психологічне консультування і психотерапія, 2018. Том 2, Вип. 9. С. 34-56.

23. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А.С. Кочарян // Психологічне консультування і психотерапія, 2014. випуск 1-2. С. 24-36.

24. Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография / [А.С. Кочарян, И.А. Кочарян, М.Е. Жидко, Н.Н. Терещенко, А. М. Лисеная, Л.П. Рогулева, С.А. Кочарян]; под ред. д. психол. н., проф. А.С. Кочаряна. Х.: ХНУ имени В.Н Каразина, 2014. 260 с.

25. Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

26. Прыгин Г. С. Психология самостоятельности: Монография / Г. С. Прыгин. Ижевск, Набережные Челны: Изд-во Института управления, 2009. 408 с.

27. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. 2015. № 6 (76). С. 59–71.

28. Гурлева Т. С. «Розкритий маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни / Т. С. Гурлева // Соціально-психологічні проблеми суспільства: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. К. : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2020. С. 148–151.

29. Підготовка психолога-практика до використання малюнка в діагностико-корекційному процесі (психодинамічний підхід) : навч. посібн. / уклад. Н. В. Гриньова. Умань : Візаві, 2014. 174 с.
30. Изард К.Е. Психология эмоций / К.Е.Изард. Спб.: Питер, 2000. 454 с.
31. Ольшанникова А.Е. Эмоции и воспитание / А. Е. Ольшанникова. М.: Знание, 1983. 83 с.
32. Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // Progress in Behavior Modification. 1996. N 30. P.165-189.
33. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал, 1992. Т. 13, № 2. С. 17-25.
34. Markova M.V., Kozira Poststresovi dezadaptivni stani na tli sotsialnih zmin: // problem analysis // medical psychology, 2015. № 1 (37). P. 8-13.
35. Кутько И. И., Панченко О.А., Рачкаускас Г. С., Линев А.Н. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение // Новости медицины и фармации. 2014. № 16. С. 15-20.
36. Военная психиатрия: учебник / под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург, ВМедА. ЕЛБИ. 2001. 236 с.
37. Тарабрина Н. В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал 1992. Т. 13, № 2. С. 14-27.
38. 113. Андрющенко А.В. К построению модели ППД при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости //XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). М.: Экстра, 2000. С. 100.
39. Бакунец А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе //Обозрение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. № 2. С. 77-79.
40. Бекер Д.Л. Клинико-социальная характеристика, терапия и профилактика психических расстройств, связанных со стрессом: Авто-реф. дис. канд. мед. наук. М., 2001. 24 с.

41. Брызгунов И. Посттравматическое стрессовое расстройство // Журн. ЦЭМП информ, 1999. № 4. С. 19-22.
42. Бухановский А.О., Галкин К.Ю. Модель «единого психогенного посттравматического расстройства» //Материалы 3-ей международной научной конференции, 18-21 сентября 2001г. Ростов на Дону: изд-во «Феникс». 2001. С. 97-100.
43. Воробьёв А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму //Военно-медицинский журнал, 1991. № 8. С. 71-74.
44. Галкин К.Ю. Острые стрессовые расстройства и посттравматические стрессовые расстройства у жертв теракта //Материалы 3-ей международной научной конференции, 18-21 сентября 2001г. Ростов на Дону: изд-во «Феникс». 2001. С. 97-100.
45. Гаспарян Х.В. Посттравматические реакции, связанные с землетрясением в Армении //Журнал практического психолога, 1998. №4. С. 47-51.
46. Доровских И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжёлые ранения в военном конфликте //Мед. катастроф. 1997. № 1. С. 48-52.
47. Идрисов К.А. Динамика посттравматического стрессового расстройства у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта // Соц. и клин, психиатр. 2002. №3. С. 34-37.
48. Каган В.Е., Креславский Е.С. Медико-психологическая оценка посттравматических стрессовых расстройств у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС //Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М.Бехтерева 1993. № 4. С. 132-134.
49. Киндрас Г.П., Туроходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане //Соц. и клин, психиатр. 1992. №1. С. 33-36.

50. Посттравматический стресс у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС / Тарабрина Н.В., Лизебная Е.О., Зеленова М.В. и др. // Тр. Ин-та психол. РАН. 1995. № 1. С. 66-90.

51. Психофизиологические аспекты изучения посттравматического стрессового расстройства у ликвидаторов аварии на ЧАЭС /Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. и др. //Психология травматического стресса сегодня. М.: Нева, 1994. Р. 34-76.

52. Розова Т.Н. Посттравматический стресс: клинический и психологический подходы // М.: Психология травматического стресса сегодня, 1994. С. 26-28.

53. Симптомы психотравмы у участников операции «Буря в пустыне»/ Southwick S.M., Margan C. A., Darnell A. et al. (Am. J. Psychiatry) // Ежегодник. Избранные статьи по психиатрии и проблемам психического здоровья. 1997. Т. IV. С.21-22.

54. Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims /Ursano R. J., Fullerton C.S., Epstein R.S. et al. //Am. J. Psychiatry. 1999. Vol. 34, № 2. P. 589-595.

56. Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorder resulting from military operations // Mil. Med, 1994. № 12. P. 739-746.

57. Baker M.S., Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorder in military medical personnel //Mil. Med, 1996. № 5. P. 262-264.

58. Bell Meisenhelder Terrorism J. Posttraumatic stress, and religious coping.Issues //Ment Health Nurs, 2002, 23(8) P.771-782.

59. Blake D. D., Cook J.D., Kean T.M. Post-traumatic stress disorder and coping in veterans who are seeking medical treatment // J Clin. Psychol, 1992. Vol. 48, №. 6. P. 695-704.

60. Boehnlein J.K., Sparr L.F. Group therapy With WWII ExPOWs: Long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population // Am. J. Psychother, 1993. Vol. 47, №2. P. 273-282.

61. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse /Bremner Douglas J., Southwick Steven M., Darnell Adam et al. //Amer. J. Psychiat, 1996. Vol. 153, №3. P. 369-375.

62. Elevated Serum Lipids in Veterans with Combat-related Chronic Posttraumatic Stress Disorder Solter V., Thaller V., Karlovic D, et al. // Croat Med. J. 2002, Vol. 43 № 6. P. 685-689.

63. Franklin C.L., Sheeran T., Zimmerman M. Screening for trauma histories, posttraumatic stress disorder (PTSD), and subthreshold PTSD in psychiatric outpatients // Psychol Assess, 2002. Vol.14, № 4. P. 467-71.

64 Смирнова Л.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия) Томск: Экстра, 2003. 240 с.

65. Джишкарини М.А., Кенчадзе В.Г., Берия Э.В. Клинические особенности посттравматических стрессовых расстройств детского возраста /Медицина катастроф. 1997. №1. С. 62-67.

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

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

68. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных ситуациях Москва, 1991. 115 с.

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

70. Trauma, pain, and psychological distress: Attentional bias and autonomic arousal in PTSD and chronic pain. Carleton, R. Nicholas; Duranceau, Sophie; McMillan, Katherine A.; & Asmundson, Gordon J. G. Journal of Psychophysiology, 2018. Vol 32(2), P. 75-84.

71. Posttraumatic stress symptoms and marital adjustment among Israeli combat veterans: The role of loneliness and attachment. Itzhaky, Liat; Stein, Jacob Y.;

Levin, Yafit; & Solomon, Zahava Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2017. Vol 9(6), Nov P. 655-662.

72. Титаренко Т.М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей. Київ.: фенікс, 2015. 150 с.

73. Джерело: Реан А. Практична психодіагностика особистості, 2001.