

**Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова
МОН України**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МУЗИЧКО ЛЕСЯ ТАРАСІВНА

Гриф

Прим. № _____

УДК: 159.98:371.134 – 057

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ДОПОМОГА МОЛОДІ З
ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА
ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ**

19.00.08 – спеціальна психологія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших
авторів мають посилання на
відповідне джерело

_____ Л. Т. Музичко
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:
доктор педагогічних наук, професор,
академік НАПН України,
Синьов Віктор Миколайович

Київ - 2018

АНОТАЦІЯ

Музичко Л.Т. Психокорекційна допомога молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 19.00.08 «Спеціальна психологія». – Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, МОН України, Київ, 2018.

У дисертації визначено теоретичні підходи і здійснено експериментальне дослідження проблеми посттравматичних порушень інтелектуального та емоційно-вольового розвитку у курсантів -військовослужбовців.

В дисертації *уперше* визначено критерії та рівні складових сформованості посттравматичного стресового порушення (інтелектуальний, емоційно-вольовий); розроблено, апробовано й доведено ефективність авторської програми подолання посттравматичного стресового розладу у курсантів шляхом впливу на його структурні компоненти та формування професійно-значущих якостей особистості активними соціально-психологічними методами навчання; доведена практична значущість діагностики та корекції зазначених складових для курсантів військових вузів;

поглиблено й уточнено визначення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців; методи дослідження посттравматичного стресового розладу; прийоми корекційної роботи в умовах навчальної діяльності курсантів;

подальшого розвитку набули наукові уявлення про сутність, зміст та особливості надання корекційно-реабілітаційної допомоги особам молодіжного віку щодо подолання посттравматичного стресового розладу.

Практичне значення дисертаційного дослідження полягає в розробці й апробації комплексу психодіагностичних методик для виявлення посттравматичного стресового розладу у курсантів; реалізації програми подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, яку

можна використати в роботі психологів, що працюють з учасниками військових дій. Результати дослідження сприяють удосконаленню змісту програм навчальних курсів «Спеціальна психологія», «Консультування», «Основи психотерапії». За матеріалами дослідження розроблено й рекомендовано до впровадження в роботу вищих військових навчальних закладів України спецкурс «Основи психолого-педагогічної роботи із посттравматичними стресовими порушеннями» для майбутніх офіцерів, які готуються до роботи з означеною категорією осіб.

Упровадження результатів було здійснено в практичну діяльність психологів груп морально-психологічного забезпечення та психофізіологів Національної академії сухопутних військ ім. гетьмана Петра Сагайдачного (довідка № 422/НОВ від 21.12.2017 р.), у навчальну та практичну діяльність Львівського державного університету внутрішніх справ (довідка № 69/1 від 24.10.2017 р.), Львівського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка № 1073 від 20.12.2017 р.), Товариства «Родина Кольпінга» (довідка № 27 від 30.11.2017 р.).

У дисертації здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження проблеми подолання посттравматичного стресового порушення у курсантів-військовослужбовців.

Посттравматичний стресовий розлад визначається як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликаної подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду. У професійній діяльності військовослужбовців виділено такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі і створює негативний вплив на психіку військового; довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу.

Структуру посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців утворюють такі компоненти: поведінковий, інтелектуальний, емоційно-вольовий. Поведінковий компонент знаходить своє вираження у комунікабельності, умінні здійснювати самоаналіз власної

діяльності. Інтелектуальний компонент містить системні знання й професійну обізнаність, володіння навичками професійної компетентності в діяльності військовослужбовців (професійний досвід). Емоційно-вольовий компонент виражає усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, наявність у них таких професійно важливих якостей, як: емоційна сталість, стресостійкість, самовладання, наполегливість, схильність до ризику, урівноваженість.

У курсантів-військовослужбовців виявлено високий рівень стресового розладу, фрустрації, агресивності, ригідності, невротизації, невротичності, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресії, відкритості, екстраверсії, емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, комунікативних здібностей, наполегливості, самовладання та схильності до ризику.

Дослідження інтелектуальної сфери посттравматичного порушення у військовослужбовців дозволяє зробити висновок про те, що більшість з них характеризується середнім рівнем загальної обізнаності та інформованості у різних сферах знань, класифікацією понять, встановленням аналогій, умінням мислено оперувати зображеннями фігур на площині, зниженим обсягом пам'яті та інтелектуальної діяльності. Компонент посттравматичного порушення емоційно-вольової сфери характеризується високим рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливостю, комунікабельністю, помірною врівноваженістю, реактивною агресивністю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, зниженням нервово-психічної стійкості, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, високим рівнем схильності до ризику. Інтелектуальний та емоційно-вольовий компоненти посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців характеризуються високим, середнім та низьким рівнями розвитку. У військовослужбовців найбільш сформованим є інтелектуальний компонент як результат отримання військової

освіти, а найменш – емоційно-вольовий. Сформованість інтелектуального компонента свідчить про якісний результат професійної орієнтації в частині фахових компетенцій та прагнення військовослужбовців до вдосконалення в професійній діяльності, а низький рівень емоційно-вольового компонента зумовлений відсутністю досвіду пережиття граничних стресових навантажень, ще несформованим професійним підходом до забезпечення морально-психологічної стійкості бійців в умовах відкритого протистояння, відсутності чи несвоєчасності надання психологічної допомоги у бойових умовах.

Соціально-психологічна реабілітація курсантів-військовослужбовців передбачає комплексний психологічний вплив, що складається з взаємопов'язаних компонентів: діагностики соціально-психологічних проблем; психологічного консультування з питань успішної соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності, вирішення особистісних і сімейних проблем; психокорекційної та психотерапевтичної роботи; психологічної реабілітації; професійно-психологічної підготовки, яка включає ряд необхідних тренінгів (профорієнтаційний, комунікативний, тренінг упевненості в собі, тренінг щодо підвищення стресостійкості). Теоретичним підґрунтям програми подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців були положення гуманістичного й особистісно-орієнтованого підходів у формуванні особистості. Змістовно авторську програму спрямовано на актуалізацію структурних компонентів посттравматичних стресових порушень та окремих його показників, і тих особистісних якостей, які можна було сформувати за короткий проміжок часу активними соціально-психологічними методами навчання.

Результати апробації засвідчили ефективність запропонованої експериментальної психологічної програми з подолання посттравматичних стресових порушень у курсантів-військовослужбовців і підтвердили припущення про те, що процес психокорекційної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної й емоційно-вольової сфери буде ефективнішим за умов цілеспрямованого впливу на структурні компоненти інтелектуального та емоційно-вольового розвитку.

Ключові слова: курсанти-військовослужбовці; посттравматичний стресовий розлад; інтелектуальний, емоційно-вольовий компоненти, психологічна модель; програма подолання посттравматичного стресового розладу.

ANNOTATION

L. Muzychko. Psychocorrectional Assistance to Young People with Post-Traumatic Disorders of Intellectual and Emotional-Voluntary Sphere - Qualification scientific work on the rights of manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of psychological sciences in specialty 19.00.08 – «Special psychology » – National Pedagogical M. Dragomanov University, Ministry of Education and Science of Ukraine- Kyiv, 2018.

The theoretical approaches are determined in the dissertation and the experimental research of the problem of post-traumatic violations of intellectual and emotional and volitional development in cadets-servicemen is carried out.

In the dissertation the criteria and levels of components of the formation of post-traumatic stress disorder (intellectual, emotional and volitional) are determined for the first time; The effectiveness of the author's program for overcoming post-traumatic stress disorder in cadets through the influence on its structural components and the formation of professionally significant personal qualities by active social and psychological methods of training was developed, tested and proved. practical significance of diagnostics and correction of the indicated components for the students of military universities;

depth and precise definition of post-traumatic stress disorder in the military; methods for the investigation of post-traumatic stress disorder; methods of corrective work in conditions of training of students;

further development of scientific ideas about the essence, content and features of providing correction and rehabilitation assistance to persons of the youth age in the prevention of post-traumatic stress disorder.

The practical significance of the dissertation research is to develop and approbate a complex of psychodiagnostic techniques for detecting post-traumatic stress disorder in cadets; implementation of the program for overcoming post-traumatic stress disorder in the military, which can be used in the work of psychologists working with the participants in the military operations. The results of the study contribute to the improvement of the content of the syllabi of the courses «Special Psychology», «Counseling», «Fundamentals of Psychotherapy». According to the research, the special course «Fundamentals of psychological and pedagogical work with post-traumatic stress disorder» for future officers, who are preparing for work with the specified category of persons, is developed and recommended for introduction into work of higher military educational institutions of Ukraine.

The implementation of the results was carried out in the practical activities of psychologists of the groups of moral and psychological support and psychophysicologists of the National Academy of Ground Forces, the Hetman of Petro Sagaidachny (reference number 422 / NO from 21.12.2017), in the educational and practical activities of the Lviv State University of Internal Affairs (certificate number 69/1 dated October 24, 2017), Lviv Regional Center for Social Services for the Family, children and youth (certificate number 1073 dated 20.12.2017), the Family of the Collin Society (certificate number 27 dated November 30, 2017).

The dissertation is devoted to theoretical analysis and empirical research of the problem of overcoming post-traumatic stress disorder in cadets-servicemen.

Post-traumatic stress disorder is defined as a characteristic symptom complex developing as a result of a psycho-trauma caused by an event that goes beyond ordinary human experience. In the professional activities of the military, the following types of mental trauma are identified: mental trauma as an extreme event, limited in time and creates a negative impact on the psyche of the military; a long-term psychotrauma or such that arises as a result of the repetition of the number of minor traumatic events, everyday situations of occupational stress.

The structure of post-traumatic stress disorder in the military consists of the following components: behavioral, intellectual, emotional and volitional. Behavioral component finds expression in communicability, ability to carry out self-analysis of their own activities. Intellectual component contains system knowledge and professional knowledge, skills of professional competence in the activity of military personnel (professional experience). Emotional-volitional component expresses the conscious attitude of servicemen to their professional activity, the presence of such professionally important qualities as: emotional constancy, stress resistance, self-control, persistence, risk aversion, and equilibrium.

In the cadets-servicemen, a high level of stress disorder, frustration, aggressiveness, rigidity, neuroticism, neuroticism, spontaneous aggression, depression, irritability, sociability, balance, reactive aggression, openness, extraversion, emotional lability, masculinity, adaptability, communicative abilities, persistence, self-control and risk aversion.

The investigation of the intellectual sphere of post-traumatic disorder in military personnel suggests that most of them are characterized by an average level of general awareness and awareness in various fields of knowledge, the classification of concepts, the establishment of analogies, the ability to think graphically on the images of figures on the plane, reduced memory and intellectual activities. The component of the post-traumatic disorder of the emotional-volitional sphere is characterized by a high level of stress disorder, anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity, neuroticism, neuroticity, spontaneous aggression, depression, irritability, communicability, moderate balance, reactive aggression, openness, extravagance, emotional lability, masculinity. , decrease in neuropsychic stability, communicative abilities, moral normality and personal adaptive sweat one discipline, perseverance, self-control, high risk exposure. Intellectual and emotional-volitional components of post-traumatic stress disorder in the military are characterized by high, medium and low levels of development. The military component is the most intelligent component as a result of obtaining military education, and the least is emotional-volitional. The formation of the intellectual component testifies to the qualitative result of professional orientation in the part of professional competencies and the desire of

servicemen to improve their professional activities, while the low level of emotional-volitional component is due to the lack of experience of experiencing extreme stress loads, an unformed professional approach to ensuring the moral and psychological stability of fighters in conditions open confrontation, lack or untimely provision of psychological assistance in combat conditions.

Socio-psychological rehabilitation of cadets-servicemen involves a comprehensive psychological impact, consisting of interrelated components: diagnosis of socio-psychological problems; psychological counseling on the issues of successful social and psychological adaptation to work, solving personal and family problems; psycho-correction and psychotherapeutic work; psychological rehabilitation; vocational and psychological training, which includes a number of necessary trainings (vocational guidance, communicative, self confidence training, training to increase stress). The theoretical basis for the program to overcome post-traumatic stress disorder in the military was the position of humanistic and person-oriented approaches in the formation of personality. The substantive author's program is aimed at actualizing the structural components of post-traumatic stress disorders and its individual indicators, and those personal qualities that could be formed in a short period of time by active social-psychological methods of learning.

The results of the approbation showed the effectiveness of the proposed experimental psychological program to overcome post-traumatic stress disorders in cadets-servicemen and confirmed the assumption that the process of psycho-correctional care for young people with post-traumatic disorders of the intellectual and emotional-volitional sphere will be more effective in the context of purposeful influence on the structural components of intellectual and emotional-volitional development.

Keywords: cadets-servicemen; post-traumatic stress disorder; intellectual, emotional and volitional components, psychological model; program for overcoming post-traumatic stress disorder.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Музичко Л. Т. Психокорекційна допомога молоді із посттравматичними порушеннями емоційно-вольового розвитку // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 246-251.

2. Музичко Л. Т. Психологічна допомога молоді із посттравматичними порушеннями // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету ім. Григорія Сковороди «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». IV том. Переяслав-Хмельницький ДПУ ім. Г. Сковороди, 2016. С. 175-184.

3. Музичко Л. Т. Особливості емоційно-вольової сфери молоді з різним рівнем посттравматичного порушення» // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. Вип. 33. С. 223-228.

4. Музичко Л. Т. Особливості когнітивної сфери молоді із посттравматичним порушенням // Наук.-метод. журнал «Логопедія». 2018. № 12. С. 41-53.

5. Музичко Л. Т. Комплексна психологічна корекція посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. Вип. 34. С. 134-139.

6. Музичко Л. Т. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. праць. Вип. 10 / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський, ПП «Медобори – 2006», 2017. С. 289-299.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ.....	20
1.1. Сутність, зміст та структура посттравматичного стресового розладу.....	20
1.2. Психологічні особливості молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери.....	51
1.3. Особливості психологічної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери.....	59
Висновки до розділу 1.....	83
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ.....	88
2.1. Організація дослідження та психодіагностичні методики вивчення посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери.....	87
2.2. Особливості посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери у молоді.....	96
2.3. Визначення компонентів посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери.....	104
Висновки до розділу 2.....	126
РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ.....	131
3.1 Теоретико-методичне обґрунтування програми психологічної корекції посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-	

вольової сфери.....	131
3.2. Особливості психокорекційної роботи з військовослужбовцями із посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери	142
3.3. Динаміка зміни посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців в експериментальній і контрольній групах в умовах цілеспрямованого психологічного впливу.....	154
Висновки до розділу 3.....	165
ВИСНОВКИ.....	169
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	173
ДОДАТКИ.....	187

ВСТУП

Проблема посттравматичного стресового розладу й необхідності його постійного подолання загострюється у сучасних умовах соціального життя в Україні, особливо у зв'язку з необхідністю включення молоді у військовий захист Батьківщини від агресора. Це значною мірою стосується військовослужбовців-курсантів відомчих навчальних закладів МО України та інших силових структур. Практика свідчить, що специфіка соціальної ситуації розвитку зазначеної категорії осіб, з урахуванням вікових особливостей, посилює психологічне напруження, позначається на переживанні критичних психотравмуючих факторів.

Раніше проведені дослідження посттравматичних стресових розладів здебільшого виконані в межах робіт медичного, загально-психологічного й медико-психологічного профілю (Ю.Ващенко, Б.Карвасарський, Р.Лазарус, К.Максименко, Г.Мозгова, В.М'ясищев та ін.). Низка досліджень присвячена з'ясуванню особливостей переживання стресу у військовій діяльності (С.Балашова, О.Бойко, М.Варій, Г.Дубровинський, А.Романишин та ін.)

Посттравматичні стресові розлади вивчаються переважно з позицій психології емоційної сфери особистості з виділенням різних рівнів – загальнопсихологічного і прикладного – дослідження переживань (Ю.Александровський, Ф.Василюк, Т.Кириленко, Т.Титаренко, О.Саннікова, О.Чебикін та ін.).

Серед факторів, які зумовлюють імовірність виникнення посттравматичних психічних розладів, виділені такі, як особливості реагування на стресові події (Г.Сельє, Т.Холмс), специфіки особистісного профілю (Ф.Александр, Ф.Данбар), окремих рис характеру (О.Жузжанов, В.Симаненков, О.Тельнова), тип соціально-психологічної дезадаптації (Т.Айвазян, Ю.Губачов, Н.Завацька та ін.). Дослідження В.Абрамова, О. Гаврилова К.Максименка, Н.Максимової, Г.Мозгової, К. Островської, Л.Шестопалової, Л.Юр'євої дозволили активізувати основні напрями й

проблеми вивчення посттравматичних стресових розладів особистості – медико-психологічні, соціально-психологічні, психолого-педагогічні.

Психолого-педагогічні аспекти вивчення розладів психічного функціонування особистості, викликаних стресогенними факторами, а саме, соціально-біологічно зумовленими психофізичними порушеннями (т.з. «аномальним фактором», за О.Литваком), які ускладнюють процеси розвитку й соціалізації, не залишились осторонь спеціальної психології. Оскільки такі порушення можуть виникнути не лише від народження, або в ранньому та дошкільному віці, але й на більш пізніх етапах онтогенезу людини у спеціальній психології та корекційній педагогіці набувають розвитку андрагогічні дослідження, присвячені проблемам надання корекційно-компенсаторно спрямованої реабілітаційної допомоги особам дорослого віку, зокрема студентам з певними психофізичними особливостями, в першу чергу з соматичними захворюваннями, обмеженнями в сенсорній сфері чи у функціонуванні опорно-рухового апарату (Ю.Вихляєв, О.Глоба, Т.Гребенюк, В.Синьов, Є.Синьова, Л.Фомічова, А.Шевцов, М.Шеремет та ін.).

Зазначені міркування обґрунтовують необхідність звернення в нашому дослідженні до методолого-теоретичних засад спеціальної психології й корекційної педагогіки та методичних розробок у цій галузі освітньої та реабілітаційної діяльності. При цьому, розуміючи термін «корекція» ,перш за все, як поліпшення ускладнених в силу різних причин (у нашому випадку – посттравматичний стрес) процесів розвитку та соціалізації особистості курсантів військових вишів, ми акцентуємо увагу на таких основних положеннях спеціальної психології, як єдність гностичного та емоційно-пізнавального функціонування особистості, провідна роль опори на вищі психічні процеси, системний синергетичний характер корекційно-реабілітаційних впливів, їх спрямованість на змістові, діяльнісні та особистісні компоненти інтелекту, взаємозв'язки діагностики та корекції тощо (І.Бех, В.Бондар, Л.Виготський, С.Максименко, О.Романенко, В.Синьов, В.Тарасун, А.Шевцов, М.Шеремет, Д.Шульженко, М.Ярмаченко та ін.).

Вибір шляхів подолання наслідків психотравмуючих ситуацій, психокорекції негативних станів, що виникають внаслідок перебування в травмуючих ситуаціях, є недостатньо вивченим. І це в той час, коли психокорекційні заходи потребують особливої уваги, оскільки психологічний вплив має враховувати унікальні особливості індивідуального досвіду й неповторного сполучення особистісних властивостей людини, що є актуальним для спеціальної психології та прикладних психологічних досліджень.

Важливість зазначеної проблеми, її недостатнє теоретичне вивчення й практична реалізація набувають особливої актуальності, що й зумовило вибір теми дисертаційного дослідження «Психокорекційна допомога молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідницької роботи кафедри спеціальної психології і медицини факультету корекційної педагогіки та психології НПУ ім.М.П.Драгоманова «Медико-психологічні основи підготовки майбутніх корекційних педагогів» за напрямом: «Зміст освіти, форми, методи й засоби фахової підготовки вчителів».

Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою НПУ ім. М.П.Драгоманова (протокол № 3 від 27 жовтня 2016р.) та узгоджено у Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук в Україні (протокол № від 16 травня 2017р.)

Об'єкт дослідження – посттравматичні порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери у курсантів-військовослужбовців.

Предмет дослідження – особливості психокорекційної допомоги курсантам військових навчальних закладів з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери.

Мета дослідження – визначити особливості перебігу посттравматичних стресових розладів емоційно-вольової й інтелектуальної сфери у військовослужбовців та розробити комплексну програму психокорекційної допомоги курсантам.

Відповідно до визначених об'єкта, предмета й мети дослідження сформульовано такі **завдання**:

1. На підставі аналізу філософської, соціологічної, медичної, загальної й спеціальної педагогічної та психологічної літератури уточнити поняття «посттравматичні порушення», визначити структурні компоненти і напрямки психокорекційної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями.

2. Визначити критерії, показники, рівні й особливості процедури діагностики порушень пізнавальної та емоційно-вольової сфер у курсантів, що виникли внаслідок посттравматичного стресового розладу.

3. Емпірично дослідити психологічні особливості військовослужбовців молодіжного віку із посттравматичними порушеннями.

4. Обґрунтувати, розробити й апробувати програму психокорекційної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями, яка навчається у військових вузах.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети було використано такі методи:

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз, зіставлення інформації із загальної та спеціальної психолого-педагогічної та медичної наукової літератури, узагальнення й систематизація теоретичних даних – з метою визначення стану розробленості проблеми, якісної обробки дослідницької інформації та визначення перспективних напрямів подальшого вивчення проблемних питань;

– *емпіричні*: спостереження, анкетування, тести, психологічний експеримент (констатувальний і формувальний); на різних етапах дослідження було використано тестові *методики*: метод Холмса-Раге (на наявність стресового розладу, тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, тест інтелекту Амтхауера, методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, тест САН, дослідження вольової саморегуляції А.Зверкова – Е.Ейдмана, дослідження схильності до ризику О.Шмельова, опитувальник FPI, багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" А. Маклакова, С.

Чермяника (шкали адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність);

– *обробки* даних з використанням методів математичної статистики (за допомогою програми «STATISTIKA Stat Soft 6.0» та «Microsoft Excel 2007» ,із застосуванням аналізу за критерієм Ст'юдента, кореляційного, факторного й кластерного статистичних методів.

Експериментальна база дослідження. Дослідження було здійснено впродовж 2015–2017 років на базі Національної академії сухопутних військ ім. гетьмана Петра Сагайдачного, а саме загальновійськового факультету, факультету бойового застосування військ і факультету ракетних військ та артилерії. Усього психологічним дослідженням було охоплено 284 військовослужбовці.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

уперше визначено критерії та рівні складових сформованості посттравматичного стресового порушення (інтелектуальний, емоційно-вольовий); обґрунтовано модель, розроблено, апробовано й доведено ефективність авторської програми подолання посттравматичного стресового розладу у курсантів шляхом впливу на його структурні компоненти та формування професійно-значущих якостей особистості активними соціально-психологічними методами навчання;

доведена практична значущість діагностики та корекції зазначених складових для навчальної молоді військових вузів.

поглиблено й уточнено визначення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців; методи дослідження посттравматичного стресового розладу; прийоми корекційної роботи в умовах навчальної діяльності курсантів.

подальшого розвитку набули наукові уявлення про сутність, зміст та особливості надання корекційно-реабілітаційної допомоги особам молодіжного віку щодо подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Практичне значення дослідження полягає в розробці й апробації комплексу психодіагностичних методик для виявлення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців; реалізації програми подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, яку можна використати в роботі психологів, що працюють з учасниками військових дій. Результати дослідження сприяють удосконаленню змісту програм навчальних курсів «Спеціальна психологія», «Консультування», «Основи психотерапії». За матеріалами дослідження розроблено й рекомендовано до впровадження в роботу вищих військових навчальних закладів України спецкурс «Основи психолого-педагогічної роботи із посттравматичними стресовими порушеннями» для майбутніх офіцерів, які готуються до роботи з означеною категорією осіб.

Апробація результатів дослідження. Теоретичні й експериментальні результати дослідження було оприлюднено в доповіді на конференції «Вища освіта України в контексті інтеграції до європейського освітнього простору» (Переяслав-Хмельницький, 2016 рік), «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору» (Київ, 2016), «Треті Сіверянські соціально-психологічні читання» (Чернігів, 2015), «Соціальна адаптація дорослих осіб з порушенням розвитку» (Львів, 2015), «Людина з обмеженими можливостями: соціально-психологічний та культурний виміри» (Львів, 2016), а також обговорено на міжнародній міждисциплінарній асамблеї «Посттравматичний стрес: дорослі, діти та родини в ситуації війни» (Київ, 2017 рік).

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в практичну діяльність психологів груп морально-психологічного забезпечення та психофізіологів Національної академії сухопутних військ ім. гетьмана Петра Сагайдачного (довідка № 422/НОВ від 21.12.2017 р.), у навчальну та практичну діяльність Львівського державного університету внутрішніх справ (довідка № 69/1 від 24.10.2017 р.), Львівського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (довідка № 1073 від 20.12.2017 р.), Товариства «Родина Кольпінга» (довідка № 27 від 30.11.2017 р.).

Публікації. Основні положення й результати дослідження висвітлено в 6 публікаціях, із них: 4 – у вітчизняних наукових фахових виданнях, 1 – у вітчизняному фаховому виданні, що зареєстровано в наукометричній базі Index Copernicus, 1 - в іншому виданні.

Структура роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (167 найменувань, із них 21 – іноземною мовою) на 15 сторінках, 3 додатків на 40 сторінках. Дисертація містить 19 таблиць та 23 рисунки на 39 сторінках. Основний зміст дисертації викладено на 172 сторінках, загальний обсяг – 213 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ

1.1. Сутність, зміст та структура посттравматичного стресового розладу

Проблема посттравматичного стресового розладу і необхідності постійного його подолання стала ще більш актуальною у зв'язку із загальним загостренням соціальної кризи, що особливо спостерігається серед військовослужбовців, що зазнають впливу численних стресогенних факторів як соціального так і особистісного характеру. Розвиткові психологічного напруження сприяє також специфіка виконуваної діяльності, характер якої, у сполученні з особистісними властивостями, позначається на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій.

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» – тобто афектні переживання, які супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію при дії екстремальних і травматичних чинників. Згідно сучасних поглядів емоційний стрес можна визначити як феномен, що виникає при порівнянні вимог, що пред'являються до особистості, з її здатністю впоратися з цією вимогою. В разі відсутності у людини стратегій того, як впоратись із стресовою ситуацією (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який разом з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця відповідна реакція є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися з ситуацією виявляються неефективними, стрес

продовжується і може привести до появи патологічних реакцій і органічних пошкоджень [1, с. 234]. З психологічної точки зору, стан стресу включає специфічну форму відображення людиною екстремальної ситуації і моделі її поведінки, як відповідну реакцію на це відображення.

Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Йдеться про ситуації де була загроза (фізична, психологічна) життю та безпеці людини, було порушено базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду. У цих випадках прийняття всієї ситуації відразу має руйнівний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один з потужних психологічних захистів, дозовано проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що трапилося.

Явище соціальної дезадаптації молоді трактується науковцями як процес, пов'язаний з переключенням з одних умов життя й відповідно, звиканням до інших (Л. Бережнова). Серед найбільш універсальних проявів дезадаптації називають емоційні порушення, невротичні реакції та стани (Н. Заваденко, А. Петрухин, Н. Мангеліс, Т. Успенська, Н. Суворіна, Т. Борисова); медико-біологічні, патохарактерологічні та соціопатичні дисфункції, які ускладнюють процес соціальної адаптації в будь-якому віці (О. Захаров, В. Арбузова. та ін.).

Саціальна адаптація (від лат. *Adapto* - пристосовую, та *socium* - суспільство) - процес і результат пристосування людини до соціального середовища на основі оволодіння соціально нормативною поведінкою, виконання вимог суспільства, які ставляться до особистості у відповідних ситуаціях [106, с. 20].

У соціально-педагогічному розумінні соціальна адаптація трактується як формування найбільш адекватних стереотипів поведінки в умовах змінюваного мікросоціального середовища [18, с. 60].

Коли мова йде про соціальну адаптацію молоді, маємо усвідомлювати, що це складний процес, який поєднує у собі адаптацію функціональну, навчальну та соціально-психологічну. Під функціональною адаптацією розуміють пристосування особистості до виконання обов'язків, зумовлених функціональним призначенням навчальної діяльності. Під навчальною –

пристосування до умов навчання в освітніх закладах. Щодо соціально-психологічної адаптації, то її визначають як найбільш оптимальне пристосування психіки до умов соціального середовища шляхом засвоєння і прийняття цілей, цінностей, норм і стилів поведінки, прийнятих у даному середовищі. Таким чином невідповідність соціопсихологічного і психофізіологічного статусу (або можливостей) молоді вимогам ситуації життєдіяльності, що, у свою чергу, не дає змоги їй адаптуватися в умовах навчального процесу визначається як соціальна дезадаптація.

Поняття «соціально-психологічна дезадаптація» охоплює широке коло порушень, які можуть виникнути у молоді під дією різноманітних складних соціальних умов, обставин її життя (фактичне або соціальне сирітство, розлучення чи конфлікти в сім'ї, зміна місця проживання або звичної обстановки, тривала хвороба, фізичний недолік та ін.) [18, с. 35].

Соціальна адаптація – це діяльність, спрямована на оптимізацію взаємовідношень людини з оточуючим середовищем, що полягає в оцінці ситуації та корекції на цій основі як поведінки людини, так і стану оточуючого її соціального середовища [106, с. 9].

Соціальна адаптація особистості направлена на відновлення норм, соціально-корисних відношень з соціальними суб'єктами (групами та окремими її членами), зміну в позитивному плані спілкування, поведінки, діяльності. Психологічна адаптація – засвоєння соціально корисних стандартів поведінки та ціннісних орієнтацій, зближення установок і направленості особистості з очікуваннями соціального середовища. Соціальна і психологічна сторони адаптації знаходяться у нерозривній єдності, хоча іноді можуть не збігатися.

Механізм соціальної адаптації особистості виступає як єдиний процес діяльності, спілкування, самосвідомості у соціальній діяльності людини, коли відбувається перетворення її внутрішнього світу, реалізація прихованих потенцій, що допомагають повноцінно включитися в процеси соціальної адаптації як активної особистості. Соціальна самосвідомість особистості виступає як механізм соціальної адаптації, при якому відбувається формування

та осмислення своєї соціальної приналежності та ролі. Існують і такі механізми соціально-психологічної адаптації особистості, як:

- когнітивний, що включає всі психічні процеси, пов'язані з пізнанням: відчуття, сприйняття, уявлення, пам'ять, мислення, уява тощо;
- емоційний, що включає різні моральні почуття та емоційні стани: занепокоєння, стурбованість, співчуття, засудження, тривога;
- практичний, поведінковий, що пропонує певну направлену діяльність людини у соціальній практиці [107, с. 67].

У цілому всі ці соціально-психологічні механізми соціальної адаптації складають єдність. В основі соціальної адаптації особистості лежить активне або пасивне пристосування, взаємодія з існуючим соціальним середовищем, а також здатність змінювати та якісно перетворювати саму особистість людини.

Як зазначає В. Кондрюкова, основою адаптації є процес прогнозування як оцінка наступної дії, що ґрунтується на інформації про ціль, об'єкт і середовище, і як попереджуюча реалізація цього скеровуючого впливу на об'єкт керування. У результаті оптимізуються рівень і стабільність сигналів на виході системи так, щоб підлаштувати їх до розподілів вірогідності можливостей входів взаємодіючої системи. Цим забезпечується найкраща взаємодія систем, узгодженість їх функцій, оптимізація структури і функції системи досягши мети. Прогнозування – принцип управління, основа усіх адаптаційних процесів в організмі (і особистості) людини, основа ефективності будь-якої її діяльності [50, с. 39]. Таким чином, із категорією адаптації пов'язане поняття адаптивності. У психології адаптивність розглядають як тенденції функціонування системи цілеспрямованої, визначувані відповідністю або невідповідністю її цілей і результатів, що досягаються в ході діяльності. Адаптивність виражається в їх узгодженості.

Відмінності в трактуванні цілей функціонування системи обумовлюють різні варіанти можливої спрямованості адаптації: 1) варіант гомеостатичний – адаптивний результат полягає в досягненні рівноваги; 2) варіант гедоністичний – адаптивний результат полягає в насолоді, уникненні страждань; 3) варіант

прагматичний – адаптивний результат полягає в практичній користі, успіху тощо [108, с 84].

Розглядаючи термін «адаптація» стосовно особистості в соціумі, часто вживають словосполучення «соціальна адаптація». Під соціальною адаптацією розуміють пристосування індивіда до соціального середовища, що змінилося, із метою виживання, відтворення і розвитку; процес і результат активного пристосування індивіда, прошарку, групи до умов нового соціального середовища, до громадських умов життя, що змінюються або вже змінилися; процес активного пристосування індивіда або групи до певних матеріальних умов, норм, цінностей суспільства; активне пристосування людини до умов соціального середовища (середовища життєдіяльності) шляхом засвоєння і прийняття цілей, цінностей, норм і стилів поведінки, прийнятих у суспільстві; процес активного пристосування людини до соціального середовища з метою оптимізації своєї діяльності відповідно до існуючих соціальних установок [107, с. 56].

Це активна діяльність з освоєнням відносно стабільних умов середовища, що дозволяє вирішувати типові проблеми завдяки використанню прийнятих способів соціальної поведінки, дії; успішне пристосування до соціального порядку: в стабільному суспільстві – за допомогою конформізму, інтеграція особистості в систему соціальних стосунків, що склалася; пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії [107, с. 57].

Узагальнюючи вище визначені трактування, будемо розуміти соціальну адаптацію як пристосування індивіда до умов соціального середовища, що змінюються або вже змінилися, з метою оптимізації своєї діяльності шляхом засвоєння та прийняття цілей, цінностей, норм і стилів поведінки, прийнятих у суспільстві.

Соціальна адаптація має двосторонній характер, з одного боку, прагнучи досягти згоди з довкіллям, під впливом середовища людина змінюється сама (пристосовується до нього), з іншого – прагне змінити (пристосувати) довкілля відповідно до власних потреб і можливостей. Основним способом соціальної адаптації

є прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, в яке занурюється індивід, форм соціальної взаємодії, що склалися, а також форм предметної діяльності [108, с. 96]. Оскільки соціальне середовище змінюється постійно, то і людина має постійно до нього пристосовуватися, набуваючи постійно нових шаблонів поведінки. Це призводить до зміни психіки і поведінки загалом, тобто міняються установки, інтереси, орієнтації. Якщо процес соціальної адаптації відбувається успішно, – можна говорити про адаптованість особистості в суспільстві, тобто результатом успішної адаптації людини є її адаптованість. Незважаючи на безперервний характер соціальної адаптації, її зазвичай пов'язують з періодами кардинальної зміни діяльності індивіда і його соціального оточення.

Соціальна адаптація на рівні окремих особистостей включає:

- 1) реалізацію механізму взаємодії особистості з мікро середовищем шляхом певного пристосування до нього через спілкування, поведінку, діяльність;
- 2) засвоєння норм, моральних цінностей найближчого позитивного соціального оточення шляхом їх раціонального усвідомлення або шляхом інтеріоризації
- 3) досягнення стану адаптованості суб'єкта шляхом встановлення динамічної рівноваги між його особистісними установками та очікуваннями соціального середовища при наявності контролю з її боку [108, с. 124].

Успішність соціальної адаптації залежить від властивостей соціального середовища і характеристик індивіда. Показником успішної адаптованості є психологічна задоволеність індивіда, а низької – прагнення переміститися в інше середовище, відсутність психологічного комфорту. Соціальна адаптація може здійснюватись у формі акомодатії (повного підпорядкування вимогам середовища без їх критичного аналізу), конформізму (вимушеного підпорядкування вимогам середовища) та асиміляції (свідомого й добровільного прийняття норм і цінностей середовища на основі особистісної солідарності з ними) [107, с. 67]. Адаптація пов'язана з прийняттям індивідом різних соціальних ролей, адекватним відображенням себе і своїх соціальних зв'язків.

У сучасному житті перед кожною людиною виникає безліч таких життєвих ситуацій, з якими їх важко впоратися в силу відсутності інформації або її недостатку,

дефіциту часу та поганого самопочуття. Дослідники виокремлюють причини дезадаптації:

- високі темпи та ритми сучасної цивілізації, високий рівень нервових, фізичних, емоційних навантажень;
- патологізовані комплекси, часткова або повна психічна незрілість;
- недостатня соціалізація;
- неузгодженість поведінки людини в умовах, коли до неї ставляться суперечливі і несумісні вимоги: соціальні норми та очікування одної групи суперечать соціальним нормам та очікуваннями іншої;
- неприємності та конфлікти з колегами, родичами, подружжям, емоційні переживання;
- хронічні напруження, пов'язані з професійною діяльністю: поганий психологічний клімат колективу, відсутність на роботі подруг, друзів, і взагалі осіб, з якими можна було б поділитися власними переживаннями, тобто які могли б виконати певні психотерапевтичні функції; несприятливі умови праці; погана організація праці, відсутність узгодженості дій, недостатній рівень кваліфікації; відсутність можливостей росту та низькою оплатою праці [108, с. 125].

При порушеннях процесів адаптації у даному соціальному середовищі особистість опиняється у стані дезадаптованості. Дезадаптивним є такий хід психічних процесів і поведінки, який приводить не до вирішення проблемної ситуації, а до її поглиблення, до посилення труднощів і тих неприємних переживань, які вона викликає (невдалі спроби вирішити внутрішні і зовнішні конфлікти – недостатнє врахування мотивації протилежного боку, не виправдано інтенсивна агресивність). Особистість не в змозі йти назустріч тим вимогам і очікуванням, які ставлять соціальне середовище і власна соціальна роль, її ведуча професійна або інша мотивована зовні і зсередини діяльність

В.Чайка виділив ознаки дезадаптованості: переживання тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, необхідних для їх вирішення; нервово-психічні захворювання,

депресії, виснаження нервової системи, серцево-судинні захворювання [127, с. 156].

Поняття «соціально-психологічна дезадаптація» охоплює широке коло порушень, які можуть виникнути у молоді під дією різноманітних складних соціальних умов, обставин її життя (фактичне або соціальне сирітство, розлучення чи конфлікти в сім'ї, зміна місця проживання або звичної обстановки, тривала хвороба, фізичний недолік та ін.).

Соціальна адаптація – це діяльність, спрямована на оптимізацію взаємовідношень людини з оточуючим середовищем, що полягає в оцінці ситуації та корекції на цій основі як поведінки людини, так і стану оточуючого її соціального середовища [1, с. 84]. Соціальна адаптація особистості направлена на відновлення норм, соціально-корисних відношень з соціальними суб'єктами (групами та окремими її членами), зміну в позитивному плані спілкування, поведінки, діяльності.

Психологічна адаптація – засвоєння соціально корисних стандартів поведінки та ціннісних орієнтацій, зближення установок і направленості особистості з очікуваннями соціального середовища. Соціальна і психологічна сторони адаптації знаходяться у нерозривній єдності, хоча іноді можуть не збігатися.

Єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів немає. Причина полягає не тільки в складності посттравматичного стресу, але і в тому, що під його багатогранністю відбуваються різні адаптивні та дезадаптивні процеси. Тому багато дослідників і клініцистів, ґрунтуючись на різних гіпотезах, запропонували різні психологічні й інші моделі: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну і, розроблену в останні роки, мультифакторну модель посттравматичного стресового розладу.

Аналізуючи посттравматичний стресовий розлад, Є. Александров спирається на диференціацію розгорнутої картини стресу на субсиндроми: емоційно-психологічний, вегетативний, когнітивний та соціально-психологічний. Так, об'єднуючи в собі основні підходи, був розроблений

психосоціальний підхід, де вводиться вплив зовнішнього середовища на виникнення посттравматичного стресового розладу. Ця модель реагування на травму також є багатофакторною і враховує вагу кожного фактору у розвитку реакції на стрес. У ній виділені такі соціальні чинники, що впливають на успішність адаптації потерпілих від психічної травми як: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, фактор соціальної підтримки з боку суспільства й значущий фактор впливу близьких людей [4, с. 117].

Відповідно до DSM-5, депресивні розлади характеризуються сумним, спустошеним чи дратівливим настроєм, та супроводжуються соматичними та когнітивними змінами, які суттєво впливають на якість життя людини [9, с. 155]. Найвідомішим із них є «великий депресивний розлад», який діагностують у випадку наявності мінімуму п'яти із наступних симптомів, присутніх протягом останніх двох тижнів: пригнічений настрій протягом більшої частини дня, значне зниження інтересу чи задоволення від більшості активностей, значна зміна ваги тіла чи апетиту, надмірна сонливість або безсоння, психомоторне збудження або загальмованість, відчуття нестачі енергії, почуття меншовартості або провини, знижена здатність до концентрації уваги та повторювані думки про власну смерть, суїцидальні наміри чи спроби.

На сьогоднішній день в західній психології існує стандартна практика використання структурованого діагностичного інтерв'ю для того, щоб переконатися у детальному врахуванні всіх симптомів ПТСР. Діагностичне інтерв'ю поєднує переваги точних рекомендацій з виявлення того чи іншого діагнозу і методу інтерв'ю, що відповідає конкретним психометричним параметрам (надійність та валідність). Використання структурованого діагностичного інтерв'ю в клінічній практиці може суттєво підвищити точність діагнозу і покращити планування лікування.

Важливу роль в когнітивному посттравматичному процесі відіграють дисоціативні стани, що пов'язані з особливостями процесів пам'яті на травмуючу інформацію і супроводжуються різноманітними відчуттями втрати зв'язку з реальністю. Часто можуть проявлятися мимовільні перенесення

людини в травматичне минуле та здійснення нею дій, які не адекватні теперішній, а є адекватними саме ситуації в минулому. Відмова від прийняття життєвого досвіду і породжує основну причину посттравматичної дезадаптації – когнітивний конфлікт, суть якого в тому, що травматичні спогади проривають бар'єр заборон. Інтенсивність емоцій при проривах спогадів постійно збільшується. З часом тяжкість емоційного стану, що супроводжує травматичні спогади, робить неможливим нормальне функціонування людини [6, 7].

Аналітичне опрацювання досліджень та наукових висновків вчених М. Решетнікова [94], В. Ротштейна [97], Н. Тарабріної [113], В. Ягупова [134] та ін. дозволило створити класифікацію психотравмуючих ситуацій залежно від їх раптовості, тривалості, інтенсивності, частоти, характеру наслідків, включеності особи, наявності підсилюючих чинників.

Результати численних досліджень показали, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу бойової обстановки та бойових дій, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час, на тлі загального зовнішнього добробуту військовослужбовця, і згодом це погіршення стану стає усе більш чітко вираженим. Низка різноманітних симптомів подібної зміни стану була описана раніше, проте довгий час не розроблялися чіткі критерії його діагностики. На фоні високої актуальності соціально-психологічного вивчення феноменів психічної травми і психотравми стримуючий вплив на емпіричні дослідження чинить, відсутність узгодженості теоретичної позиції, спільних концептуальних моделей і методичних розробок, що дозволить достатньо повно і всесторонньо аналізувати ці феномени і порівнювати результати їх вивчення.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР необхідно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес. [4, с. 255]. До основних симптомів синдрому ПТСР відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі

повернення); нездатність згадати – амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); надзбудження (неадекватна надмобілізація) [3, с. 95]. До вторинних симптомів ПТСР відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «Его»-функціонування тощо.

Соціальний стресовий розлад виявляється до клінічними (психологічні реакції) і клінічними (невроз, патохарактерологічний розвиток особистості, алкоголізм) розладами. Основні клінічні вияви соціального стресового розладу: вегетативні дисфункції; порушення сну; астеничні розлади; істеричні розлади; панічні розлади; інші невротичні і психопатичні порушення. Особливо показовими є вияви соціального стресового розладу в осіб з вимушеною міграцією. Автори при обслідуванні мігрантів звертають увагу на високий ступінь ризику психогенних розладів (Н. Незнанов, К. Телія).

А. Кардинер, досліджуючи посттравматичний стресовий розлад, назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [8, с. 12].

На думку А. Красило, психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних цінностей. Умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони постраждалого. Нерівномірність розвитку психіки закріплюється у внутрішніх установках і стає бар'єром набуття єдності і цілісності особистості. І навпаки, позитивним чинником, що сприяє попередженню психологічного травматизму, є рання гармонічна соціалізація індивіда. Важливо визначити і закріпити ті потенційні можливості індивіда, які надають можливість особистості протистояти чинникам, які сприяють її розпаду, і сповзанню на шлях соціальної невротизації.

Англійський вчений С. Касл виділив два основних трактування поняття стресу у зв'язку з трудовою діяльністю – звужене та розширене. В першому трактуванні стрес розглядається як переважання вимог середовища над тими наявними можливостями суб'єкта, що необхідні для їх задоволення (наявність переважання, надстимуляції). В другому - як неадекватність у цілісній системі «людина – середовище», що включає не тільки звужене тлумачення, але й зв'язок між потребами людини і можливостями їх задоволення в трудовому середовищі (недовикористання людських можливостей, знижене навантаження, низька стимуляція) [10, с. 3].

Дослідження посттравматичних стресових розладів молоді здебільшого виконані в межах робіт медичного та медико-психологічного профілю. Дослідники вказують на необхідність цілісного, інтегрованого підходу у вивченні соматичного та психічного здоров'я (З. Ліповскі, Б. Ломов), комплексного врахування впливу індивідуально-психологічних особливостей на виникнення та розвиток психосоматичних дисфункцій (Ю. Губачов, Б. Карвасарський, В. Мясичев), на роль механізмів загального адаптаційного синдрому у розвитку невротичних патологій (Р. Лазарус, Г. Сельє), на інтеграційні параметри особистості (Г. Аммон, Дж. Мак-Дауголл) та глибинні інтрапсихічні конфлікти (Ф. Александер, Ю. Ващенко, Є. Рісс) як загальні та специфічні психологічні чинники посттравматичних стресових розладів.

Проблема посттравматичного стресового розладу і необхідності постійного його подолання стала ще більш актуальною у зв'язку із загальним загостренням історичної ситуації, що особливо спостерігається серед військовослужбовців, що зазнають впливу численних стресогенних факторів, що діють в умовах війни. Розвиткові психологічного напруження сприяє також специфіка військової діяльності, характер якої, у сполученні з особистісними властивостями, позначається на особливостях переживання критичних (травматичних) ситуацій.

Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу» у цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у

військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і експертно-військовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії.

При посттравматичному стресовому розладі спостерігаються наступні клінічні симптоми: *немотивована пильність* – людина уважно слідкує за всім, що відбувається навколо, має постійне відчуття загрози, вибухово реагує. При будь-якій несподіванці людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуку низько пролітаючого гелікоптера); *притупленість емоцій* – людина повністю або частково втрачає емоційні прояви. Їй важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, також недоступні радість, кохання, творчий підйом, грайливість та спонтанність. Досліджувані говорять, що після перенесених ними в минулому екстремальних подій, їм набагато важче стало відчувати ці почуття; *агресивність* – прагнення вирішувати свої проблеми з допомогою грубої сили. Як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, вербальна та емоційна агресивність; *порушення пам'яті та концентрації уваги* – за деяких обставин у людини виникають труднощі, коли потрібно зосередитись або щось згадати. Іноколи концентрація уваги може бути дуже великою, але при виникненні будь якого стресового фактору людина уже не в змозі зосередитися; *депресія* – у цьому стані посттравматичного стресу депресія досягає найпотемніших глибин людського відчаю, коли людина відчуває, що все в житті у неї безглуздо. Тому почуттєвій депресії притаманні нервові виснаження, апатія та негативне ставлення до життя; *загальна тривожність* – виявляється на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунка, головні болі); у психічній сфері – постійне хвилювання, «параноїдальні» явища (наприклад, необґрунтований жах переслідування), в емоційних хвилюваннях (постійне почуття жаху, невпевненості, комплекс провини); *зловживання наркотичними та лікарськими речовинами* – з метою зниження інтенсивності посттравматичних синдромів досліджувані, в особливості ветерани, зловживають наркотиками, алкоголем та іншими токсичними препаратами, але треба зазначити, що ветерани були помилково віднесені до категорії алкоголіків, наркоманів; *непрохані спогади* –

вважається, що це найбільш важливий симптом, що дає право говорити про наявність посттравматичного стресового розладу [114, с. 14].

У пам'яті пацієнта несподівано виникають непрохані спогади, сцени, пов'язані з травмуючими подіями. Ці спогади виникають як у ві сні, так і у бадьорому стані. Наяву вони виникають у тих випадках, коли навколишнє середовище нагадує ту ситуацію, яка відбувалася на війні, запах, видовище, звук, що ніби прийшли з тих часів. Головна різниця від буденних спогадів виявляється у тому, що посттравматичні «непрохані спогади» супроводжуються сильними почуттями тривоги та страху.

А. Козінчук зазначає, що «афганський» синдром несе в собі причину асоціальної поведінки військових ветеранів. Він має наукову назву посттравматичний стресовий розлад, що проявляються через 3-6 місяців після закінчення війни. Один з основних симптомів – «флешбеки»: ветерану ввижаються неприємні спогади, які він намагається забути. У нього може проявлятися бурхлива активність, обумовлена комплексом провини. Колишні воїни вживають спиртні напої, наркотичні речовини, можуть примкнути до кримінальних угруповань. Симптомами розладу також є безпричинна агресія, спрямована на сім'ю та близьких. Посттравматичний стресовий розлад характеризується й соматичними проявами: порушенням сну, головними болями, серцевими нападами [46].

Під впливом травматичної ситуації людина відчуває страх, породжений навколишнім світом і власною беспорядністю у ньому, переконання, які були раніше, руйнуються, що приводить особу в стан дезінтеграції. Виникає депресія, людина починає відчувати себе нікчемною і покинутою, у неї розвивається невпевненість у собі, з'являється реальне відчуження від близьких («їм мене не зрозуміти», «вони цього не пережили»).

У стані посттравматичного стресу депресія досягає самих безпросвітних глибин відчаю, людина втрачає сенс існування. Виникає сильна апатія, з'являється почуття провини: можуть виникнути сумніви, що вона могла зробити більше, щоб допомогти близьким. Людина може постійно запитувати

себе, чим вона заслужила те, що вижила, чому інші люди не були настільки щасливі. Виникають саморуйнівні думки і поведінка, аж до суїцидальних.

Стреси і напруга, що виникають у звичайному житті, можуть ставати нестерпними для тих, хто пройшов травматичний інцидент. Вони намагаються уникати близьких контактів з рідними, друзями і колегами, що часто веде до збільшення особистих проблем. Труднощі у взаєминах з часом посилюються поряд із загостренням відчуття, що «ніхто не може зрозуміти, через що я пройшов». Проявляється у труднощах засинання (безсоння), підвищеній дратівливості, ускладнення концентрації уваги, спалахах гніву і вибухових реакціях, немотивованій надмірній підозрілості і підвищеній готовності до «реакції втечі».

У звичайному житті потерпілий може здаватися цілком благополучною людиною, але будь-який стимул (відповідний звук, запах, схожа ситуація, тінь, що промайнула за плечем - може бути що завгодно), який повертає людину в критичну ситуацію, викликає миттєве погравлення переживань у потерпілого. На захист від цих переживань потерпілому потрібно все більше і більше зусиль. Надмірна підозрілість виражається в тому, що особа знаходиться у постійному очікуванні, настороженості, немов їй загрожує небезпека. Проте небезпека тут не стільки зовнішня, скільки внутрішня, вона не дозволяє розслабитися, відпочити [113, с. 55]. Перебільшене реагування: при найменшому подразненні, стукоті, шумі людина голосно кричить, кидається бігти тощо. Були випадки, коли при залишкових, більш слабких поштовхах землетрусу люди кидалися з вікон, розбивалися на смерть, хоча ці поштовхи не були небезпечні. Підвищується дратівливість, нетерпимість до звичайних побутових питань, часто виникає шалена ворожість, спрямована проти конкретних людей, яка супроводжується погрозами, застосовується і груба фізична сила, і мовна агресивність. Виникають спалахи гніву.

Зовсім незначна подія може викликати інтенсивне почуття злості. Виникає відчуття, що людина не схожа на саму себе. Рідні, друзі і колеги можуть помічати деякі зміни у характері людини.

Відстрочені реакції на сильну стресову ситуацію - комплекси змін в емоційній та психічній сфері, зміни в поведінці, що виникають після отримання психічної травми.

Психічна травма – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибоких порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини [50, с. 35].

Посттравматичний стресовий розлад – це ряд змін, викликаних спогадом про травму, що відбуваються в наступних сферах: емоційній (страх, смуток, неспокій, гнів); пізнавальній (труднощі в запам'ятовуванні, порушення уваги, погіршення інтелектуальної діяльності); тілесній (болі в животі, грудях, голові, тремтіння, тики, розлади сну); поведінковій (труднощі в спілкуванні, зосередження на собі, ізоляція, збільшення споживання сигарет, наркотиків, зловживання алкоголем).

В рамках посттравматичної патології М. Решетнікова [94], В. Ротштейн [97], Н. Тарабріна [113] виділяють три основні групи симптомів:

1) надмірне збудження (включаючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною);

2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість відчуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвихідності);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервові тремтіння) [87, с. 11]. Динаміка переживання травматичної ситуації включає чотири етапи.

Перший етап - фаза заперечення або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий.

Другий етап - носить назву фази агресії і провини. Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто

прямо або опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини («якби я вчинив інакше, цього б не сталося»).

Третій етап - фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздом: «Що б я не робив, нічого не зміниш».

На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати його, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина здатна набути з того, що сталося корисний життєвий досвід [44, с. 542].

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються певні симптомокомплекси, впоратися з якими самотійно він вже не може.

Симптоми сумісної травматизації можуть повторювати симптоматику ПТСР менш вираженими, їх можна розділити на три групи:

- симптоми повторного переживання, які включають негативні сновидіння, ігри, що повторюються (у дітей), сильний дистрес, спогади про епізоди, які почули, і нав'язливі думки про них;
- симптоми уникання, що включають почуття відчуження, збідніння емоцій;
- симптоми підвищеної збудливості, що проявляються в порушеннях сну, дратівливості, ускладненні концентрації уваги, тривожності, спалахах гніву.

Для аналізу впливу екстремальності на розвиток свідомості використано змістову психологічну характеристику, запропоновану О. Леонт'євим:

1. Зміст – форма, в якій окрема людина оволодіває узагальненим і відображеним людським досвідом, незалежно від індивідуального, особистісного ставлення до нього. Значення відкриває людині дійсність. Якщо припустити, що екстремальність впливає на цю характеристику свідомості, то психологи та психотерапевти повинні були б відзначити факт неадекватного відображення дійсності людьми з симптомами стресових розладів. але таких даних не існує. Отже, екстремальність не змінює значення довколишньої дійсності, що дозволяє людині робити висновок про свою нормальність, схожість з іншими людьми, тому жодна людина, що страждає на стресовий розлад, в тому числі на посттравматичний стресовий розлад не усвідомлює порушення психічного здоров'я.

2. Особистісний сенс – ставлення особистості до дійсності, яке складається у житті. Розвиток людської психіки припускає розвиток особистісного смислу (прогресивна тенденція), і навпаки, втрата смислу – це гальмування розвитку (регресивна тенденція), те, що відбувається з людиною в екстремальних умовах, безперечно має для неї великий смисл. Це пов'язано перш за все з тим, що екстремальні впливи актуалізують проблеми життя і смерті, любові й ненависті, істинних та нещирих взаємовідносин і т. п.; виникає ситуація «підведення підсумків». Екстремальні умови набирають доленосного змісту. Екстремальні впливи призводять до інтенсивного переосмислення особистісного смислу.

3. Чуттєвий зміст свідомості (відчуття, образи сприйняття, уявлення). принцип розвитку припускає постійний гармонійний розвиток відчуттів. У випадку впливу екстремальності відбувається підвищення чуттєвості. Так, якщо при гармонійному розвитку чуттєвої тканини свідомості реакція на «загрозливі» та «заохочувальні» прояви дійсності є однакова, але різноспрямована, то у випадку екстремальних впливів акцент зміщується в бік «загрозливих». Іншими словами людина в екстремальних умовах переживає і

відчуває лише те, що загрожує її життю, статусу, почуттю власної гідності. Інші події сприймаються майже нейтрально [63, с. 345]. Таким чином, в екстремальних умовах відбувається односторонній розвиток чуттєвого змісту свідомості. Усувається ця дисгармонія шляхом переносу акценту розвитку почуттів на незагрозливі події, що, в свою чергу, можливе лише за умови підвищення їх особистісного смислу.

Розглядаючи різноманітні варіанти визначення стресу Л. Шварц відзначив, що:

1) іноді це поняття відносять до стану занепокоєння в організмі, яке він прагне усунути або зменшити. У цьому значенні поняття стресу не набагато відрізняється від неприємних станів, таких як тривожність, або аверсивних мотивацій, слабого болю і дисонансу;

2) стрес також розглядається як психологічні і поведінкові реакції, що відбивають стан внутрішнього занепокоєння або його придушення. Такі захисні від стресу реакції або індикатори спостерігалися в різноманітних функціональних проявах, включаючи емоційні, когнітивні, поведінкові;

3) стрес визначається як подія або умова у фізичному або соціальному оточенні, що призводить до вживання заходів з уникання, агресії, ухвалення рішення про усунення й ослаблення загрозливих умов [158, с. 21].

На думку Л. Китаєва-Смика, під стресом слід розуміти неспецифічні фізіологічні і психологічні прояви адаптаційної активності за сильних, екстремальних для організму впливів, що значимі для людини [44, с. 267]. Натомість, Н. Наєнко наголошував на тому, що психічна напруга – це неспецифічна реакція активації організму й особистості у відповідь на вплив складної ситуації, яка залежить не лише від характеру екстремальних чинників, а й від ступеню адекватності та сприйнятливості до них організму конкретної людини, а також від індивідуальних особливостей особистісного відбиття ситуації і регуляції поведінки в ній [75, с. 75].

Англійський вчений С. Касл виділив два основних трактування поняття стресу у зв'язку з трудовою діяльністю – звужене та розширене. В першому трактуванні стрес розглядається як переважання вимог середовища над тими

наявними можливостями суб'єкта, що необхідні для їх задоволення (наявність перевантаження, надстимуляції). В другому - як неадекватність у цілісній системі "людина - середовище", що включає не тільки звужене тлумачення, але й зв'язок між потребами людини і можливостями їх задоволення в трудовому середовищі (недовикористання людських можливостей, знижене навантаження, низька стимуляція) [151, с. 3].

Т. Кокс стверджує, що стрес являє собою індивідуальний феномен, що є результатом взаємодії (чи трансакції) між людиною і ситуацією, в якій вона перебуває. Термін "трансакція" в даному контексті був використаний автором для того, щоб підкреслити активну й адаптивну природу здійснюваного процесу взаємодії [47, с. 56].

Г. Аракелов пов'язує поняття стресу з дією факторів, що погіршують психічне та фізичне здоров'я людини. На його думку, акцентування уваги в науковій літературі на негативних наслідках стресу вносить плутанину в усталену термінологію, бо "...стрес - це насамперед корисна для організму реакція, яка виникла в ході еволюції і сприяє його адаптації до умов життя, що змінюються. Разом з тим сильні й багаторазово повторювані дії стресорів можуть призводити до різноманітних негативних наслідків, на яких фіксують свою увагу багато дослідників" [12, с. 45].

Дещо протилежної думки дотримується А. Леонова, яка вважає, що поняття стресу розширилось і стало використовуватись для характеристики особливостей станів індивіда в екстремальних умовах на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівнях [62, с. 25].

М. Наєнко уявляє стрес як крайню психічну напруженість, яка може виражатися в дезінтеграції поведінки і діяльності аж до появи нервово-емоційного зриву. В цих випадках говорять про інформаційний (що виникає в ситуаціях інформаційного перевантаження, коли людина не справляється з завданнями, не встигає приймати вірні рішення в необхідному темпі при високій мірі відповідальності за наслідки прийнятих рішень) та емоційний стрес, що проявляється в ситуації загрози, небезпеки, образи та ін. [75, с. 45].

За визначенням В. Ганзена «стрес – це полідетермінована, інтегрована якість особистості, цілісна реакція особистості на зовнішні та внутрішні стимули, що спрямована на досягнення корисного результату» [32, с. 78].

К. Погодаєв вважав, що у формуванні загального адаптаційного синдрому провідна роль належить центральній нервовій системі, а стрес визначав як стан напруги або перенапруги процесів метаболічної адаптації головного мозку, що приводять до захисту або пошкодження організму на різних рівнях його організації через єдині нейрогуморальні й внутрішньоклітинні механізми регуляції [84, с. 212].

І. Ващенко, О. Антонова зазначали, що стрес – це нормальна психологічна реакція людини на незвичайну ситуацію, яка виконує функцію самозбереження й дозволяє сконцентрувати всю увагу на реальній небезпеці, мобілізуватися й підготуватися до дій щодо її запобігання [27, с. 154].

Р. Лазарус, який запропонував розрізнити фізіологічний і психологічний види стресу, зазначав, що відмінності одного виду стресу від іншого обумовлені особливостями стимулу, який впливає, механізмами виникнення й характером відповідної реакції. Фізіологічний стрес характеризується порушенням гомеостазу й викликається безпосередньою дією несприятливого стимулу на організм [59, с. 178].

Аналіз психологічного стресу потребує урахування значимості ситуації для суб'єкта, інтелектуальних процесів, особистісних особливостей. Ці психологічні фактори зумовлюють і характер відповідних реакцій. На відміну від фізіологічного стресу, при якому останні є високо стереотипними, при психологічному стресі вони індивідуальні й не завжди можуть бути передбачені. Наприклад, на погрозу одна людина реагує гнівом, а інша - страхом тощо [59, с. 179]. Центральною характеристикою стресогенної ситуації є усвідомлювана загроза, якщо мова йде про найбільш важливі для людини цінності й цілі.

О.Сальникова наголошує, що посттравматичний стресовий стан є не просто емоційною реакцією особистості на сформовані складні обставини, а результатом складної глибинної перебудови особистості в результаті

підвищення екстремальності умов її життєдіяльності. При високій вираженості посттравматичний стресовий розлад змінюється структура міжособистісних відносин: спілкування збіднюється, стає субординаційно-рольовим, втрачає свою легкість, що призводить до зниження самоповаги і зростання внутрішнього конфлікту. При посиленні психотравматизації змінюється структура захисної сфери особистості, приводячи до більшої виразності заміщення-переносу. Крім того, виявляється регрес до примітивних форм поведінки, де агресія зганяється на оточення (підлеглих, сім'ю, дітей та ін.) [100, с. 7]. Для попередження негативних наслідків психотравм, викликаних впливом на співробітників умов необхідна кваліфікована психологічна допомога на ранніх стадіях формування посттравматичного стресового розладу.

Американський вчений Д. Вейтц запропонував вісім варіантів стресогенних ситуацій: необхідність прискореної обробки інформації; усвідомлювана загроза; шкідливі стимули навколишнього середовища; порушення фізіологічних функцій (безсоння, хвороба, мінливі стани); ізоляція (ув'язнення); груповий тиск; остракізм (вигнання, гоніння); зневага [166, с. 23].

Представники ще одного підходу до дослідження стресу (Т. Кох, С. Маккей) розглядають стрес як частину соціального й природного середовища. Прихильники цього підходу стрес визначають як реакцію організму у відповідь на відсутність «відповідності» між можливостями особистості й вимогами середовища [146, с. 153]. Тобто стрес вважають частиною комплексної й динамічної системи взаємодії людини й оточуючого середовища. У межах даного підходу добре обґрунтована модель взаємодії людини й оточуючого середовища – транзактна модель стресу. Транзактна модель стресу підкреслює наявність зворотного зв'язку між всіма компонентами системи, тобто розглядає стрес не як лінійну реакцію, а як замкнену систему.

У даній системі вчені виділили п'ять стадій: 1) вплив на людину реальних вимог зовнішнього середовища; 2) когнітивна оцінка (усвідомлення людиною висунутих до неї вимог і своїх можливостей щодо їх відповідності); у випадку порушення рівноваги між усвідомлюваними вимогами й усвідомлюваними можливостями виникає стрес; 3) психологічні й фізіологічні зміни як реакція

організму у відповідь на стресори; емоційне переживання стресу через порушення рівноваги посилює зміни фізіологічного стану й призводить до когнітивних і поведінкових спроб послабити стресовий характер висунутих до особистості вимог; 4) реакція протидії стресогенній ситуації будь-якими способами; 5) зворотний зв'язок, який впливає на всі інші стадії динамічної системи стресу й формування кінця кожної з них. Як видно з наведеного, автори транзактної моделі більш широко оперують психологічними чинниками, ніж інші дослідники стресу. Неоднозначність трактування поняття «стрес», обтяженість його медико-біологічними й однобічними психологічними поданнями спричинили введення у науковий обіг поняття «психічна напруженість». Стан психічної напруженості виникає при виконанні людиною продуктивної діяльності у важких умовах і впливає на її ефективність [110, с. 245]. Характер цього впливу визначається як самою ситуацією, так і особливостями особистості, її мотивацією тощо. Тому стрес можна визначити як феномен «усвідомлення, що виникає при порівнянні вимоги, висунутої до особистості, з її здатністю впоратися із цією вимогою» Інакше кажучи, відсутність такої рівноваги й приводить до виникнення стресу як спробу впоратися з його джерелом. Процес подолання стресу включає як фізіологічні, так і психологічні механізми: когнітивну й поведінкову стратегії.

На думку Л. Анциферової, переживання екстремального стресу не завжди веде до негативних для особистості наслідків. У ряді випадків воно сприяє особистісному зростанню та підвищенню самоповаги, що в свою чергу багато в чому допомагає успішно вийти з травматичної ситуації. Після психічної травми зазвичай починається процес переоцінки індивідуальних цінностей і пріоритетів, при цьому виникло відчуття «я став іншим» може придбати як позитивне, так і негативне забарвлення. Водночас переважання зниженої самооцінки, відчуттів типу «я став гіршим, ніж був до того», як правило, свідчить про несприятливий характер адаптації [11, с. 6]. Узагальнюючи різні визначення поняття посттравматичного стресового розладу, ми вважаємо, що вони не взаємовиключають одне одного, а розширюють і поглиблюють уявлення про складність і багатогранність цього феномена (табл. 1.1).

<i>Автор</i>	<i>Підхід до проблеми посттравматичного стресового розладу</i>
Анциферова Л.	переживання екстремального стресу не завжди веде до негативних для особистості наслідків. У ряді випадків воно сприяє особистісному зростанню та підвищенню самоповаги.
Наєнко Н.	наголошував на тому, що психічна напруга – це неспецифічна реакція активації організму й особистості у відповідь на вплив складної ситуації, яка залежить не лише від характеру екстремальних чинників, а й від ступеню адекватності та сприйнятливості до них організму конкретної людини.
Козінчук А.	зазначає, що «афганський» синдром несе в собі причину асоціальної поведінки військових ветеранів. Посттравматичний стресовий розлад характеризується й соматичними проявами: порушенням сну, головними болями, серцевими нападами.
Сальникова О.	наголошує, що посттравматичний стресовий стан є не просто емоційною реакцією особистості на сформовані складні обставини, а результатом складної глибокої перебудови особистості в результаті підвищення екстремальності умов її життєдіяльності. При високій вираженості посттравматичний стресовий розлад змінюється структура міжособистісних відносин.

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» – тобто афектні переживання, які супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію при дії екстремальних і травматичних чинників. Згідно сучасних поглядів емоційний

стрес можна визначити як феномен, що виникає при порівнянні вимог, що пред'являються до особистості, з її здатністю впоратися з цією вимогою. В разі відсутності у людини стратегій того, як впоратись із стресовою ситуацією (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який разом з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця відповідна реакція є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми.

Якщо спроби впоратися з ситуацією виявляються неефективними, стрес продовжується і може привести до появи патологічних реакцій і органічних пошкоджень [31, с. 234]. З психологічної точки зору, стан стресу включає специфічну форму відображення людиною екстремальної ситуації і моделі її поведінки, як відповідну реакцію на це відображення.

Травматичний досвід не вкладається в повсякденні алгоритми поведінки людини. Йдеться про ситуації де була загроза (фізична, психологічна) життю та безпеці людини, було порушено базові людські інстинкти: інстинкт самозбереження, інстинкт збереження роду. У цих випадках прийняття всієї ситуації відразу має руйнівний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один з потужних психологічних захистів, дозовано проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що трапилося.

Екстремальна за своєю сутністю діяльність військовослужбовців накладає негативний відбиток на їх психіку. Стрес, пережитий людиною в екстремальних ситуаціях, що виходять, як правило, за свою інтенсивністю за рамки звичайного людського досвіду, призводить до порушення соціально-психологічної адаптації, а у ряді випадків до психічної травми і виникнення різноманітних психогенних розладів, у тому числі посттравматичного стресового розладу [37, с. 235]. Психологічна реакція на травму включає три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий в часі процес.

Перша фаза – фаза психологічного шоку – містить два основні компоненти: пригніблення активності, порушення орієнтування в довкіллі,

дезорганізація діяльності; заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза – дія, що характеризується вираженими емоційними реакціями на подію і її наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення – емоції, прояви, що відрізняються безпосередністю, і крайньою інтенсивністю. Поступово ці емоції змінялися реакцією критики або сумніву в собі. Вона протікає за типом «що було б, якби...» і супроводжується хворобливим усвідомленням невідворотності того, що сталося, визнанням власного безсилля і самобичуванням. Характерний приклад – описане в літературі відчуття «провини за те, що вижив», часто доходить до рівня глибокої депресії [50, с. 75].

Дана фаза є критичною в тому відношенні, що після неї починається або процес одужання (від реагування, прийняття реальності, адаптація до нових обставин), тобто третя фаза нормального реагування, або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід стресового стану в хронічну форму. Дослідники, зокрема, М. Решетнікова [94], В. Ротштейн [97], Н. Тарабріна [113] виділяють фактори, що впливають на ступінь дії на людину сильної стресової ситуації (табл. 1.2.).

Фактори, що підсилюють травматичний стрес	Фактори, що послаблюють травматичний стрес
Сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості	Сприйняття того, що сталося як можливого
Неможливість хоч якось протистояти ситуації	Часткове прийняття відповідальності
Пасивність у поведінці. Наявність невилікованих травм	Поведінкова активність. Наявність позитивного досвіду
Відсутність соціальної підтримки	Психологічна підтримка

Важливими характеристиками важкого психотравмуючого чинника є несподіванка, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість дії, а

також повторюваність впродовж життя. Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу в цю групу розладів віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і екс-військовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії.

Можна умовно поділити людей, що пережили травматичну подію, на декілька категорій. *Компенсовані особи*, які потребують легкої психологічної підтримки, – дружньої або родинної. *Особі з дезадаптацією легкої міри*, які потребують як дружньої психологічної підтримки близьких і оточення в колективі, так і в професійному втручанні психолога і психотерапевта. У них порушена психофізична рівновага (у фізичній, мисленнєвій або емоційній сферах), можливі емоційна збудливість, конфліктність, поява страхів та інших ознак внутрішньої дисгармонії. Адаптація порушена, але за певних умов відновлюється без ускладнень. *Особі з дезадаптацією середньої міри*, які потребують всіх видів допомоги, у тому числі – у фармакологічній корекції стану. Психофізична рівновага помітно порушена у всіх сферах, є психічні порушення на рівні межевих: постійне почуття страху, вираженої тривоги або агресивності, неадекватних ситуації. Фізично ці люди можуть страждати в результаті травм або поранень. *Особі з дезадаптацією важкої міри*, яка захоплює всі сфери і вимагає тривалого лікування і відновлення [100, с. 8]. Це можуть бути виражені порушення психічного стану, які вимагають втручання психіатра; або фізичні травми, що призвели до інвалідизації і супроводжуються розвитком комплексу неповноцінності, депресією, суїцидальними думками; або психосоматичні порушення складного генезу.

Психологічні захисти поділяють на дві умовні категорії: «конструктивні» (адекватні), які виводять людину на шлях психічного здоров'я та позитивного розвитку, і «неконструктивні» (неадекватні, «незрілі», «примітивні»), які ускладнюють розвиток, породжують порушення і проблеми.

Для першої групи (конструктивних захистів) характерна пріоритетна роль свідомості у здійсненні регулятивної діяльності. При цьому людина робить активні свідомі зусилля для переробки травматичного досвіду і пошуку нових

смислів, спроможних обумовити позитивну орієнтацію в майбутнє. Для другої групи (неконструктивних захистів) характерна переважаюча активність несвідомих процесів. Знижуючи тимчасово душевний біль, вони обумовлюють викривлення картини травми, відтак утруднюють, а то й роблять неможливим її подолання.

Структура психологічних захистів може бути представлена у вигляді так званої ієрархічної піраміди з вершиною у вигляді шару конструктивних захистів та основою у вигляді найменш конструктивних (примітивних):

1. Конструктивні (свідомі) психічні захисти.

2. Неконструктивні (несвідомі) психічні захисти, а серед них такі, як:

а) захисні механізми «вищого» рівня – витіснення, придушення, психічне стискування (анапсіоз) та його часткове вираження – емоційна глухота; до цього ж рівня можна віднести раціоналізацію, інтелектуалізацію, окремі види проєкції, наприклад, атрибутивну, аутистичну, раціональну;

б) захисні механізми «нижчого» рівня – зокрема відхід у фантазії, релігійність, заперечення;

в) захисні механізми найнижчого рівня – так звані «примітивні» захисні механізми: знецінювання, ідеалізація, персоніфікація, проєктивна ідентифікація та дисоціація (розщеплення).

Слід зазначити, що «включення» як свідомих, так і несвідомих захистів може відбуватися на різних етапах переживання травми. Можна припустити, що особливу роль у збереженні особистості (передусім у момент травми і на початковому етапі її переживання) має діяльність несвідомих (неконструктивних) захистів. Наприклад, в ситуації психологічного і фізичного насилля, запобігти якому людина не в силах, включення такого захисного механізму, як дисоціація, у прямому розумінні допомагає їй зберегти себе. Єдність особистості в момент такої травми утримується шляхом відщеплення «Я» від власного тіла, в результаті чого настає ніби «заціпеніння», «омертвіння», «дереалізація» (відчуття нереальності того, що відбувається) і часткова амнезія [166, с. 26]. Однак фіксація неадекватного способу подолання

травми, неможливість відмови від «примітивного» психологічного захисту призводить, зрештою, до серйозних психічних і особистісних порушень.

Перебування людини в ситуації хронічної психічної травми, викликаній переживанням психологічного й фізичного насилля в нелюдських, принизливих умовах життя, активізує здебільшого діяльність несвідомих психічних захистів, бо розуму вже не під силу впоратися з осмисленням усього, що відбувається. Однак пролонгована їх дія, що продовжується й після виходу з травматичної ситуації, пояснюється, очевидно, перевантаженням свідомості нестерпними для людини спогадами. Це призводить до того, що ці спогади відокремлюються від свідомості, тобто дисоціюються, «аби потім у якийсь момент знову ожити чи як емоційний стан, чи як тілесний, чи у вигляді уявлень і образів, чи як інсценування певної поведінки». Так, однією зі сторін пролонгованої дії дисоціативного захисту є сприйняття відносин «Я» – «Інший» у рамках дихотомічної моделі «жертва – переслідувач». Причому цікаво, що ця «пара» звичайно співіснує в межах однієї особистості й за певних обставин відбувається зміна їх ролей.

Ускладнює вихід з поля травми і тривала дія вищих за статусом механізмів неконструктивного психічного захисту, таких як витіснення і придушення – несвідоме чи свідоме уникнення міркувань про те, що трапилося, і про його можливі наслідки для життя. Їхнє включення також обумовлюється впливом «мотивації уникнення» на процеси відтворення травматичного досвіду, в результаті чого виникає негативна фіксація на травмі.

Центральною детермінантою уникнення є захист «Я» за допомогою психічного стискування. Завдяки дії цього феномена утворюється потужний захисний каркас, що не пропускає у свідомість особистості травматичні змісти. Зміни особистості, охопленої таким «захисним каркасом», зветься анапсиозом. Повний синдром анапсиозу, описаний М. Магомед-Еміновим, містить у собі «дублікацію «Я», дереалізацію, психічне заціпеніння, емоційну анестезію, ангедонію (нездатність відчувати почуття задоволення, радості), асексуальність, ізоляцію, відчуження від навколишніх, зниження інтенсивності мотивації, втрату орієнтації на майбутнє, алекситимію (нездатність пацієнта називати

емоції, пережиті ним самим або іншими людьми, тобто переводити їх у вербальний план) та численні соціальні страхи».

Уникнення може бути повним, коли людина намагається взагалі забути про травматичний досвід, або частковим, коли відкидаються окремі фрагменти того, що трапилося. Людина може уникати думок, почуттів і вражень, пов'язаних із травмою, а також занять і ситуацій, що сприяють поживленню травматичного спогаду. Вона може «забувати» окремі моменти або й усю подію, може втратити колишні інтереси й захоплення, відгородитися від навколишніх і внаслідок наростаючого відчуження втратити здатність зазнавати будь-яких емоцій і почуттів.

Узагальнення теоретичного доробку в галузі вивчення впливу психотравми на психічне здоров'я людини дозволило нам класифікувати психотравмуючі події, що викликають розвиток травматичного розладу, за наступними ознаками:

- 1) за інтенсивністю: інтенсивні (сильні) та менш інтенсивні (помірні);
- 2) за терміном дії: короткочасні та довготривалі;
- 3) за частотою: поодинокі, періодичні та постійно діючі;
- 4) за раптовістю: шоківі (несподівані) або ймовірно передбачувані (але без недостатньої поінформованості чи готовності особи до її дії); за ступенем вірогідності виникнення: невірогідна, маловірогідна, вірогідна, цілком вірогідна;
- 5) за розвитком напруженості: така, що зростає; стабільна; така, що має тенденцію до зниження;
- 6) за включеністю (участю): особа є або безпосереднім учасником, або споглядачем (свідком), або дізналася опосередковано;
- 7) за значимістю: має велике значення для особи (подія відбувається з нею особисто або з близьким значимим соціальним оточенням), частково чи опосередковано зачіпає інтереси особи;
- 8) за природою виникнення: природна, що викликана стихійним природним явищем, незалежним від людини; така, що спричинена діяльністю людини, ненавмисна або навмисна;

9) за фізичними наслідками: без пошкодження власного фізичного здоров'я та отримання тілесних ушкоджень (тяжких, середньої тяжкості, легких);

10) за психологічними наслідками: викликає появу клінічно вираженого посттравматичного розладу або окремих його симптомів;

11) за наявністю підсилюючих чинників, а саме: реальної загрози смерті, втрати працездатності, втрати соціальних зв'язків, невизначеності майбутнього, браку медичної допомоги та соціальної підтримки тощо [87, с. 127].

Ризик виникнення посттравматичного розладу підсилюється за умови наявності в анамнезі попереднього психотравмуючого досвіду, тому для вивчення та мінімізації наслідків впливу психотравми необхідна оцінка всього травматичного досвіду впродовж всього життя особи. Виділені наступні види психічної травми, що мають місце в професійній діяльності військовослужбовців:

1) психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і створює негативний вплив на психіку військового (наприклад: отримання травм внаслідок виконання службового завдання, втрата товариша по службі тощо);

2) довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу;

3) «кумулятивна» психотравма, що виникає в результаті накопичення екстремального і повсякденного травматичного досвіду, і характеризується тим, що попередня психотравма посилює вплив наступної [50, с. 90].

Виникнення посттравматичного розладу у кожної конкретної людини залежить і визначається взаємним впливом особливостей травмуючої події, демографічної характеристики та індивідуальних особливостей особистості, а також соціальних та соціально-психологічних факторів. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку посттравматичного розладу, можуть мати різне походження і ступінь виразності симптомів розладу, проте для всебічного

вивчення впливу психотравми необхідно її кваліфікувати за всіма вказаними вище ознаками.

1.2. Психологічні особливості молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Проблема вивчення негативних психічних станів та їх впливу на поведінку людини розглядалася як з позицій психології (Ф. Василюком [26], Е. Ісаєва [41], А. Леонова [62], К. Погодаєв [84]), так і в психофізіології та психотерапії посттравматичних і гостротравматичних розладів (В. Алещенко [6], В. Краснов [54], О. Лазебна [60], Н. Тарабрина [112]). Авторами описано психічні стани та поведінку людини в періоди перед-, пост- і власне екстремальної ситуації.

Особливості соціально-психологічних характеристик сучасного молодого покоління, як показують дослідження А. Маклакова, С Чермяніна і Є. Шустова, створюють труднощі адаптації до реальної вітальної загрози. Ціною ефективності діяльності в подібних умовах є виснаження фізіологічних і психологічних ресурсів. Однак психологічні особливості особистості визначають не тільки час, протягом якого людина може успішно діяти в екстремальних умовах, а й наскільки швидко і успішно він може повернутися до звичайного життя [66, с. 16].

Проблема адаптації особистості до соціального середовища у соціальній педагогіці вже отримала певного вирішення. Більшість науковців збігаються у визначенні поняття «адаптація» як процесу активного пристосування особистості або групи до соціального середовища яке змінюється. У той же час, серед науковців спостерігається різне тлумачення порушень адаптаційного процесу. Сучасні соціальні педагоги акцентують увагу на активній та пасивній формах адаптації, саме такий підхід дозволяє прийти до висновків про причини дезадаптації особистості.

Так, О. Безпалько вважає соціальну дезадаптацію результатом низької адаптації, яка виникла через домінування пасивної адаптації над активною [18,

с. 27]. Тобто особистість була не здатна активно взаємодіяти з середовищем і долати труднощі та перепони, вона здебільшого пасивно сприймала вплив соціального та природного середовища та не змогла сприйняти та засвоїти соціальні норми, способи діяльності, вчасно змобілізувати психологічні та фізіологічні ресурси.

Цінним для ґрунтовного дослідження феномену дезадаптації є підхід Л. Мардахаєва, який розглядає дезадаптацію як процес, прояв та результат. На думку вченого дезадаптація це процес зниження адаптаційних можливостей людини в умовах середовища життєдіяльності.

Дезадаптація проявляється через нетипову поведінку людини у певних умовах, та має свій результат – невідповідність результативності діяльності людини соціальним нормам [70, с. 87]. Процес адаптації вважається позитивним за умов виконання певних соціальних норм – чітко сформульованих суспільством і є у деякому сенсі прогнозованим.

У свою чергу, дезадаптивні процеси мають більш широку варіативність. Вони пов'язані з величезною за кількістю і якістю, складністю впливів на особистість з боку не лише того середовища у якому знаходиться людина, а багатьох ситуативних, постійних, випадкових або спеціально створених факторів. Дезадаптація пов'язана з відхиленнями у поведінковій та пізнавальній сферах особистості, іншими словами є відхиленнями від норми.

У контексті зазначених міркувань необхідно розглянути деякі особливості соціалізації, серед яких виділяємо, перш за все, такі:

- соціалізація як процес набуття людиною якостей, необхідних для життя і діяльності в суспільстві, залучення її до суспільних відносин, засвоєння елементів культури, соціальних ролей відбувається все життя, продовжуючись на всіх вікових етапах, для кожного з яких характерна специфічна «соціальна ситуація розвитку» (за Л. Виготським) [30, с. 22];

- соціалізація є необхідною базальною умовою психічного, фізичного, в цілому особистісного розвитку людини, її становлення як людини серед людей;

- соціалізація відбувається у трьох основних сферах функціонування людини як особистості (діяльність, спілкування, самосвідомість), інтегровано

реалізуючись у багатоаспектній соціальній поведінці людини; особливо підкреслимо необхідність адекватного оволодіння індивідом такими елементами людської культури, як соціальні (перш за все, моральні і правові) норми, що лише й дає підстави для оцінки поведінки людини як соціально нормативної; на жаль, захоплюючись гуманними ідеями т. з. «особистісно зорієнтованого виховання і навчання», педагоги і психологи іноді нібито відсувають на другий план розуміння того, що свобода бути особистістю невід'ємна від сформованості у людини самокерованої соціально правильної поведінки;

- соціалізація, як зазначалося, включає як спонтанні, стихійні, неузгодженні впливи на особистість (засоби масової інформації, вільне спілкування, наслідування випадковим прикладам тощо), так і сукупність цілеспрямованих впливів через організовані форми (головним чином - різні педагогічні освітні і позаосвітні системи), тобто завдяки діяльності виховання;

- внаслідок зазначених суперечностей соціалізації її результати далеко не завжди в індивідуально-особистісних варіантах відповідають бажаним соціальним ідеалам і стандартам; часто-густо доводиться мати справу з порушеннями процесу соціалізації, викривленнями проміжних результатів цього процесу, що проявляється, зокрема, в асоціальній поведінці особистості [106, с. 10].

Детермінанти порушень процесу соціалізації досить різноманітні, і вони можуть бути, знову-таки, пов'язані переважно з біологічними факторами (різні форми дизонтогенезу – недорозвиток, затриманий, дефіцитарний, викривлений, дисгармонійний розвиток тощо), або з суто соціальними (педагогічна занедбаність, негативний вплив мікросередовища, дидактогенні ускладнення поведінки, які викликають реакцію протесту, депривація потреб у самореалізації, схваленні тощо) все це призводить до явища відчуження особистості від соціума, яке, зокрема, лежить у основі розвитку асоціальної поведінки [106, с. 11].

А. Капська такі відхилення від норми визначає як девіантну поведінку та називає формою соціальної дезадаптації і звертає увагу на нормальну та

гармонічну поведінку та характеризує їх трьома складовими: збалансованістю психічних процесів, адаптивністю та самоактуалізацією, духовністю. Порушення та відхилення від цих характеристик призводить до аномалій та девіацій [4, с. 89]. Проблематика відхилень від норми - дезадаптації особистості, особливо актуалізується у найбільш соціально важливих сферах суспільства, до яких належить і військова сфера.

Сучасні науковці аналізуючи проблему адаптації військовослужбовця, звертають увагу на те, що цей процес відображає різноманітні форми його діяльності. Зокрема В.В. Рютін вказує на: психологічну, військово-соціальну, військово-технічну та бойову адаптацію [99]. У свою чергу, В. Ягупов справедливо вказує, що соціальне оточення військовослужбовця впливає на якість процесу адаптації. Саме тому: «Адаптація воїна до умов військової служби може бути тимчасовою, постійною, байдужою, ситуаційною і фрагментарною» [31, с. 290]. Дослідник визначає психологічно-вікові, соціологічні та індивідуально-психологічні проблеми адаптації військовослужбовців, які призводять до соціальної дезадаптації. Але процес взаємодії особистості і військового соціуму представляє собою цілісний процес військової діяльності. Саме тому порушення адаптаційного процесу особистості у військовому середовищі порушує проблеми у всіх сферах взаємодії – «особистість-військове середовище».

Часто психотравма спричиняє блокування тих чи інших особистісних проявів, утруднює їх усвідомлення людиною. Спрацьовує психологічний захист, який може обмежувати прояв емоцій, їхню силу, чи видозмінювати об'єкт їх спрямування.

О. Ісаєва встановила, що поведінка, яка дозволяє впоратися зі стресом, має вікові та гендерні відмінності, може змінюватися протягом життя залежно від завдань і вимог, що ставляться до людини середовищем на різних етапах онтогенезу і соціогенезу. Вищевказаний автор заявляє, що репертуар поведінки для подолання стресу в поєднанні з механізмами психологічного захисту являє собою широкий спектр різноманітних варіантів: від гнучких, ситуаційно обумовлених стратегій подолання труднощів до стійких особистісних паттернів

(стилів) реагування. Його потенційна адаптивність залежить від співвідношення ступеня вираженості свідомих і несвідомих форм адаптаційних механізмів особистісного функціонування. Стійкі сполучення стилів поведінки подолання стресу визначають характер (специфіку) психічної адаптації і рівень пристосувальних можливостей особистості; вони є одними з параметрів, складових поняття «психологічної вразливості» особистості, розгляд якої необхідно проводити тільки при обліку особистісних ресурсів [41, с. 6].

Психотерапевтичне лікування клієнтів з посттравматичним стресовим розладом передбачає звільнення від спогадів про минуле, що переслідують і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також в тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знов знайти контроль над емоційними реакціями і знайти для травматичної події, яка сталася, належне місце в загальній тимчасовій перспективі свого життя та особистій історії. Ключовим моментом психотерапії клієнта з посттравматичним стресовим розладом є інтеграція того чужого, неприйняттого, жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявлення про себе (образ Я). У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети:

Узагальнюючи різні визначення поняття дезадаптації особистості, ми вважаємо, що вони не взаємо виключають одне одного, а розширюють і поглиблюють уявлення про складність і багатогранність цього феномена (табл. 1.3.).

Психотравмуючими факторами діяльності військовослужбовців є не лише екстремальні ситуації та події, які викликають менший за інтенсивністю стрес і поступово виснажують людські ресурси, але й такі, які в результаті накопичення та поєднання повсякденних ситуацій професійного стресу з травмуючим екстремальним досвідом спричиняють виникнення «кумулятивної» психотравми.

<i>Автор</i>	<i>Підхід до проблеми дезадаптації особистості</i>
Безпалько О.	вважає соціальну дезадаптацію результатом низької адаптації, яка виникла через домінування пасивної адаптації над активною
Капська А.	такі відхилення від норми визначає як девіантну поведінку та називає формою соціальної дезадаптації і звертає увагу на нормальну та гармонічну поведінку та характеризує їх трьома складовими: збалансованістю психічних процесів, адаптивністю та самоактуалізацією, духовністю.
Мардахаєв Л.	розглядає дезадаптацію як процес, прояв та результат. Ну думку вченого дезадаптація це процес зниження адаптаційних можливостей людини в умовах середовища життєдіяльності. Дезадаптація проявляється через нетипову поведінку людини у певних умовах, та має свій результат – невідповідність результативності діяльності людини соціальним нормам.
Ягупов В.	вказує, що соціальне оточення військовослужбовця впливає на якість процесу адаптації. Саме тому: «Адаптація воїна до умов військової служби може бути тимчасовою, постійною, байдужою, ситуаційною і фрагментарною».

Позитивне ставлення до свого фізичного та психологічного стану забезпечує необхідну мотивацію для постійної турботи про власне здоров'я, спрямовує діяльність людини на оптимізацію здорового образу життя. Опанування буде ефективнішим для людини, якщо вона вчасно звернеться до свого оточення, шукаючи підтримки. Бажання у всьому покладатися лише на себе, розраховувати тільки на власні сили, – зовсім не показник особистісної зрілості. Підтримка, якщо вона надається кимсь, хто дійсно хоче допомогти, завжди полегшує реалізацію певної стратегії опанування. Коли ми надаємо підтримку іншим та отримуємо від них допомогу, розширюється наше

розуміння буття [3, с. 156]. Життя стає більш цікавішим, складним, диференційованим. Розвивається «соціальне почуття», що включає в себе усвідомлення членства в людському суспільстві, відчуття ототожнення з людським родом та його кожним конкретним представником.

Важливу роль у розвитку постстресових порушень серед учасників бойових дій відіграють відносини між ними, з одного боку, і державою і суспільством, з іншого. Як відомо, найважливіша умова запобігання розвитку посттравматичної симптоматики – це збереження або швидке відновлення і гармонізація моральної сфери, а цьому значною мірою сприяє ставлення до них оточуючих їх людей і офіційна політика держави.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що потенціал подолання стресогенних подій відбивається у виборі успішних або неуспішних пристосувальних стратегій поведінки, а рівень розвитку і репертуар адаптаційних механізмів мають величезне значення як для соціально-психологічного функціонування людини, так і для збереження психічного благополуччя.

Деадаптація особистості виникає на ціннісному, психологічному, соціальному рівні. Відбувається зміна соціального статусу військовослужбовця, який на війні є професіоналом, від якості роботи якого залежить результат війни, до того ж його місія почесна і відповідальна, бо саме від нього залежить перемога та доля всієї країни. При поверненні до звичайного мирного життя, в силу того, що військовий досвід військовослужбовець не може застосувати, він виявляється неконкурентоспроможним на ринку праці, що змушує його займатись некваліфікованою працею, а часом і вдаватись до правопорушень, оскільки в «силовій сфері» він відчуває себе більш впевнено, ніж в «інтелектуальній». Формами соціальної деадаптації учасників бойових дій є різні форми адикцій, що дозволяють увійти в стан зміни свідомості, «втекти» від реальності в ілюзорний, віртуальний світ за допомогою алкоголю, наркотичних засобів, ігор тощо [75, с. 73]. Девіантна поведінка військовослужбовців часто проявляється як в насильстві по відношенню до

інших, так і в аутоагресії, що може характеризуватися ризикованими діями, суїцидальними спробами та ін.

Реабілітація як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів військовослужбовця, учасника бойових дій, має носити інтегративний характер, включати заходи психо-терапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо). Ефективні реабілітаційні заходи спрямовуються не лише на виведення людини з кризового стану, а і на розвиток нових життєво важливих умінь. Найбільш успішними є результати соціально- психологічної роботи, коли не лише з'ясовуються причини розладів, а і формується у військовослужбовця потреба в особистісному зростанні та розвиткові закладених можливостей.

Успішна соціальна адаптація характеризується добре збалансованим співвідношенням між потребами людини і вимогами соціального середовища. особистість з хорошою соціальною адаптивністю відрізняється врівноваженістю, гармонійністю, збалансованістю самореалізації з самоконтролем, що забезпечує дотримання загальноприйнятих нормативних вимог середовища. Показником низької соціальної адаптації людини є девіантна поведінка. при порушенні процесу адаптації можуть спостерігатися такі дезадаптивні реакції, як тривожний настрій, депресія або навіть більш серйозні прояви – невротичні розлади, алкоголізм, наркоманія. Це можливі реакції на психосоціальний стрес (яким, наприклад, є звільнення зі служби). психологічні розлади, як правило, припиняються після того, як закінчується дія стресу, або (якщо стрес залишається) після того, як досягається новий рівень адаптації [75, с. 74]. Ефективність соціально-психологічної адаптації визначається як за об'єктивними показниками досягнень, так і за суб'єктивною задоволеністю людини своїми досягненнями в тій професійній та соціально-економічній позиції, яку вона займає.

Таким чином, проведення психологічної реабілітації сприяє формуванню усвідомленого сприйняття себе, свого організму, внутрішнього стану, емоцій,

почуттів; впевненості пацієнта в своїх силах; його підтримці і розумінню; покращенню психологічного здоров'я; профілактиці порушень психіки, емоційних розладів.

1.3. Особливості психологічної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Психотерапевтична допомога молоді з посттравматичним стресовим розладом передбачає звільнення від спогадів про минуле, що переслідують і від інтерпретації подальших емоційних переживань як нагадувань про травму, а також в тому, щоб клієнт міг активно і відповідально включитися в сьогодення. Для цього йому необхідно знов знайти контроль над емоційними реакціями і знайти для травматичної події, яка сталася, належне місце в загальній тимчасовій перспективі свого життя та особистій історії. Ключовим моментом психотерапії особи з посттравматичним стресовим розладом є інтеграція того чужого, неприйняттого, жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявлення про себе (образ Я). У зв'язку з цим існує чотири стратегії терапії, що дозволяють досягти цієї мети:

1) підтримка адаптивних навичок Я (одним з найбільш важливих аспектів тут є створення позитивного ставлення до терапії);

2) формування позитивного ставлення до симптомів (сенси даної стратегії полягає в тому, щоб навчити клієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти його подальшій травматизації самим фактом існування цих розладів);

3) зниження уникнення (тому що прагнення клієнта уникати всього, що пов'язане з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід);

4) нарешті, зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити сенс, який клієнт додає перенесеній психічній травмі, і таким чином створити у клієнта відчуття «контролю над травмою») [50, с. 76].

Важливим моментом соціальної адаптації та самоадаптації є формування соціальної та особистісної ідентичності. У певні життєві періоди індивід стикається з деякими труднощами у визначенні своєї ідентичності, що може стати причиною особистісних криз. Таким кризовим періодом, пов'язаним з пошуком соціальної та особистісної ідентичності, є, наприклад, підлітковий період. Такі ж труднощі виникають і в інші переломні моменти життя. Наприклад, після повернення військовослужбовця – учасника бойових дій, до мирного життя, що за час його відсутності докорінно змінилося. Перед ним стає непросте завдання свого нового статусно-рольового самовизначення. Доводиться заново категоризувати себе в термінах соціально-професійної активності і реадаптуватися до відповідних статусно-рольових обов'язків.

Теоретичний аналіз показав, що кризова ситуація як психологічна проблема хвилює багатьох учених. Проаналізовані психологічні особливості переживання кризової ситуації в сучасній науковій літературі дають підстави стверджувати, що подібні ситуації супроводжуються емоційним, когнітивним та поведінковим аспектами зміни особистості, а це, у свою чергу, обумовлює кризовий стан особистості. Крім того, теоретично обґрунтовано особливості суб'єктивних, об'єктивних та ситуативних чинників переживання кризової ситуації. Виходячи з цього, зауважимо, що до суб'єктивних чинників відносять: чинник вірогідного прогнозування, вітальний чинник, когнітивний чинник, поведінковий чинник (відсутність сформованих моделей поведінки), екзистенціальний чинник (відчуття втрати сенсу, «екзистенціальний вакуум»). Основними об'єктивними чинниками, що викликають напругу, є: підвищене навантаження (фізичне, фізіологічне, емоційне, інформаційне, робоче); завищені вимоги до результатів діяльності; усвідомлення власної відповідальності; вихід за межі комфортної або прийнятної для певного суб'єкта інтенсивності взаємодії із зовнішнім середовищем; перешкоди на шляху задоволення потреб, досягнення мети та вирішення завдань; фізичні та психічні травми, тривога за долю близьких, а також їх втрата; позбавлення умов, необхідних для нормальної життєдіяльності, повноцінної самореалізації. Відзначимо, що основною причиною виникнення переживання особистістю

кризового стану можуть бути і чинники зовнішнього середовища, зокрема напружені стресові ситуації, викликані подіями, небезпечними для життя, психологічні бар'єри тощо. Звичайно, такі чинники не можна вважати вичерпними, адже вони досить динамічні, оскільки залежать як від самої людини, так і від ситуації (економічної, соціальної, політичної, сімейної тощо), яка постійно змінюється.

Аналіз досліджень дозволяє стверджувати, що учасники бойових дій і особливо інваліди відчувають стійку ситуаційну соціально-психологічну дезадаптованість. Це зумовлено наявністю у них травматичних та посттравматичних стресових розладів. Їх основними проявами є: симптоматичні повторення (нав'язливі спогади трагедії, що повторюються; сновидіння, що повторюються; відтворення переживань у формі ілюзій, галюцинацій, флешбек-епізодів); симптоми уникнення (намагання втекти від розмов, думок, почуттів, місць, людей – всього, що може нагадувати про трагедію; блокування пам'яті; відсторонення від близьких); симптоми збудження (труднощі у засипанні; роздратованість; підвищена пильність; необґрунтовані вибухи злості). Дієвими формами соціально-психологічної підтримки є індивідуальні консультації для учасників бойових дій і членів їх сімей, організація бесід стосовно особливостей переживання і подолання людиною кризових станів і кризових і надзвичайних ситуацій, психологічний дебрифінг, а також проведення соціально-психологічних тренінгів екзистенційної спрямованості [3, с. 371]. Відносно новим засобом зменшення психологічних наслідків пережитого стресу для учасників бойових дій в Україні є застосування психологічного дебрифінгу.

Основними тенденціями самопристосування є самоприйняття, поблажливість до себе, самопослідовність, впевненість у собі тощо. Відповідно, стан дезадаптованості буде виражатися в самонеприйнятті, у відсутності моментів самовибачення, непослідовності обраної стратегії дій щодо самого себе, невпевненості в своїх силах і частих внутрішньоособистісних сумнівах, докорах сумління і перманентному почутті провини. Особливо важливим механізмом в особистісному бутті є пристосування до своїх виборів і рішень.

Особистість не тільки вибирає і приймає рішення, але й до того ж прагне обґрунтувати свій вибір і своє рішення – задля власного спокою та почуття внутрішнього комфорту. Таке обґрунтування має безліч своїх проявів, починаючи від простої раціоналізації і закінчуючи складними системами вольових впливів на адресу «Я». При цьому в якості «аудиторії» представлені не тільки інші (ті, чия думка є значущою для особистості), але й до того ж (а часом, і в першу чергу) людині самій собі доводиться обґрунтовувати прийняте рішення, здійснений вибір і скоєні на його основі вчинки. Важко переоцінити значення тенденції адаптуватися до свого вибору і рішень в системі регуляції діяльності особистості, в формуванні та зміні установок. Самопристосування в якості важливого особистісного завдання висувається перед суб'єктом у всіх структурно-змістовних сферах само ставлення [54, с. 128]. Перед людиною виникає необхідність адаптації до своєї зовнішності і власних сенсомоторних можливостей, інтелектуальних і емоційних особливостей, результатів своєї діяльності та свого соціального статусу, нарешті, до себе – як цілісної особистості, яка має індивідуальну неповторність і певні ціннісні орієнтації.

Психологічна корекція — це система психологічних впливів, спрямованих на зміни певних особливостей (властивостей, процесів, станів, рис) психіки, що відіграють відому роль у виникненні хвороб, в їх патогенезі, імовірності рецидивів та загострень захворювання, факторах інвалідізації та соціально-трудова адаптації людини [105, с. 88]. Психологічна корекція не спрямовується на зміну симптоматики й взагалі на клінічну картину захворювання. В цьому полягає її важлива відмінність від психотерапії.

Завдяки *психотерапії* визначається оптимальний варіант виходу з психотравмівної ситуації. Переважно використовують раціональну психотерапію, аутогенне тренування, навіювання в стані неспання, гіпно- та наркопсихотерапію, групову та сімейну психотерапію [116, с. 118]. В залежності від форми психічного розладу, його перебігу та стадії, а також властивостей особистості хворого підбирають адекватні методи психотерапії.

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її

психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри [116, с. 119].

Психолого-педагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум [105, с. 57].

Психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства [106, с. 9].

Розкриємо основні принципи сучасної реабілітації дітей з вадами здоров'я і які, безпосередньо відповідають особистісно орієнтованій парадигмі, що наведені у монографії А. Шевцова:

- відкритість соціальної реабілітації майбутньому, її динамічність та варіативність, у зв'язку з чим вона має знаходитись у процесі постійного пошуку і зміни, весь час формуючи нові орієнтири й цілі. Принципи відкритості, динамічності та варіативності мають за мету гнучкість «тактики» реабілітації, що виражається в якісному діапазоні її задач (наприклад, обумовленому специфікою актуальної життєвої ситуації в сім'ї тощо), розмаїтості технологій реабілітаційних заходів, що мають бути застосовані. В кінцевому випадку це припускає відмовлення від твердих стереотипів, має на меті пріоритет креативності під час складання програми та реалізації процесу реабілітації;

- особистісна спрямованість процесу реабілітації, вільний розвиток індивідуальності, яка є головним його фактором;

- принцип реалістичності – що орієнтує на постановку реально досяжних цілей реабілітації, що виходять із можливостей особистості із посттравматичними порушеннями, об'єктивних соціальних умов тощо (саме

цей принцип диктує необхідність строгого індивідуального підходу при проведенні реабілітаційних заходів);

- безпосередня участь у створенні програми реабілітації, виборі змісту, форми, методів, місця, часу і темпів цього процесу;

- принцип гуманізму - ресурсу, що орієнтує на пошук позитивного для подолання «кризових ситуацій», на актуалізацію потенційних можливостей, закладених у людині, що визнає абсолютну цінність людини, як особистості, її унікальність, право на свободу вибору [131, с. 137].

Психолого-педагогічна реабілітація осіб із психічними розладами, на думку Л. Нижник та О. Сагірової, здійснюється на базі динамічного функціонального зв'язку між збереженими елементами особистості та медико-педагогічним впливом. На початковому етапі планування корекційної роботи необхідно включити в дію компенсаторні механізми, диференціювати розлади психічних функцій від збереженого ядра особистості. Форми й засоби вилучення зумовлюються характером психічних змін та ступенем вираженості патологічних учинків. Необхідно враховувати основні індивідуальні особливості, структуру особистості, патологічні зміни особистості [79, с. 14].

Слід виділити три основних напрямки соціально-психологічної реабілітації бійців: психофізіологічний, психокорекційний, соціально-психологічний.

Психофізіологічний напрямок включає в себе комплексну психологічну діагностику, яка дозволяє виявити наявність психотравми, ідентифікувати її та провести оцінювання: обстеження за допомогою широко відомих методик ММРІ, 16-факторного опитувальника Кеттела, теста Айзенка, теста Лобі (відношення до захворювання), РСК (рівень суб'єктивного контролю), опитувальника САН (самопочуття, активність, настрої), опитувальника Спілбергера (особистісна і реактивна тривожність), теста «Потреба у досягненні» та ін.

В основу психокорекційної та соціально-психологічної роботи покладено наступні психотерапевтичні методи і відповідні техніки: психологічне консультування; сугестотерапія; гетеро та ауторелаксаційні техніки; когнітивна

психотерапія; психологічний дебрифінг; транзактний аналіз; психодрама; музична психокорекція; метод біологічного зворотнього зв'язку та ін [91, с. 28]. Вибір методів і технік психокорекційної роботи визначаються індивідуально-психологічними особливостями кожного індивіда. Головними завданнями психологічної корекції є: зниження емоційного напруження; відновлення функціонального стану організму; навчання основним методам психічної саморегуляції; підвищення особистісного адаптаційного потенціалу; формування конструктивного стереотипу поведінки, який би сприяв подальшим успіхам в професійній сфері та особистому житті. Окрім того, дієвими формами соціально-психологічної підтримки у процесі реабілітації є індивідуальні консультації для учасників бойових дій і членів їх сімей, організація бесід стосовно особливостей переживання і подолання кризових станів, психологічний дебрифінг, а також соціально-психологічні тренінги екзистенційної спрямованості [55, с. 371].

Суть консультативних заходів полягала у трьох основних завданнях, вирішення яких відбувалося в умовах ведення консультативної бесіди: 1) усвідомлення та розуміння духовної автентичності власної особистості – сакраментальності з метою мобілізації внутрішніх резервів для подолання наслідків психотравми; 2) відновлення природовідповідної діалогічної орієнтації у вертикальній площині, реструктуризація переживань у спосіб молитвотворення; 3) актуалізації суб'єктних здатностей життєтворення з орієнтацією на майбутнє та спроможності.

Специфіку консультативної роботи християнського психолога визначає відмінне від класичного розуміння простору консультативної взаємодії, а саме – орієнтація на вісь вертикальної площини життєздійснення людини. Сам же християнський психолог від початку є тим, хто особисто поділяє переживання учасника бойових дій, адже разом із ним (і невіддільно) утворює єдину духовну реальність. Що стосується психотерапевтичної роботи, то її зміст в рамках духовно-психологічної реабілітації становить духовна терапія. Йдеться про інтегративну єдність терапевтичних різновидів: когнітивної терапії,

аксіологічної терапії та антропологічної (богословсько-антропологічної) терапії.

Духовно-психологічна реабілітація – це система духовних, психологічних і соціальних заходів, які спрямовані на відновлення духовних, психічних та фізичних сил, корекцію або компенсацію порушень духовних станів та психічних функцій, особистісного статусу учасників бойових дій. Щодо безпосередньої роботи християнського психолога в процесі духовно-психологічної реабілітації, то перед нами ставилися такі основні завдання: визначення ступеня та характеру нервово-психологічних розладів; вивчення індивідуально-типологічних особливостей учасників бойових дій та оцінка їх духовних, когнітивних, емоційних, вольових можливостей; визначення необхідних заходів індивідуальної та групової духовно-психологічної реабілітації; нормалізація психічного стану, зниження психічної напруженості та відновлення психічної рівноваги, формування оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, розширення психологічних можливостей учасника бойових дій в його особистому та соціальному життєздійсненні за допомогою комплексного використання психоконсультативних, психотерапевтичних заходів та психологічної просвіти; оцінка ефективності духовно-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Психодіагностична робота у відповідності до загальної процедури проведення духовно-психологічної реабілітації, проводиться в три етапи – первинна психодіагностика з метою визначення ступеня психотравматизації, встановлення індивідуальних особливостей особистості та рівня актуалізації духовного потенціалу, духовного розвитку. Проміжний етап – констатація динаміки особистісних змін впродовж проходження духовно-психологічної реабілітації та з'ясування необхідності застосування додаткових заходів реабілітації. Завершальний етап – констатація результативності наданої психологічної допомоги.

З огляду на особливості розуміння виникнення та підтримки симптомів посттравматичного стресового розладу в межах когнітивної моделі оксфордський підхід ставить три основні цілі: 1) ідентифікація та зміна

негативних особистісних значень, надаваних травматичній події та її наслідкам; 2) послаблення симптомів повторного переживання і дискримінація тригерів; 3) усунення дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій. Щоб досягти першої мети, використовують спеціальну процедуру – оновлення травматичних спогадів (updating trauma memories). Її основні етапи передбачають ідентифікацію найбільш болісних моментів травми, так званих гарячих точок; переоцінку травми та її наслідків з огляду на зменшення негативних інтерпретацій і більшої відповідності дійсності, а також поновлення особистісних значень з огляду на переоцінку ситуації. У ході терапії клієнтів просять поновити історію травматичної події, і зробити це можна в різні способи або їх поєднання – наприклад, переозначити гарячі точки в ході усної розповіді (“Тепер я знаю, що...”), або проробити це подумки, уявляючи, що рани загоїлися, а злочинець у тюрмі. Зменшення симптомів повторного переживання та зниження тригерування можна досягти за допомогою таких технік, як уявне перепроживання події, виписування детальної історії події, перегляд місця події і власне дискримінація тригерів. Уявне перепроживання полягає в згадуванні травматичної події в усіх подробицях, з емоціями та відчуттями. Та сама процедура, лише письмова, відбувається і в ході виписування історії події, коли клієнт встановлює послідовність травматичних подій в усіх деталях та пов’язує їх із попередніми та наступними подіями. Перегляд місця події, якщо це можливо, відбувається безпосередньо в тій місцевості, де людина зазнала травми, і полягає у фокусуванні на відмінностях між тим, що було тоді, і тим, що є зараз, коли травма минула і людина перебуває в безпеці.

Техніка дискримінації тригерів передбачає детальний аналіз того, які саме ситуації, люди, дії, запахи, звуки спричиняють повторні переживання травми, і роботу по розірванню умовного зв’язку тригер – інтрузія через усвідомлення того, що це реакції на пам’ять про подію, а не на реальність. Велику роль у дискримінації тригерів відіграє безпосередня експозиція до них – стикання клієнта з ними в реальній ситуації за підтримки терапевта або близьких, які мають переконати його в тому, що самі тригери не становлять

жодної загрози. Усунення дисфункційної поведінки і стратегій сприймання та інтерпретації реальності здійснюється шляхом обговорення, проведення дискусій, сократівських діалогів та поведінкових експериментів, під час яких клієнти переглядають старі способи світосприймання і реагування та переконуються в їхній неефективності.

Психотерапевтичні методи при посттравматичному стресовому розладі:

1. Раціональна психотерапія – коли клієнтові роз'яснюють причини і механізми ПТСР.

2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги – аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.

3. Когнітивна психотерапія – використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок.

4. Особисто-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення постраждалого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.

5. Позитивна терапія, гештальт-підхід засновані на уявленні, що існують не лише проблеми і хвороби, але і способи і можливості їх подолання, властиві кожній людині.

Існує і серйозніший підхід – «логотерапія», який полягає в тому, щоб знайти сенс в тому, що сталося. Виявляється, що як тільки знайдений сенс, більшість клієнтів швидко видужують. Культуральні та релігійні переконання, наприклад, доктрини карми або сенсу страждання, властиві буддистам та індуїстам, тут мають важливе значення. Слід намагатися залучати до співпраці як котерапевтів або союзників, традиційні ресурси, наприклад священнослужителів, монахів, цілителів.

Групова терапія – найбільш часто вживаний формат терапії для клієнтів, що пережили травматичний досвід. Вона часто використовується у поєднанні з різними видами індивідуальної терапії. Огляд численних напрямів групової терапії, який охоплює когнітивно-біхевіоральні, психоаналітичні та

психодраматичні групи, групи самопомоги, аналізу сновидінь, арт-терапії та безліч інших [7, с. 42].

На думку вітчизняних вчених, доцільно інтенсивно застосовувати заходи і методи комплексної медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації з усіма її формами: превентивною, клінічною, функціональною, психологічною.

Психотерапевтична робота з клієнтами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад визначена наступним чином:

1. Повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевтові не слід форсувати процес).

2. Спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи.

3. Можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи.

4. Спільне навчання методам тих, хто упорався з наслідками особистої травми.

5. Можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє впевненість, здатний повернути відчуття власної гідності), що дозволяє подолати відчуття власної нецінності («мені нічого запропонувати іншому»), зсув фокусу з відчуття власної ізолюваності та негативних думок самознищення.

6. Набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в інший, більш адаптивний спосіб [13, с. 42].

Активно в психологічній корекційно-реабілітаційній практиці з військовослужбовцями використовуються групові форми роботи. Психологічний вплив засобами тренінгу здійснюється на рівні психофізіологічних функцій психічних станів та психологічних утворень, детермінуючих та регулюючих процес поведінки та діяльності людини.

Наративні ідеї і методики застосовуються в індивідуальному консультуванні та у груповій роботі.

Копінг-стратегії – це стратегії співіснування з труднощами і врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем. Дані стратегії пов'язані з такими поняттями, як життестійкість і стресостійкість. Копінг-поведінка виникає тоді, коли людина потрапляє в кризову ситуацію. Провідними характеристиками кризової ситуації є психічна напруженість, значущі переживання як особлива внутрішня робота по подоланню життєвих подій або травм, зміна самооцінки і мотивації, а також виражена потреба в їх корекції ззовні [12, с. 22].

У деяких теоріях копінг-поведінки виділяють наступні базисні стратегії: 1) вирішення проблем; 2) пошук соціальної підтримки; 3) уникнення.

Стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, при якій людина прагне використовувати особові ресурси, все що є у неї, для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки – це активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається по допомогу і підтримку до її оточуючого середовища: сім'ї, друзів, значущих осіб.

Стратегія уникнення – це поведінкова стратегія, при якій людина прагне уникнути контакту з дійсністю, що оточує її, піти від вирішення проблем [12, с. 23].

До адаптивних варіантів копінг-стратегії поведінки в поведінковій сфері відносяться співпраця, звернення та альтруїзм. Ці прояви відображають таку поведінку особи, при якій вона вступає у взаємодію в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її людям для подолання труднощів.

Потенціал подолання стресогенних подій полягає у виборі успішних пристосувальних стратегій поведінки, а рівень розвитку і репертуар механізмів мають величезне значення як для соціально-психологічного функціонування особистості, так і для збереження психічного благополуччя. Ефективність соціально-психологічної адаптації визначається як за об'єктивними

показниками досягнень, так і за суб'єктивною задоволеністю людини своїми досягненнями в тій професійній та соціально-економічній позиції, яку вона займає.

О. Ісаєва встановила, що поведінка, яка дозволяє впоратися зі стресом, має вікові та гендерні відмінності, може змінюватися протягом життя залежно від завдань і вимог, що ставляться до людини середовищем на різних етапах онтогенезу і соціогенезу. Вищевказаний автор заявляє, що репертуар поведінки для подолання стресу в поєднанні з механізмами психологічного захисту являє собою широкий спектр різноманітних варіантів: від гнучких, ситуативно обумовлених стратегій подолання труднощів до стійких особистісних паттернів (стилів) реагування. Його потенційна адаптивність залежить від співвідношення ступеня вираженості свідомих і несвідомих форм адаптаційних механізмів особистісного функціонування. Стійкі сполучення стилів поведінки подолання стресу визначають характер (специфіку) психічної адаптації і рівень пристосувальних можливостей особистості; вони є одними з параметрів, складових поняття «психологічної вразливості» особистості, розгляд якої необхідно проводити тільки при обліку особистісних ресурсів [2, с. 6].

Копінг-стратегії – це стратегії врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем. Дані стратегії пов'язані з такими поняттями, як життєстійкість і стресостійкість. Копінг-поведінка виникає тоді, коли людина потрапляє в кризову ситуацію. Провідними характеристиками кризової ситуації є психічна напруженість, значущі переживання як особлива внутрішня робота по подоланню життєвих подій або травм, зміна самооцінки і мотивації, а також виражена потреба в їх корекції ззовні. У деяких теоріях копінг-поведінки виділяють наступні базисні стратегії: вирішення проблем; пошук соціальної підтримки; уникнення [5, с. 22].

Соціально-психологічна реабілітація передбачає комплексний психологічний вплив, що складається із взаємопов'язаних компонентів: діагностики соціально-психологічних проблем; психологічного консультування з питань успішної соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності, вирішення особистісних і сімейних проблем; психокорекційної та

психотерапевтичної роботи; психологічної реабілітації; професійно-психологічної підготовки, яка включає ряд необхідних тренінгів (профорієнтаційний, комунікативний, тренінг впевненості в собі, тренінг щодо особливостей працевлаштування).

Психотерапевтична робота з клієнтами із посттравматичним стресовим розладом спрямована на : повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою; спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи; можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи; спільне навчання методам тих, хто упорався з наслідками особистої травми; можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє впевненість, здатний повернути відчуття власної гідності); набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в інший, більш адаптивний спосіб.

Посттравматичний стресовий розлад виникає після дії травматичних ситуацій, які характеризуються екстремальними критичними подіями, що несуть в собі надзвичайно негативний вплив, ситуацію загрози життю чи здоров'ю людини, потребує від неї екстраординарних зусиль з оволодіння наслідками цього впливу. Посттравматичний стресовий розлад виникає після дії травматичних ситуацій, які характеризуються екстремальними критичними подіями, що несуть в собі надзвичайно негативний вплив, ситуацію загрози життю чи здоров'ю людини, потребує від неї екстраординарних зусиль з оволодіння наслідками цього впливу. Посттравматичний стресовий розлад характеризується симптомами: причепливого, постійно повторюваного переживання травматичної події; симптомами уникнення, де травматичний досвід постійно витісняється зі свідомості(людина прагне позбавитись думок і спогадів про пережите), що супроводжується високою емоційною напругою та

енергетичним виснаженням; симптомами фізіологічної гіперактивації, що проявляється в утрудненнях засинання, підвищеній роздратованості, спалахах гніву, невмотивованій гіперпильності та постійній готовності до загрози (небезпеки). Розвиток посттравматичного стресового розладу залежить від багатьох умов, а саме: наскільки ситуація суб'єктивно сприймалась як загрозна, наскільки об'єктивно реальною була загроза життю, наскільки близько від трагічних подій знаходився індивід, чи були задіяні в цій події його близькі, чи вони постраждали.

Психологічна реабілітація передбачає наступні послідовні кроки: взаємна адаптація психолога та пацієнта, навчання пацієнта методам саморегуляції, катарсичний етап (повторне переживання), обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій), апробація нових способів поведінки через гру, визначення життєвих перспектив. Клієнтів, які страждають на посттравматичний стресовий розлад слід навчати конструктивним копінг-стратегіям.

У свою чергу заходи з психологічної реабілітації бійців АТО поділяється на три етапи: 1) психологічна діагностика інтелектуальної, емоційно-вольової та комунікативної сфери; розробка індивідуального плану реабілітації бійця-інваліда; 2) психологічна корекція; психологічне консультування, прогностика; 3) аналіз та оцінка результатів психологічної реабілітації [87, с. 97].

Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців передбачає комплексний психологічний вплив, що складається з взаємопов'язаних компонентів:

- діагностики соціально-психологічних проблем;
- психологічного консультування з питань успішної соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності, вирішення особистісних і сімейних проблем;
- психокорекційної та психотерапевтичної роботи;
- психологічної реабілітації;

- професійно-психологічної підготовки, яка включає ряд необхідних тренінгів (профорієнтаційний, комунікативний, тренінг впевненості в собі, тренінг щодо особливостей працевлаштування) [50, с. 98].

Психокорекція, як метод психологічної допомоги повинна звертатися до двох фундаментальних аспектів посттравматичного розладу: зниженню тривоги і відновленню відчуття особистої цілісності та контролю над тим, що відбувається. При цьому необхідно пам'ятати, що терапевтичні стосунки з клієнтами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, надзвичайно складні, оскільки містять міжособистісні компоненти травматичного досвіду.

Розглядається п'ять стадій актуального стану клієнта (фази його реакції на травматичну подію): 1) тривалий стресовий стан в результаті травматичної події; 2) прояв нестерпних переживань: напливи відчуттів і образів; паралізуюче уникнення і оглушеність; 3) застрягання в неконтрольованому стані уникнення і оглушеності; 4) здатність сприймати і витримувати спогади і переживання; 5) здатність до самостійної переробки думок і відчуттів. Кожній фазі реакції клієнта на травматичну подію відповідають послідовні цілі психотерапії.

1. Завершити подію або вивести клієнта із стресогенного оточення. Побудувати тимчасові стосунки. Допомогти клієнтові в ухваленні рішень, плануванні дій (наприклад, в усуненні його з оточення).

2. Понизити амплітуду станів, спогадів і переживань до рівня таких, що можуть бути подолані.

3. Допомогти клієнтові в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами і в здійсненні довільного пригадування. У ході пригадування надавати допомогу клієнтові в структуризації і вираженні переживання; при зростаючій довірливості стосунків з клієнтом забезпечити подальше опрацювання травми.

4. Допомогти клієнтові переробити його асоціації і пов'язані з ними когніції та емоції, що стосуються Я-образу і образів інших людей. Допомогти клієнтові встановити зв'язок між травмою і переживаннями загрози, патерном міжособових стосунків, Я-образом і планами на майбутнє.

5. Опрацювати терапевтичні стосунки. Завершити психотерапію [87, с. 42].

Основні передумови успішної роботи з клієнтами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, передбачають здатність клієнта розповідати про травму прямо пропорційна здатності терапевта емпатично вислуховувати цю розповідь.

Психотерапевтичні методи при посттравматичному стресовому розладі:

1. Раціональна психотерапія – коли клієнтові роз'яснюють причини і механізми ПТСР.

2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги – аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів.

3. Когнітивна психотерапія – використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок.

4. Особисто-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення постраждалого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.

5. Позитивна терапія, гештальт-підхід засновані на уявленні, що існують не лише проблеми і хвороби, але і способи і можливості їх подолання, властиві кожній людині.

Існує і серйозніший підхід – «логотерапія», який полягає в тому, щоб знайти сенс в тому, що сталося. Виявляється, що як тільки знайдений сенс, більшість клієнтів швидко видужують. Культуральні та релігійні переконання, наприклад, доктрини карми або сенсу страждання, властиві буддистам та індуїстам, тут мають важливе значення. Слід намагатися залучати до співпраці як котерапевтів або союзників, традиційні ресурси, наприклад священнослужителів, монахів, цілителів.

Групова терапія – найбільш часто вживаний формат терапії для клієнтів, що пережили травматичний досвід. Вона часто використовується у поєднанні з різними видами індивідуальної терапії. Огляд численних напрямів групової

терапії, який охоплює когнітивно-біхевіоральні, психоаналітичні та психодраматичні групи, групи самопомоги, аналізу сновидінь, арт-терапії та безліч інших [53, с. 42].

На думку вітчизняних Л. Нижник та О. Сагірової, доцільно інтенсивно застосовувати заходи і методи комплексної медико-психологічної (психофізіологічної) реабілітації з усіма її формами: превентивною, клінічною, функціональною, психологічною.

Психотерапевтична робота з клієнтами, які страждають на посттравматичний стресовий розлад визначена наступним чином:

1. Повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевтові не слід форсувати процес).

2. Спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи.

3. Можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи.

4. Спільне навчання методам тих, хто упорався з наслідками особистої травми.

5. Можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє впевненість, здатний повернути відчуття власної гідності), що дозволяє подолати відчуття власної нецінності («мені нічого запропонувати іншому»), зсув фокусу з відчуття власної ізольованості та негативних думок самознищення.

6. Набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в інший, більш адаптивний спосіб [87, с. 42].

Активно в психологічній корекційно-реабілітаційній практиці з військовослужбовцями використовуються групові форми роботи. Психологічний вплив засобами тренінгу здійснюється на рівні психофізіологічних функцій психічних станів та психологічних утворень,

детермінуючих та регулюючих процес поведінки та діяльності людини. Наративні ідеї і методики застосовуються в індивідуальному консультуванні та у груповій роботі.

Наративна терапія – (від англ. «Narrative» – історія, розповідь) ґрунтується на ідеї про те, що ідентичність людини (уявлення про те, ким я є) конструюється у формі історій (наративів). Щоб уникнути почуття безпорадності і зупинити процес саморуйнування, психолог зазвичай пропонує клієнту персоніфікувати проблему, зробити її видимою, дати їй ім'я і поговорити про те, як вона впливає на його життя. Відділення людини від проблеми, екстерналізація створює простір, вільний від проблем, дозволяє подивитися на ситуацію з боку, проявитися знанням, умінням і здібностям людини [57, с. 23]. В ході роботи з психологом військовослужбовці звільняються від паралізуючого впливу сорому і провини, і можуть взяти на себе відповідальність за свої вчинки. Прояснюються смисли, цінності, наміри, мрії і можливості, простежується історія їх виникнення та розвитку.

Катативно-імагінативна психотерапія (символдрама) – один із напрямків сучасної психодинамічної психотерапії, котрий полягає в уявленні образів (імагінації) на вільну або задану психотерапевтом тему (мотив). Це ієрархічно організована та структурована система методів та принципів психотерапевтичного застосування імагінації.

У теорії і техніці катативно-імагінативна психотерапії виділяють три напрямки психотерапевтичного впливу. Першим напрямком є фокусування на конфлікті пацієнта і опрацювання цього конфлікту протягом терапії. При цьому імагінація в супроводі та «під захистом» терапевта дозволяє проживати сцени, що містять у собі як актуальні, так і ранні конфлікти та в символічній формі долати їх [139, с. 111]. Другий напрямок – «ресурсний», це задоволення потреб пацієнта з використанням безконфліктних мотивів, коли в імагінаціях конфлікти взагалі не проявляються. Стан розслабленості та спокою внаслідок релаксації супроводжується ресурсною та позитивною атмосферою мотивів, приємних відчуттів, ідеалізованих стосунків, відчуття щастя заспокоєння і розслаблення [140, с. 117]. Третя складова – розвиток творчих здібностей,

креативності. Прикладом може слугувати ситуація, коли, під час переживання образу, пацієнт потрапляє в безвихідне становище й розв'язання цієї проблеми вимагає від нього активізації його творчих можливостей [154, с. 14].

Установлення ефективності символдрами при посттравматичному стресовому розладі проведено Р. Нільсон та Т. Ватсбі (2010) встановлено, що у досліджуваних, після терапевтичної інтервенції, спостерігається значуще зниження за усіма симптомами посттравматичного стресового розладу – тривога, агресивність, депресивність, дисоціація, у порівнянні із вихідними показниками. Принципове клінічне значення має активізація «ресурсів» – позитивних характеристик особистості, які можуть бути доступні, щоб зміцнити здатність пацієнта справлятися з минулим травматичним досвідом [153, с. 114].

Метод «дебрифінгу стресу критичного інциденту» – форма кризової інтервенції, розроблений американським психологом Д. Мітчелом, показаний, як групова психокорекційна техніка у тих випадках, коли люди пережили спільну травму, зазнавши впливу надзвичайних подій. Це можуть бути групи людей, утворені за ознакою професійної належності, спільної діяльності або об'єднані загальною пережитою травмуючою ситуацією [76, с. 34]. Зазвичай в гострій фазі постстресових порушень групові форми не використовуються, однак на етапах завершення катастрофічної ситуації їх застосування є адекватним та ефективним. Особа, що пережила травматичні події, виводиться з шокowego стану, стадії заперечення і лише після цього є готовою до групової форми рефлексії, до прийняття реальності свого травматичного досвіду. Мета дебрифінгу – мінімізувати негативні психологічні наслідки та попередити розвиток посттравматичних стресових ситуацій у постраждалих, зокрема, бійців антитерористичної операції.

Для досягнення мети дебрифінгу вирішуються наступні завдання: «опрацювання» вражень, реакцій і почуттів; когнітивна організація пережитого досвіду за допомогою розуміння структури і сенсу подій, що відбулися, реакцій на них; зменшення індивідуального і групового напруження; зменшення відчуття унікальності і ненормальності власних реакцій. Ця задача вирішується

за допомогою групового обговорення почуттів; мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності та розуміння; підготовка до переживання тих симптомів або реакцій, які можуть виникнути в найближчому майбутньому; визначення засобів подальшої допомоги у разі необхідності.

Поряд з проведенням дебрифінгу в гострий період деякі автори вважають його показаним і в більш пізні терміни (до 4 місяців після отриманої психічної травми). При цьому можна використовувати фото або відео зйомки з місця подій. Мета такого відстроченого дебрифінгу залишається колишньою – зменшення ймовірності розвитку відставлених реакцій і віддалених наслідків, що досягається шляхом вербалізації хворобливих переживань на тлі групової підтримки.

Виділяють три частини і сім фаз дебрифінгу: частина I – опрацювання основних почуттів учасників і вимір інтенсивності стресу; частина II – детальне обговорення симптомів і забезпечення почуття захищеності і підтримки; частина III – мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією і формування планів на майбутнє.

1. Вступна фаза. Ведучий групи пояснює цілі та завдання зустрічі, визначає правила дебрифінгу. Правила дебрифінгу визначаються для того, щоб мінімізувати тривогу, яка може виникнути в учасників групового обговорення. Акцент робиться на можливості демонстрації реакцій, які є «нормальними реакціями на ненормальні події», але в той же час ведучий відзначає, що учасники групового обговорення говорять тільки тоді, коли захочуть це робити, ніхто не може примушувати їх до одкровення. Учасників попереджають, що вони можуть відчувати себе трохи гірше під час групового обговорення, але це нормальне явище, яке зазвичай відбувається через повторне переживання травмуючої ситуації, дотики до болючих проблем. Ведучий повинен пояснити, що це частина плати за можливість згодом протистояти стресам та майбутнє одужання. Учасникам групового обговорення пояснюється, що процедура психологічного дебрифінга не припускає оцінок, критики і вироків. Це не трибунал, не суд, тут немає винних та суддів – це лише процедурне

обговорення. Подібна установка попереджає суперечки, взаємні звинувачення, які можуть виникнути через розбіжності в очікуваннях, думках, почуттях і, головне, мінімізує тривогу, яка може виникнути в учасників обговорення.

2. Фаза фактів. На цій фазі робота повинна бути «центрована» виключно на проблемі, на актуальній ситуації та актуальних переживаннях, а не на особистості, і при повній відсутності оціночних суджень з боку ведучого. Кожен учасник коротко описує, що сталося з ним під час інциденту, яка була послідовність подій. Тут можливі перехресні питання учасників один одному, що допомагають прояснити і сформуванню об'єктивності події. Це важливо, оскільки у зв'язку з розмахом інциденту можуть мати місце помилки сприйняття і в результаті кожна людина реконструює картину по-своєму, це можуть бути просто неадекватні переживання подій або ж наявність помилкових ключових уявлень про них. Іноді порушується відчуття часу: послідовність і тривалість подій.

3. Фаза думок. Дана фаза передбачає фіксування на судженнях з приводу події. Відбувається аналіз висловлених суджень та їх обговорення. Питання, що відкривають цю фазу, можуть бути такого типу: «Якими були ваші перші думки? Як це відбулося? Коли ви повернулися на місце події? Як і коли виявилися залученими в подію?». Наприкінці цієї фази можуть бути проговорені враження учасників, які у них виникали на місці події. Питання, які, можливо, будуть задані, наступні: «Які були ваші враження про те, що відбувалося навколо вас, коли події тільки почали розвиватися? Що ви чули, бачили?». Зіставлення спогадів і усне повідомлення про них зменшує їх руйнівний ефект, так як вони вербалізуються всередині когнітивних рамок у процесі групового обговорення.

4. Фаза переживань. Групове обговорення, що знімає унікальність пережитого, є ключовим. Питання, які сприяють створенню відчуття спільності, можуть бути такими: «Як ви реагували на подію?»; «Що для вас було найжахливішим з того, що трапилося?»; «Чи турбувало вас у вашому житті раніше що-небудь подібне?»; «Що викликало у вас появу смутку, фрустрації,

страху?»; «Як ви себе почували, коли відбулася ця подія?», «Що запам'яталося вам найбільше яскраво? «Які тілесні відчуття вас супроводжували під час події?», «Що ви сказали б загиблому, якщо у вас була б така можливість?».

5. Фаза симптомів. Під час фази симптомів деякі реакції обговорюються детальніше. Учасники описують симптоми (емоційні, когнітивні та фізичні), які вони пережили на місці події, коли інцидент завершився, коли вони повернулися додому, протягом наступних днів і в даний час. Ефективно буває вивісити на стіну аркуш ватману, на якому учасники могли б записувати свої симптоми. Якщо хтось помітив новий симптом, він може спокійно підійти і дописати його.

6. Фаза завершення. У цій фазі один з ведучих групи повинен спробувати узагальнити реакції учасників (надається інформація про типові реакції на травмуючу подію, про те, як з ними справлятися).

7. Фаза реадaptaції. У цій фазі обговорюється і планується майбутнє у сенсі стратегій подолання стресу. Ця фаза визначає, що можна зробити для згладжування симптомів або їх профілактики. Група на цій фазі може домовитися про необхідність додаткових зустрічей або домовитися про індивідуальну роботу з ведучим або іншим терапевтом [76, с. 36]. За деяких аспектів це є дуже важливим, адже гостра травма провокує різке зниження захистів і «регрес» до попередніх травматичних переживань, аж до раннього дитинства. При цьому характерно, що чим менша інтенсивність реакції на актуальну психічну травму, тим частіше постраждали регресують до глибоких особистісних проблем.

М. Решетніков вважає, що у всіх випадках доцільно поєднувати групову роботу дебрифінгу з індивідуальною і під час неї виводити старі (глибоко індивідуальні) проблеми за межі групи, окрім того, в процесі дебрифінгу потрібно намагатися чітко розділяти не лише актуальні переживання і особистісні проблеми («вплетені» в кризову ситуацію), а й розподілити час і місце їх пред'явлення, а також - фахівців, з якими проводиться їх обговорення (тобто фахівець в області групової роботи не повинен поєднувати її з

індивідуальною, щоб не привносити свої установки з однієї ситуації в іншу) [94, с. 125]. Прихильники дебрифінгу відстоюють необхідність негайного втручання, роблять ставку на швидкість реагування в ситуації кризи. (табл. 1.3.).

Копінг-стратегії – це стратегії співіснування з труднощами і врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем. Дані стратегії пов'язані з такими поняттями, як життєстійкість і стресостійкість. Копінг-поведінка виникає тоді, коли людина потрапляє в кризову ситуацію. Провідними характеристиками кризової ситуації є психічна напруженість, значущі переживання як особлива внутрішня робота по подоланню життєвих подій або травм, зміна самооцінки і мотивації, а також виражена потреба в їх корекції ззовні [77, с. 22].

Стадії відновлення

Синдром	Стадія 1	Стадія 2	Стадія 3
Бойова травма	Довіра, допомога при стресі, освіта	Повторне переживання травми	Інтеграція травми
Складний посттравматичний стресовий розлад	Стабілізація	Інтеграція спогадів	Розвиток самостійності, інтеграція поглядів
Множинний розлад особистості	Діагностика, стабілізація, спілкування, співпраця	Перетворення травми	Вирішення, інтеграція, розвиток навичок подолання після вирішення

У деяких теоріях копінг-поведінки виділяють наступні базисні стратегії: 1) вирішення проблем; 2) пошук соціальної підтримки; 3) уникнення.

Стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, при якій людина прагне використовувати особові ресурси, все що є у неї, для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки – це активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається по допомогу і підтримку до її оточуючого середовища: сім'ї, друзів, значущих осіб.

Стратегія уникнення – це поведінкова стратегія, при якій людина прагне уникнути контакту з дійсністю, що оточує її, піти від вирішення проблем [77, с. 23].

До адаптивних варіантів копінг-стратегії поведінки в поведінковій сфері відносяться співпраця, звернення та альтруїзм. Ці прояви відображають таку поведінку особи, при якій вона вступає у взаємодію в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її людям для подолання труднощів.

Таким чином, проведення психологічної реабілітації, психотерапевтичної роботи серед осіб із посттравматичного стресового розладу сприяє формуванню усвідомленого сприйняття себе, свого внутрішнього стану, емоцій, почуттів; впевненості особистості в своїх силах; впливатиме на покращення психологічного здоров'я особистості; здійснюватиме профілактику порушень психіки та емоційних розладів.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз проблеми дослідження дозволив зробити такі висновки:

1. Соціальна адаптація особистості направлена на відновлення норм, соціально-корисних відношень з соціальними суб'єктами (групами та окремими її членами), зміну в позитивному плані спілкування, поведінки, діяльності. Психологічна адаптація – засвоєння соціально корисних стандартів поведінки та ціннісних орієнтацій, зближення установок і направленості особистості з очікуваннями соціального середовища. Соціальна і психологічна сторони адаптації знаходяться у нерозривній єдності, хоча іноді можуть не збігатися.

Механізм соціальної адаптації особистості виступає як єдиний процес діяльності, спілкування, самосвідомості у соціальній діяльності людини, коли відбувається перетворення її внутрішнього світу, реалізація прихованих потенцій, що допомагають повноцінно включитися в процеси соціальної адаптації як активної особистості. Успішність соціальної адаптації залежить від властивостей соціального середовища і характеристик індивіда. Показником

успішної адаптованості є психологічна задоволеність індивіда, а низької – прагнення переміститися в інше середовище, відсутність психологічного комфорту. Соціальна адаптація може здійснюватись у формі акомодациї (повного підпорядкування вимогам середовища без їх критичного аналізу), конформізму (вимушеного підпорядкування вимогам середовища) та асиміляції (свідомого й добровільного прийняття норм і цінностей середовища на основі особистісної солідарності з ними). Адаптація пов'язана з прийняттям індивідом різних соціальних ролей, адекватним відображенням себе і своїх соціальних зв'язків. Дезадаптивним є такий хід психічних процесів і поведінки, який приводить не до вирішення проблемної ситуації, а до її поглиблення, до посилення труднощів і тих неприємних переживань, які вона викликає (невдалі спроби вирішити внутрішні і зовнішні конфлікти – недостатнє врахування мотивації протилежного боку, не виправдано інтенсивна агресивність).

Посттравматичний стресовий розлад визначається як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликані подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду, як приклад: загроза життю, збиток самій людині або її родині. Були виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес: подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з ним сталося і через що у неї погіршився психологічний стан; цей стан обумовлений зовнішніми причинами; пережите руйнує звичний спосіб життя; подія, що сталася, викликає жах і відчуття беспорядності, безсилля що-небудь зробити або змінити.

Психічна травма – наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибинних порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування.

У професійній діяльності військовослужбовців виділені такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і створює негативний вплив на психіку військового

(наприклад: отримання травм внаслідок виконання службового завдання, втрата товариша по службі тощо); довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу; «кумулятивна» психотравма, що виникає в результаті накопичення екстремального і повсякденного травматичного досвіду, і характеризується тим, що попередня психотравма посилює вплив наступної.

2. Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що потенціал подолання стресогенних подій відбивається у виборі успішних або неуспішних пристосувальних стратегій поведінки, а рівень розвитку і репертуар адаптаційних механізмів мають величезне значення як для соціально-психологічного функціонування людини, так і для збереження психічного благополуччя. Ефективність соціально-психологічної адаптації визначається як за об'єктивними показниками досягнень, так і за суб'єктивною задоволеністю людини своїми досягненнями в тій професійній та соціально-економічній позиції, яку вона займає.

3. Копінг-стратегії – це стратегії врегулювання взаємовідносин з навколишнім середовищем. Дані стратегії пов'язані з такими поняттями, як життєстійкість і стресостійкість. Копінг-поведінка виникає тоді, коли людина потрапляє в кризову ситуацію. Провідними характеристиками кризової ситуації є психічна напруженість, значущі переживання як особлива внутрішня робота по подоланню життєвих подій або травм, зміна самооцінки і мотивації, а також виражена потреба в їх корекції ззовні. У деяких теоріях копінг-поведінки виділяють наступні базисні стратегії: вирішення проблем; пошук соціальної підтримки; уникнення.

Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців передбачає комплексний психологічний вплив, що складається з взаємопов'язаних компонентів: діагностики соціально-психологічних проблем; психологічного консультування з питань успішної соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності, вирішення особистісних і сімейних проблем; психокорекційної та психотерапевтичної роботи; психологічної реабілітації;

професійно-психологічної підготовки, яка включає ряд необхідних тренінгів (профорієнтаційний, комунікативний, тренінг впевненості в собі, тренінг щодо особливостей працевлаштування).

4. Психотерапевтична робота з клієнтами із посттравматичним стресовим розладом спрямована на: повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі підтримуючої групи, розділення цього переживання з терапевтом і групою; спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити відчуття ізоляції, відчуженості, сорому і підсилити відчуття приналежності, доцільності, спільності, не зважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи; можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи; спільне навчання методам тих, хто упорався з наслідками особистої травми; можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє упевненість, здатний повернути відчуття власної гідності); набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію в інший, більш адаптивний спосіб.

Проведення психологічної реабілітації, психотерапевтичної роботи серед осіб із посттравматичного стресового розладу сприяє формуванню усвідомленого сприйняття себе, свого внутрішнього стану, емоцій, почуттів; впевненості особистості в своїх силах; впливатиме на покращення психологічного здоров'я особистості; здійснюватиме профілактику порушень психіки та емоційних розладів.

Зміст 1 розділу дисертації відображено в таких публікаціях:

1. Музичко Л. Т. Психокорекційна допомога молоді із посттравматичними порушеннями емоційно-вольового розвитку // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 246-251.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ МОЛОДІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

2.1. Організація дослідження та психодіагностичні методики вивчення посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери молоді

У констатувальному експерименті брало участь 284 особи, віком від 19 до 28 років. Досліджувані мали різний загальновійськовий стаж та тривалість перебування в зоні Антитерористичної операції. У експерименті брали участь військовослужбовці, які безпосередньо були задіяні у бойових діях та ті, що забезпечували тиліві служби.

Основними завданнями констатувального експерименту були: підібрати та апробувати психодіагностичні методи дослідження та емпірично виявити особливості становлення складових структури посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку; обґрунтувати критерії та визначити рівні інтелектуального та емоційно-вольового компонентів структури посттравматичного порушення.

На основі теоретичного аналізу були виділені критерії сформованості інтелектуального та емоційно-вольового компонентів.

Критеріями сформованості інтелектуального компоненту виступають: доповнення пропозицій, індуктивне мовне мислення, схильність до аналогії, узагальнення, пам'ять, мнестичні здібності, арифметичні завдання.

Критеріями сформованості емоційно-вольового компоненту виступають: наявність стресового розладу, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, невротичність, наполегливість, самоконтроль, схильність до ризику, репресивність, роздратованість, комунікабельність,

врівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія, емоційна лабільність, маскуліність, особистісно-адаптивний потенціал, нервово-психічна стійкість, комунікативні здібності, моральна нормативність.

За узагальненими результатами констатувального експерименту та на основі обґрунтованих при здійсненні теоретичного аналізу критеріїв були визначені наступні рівні інтелектуального та емоційно-вольового компоненту: високий, середній та низький.

Для дослідження *посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери* військовослужбовців нами було дібрано психодіагностичний інструментарій, що охоплював два блоки методик. Перший з них містив методики, які дозволяли виявити інтелектуальні особливості військовослужбовців, а другий – методики, за допомогою яких досліджувався емоційно-вольовий розвиток військовослужбовців.

До *першого блоку* ввійшов тест інтелекту Амтхауера спрямований на визначення інтелектуальних здібностей особистості.

До *другого блоку* входили методики – метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, опитувальник FPI, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника (шкали адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність).

До *третього блоку* ввійшла методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова Е. Ейдмана, опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова.

Досліджуючи особливості посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців нами визначено три етапи констатувального експерименту. Завданням першого етапу було дослідження особливостей посттравматичних порушень інтелектуального та емоційно-вольового розвитку залежно від його компонентів та критеріїв: -

інтелектуального, емоційно-вольового, а саме: 1) виявлення інтелектуальних здібностей військовослужбовців; 2) вивчення стресового розладу, особливостей психічних станів респондентів через емоційну стійкість до неприємних подій; 3) дослідження вольових властивостей, саморегуляції поведінки, визначення особливостей динаміки структурних компонентів посттравматичного стресового розладу військовослужбовців. На другому етапі визначалися критерії діагностування та рівні сформованості інтелектуального та емоційно-вольового компоненту. На третьому етапі дослідження визначався рівень сформованості компонентів посттравматичного стресового розладу.

Психодіагностичний інструментарій нашого дослідження підбирався з урахуванням можливості використання його в констатувальному експерименті та в ході контрольного зрізу формувального експерименту. Відбір методик здійснювався відповідно до мети та завдань дисертаційної роботи. Кожна з методик підібрана у відповідності з віковими особливостями військовослужбовців та критеріями валідності й надійності, які визначалися в попередніх роботах дослідників і були підтверджені в нашій роботі.

На першому етапі емпіричного дослідження з метою виявлення *інтелектуального компонента* використано тест структури інтелекту Амтхауера. Мета: визначення рівня інтелекту військовослужбовців. У тест входять такі субтести: на загальну обізнаність і інформованість у різних областях знань (не тільки наукових, але і життєвих); на класифікацію понять; на встановлення аналогій; на підведення двох понять під загальну категорію (узагальнення); на уміння вирішувати прості арифметичні задачі; на уміння знаходити числові закономірності; на уміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині; на уміння мислено оперувати зображеннями об'ємних фігур; на заучування слів. Кожний субтест, за винятком четвертого, складається з 20 завдань, у четвертий субтест входять 16 завдань. Тест дає можливість визначити високий, середній та низький рівні інтелекту.

Емоційно-вольовий компонент

Для діагностики наявності стресового розладу було використано *метод-*

тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу). Методика складається із оцінки стресових подій, які відбулися з особистістю впродовж поточного року та визначає високий, середній та низький рівні наявності стресового розладу.

З метою самооцінки станів *тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності* військовослужбовців було використано методика Г. Айзенка. Методика складається із сорока запитань та включає такі шкали:

Тривожність - переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може привести до розвитку тривожності.

Фрустрація (лат. frustratio - обман, невдача, марне очікування, розлад, руйнування (планів, задумів) - психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Виявляється в гнітючій напрузі, тривожності, відчутті безвихідності і відчаю. Виникає в ситуації, яка сприймається особистістю як невідворотна загроза досягненню значущої для неї мети, реалізації тій або іншої її потреби. Сила фрустрації залежить як від ступеня значущості дії, що блокується, так і від близькості його до наміченої мети. Реакцією на стан фрустрації можуть бути наступні основні типи дій: «відхід» від реальної ситуації в область фантазій, марень, мріянь; виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, проступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито проривається у вигляді гніву; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до легших і примітивніших способів дії, часта зміна занять і ін. Як наслідок фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації.

Ригідність (від латин. rigidus - жорсткий, твердий) – утрудненість, аж до повної нездатності, в зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно вимагають її перебудови. Виділяють когнітивну, афектну і мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність виявляється в труднощах перебудови сприйняття і уявлень в ситуації, що змінилася. Афектна ригідність виражається у відсталості афектних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, що

змінюються. Мотиваційна ригідність виявляється в тугоподвижній перебудові системи мотивів в обставинах, що вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, що проявляється суб'єктом, обумовлюється взаємодією його особистісних особливостей з характером середовища, включаючи ступінь складності завдання, що стоїть перед ним, його привабливості для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції і так далі.

Агресивність (лат. *aggressio* - нападати) - стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його відношення до поведінки, метою якої є спричинення шкоди що оточує, або подібний афективний стан (гнів, злість). Хоча агресивність грала вирішальну роль в процесі еволюції людини, затверджується, що вона не властива людській істоті спочатку, що діти засвоюють моделі агресивної поведінки практично з моменту народження. Причинами агресивності можуть виступати різного роду конфлікти, зокрема внутрішні, при цьому такі психологічні процеси як емпатія, ідентифікація, децентрація - стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших і усвідомлення їх самостійної цінності.

Для виявлення рівня невротизації військовослужбовців було використано *методику діагностики рівня невротизації Л. Вассермана*, яка складається із сорока запитань та визначає високий, середній та низький рівні невротизації.

Вивчення психологічних властивостей військовослужбовців було здійснено за *опитувальником FPI* спрямованим на визначення станів і властивостей особистості, які мають першочергове значення для процесів адаптації. Методика складається із ста чотирнадцяти запитань і містить наступні шкали: невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, комунікабельність, врівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія-інтроверсія, емоційна лабільність, маскуліність-фемінність

Невротичність характеризує рівень невротизації особистості. Високі засвідчують невротичний синдром астенічного типу із значними

психосоматичними порушеннями.

Спонтанна агресивність дозволяє виявити та оцінити психопатизації інтротенсивного типу. Високі оцінки свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для агресивної поведінки.

Депресивність дає змогу діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки по даній шкалі вказують на наявність цих ознак в емоційному стані, в поведінці, у відношенні до себе і соціального середовища.

Дратівливість допомагає визначити емоційну стійкість. Високі оцінки свідчать про нестійкий емоційний стан із схильністю до афективного реагування.

Комунікабельність характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі бали дають змогу говорити про наявність вираженої потреби у спілкуванні й постійної готовності до задоволення цієї потреби.

Врівноваженість засвідчує стійкість до стресу. Високі бали засвідчують хорошу захищеність до дії стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що є похідною на впевненості у власних силах, оптимістичності й активності.

Реактивна агресивність має за мету виявити наявність ознак психопатизації екстрансивного типу. Високі оцінки характерні агресивним відношенням до соціального оточення та виразним прагненням до домінування.

Сором'язливість віддзеркалює схильність до стресового реагування на звичні життєві ситуації, що розвертаються за пасивно-захисним сценарієм. Високі оцінки по даній шкалі свідчать про наявність тривожності, невпевненості, скованості, наслідком чого з'являються труднощі в соціальних контактах.

Відкритість дає змогу описати відношення до соціального оточення та рівень самокритичності. Високі оцінки засвідчують прагнення до відверто-щирих відносин із оточуючими людьми в парі з високим рівнем самокритичності.

Екстраверсія-інтроверсія – високі оцінки свідчать про виражену екстравертованість особи, низькі про інтровертованість.

Емоційна лабільність - високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що проявляє себе у коливаннях настрою, дратівливості, підвищеній збудливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не лише високу стабільність емоційного стану, але й вміння володіти собою.

Маскулінність-фемінність – високі бали засвідчують, що психічні процеси протікають переважно за чоловічим сценарієм, низькі – за жіночим.

З метою вивчення адаптивних здібностей, нервово-психічної стійкості, моральної нормативності було використано багаторівневий *особистісний опитувальник "Адаптивність"* А. Маклакова, С. Чермяника, який призначений для оцінки адаптаційних можливостей особистості з урахуванням соціально-психологічних та деяких психофізіологічних характеристик, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного та соціального розвитку. В основу методики покладено уявлення про адаптацію, як про безперервний процес активного пристосування людини до постійно мінливих умов соціального середовища і професійної діяльності. Ефективність адаптації багато в чому залежить від того, наскільки реально людина сприймає себе і свої соціальні зв'язки, співвідносить свої потреби з наявними можливостями і усвідомлює мотиви своєї поведінки.

Опитувальник складається з 165 питань і містить такі шкали: достовірність, нервово-психічна стійкість, комунікативні здібності, моральна нормативність та особистісний адаптивний потенціал.

Шкала Адаптивність – передбачає визначення рівня адаптивних здібностей. Група високої та нормальної адаптації – особи цих груп достатньо легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять в новий колектив, адекватно орієнтуються в ситуації та швидко виробляють стратегію поведінки. Переважно не конфліктні, володіють високою емоційною стійкістю. Група задовільної адаптації – більшість осіб з цієї групи володіють ознаками різних акцентуацій, які в звичайних умовах частково компенсуються, проте можуть

проявитись при зміні діяльності. Зазвичай особи з цієї групи володіють невисокою емоційною стійкістю, можливі прояви агресії, конфліктності. Група низької адаптації – для осіб цієї групи притаманні явні акцентуації характеру і деякими ознаками психопатій. Психічний стан можна охарактеризувати як межовий. Притаманна низька нервово-психічна стійкість, конфлікти, можливі асоціальні вчинки.

Шкала Нервово-психічної стійкості. Рівень нижче середнього характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції, певна схильність до нервово-психічних зривів, відсутня адекватна самооцінка і реальність сприйняття дійсності. Рівень вище середнього характеризується високим рівнем нервово-психічної стійкості та поведінкової регуляції, висока адекватна самооцінка і реальне сприйняття дійсності.

Шкала Комунікативні здібності. Рівень нижче середнього характеризується низьким рівнем комунікативних здібностей, труднощі в налагодженні контактів з оточуючими, прояви агресії, підвищена конфліктність. Рівень вище середнього передбачає високий рівень розвитку комунікативних здібностей, легкість у налагодженні контактів з колегами, оточуючими, не конфліктні.

Шкала Моральної нормативності. Рівень нижче середнього передбачає неможливість адекватно оцінити своє місце та роль в колективі, не прагне дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки. Рівень вище середнього характеризується реальною оцінкою своєї ролі в колективі, орієнтацією на дотримання загальноприйнятих норм поведінки.

Опрацювання результатів відбувається шляхом підрахунку кількості відповідей досліджуваного, які співпали з ключем та розпочинається зі шкали достовірності.

Дослідження вольової саморегуляції було здійснено за *методикою А. Зверкова Е. Ейдмана*. Методика складається із тридцяти запитань та двох шкал – наполегливість, самовладання.

Наполегливість характеризує силу намірів людини - її прагнення до

здійснення розпочатої справи. На позитивному полюсі - діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого, їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність - розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайньому прояві можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій. Низькі значення за даною шкалою вказують на підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, що можуть призвести до непослідовності в поведінці. Знижений фон активності та працездатності, як правило, компенсується в таких людей підвищеною чутливістю, гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм.

Самовладання відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал отримують люди емоційно стійкі, які добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Разом з тим прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до підвищення внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми.

З метою дослідження схильності до ризику було використано *опитувальник дослідження схильності до ризику О. Шмельова*. Методика складається із п'ятдесяти запитань та визначає високий, середній та низький рівні схильності до ризику.

Аналіз схильності до ризику як риси характеру має важливе значення для психологічного прогнозування процесів прийняття рішень у невизначеній ситуації. Під час аналізу результатів слід орієнтуватися на те, що показник схильності до ризику може варіювати від 0 до 40. Чим вищий показник, тим більша схильність до ризику.

Якщо показник схильності до ризику становить 30 і більше одиниць, то

рівень ризику є високим, таку людину можна назвати ризикуючою (за умови, що її відповіді були достатньо щирими). Якщо показник у межах від 11 до 29 - схильність до ризику середня, а якщо менший за 11 - рівень ризику низький, така людина не любить ризикувати, і її можна назвати обережною людиною.

2.2. Особливості посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери у молоді

Визначення методичних підходів до вивчення посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери у молоді дає нам змогу проведення діагностичної роботи з дослідження рівнів сформованості *інтелектуального та емоційно-вольового* компонентів посттравматичних порушень серед військовослужбовців. Діагностична діяльність розглядається як процес, в ході якого дослідник, використовуючи певні методи діагностики, дотримується необхідних наукових критеріїв, спостерігає за досліджуванним явищем з метою пояснення мотивів поведінки людини або прогнозування подальшого розвитку подій.

Згідно з результатами, отриманими за тестом структури інтелекту Амтхауера, виявлено, що у 28,6% військовослужбовців переважає високий загальної обізнаності, у 54,2% – середній, а в 17,2% – низький. У більшості військовослужбовців переважає середній рівень загальної обізнаності. У 29,7% військовослужбовців переважає високий рівень здатності до класифікації понять, у 50,4% – середній, а в 19,9% – низький рівень прояву цієї ознаки. У більшості військовослужбовців переважає середній рівень здатності до класифікації. У 26,8% військовослужбовців переважає високий рівень здатності до встановлення аналогій, у 52,5% – середній, а в 20,7% – низький рівень прояву цієї ознаки. Також у 24,6% військовослужбовців переважає високий рівень здатності до узагальнення (на підведення двох понять під загальну категорію), у 49,3% середній, а в 26,1% низький рівень прояву цієї ознаки. У

більшості військовослужбовців переважає середній рівень здатності до встановлення аналогій та узагальнення. У 27,3% військовослужбовців переважає високий рівень на уміння вирішувати прості арифметичні задачі, у 48,9% середній, а в 23,8% низький рівень прояву цієї ознаки. У 24,6% військовослужбовців переважає високий рівень вміння знаходити числові закономірності, у 51,2% середній, а в 24,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Також у 22,4% військовослужбовців переважає високий рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині, у 29,4% середній, 48,2% низький. Також у 24,4% військовослужбовців переважає високий рівень заучування слів, у 27,9% середній, а в 47,7% низький. Встановлено, що у 23,5% військовослужбовців переважає високий рівень інтелекту, у 47,6% середній, 28,9% низький. Можна зробити висновки про те, що у військовослужбовців переважає середній рівень інтелекту та уміння вирішувати прості арифметичні задачі, вміння знаходити числові закономірності та низький рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та заучування слів. Результати методики показані на рисунку 2.1.

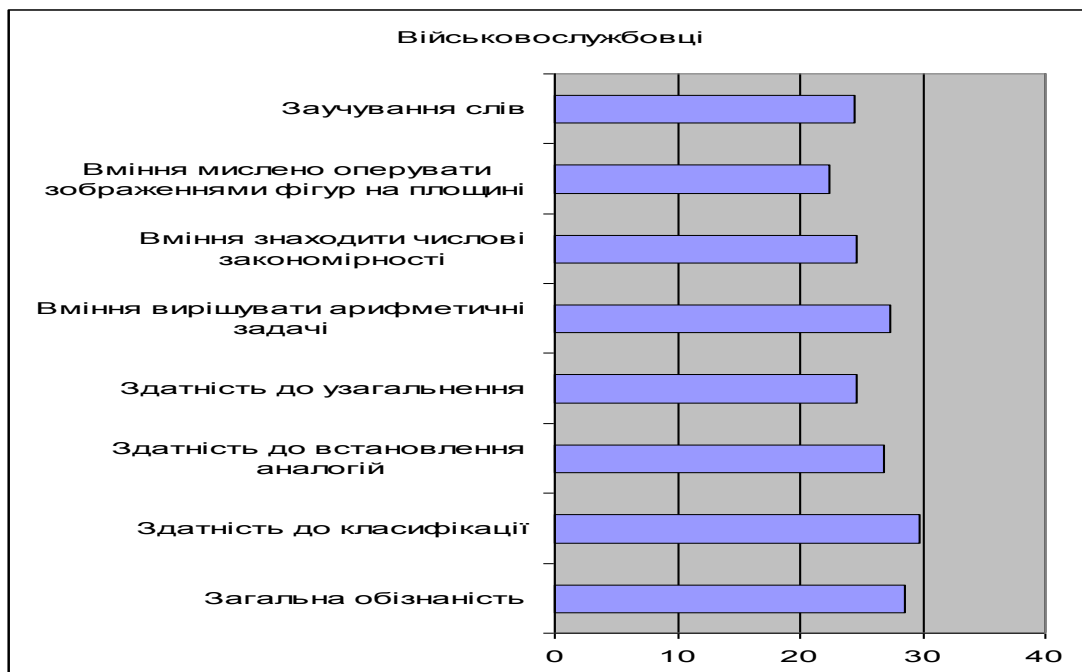


Рис. 2.1. Результати відсоткового аналізу за тестом структури інтелекту Амтхауера

Згідно з результатами, отриманими за *тестом Холмса-Раге* (на наявність

стресового розладу), виявлено, що у 59,6% військовослужбовців переважає високий рівень наявності стресового розладу, у 35,7% – середній, а в 4,7% – низький. У військовослужбовців переважає високий рівень наявності стресового розладу. Результати методики показані на рисунку 2.3.

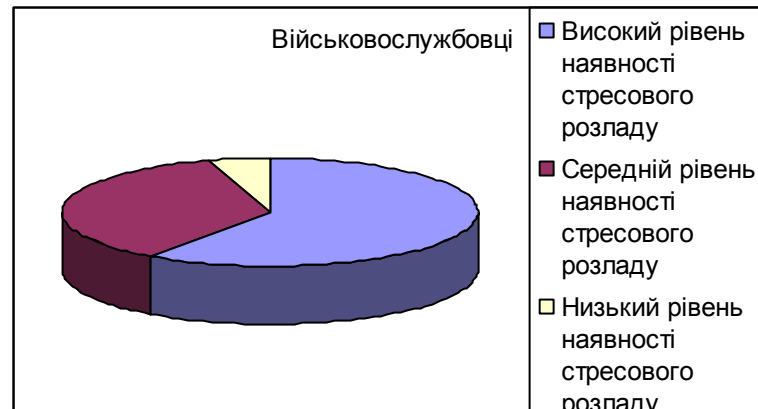


Рис. 2.3. Результати відсоткового аналізу за тестом Холмса-Раге (на наявність стресового розладу)

Згідно з результатами, отриманими за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка, виявлено, що у 14,3% військовослужбовців переважає високий рівень тривожності, у 40,4% середній, а в 45,3% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає низький рівень тривожності. У 47,2% військовослужбовців переважає високий рівень фрустрації, у 42,1% середній, а в 10,7% низький. Цей стан характеризується розчаруванням, нездійснення значущої для людини мети. При переживанні фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дії, що застосовувалися в ситуації фрустрації. Також у 43,9% військовослужбовців переважає високий рівень ригідності, у 41,8% середній, а в 14,3% низький. У 41,6% військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, у 37,2% середній, а в 21,2% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень агресивності, оскільки брали активну участь у бойових діях. Результати методики показані на рисунку 2.4.

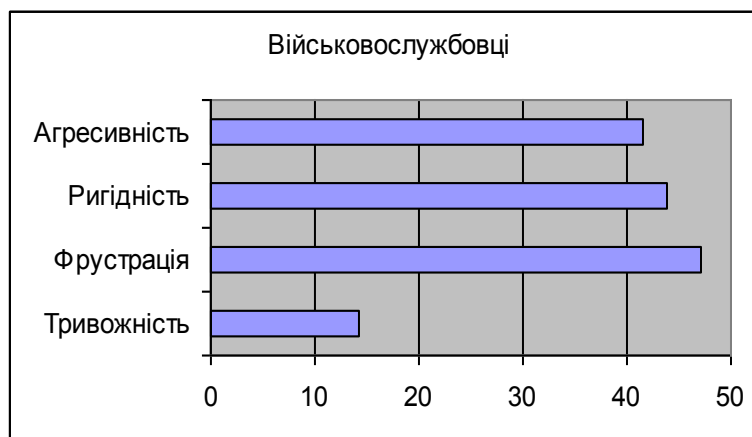


Рис. 2.4. Результати відсоткового аналізу за методикою визначення психічних станів Г. Айзенка

Згідно з результатами, отриманими за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана, виявлено, що у 49,5% військовослужбовців переважає високий рівень невротизації, у 38,7% середній, а в 11,8% низький. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає високий рівень невротизації. Результати методики показані на рисунку 2.5.

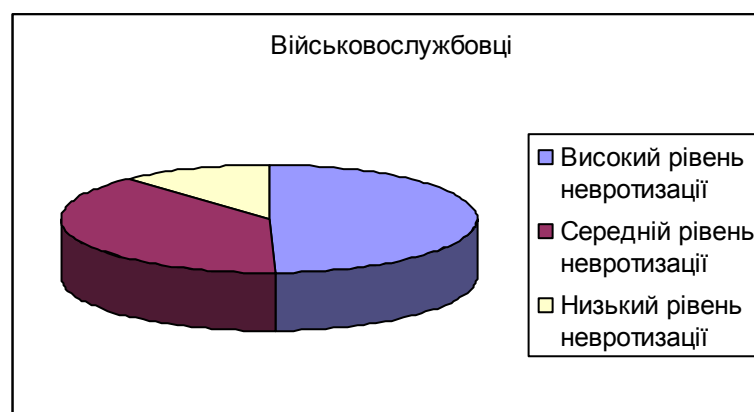


Рис. 2.5. Результати відсоткового аналізу за методикою діагностики рівня невротизації Л. Вассермана

Згідно з результатами, отриманими за опитувальником *FPI* встановлено, що у 47,4% військовослужбовців переважає високий рівень невротичності, у 31,2% середній, а в 21,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Високий рівень невротичності характеризується синдром астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями. У 51,3% військовослужбовців переважає

високий рівень прояву спонтанної агресії, у 32,3% середній, а в 16,4% низький рівень цієї ознаки. Також у 45,1% осіб військовослужбовців переважає високий рівень депресивності, у 34,2% середній, а в 20,7% низький рівень цієї ознаки. Це свідчить про те, що у більшості військовослужбовців переважає високий рівень невротичності, спонтанної агресії, депресивності. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці відчувають тривогу за власне майбутнє. Також у 57,4% військовослужбовців переважає високий рівень дратівливості, у 30,2% середній, а в 12,4% низький. Високий рівень дратівливості характеризується нестійким емоційним станом із схильністю до афективного реагування. У 53,2% військовослужбовців переважає високий рівень комунікабельності, у 30,3% середній, а в 16,5% низький рівень цієї ознаки. У військовослужбовців переважає високий рівень дратівливості та комунікабельності. У 44,5% військовослужбовців переважає високий рівень врівноваженості, у 33,4% середній, а в 22,1% низький рівень прояву цієї ознаки. Військовослужбовці більш врівноважені, оскільки вони намагаються контролювати власні емоційні переживання. Результати методики показані на рисунку 2.6.

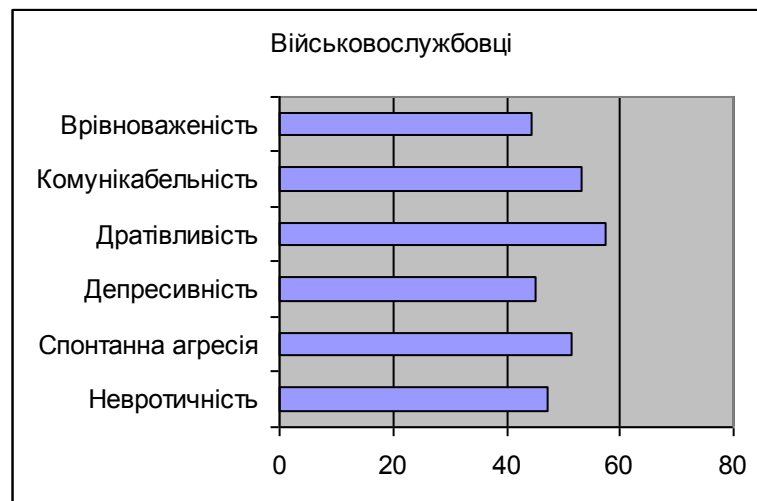


Рис. 2.6. Результати відсоткового аналізу за опитувальником FPI

У 54,2% осіб військовослужбовців переважає високий рівень реактивної агресії, у 29,6% середній, а в 16,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить, що військовослужбовці схильні до агресивної поведінки та прагнуть до домінування. Також у 23,4% військовослужбовців переважає високий рівень

сором'язливості, у 35,8% середній, а в 40,8% низький рівень сором'язливості. У 42,2% військовослужбовців переважає високий рівень відкритості, у 36,2% середній, а в 21,6% низький рівень цієї ознаки. Це свідчить, що у військовослужбовців переважає високий рівень відкритості, прагнення до відверто-ширих відносин із оточуючими. У 51,1% військовослужбовців переважає високий рівень екстраверсії, у 32,4% середній, а в 16,5% низький. Також у 48,7% військовослужбовців переважає високий рівень емоційної лабільності, у 33,4% середній, а в 17,9% низький рівень цієї ознаки. У військовослужбовців переважає вищий рівень екстраверсії та емоційної лабільності, оскільки вони більшою мірою схильні до дратівливості та коливання настрою. У 56,3% військовослужбовців переважає високий рівень маскулінності, у 33,6% середній, а в 10,1% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у військовослужбовців переважає маскулінність. Результати методики показані на рисунку 2.7.

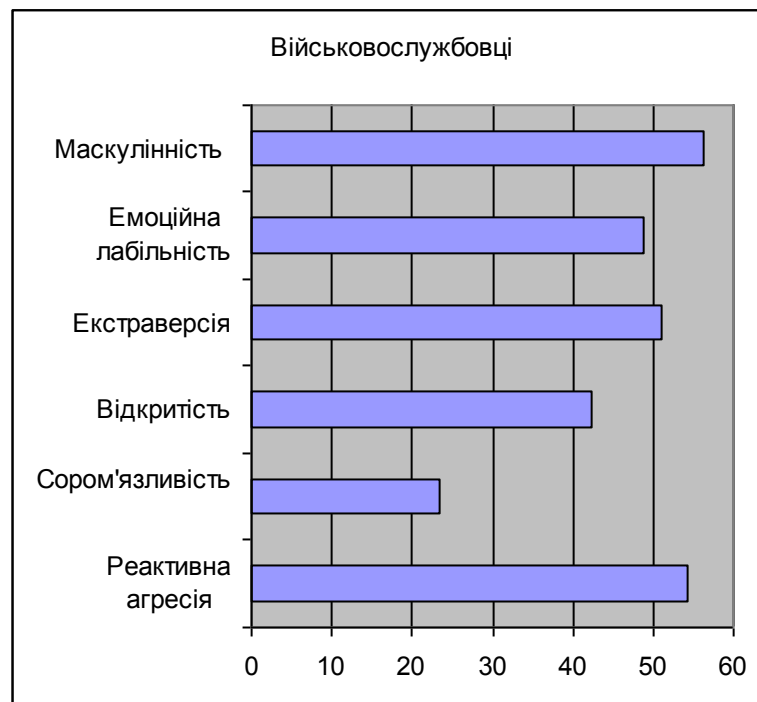


Рис. 2.7. Результати відсоткового аналізу за опитувальником FPI

Згідно із результатами багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника встановлено, що у 46,4% військовослужбовців переважає високий рівень адаптивності, у 34,2% середній,

а в 19,4% низький. У військовослужбовців переважає високий рівень адаптивності, що свідчить про те, що вони легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять в новий колектив. Також у 34,6% військовослужбовців переважає високий рівень нервово-психічної стійкості, у 21,9% середній, а в 43,5% низький. Це свідчить про те, що у більшості військовослужбовців переважає низький рівень нервово-психічної стійкості, що характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції, певною схильністю до нервово-психічних зривів. У 49,7% військовослужбовців виявлено високий рівень комунікативних здібностей, у 34,3% середній, а в 16% низький рівень прояву цієї ознаки. Більшість військовослужбовців легко налагоджують контакти з колегами та оточуючими. У 37,9% досліджуваних виявлено високий рівень моральної нормативності, у 45,2% середній, а в 16,9% низький. Більшість досліджуваних осіб характеризуються середнім рівнем моральної нормативності – прагненням дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки. Результати методики показані на рисунку 2.8.

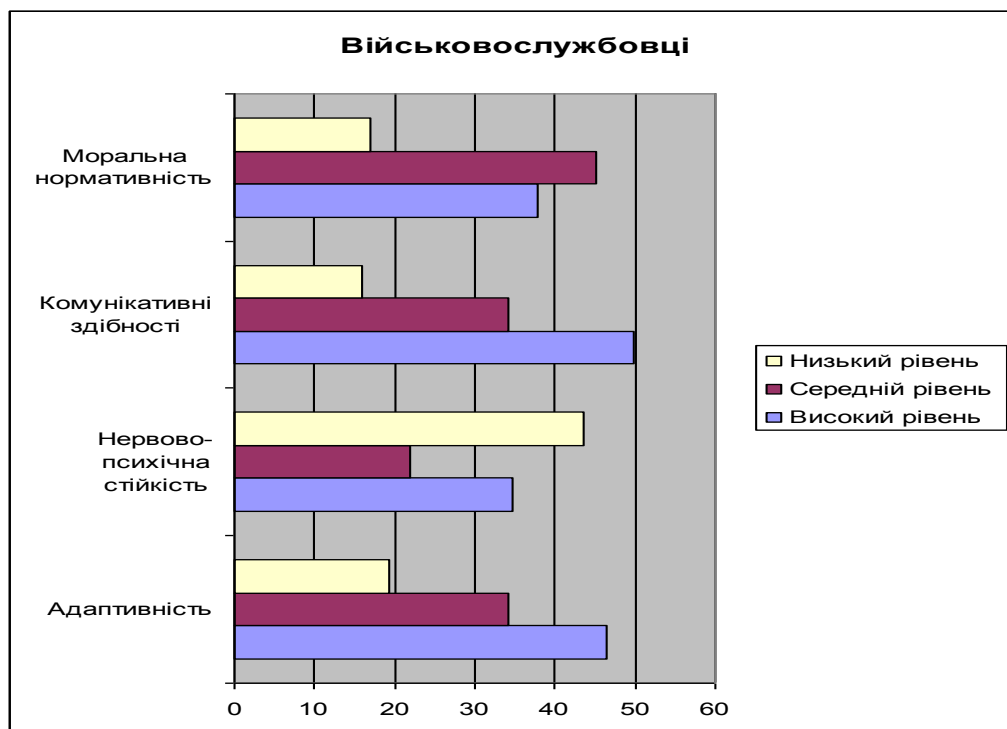


Рис. 2.8. Результати відсоткового аналізу за багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність» А. Маклакова, С. Чермяника

Згідно із результатами дослідження вольової саморегуляції було

здійснено за методикою А. Зверкова Е. Ейдмана встановлено, що у 48,6% військовослужбовців переважає високий рівень наполегливості, у 34,2% середній, а в 17,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Таким людям притаманне прагнення до здійснення розпочатої справи, повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. Також у 50,3% військовослужбовців переважає високий рівень самовладання, у 32,3% середній, а в 17,4% низький рівень прояву цієї ознаки. Військовослужбовці емоційно стійкі, які добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Результати методики показані на рисунку 2.9.

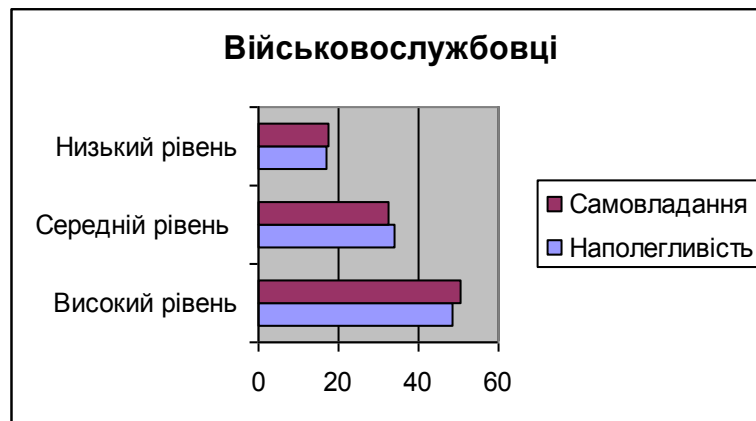


Рис. 2.9. Результати відсоткового аналізу за методикою дослідження вольової саморегуляції А. Зверкова Е. Ейдмана

Згідно із результатами опитувальника дослідження схильності до ризику О. Шмельова виявлено, що у 46,3% військовослужбовців переважає високий рівень схильності до ризику, у 38,2% середній, а в 15,5% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що військовослужбовці більшою мірою схильні до ризику та прийняття рішень у невизначеній ситуації. Результати методики показані на рисунку 2.10.

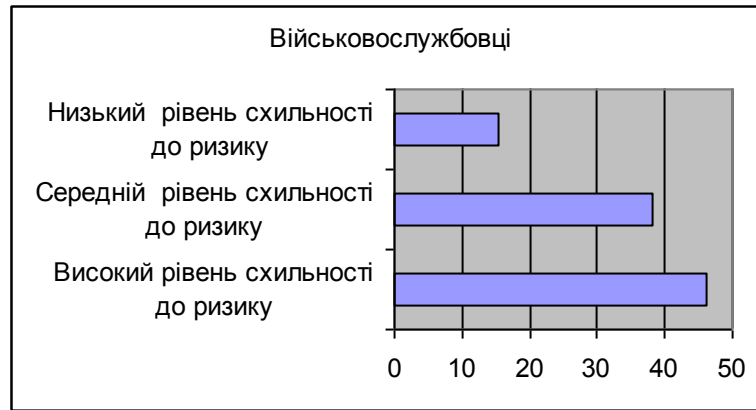


Рис. 2.10. Результати відсоткового аналізу за опитувальником дослідження схильності до ризику О. Шмельова

Можна зробити висновок про те, що у військовослужбовців переважає середній рівень інтелекту та вміння вирішувати прості арифметичні задачі, вміння знаходити числові закономірності, моральної нормативності та низький рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та заучування слів, тривожності, сором'язливості, нервово-психічної стійкості. Високий рівень наявності стресового розладу, фрустрації, агресивності, ригідності, невротизації, невротичності, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресії, відкритості, екстраверсії, емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, комунікативних здібностей, наполегливості, самовладання та схильності до ризику.

2.3. Визначення компонентів посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Дослідження професійно важливих якостей у структурі компонентів посттравматичного порушення у військовослужбовців дозволило нам виділити кореляційні взаємозв'язки. *Кореляційні аналіз емпіричних даних, отриманих в групі військовослужбовців, дозволив виділити ряд значущих зв'язків.* Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та фрустрація ($r=0,54$) свідчить про те, що наявність

стресового розладу впливає на виникнення у військовослужбовців розчарування через нездійснення якої-небудь значущої для людини мети, потреби. Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та агресивності ($r=0,46$) можна пояснити тим, що наявність стресового розладу підвищує схильність особистості до агресивної поведінки. Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та невротизація ($r=0,42$) свідчить про те, що наявність стресового розладу впливає на рівень невротизації, що характеризується невротичним синдромом астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями. Отримано також обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та встановлення аналогій та узагальнення ($r=-0,43$). Це можна пояснити тим, що наявність стресового розладу впливає на показники інтелектуальної діяльності, встановлення аналогій та узагальнення. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.11.

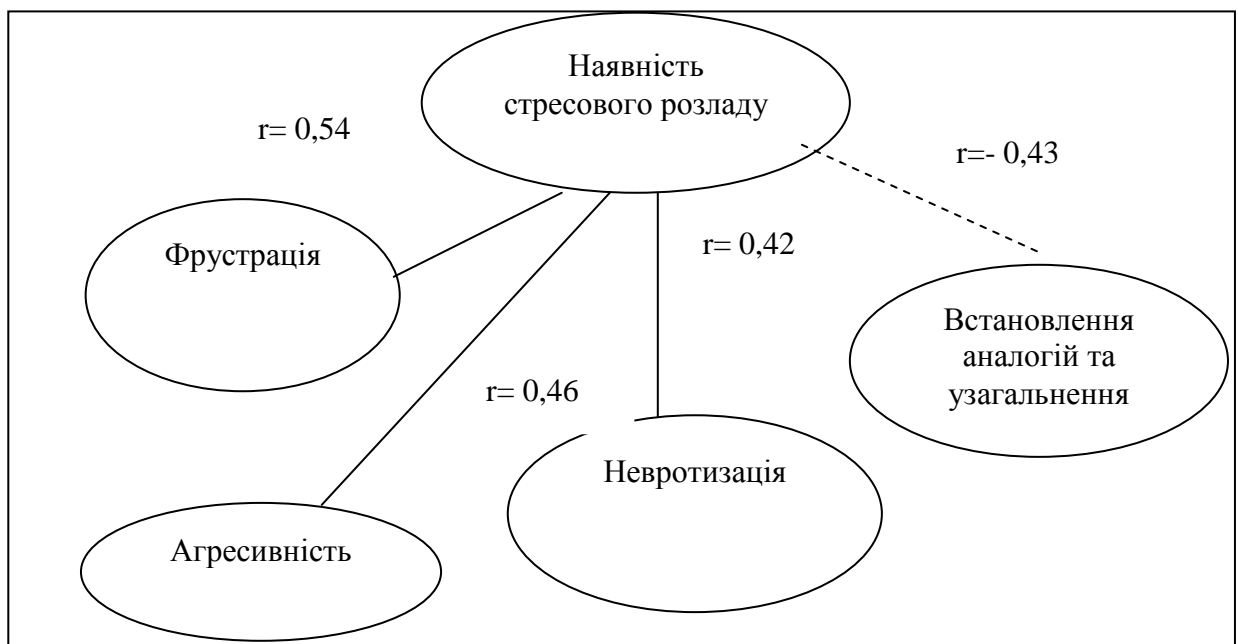


Рис. 2.11. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із фрустрацією, агресивністю, невротизацією та встановленням аналогій та узагальненням

Отриманий обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та самовладання ($r=-0,41$) свідчить про те, що

наявність стресового розладу знижує емоційну стійкість, вміння особистості володіти собою в різноманітних ситуаціях, впевненість у собі військово-службовців. Встановлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та адаптивності ($r=-0,52$) це свідчить про те, що наявність стресового розладу адаптивність особистості, вміння адекватно орієнтуватися в ситуації та швидко виробляти стратегію поведінки. Виявлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та нервово-психічна стійкість ($r=-0,33$) стресовий розлад впливає на зниження рівня нервово-психічної стійкості, що характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції, певною схильністю до нервово-психічних зривів, відсутністю адекватної самооцінки і зниженням реальності сприйняття дійсності. Також встановлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками наявності стресового розладу та наполегливість ($r=-0,47$), який можна пояснити тим, що наявність стресового розладу знижує наполегливість особистості. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.12.

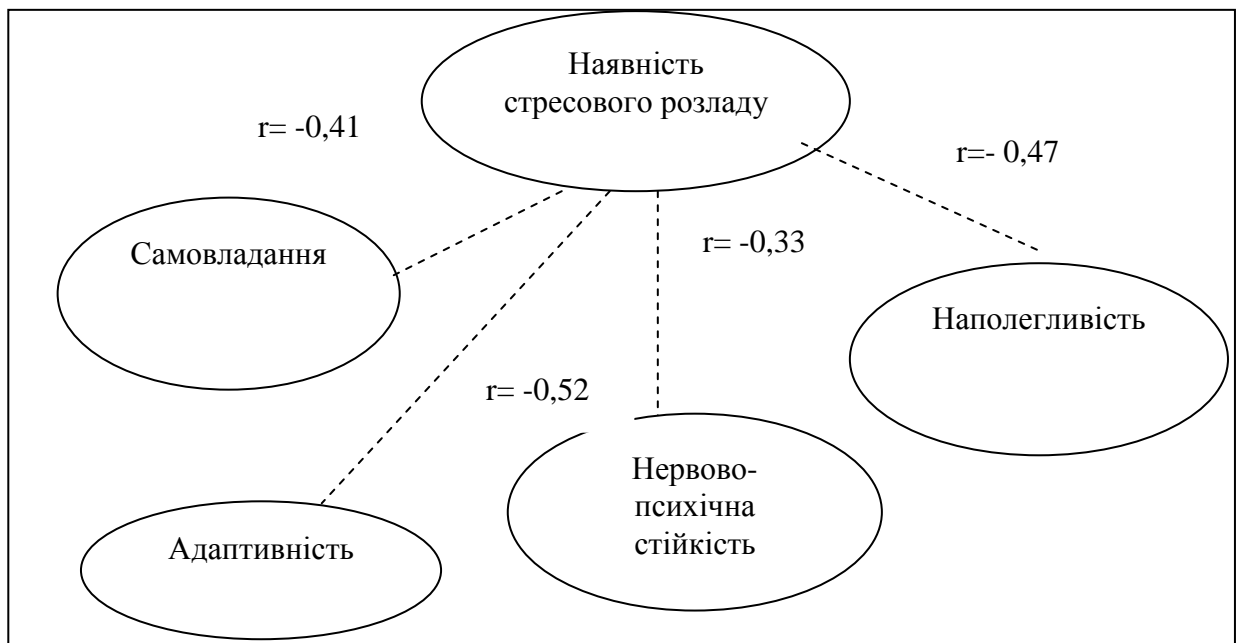


Рис. 2.12. Взаємозв'язок наявності стресового розладу військовослужбовців із самовладанням, адаптивністю, нервово-психічною стійкістю та наполегливістю

Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками

комунікабельність та відкритість ($r=0,46$) свідчить про те, що вміння особистості налагоджувати контакти з іншими перебуває у взаємозв'язку із відкритістю у взаєминах, прагненням до відверто-щирих відносин із оточуючими людьми. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельність та адаптивність ($r=0,50$) свідчить про те, що прагнення особистості до спілкування перебуває у взаємозв'язку із вмінням особистості адекватно орієнтується в ситуації та швидко виробляти стратегію поведінки. Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельність та моральна нормативність ($r=0,34$) комунікабельність як характерологічна властивість перебуває у взаємозв'язку із реальною оцінкою особистості своєї ролі в колективі, орієнтацією на дотримання загальноприйнятих норм поведінки. Також встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками комунікабельність та комунікативні здібності ($r=0,38$) комунікабельність пов'язана із високим рівнем розвитку комунікативних здібностей, легкістю у налагодженні контактів з колегами, оточуючими. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.13.

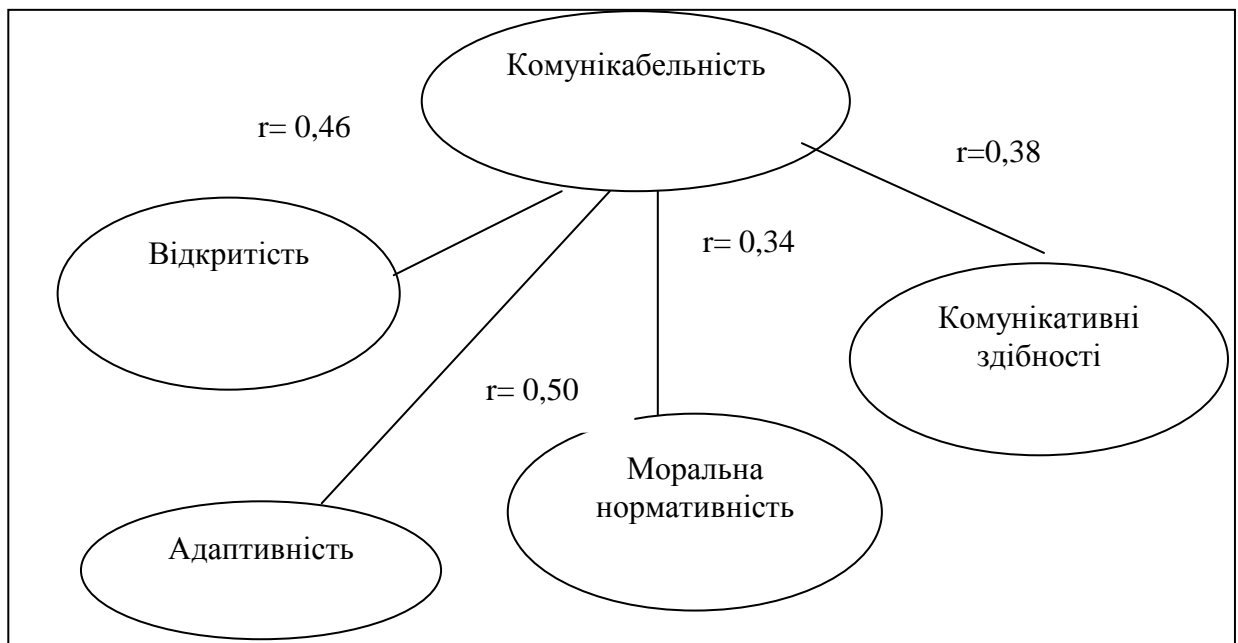


Рис. 2.13. Взаємозв'язок комунікабельності військовослужбовців із відкритістю, адаптивністю, моральною нормативністю та комунікативними здібностями

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками

схильність до ризику та дратівливість ($r=0,32$) свідчить про те, що високий рівень схильності до ризику перебуває у взаємозв'язку із нестійким емоційним станом, схильністю до афективного реагування. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками схильність до ризику та реактивна агресія ($r=0,44$) схильність до ризику пов'язана із агресивним відношенням до соціального оточення та виразним прагненням до домінування. Встановлено також прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками схильність до ризику та емоційна лабільність ($r=0,39$) схильність до ризику перебуває у взаємозв'язку із нестійкістю емоційного стану, що проявляє себе у коливаннях настрою, дратівливості, підвищеній збудливості, недостатній саморегуляції. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.14.

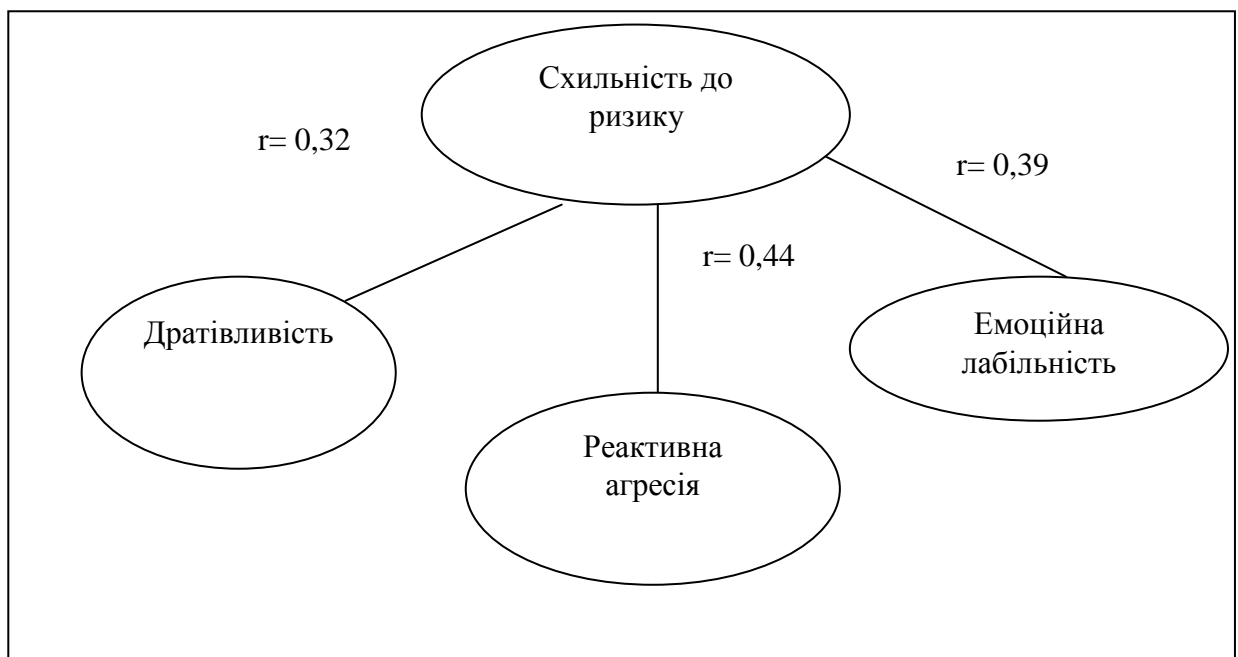


Рис. 2.14. Взаємозв'язок схильності до ризику військовослужбовців із дратівливістю, реактивною агресією та емоційною лабільністю

Має місце прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінність та самовладання ($r=0,47$). Це можна пояснити тим, що маскулінні риси особистості, схильність до домінування перебуває у взаємозв'язку із емоційною стійкістю, вмінням добре володіти собою в різноманітних ситуаціях, упевненістю у собі, готовністю до сприймання нового, непередбаченого. Встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між

показниками маскулінність та реактивна агресивність ($r=0,55$). Це свідчить про те, що маскулінні риси особистості, прагнення до домінування пов'язане із агресивністю. Виявлено обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінність та тривожність ($r=-0,32$). Це можна пояснити тим, що схильність особистості до домінування, маскулінні риси знижують рівень тривожності. Отриманий також прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками маскулінність та схильність до ризику ($r=0,35$) прагнення до домінування у військовослужбовців пов'язане із схильність до ризику. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.15.

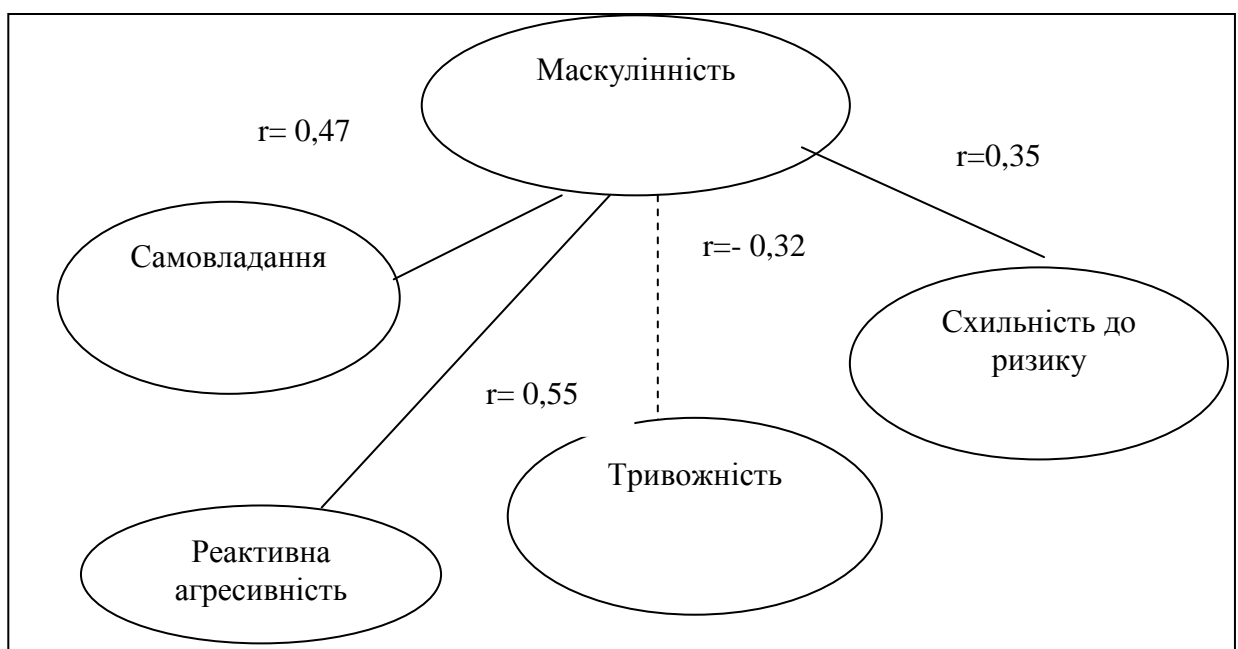


Рис. 2.15. Взаємозв'язок маскулінності військовослужбовців із самовладанням, реактивною агресією, тривожністю та схильністю до ризику

Виявлено обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та тривожність ($r=-0,42$). Це можна пояснити тим, що зниження інтелектуальної діяльності призводить до підвищення рівня тривожності, що характеризується емоційним дисбалансом. Отриманий також прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та врівноваженість ($r=0,37$) високий рівень інтелекту у військовослужбовців пов'язаний із врівноваженістю. Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та комунікабельність ($r=0,45$)

високий рівень інтелекту у військовослужбовців пов'язаний із комунікативними здібностями, вмінням налагоджувати комунікативні зв'язки. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками рівень інтелекту та обсяг пам'яті ($r=0,48$) високий рівень інтелекту пов'язаний із високим обсягом пам'яті. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.16.

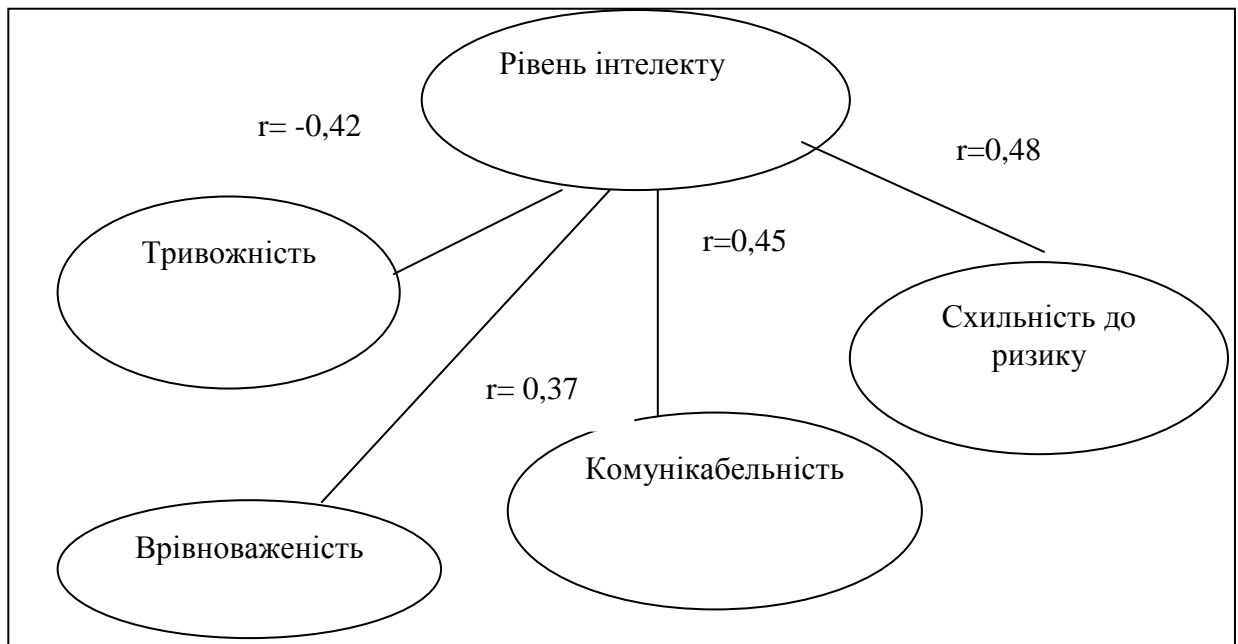


Рис. 2.16. Взаємозв'язок рівня інтелекту у військовослужбовців із тривожністю, врівноваженістю, комунікабельністю та схильністю до ризику

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками нервово-психічна стійкість та врівноваженість ($r=0,34$) свідчить про те, що високий рівень нервово-психічної стійкості – поведінкова регуляція, адекватна самооцінка та реальне сприйняття дійсності перебуває у взаємозв'язку із врівноваженістю, стійкістю до стресу, впевненістю особистості у власних силах. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками нервово-психічна стійкість та комунікабельність ($r=0,45$) високий рівень нервово-психічної стійкості пов'язаний із комунікативними здібностями особистості, вмінням налагоджувати контакти з іншими. Встановлено також обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками нервово-психічна стійкість та емоційна лабільність ($r=-0,31$) це свідчить про те, що високий

рівень нервово-психічної стійкості знижує рівень нестійкості емоційного стану, що проявляє себе у коливаннях настрою, дратівливості, підвищеній збудливості, недостатній саморегуляції. Кореляційні взаємозв'язки показані на рисунку 2.17.

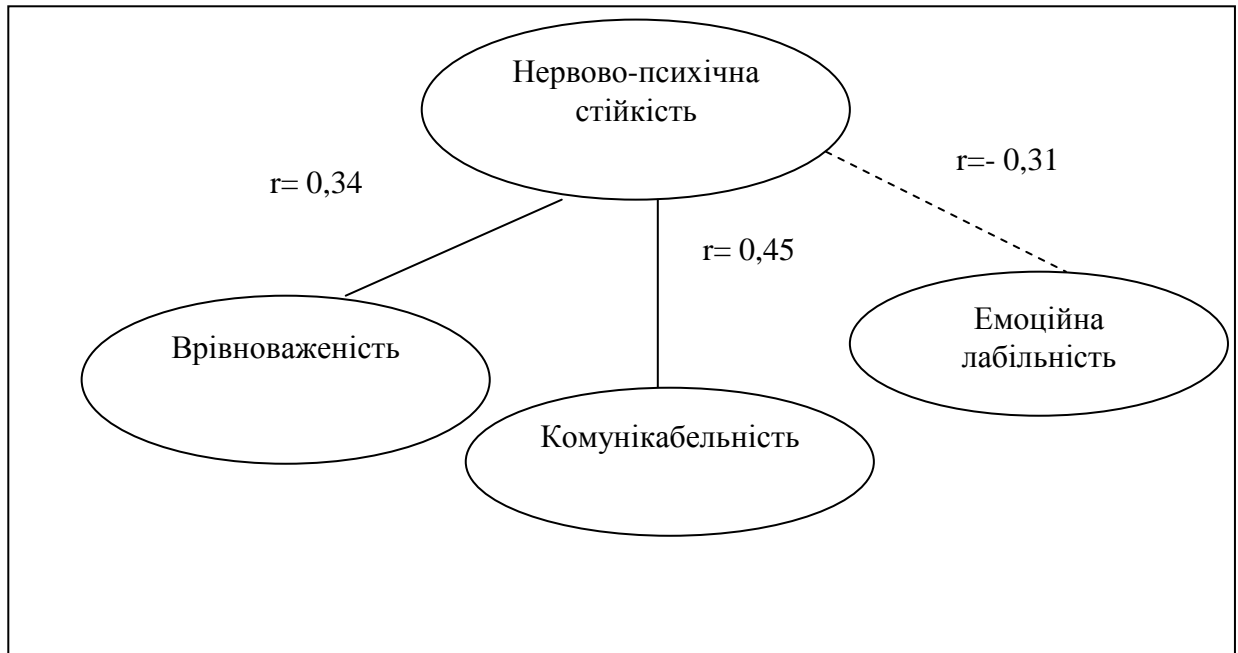


Рис. 2.17. Взаємозв'язок нервово-психічної стійкості у військовослужбовців із врівноваженістю, комунікбельністю та емоційною лабільністю

У групі військовослужбовців, переважають взаємозв'язки між наявністю стресового розладу, встановленням аналогій та узагальненням, фрустрацією, самовладанням, нервово-психічною стійкістю, наполегливістю, агресивністю, невротизацією, комунікбельністю, відкритістю, адаптивністю, моральною нормативністю, комунікативними здібностями, схильністю до ризику, дратівливості, реактивною агресією, емоційною лабільністю, маскулінністю, самовладанням, реактивною агресивністю.

Важливою частиною дослідження стала діагностика наявності стресового розладу військовослужбовців за допомогою *порівняльного аналізу* (за *t*-критерієм Шеффе). Було встановлено:

відмінність між порівнюваними підгрупами за рівнем невротизації ($t = 2,577$; при $M=0,0131$). У військовослужбовців із високим рівнем наявності

стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці схильні до прояву невротичних реакцій, оскільки травмовані подіями війни.

Встановлено відмінність за рівнем агресивності ($t = 2,920$; при $M=0,0053$). У військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці травмовані подіями війни і схильні до прояву агресивних поведінкових реакцій.

Відмінність за рівнем фрустрації ($t = 2,281$; $M=0,0271$). У військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці пережили стресові події і це вплинуло на виникнення у них розчарування через нездійснення якої-небудь значущої мети, потреби.

Відмінність за рівнем самовладання ($t = 2,043$; $M=0,0242$). У військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці пережили стресові події війни і це вплинуло на підвищення рівня самовладання, що передбачає сформованість довільного контролю емоційних реакцій і станів, упевненості у собі.

У порівнюваних групах є відмінність за рівнем адаптивності ($t = -2,178$; при $M=0,0344$), у військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці із середнім рівнем наявності стресового краще адаптуються до нової ситуації, оскільки відчувають відповідальність за перебіг воєнних справ.

Відмінність за рівнем комунікабельності ($t = -2,828$ при $M=0,0068$), у військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці із середнім рівнем наявності стресового розладу прагнуть спілкування з оточуючими, швидше знаходять спільну мову з іншими військовослужбовцями. Встановлено відмінність за рівнем маскулінності ($t = -2,113$; при $M = 0,0399$). У військовослужбовців із низьким рівнем наявності стресового розладу вищий

рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що військовослужбовці із низьким рівнем наявності стресового розладу прагнуть до домінування, у них переважають маскулінні риси характеру.

Отже, можна зробити висновок про те, що у військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень невротизації, агресивності, фрустрації, військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень самовладання, адаптивності, комунікації.

Для порівняння психологічних особливостей військовослужбовців було використано кластерний аналіз методом К – середніх, в результаті чого було отримано два кластери. За даними дисперсійного аналізу критеріями класифікації є шкали: «схильність до ризику», «адаптивність» та «невротичність». Результати методики показані на рисунку 2.18.



Рис. 2.18. **Графік середніх значень для кожного кластера**

1 кластер – (51% досліджуваних) має середні показники за такими шкалами як: схильність до ризику на рівні (3,0), невротичність на рівні (6,8), адаптивність на рівні (6,1), маскулінність на рівні (8,1), агресивність на рівні (3,4), дратівливість на рівні (2,7), відкритість на рівні (3,8) та комунікабельність

на рівні (6,1). Для військовослужбовців характерним є високий рівень невротичності, вони важко оволодівають своїми емоціями в складних ситуаціях. У них переважають маскулінні риси, агресивність, дратівливість та вміння успішно адаптуватись до нових обставин, відкритість у спілкуванні з оточуючими та комунікабельність.

2 кластер – (49% досліджуваних) має середні показники за такими шкалами як: схильність до ризику на рівні (-3,0), невротичність на рівні (6,8), адаптивність на рівні (-6,1), маскулінність на рівні (8,1), агресивність на рівні (3,4), дратівливість на рівні (2,7), відкритість на рівні (-3,8) та комунікабельність на рівні (-6,1). Для військовослужбовців характерним є низький рівень невротичності, адаптивності, відкритості та комунікабельності та високий рівень маскулінності, агресивності, дратівливості. Військовослужбовці цієї групи оволодівають своїми емоціями в складних ситуаціях, вони закриті у комунікативних зв'язках з іншими, у них переважають маскулінні риси, агресивність та дратівливість.

Для порівняння схильності до ризику військовослужбовців «з високим рівнем схильності до ризику» і «низьким рівнем схильності до ризику» було застосовано порівняльний аналіз (за критерієм Манна-Уїтні). Статистично значимі відмінності були виявлені за шкалами:

Виявлено відмінність у дратівливості ($Z=2,35$, $p\leq 0,05$). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що ці військовослужбовці емоційно не врівноважені, схильні до дратівливості, оскільки у них домінує високий рівень схильності до ризику у ситуації воєнних дій.

Відмінність у маскулінності ($Z=2,51$, $p\leq 0,05$). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що ці військовослужбовці схильні до домінування у стосунках з іншими, вони прагнуть підпорядкування у стосунках. Натомість, не схильні до ризику військовослужбовці спрямовані на домінування у взаємодії з іншими.

Відмінність комунікабельності ($Z=2,67$, $p\leq 0,05$). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про

те, що схильні до ризику військовослужбовці комунікабельні, успішно налагоджують комунікативні зв'язки у професійній діяльності, схильні до відкритого спілкування з оточуючими.

Відмінність у нервово-психічній стійкості ($Z=2,73$, $p\leq 0,05$). У групі схильних до ризику військовослужбовців вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці більш емоційно стійкі та врівноважені, вміють успішно долати стресові ситуації, що відіграє важливу роль у їх професійній діяльності.

Відмінність у самовладанні ($Z=2,33$, $p\leq 0,05$). У групі військовослужбовців з низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці мають вищий рівень самовладання та самоконтролю, що обумовлено їх професійною діяльністю.

Відмінність у тривожності ($Z=2,42$, $p\leq 0,05$). У групі військовослужбовців з низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що схильні до ризику військовослужбовці мають вищий рівень тривожності, оскільки вони стурбовані перебігом військових подій, що виражається у їх емоційному стані. Результати показані на рис. 2.19.

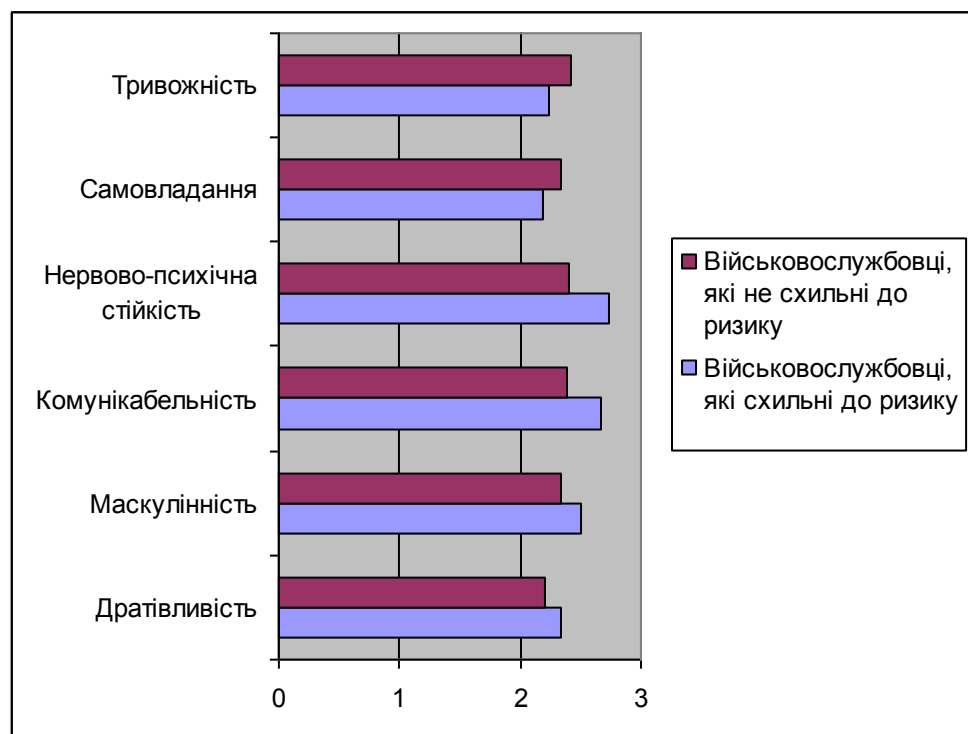


Рис. 2.19. Особливості військовослужбовців з різним рівнем схильності до ризику

Можна зробити висновок про те, що у військовослужбовців із високим рівнем схильності до ризику вищий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості та нижчий рівень самовладання та тривожності. Натомість, у військовослужбовців із низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень самовладання та тривожності та нижчий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості.

Інтелектуальний компонент посттравматичного порушення характеризується загальною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань (не лише наукових, але і життєвих), класифікації понять, встановленням аналогій, узагальненням, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, умінням мислено оперувати зображеннями фігур на площині, мислено оперувати зображеннями об'ємних фігур, обсягом пам'яті, рівнем інтелекту.

Емоційно-вольовий компонент посттравматичного порушення характеризується рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливістю, комунікабельністю, врівноваженістю, реактивною агресивністю, сором'язливістю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, схильністю до ризику. Показники інтелектуального компоненту посттравматичного порушення за детермінованою ознакою представлені у таблиці 2.1.

Дані таблиці 2.1. свідчить про те, що рівні інтелектуального компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні загальної обізнаності, класифікації, встановлення аналогій, узагальнення. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 37,6, II – 32,3, III – 30).

Показники військовослужбовців за інтелектуальним компонентом

<i>Загальна обізнаність</i>	<i>Класифікація</i>	<i>Встановлення аналогій</i>	<i>Узагальнення</i>	<i>Рівень</i>
<i>Військовослужбовці</i>				
37,4	37,5	39,5	36,3	I
42,1	24,1	43,6	19,5	II
20,5	38,4	16,9	44,2	III

Слід звернути увагу на розвиток низьких показників – класифікації та узагальнення. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Кількісні показники за інтелектуальним компонентом

<i>Арифметика</i>	<i>Числові закономірності</i>	<i>Фігури на площині</i>	<i>Об'ємні фігури</i>	<i>Обсяг пам'яті</i>	<i>Рівень</i>
<i>Військовослужбовці</i>					
43,2	49,2	37,5	39,4	21,5	I
38,4	40,3	20,1	43,7	38,4	II
18,4	10,5	42,4	16,9	40,1	III

Дані таблиці 2.2. свідчать про те, що рівні інтелектуального компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні вміння вирішувати прості арифметичні задачі; вміння знаходити числові закономірності; мислено оперувати зображеннями фігур на площині мислено оперувати зображеннями об'ємних фігур, обсяг пам'яті. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 38,2, II – 36,1, III – 25,7). Слід звернути увагу

на розвиток низьких показників – вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та обсягу пам'яті. Інші показники інтелектуального компонента представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

<i>Стресовий розлад</i>	<i>Тривожність</i>	<i>Фрустрація</i>	<i>Ригідність</i>	<i>Агресивність</i>	<i>Рівень</i>
Військовослужбовці					
43,2	42,4	40,1	39,4	42,3	<i>I</i>
39,4	37,5	38,4	43,7	34,2	<i>II</i>
17,4	20,1	21,5	16,9	23,5	<i>III</i>

Дані таблиці 2.3. свідчить про те, що рівні емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні стресового розладу, тривожності, фрустрації, ригідності, агресивності. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (*I* – 41,5, *II* – 38,4, *III* – 19,8). Слід звернути увагу на зниження високих показників – стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності. Інші показники інтелектуального компонента представлені у таблиці 2.4.

Дані таблиці 2.4. свідчить про те, що рівні емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні невротизації, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

<i>Невротизація</i>	<i>Спонтанна агресія</i>	<i>Депресивність</i>	<i>Дратівливість</i>	<i>Комунікбельність</i>	Рівень
Військовослужбовці					
44,2	46,2	48,4	55,7	41,3	<i>I</i>
43,5	36,3	41,2	31,2	35,2	<i>II</i>
12,3	17,5	10,4	13,1	23,5	<i>III</i>

Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 47,7, II – 37,4, III – 15,3). Слід звернути увагу на зниження високих показників – невротизації, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

<i>Врівноваженість</i>	<i>Реактивна агресивність</i>	<i>Сором'язливість</i>	<i>Відкритість</i>	<i>Екстраверсія</i>	Рівень
Військовослужбовці					
54,2	38,2	25,8	44,6	35,6	<i>I</i>
28,6	34,2	36,8	28,3	29,6	<i>II</i>
17,2	27,6	37,4	27,1	34,8	<i>III</i>

Дані таблиці 2.5. свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні врівноваженості, реактивної агресії, сором'язливості, відкритості, екстраверсії. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 39,7, II – 31,5, III – 28,8). Слід звернути увагу на зниження високих показників – реактивної агресивності. Інші показники інтелектуального

компоненту представлені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

<i>Емоційна лабільність</i>	<i>Маскулінність</i>	<i>Сором'язливість</i>	<i>Адаптивність</i>	<i>Нервово-психічна стійкість</i>	<i>Рівень</i>
Військовослужбовці					
38,3	44,5	21,2	43,7	18,4	<i>I</i>
41,1	40,2	42,3	40,6	42,4	<i>II</i>
20,6	15,3	36,5	15,7	39,2	<i>III</i>

Дані таблиці 2.6. свідчать про те, що рівні емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового розладу за ознаками і характеристиками склали сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, нервово-психічної стійкості. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (*I* – 33,2, *II* – 41,3, *III* – 25,5). Слід звернути увагу на підвищення низьких показників – нервово-психічної стійкості. Інші показники інтелектуального компоненту представлені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Кількісні показники за емоційно-вольовим компонентом

<i>Комунікативні здібності</i>	<i>Моральна нормативність</i>	<i>Самовладання</i>	<i>Наполегливість</i>	<i>Схильність до ризику</i>	<i>Рівень</i>
Військовослужбовці					
45,2	42,3	16,2	43,5	41,4	<i>I</i>
39,5	39,7	40,2	38,9	39,2	<i>II</i>
15,3	18	43,6	17,6	19,4	<i>III</i>

Дані таблиці 2.7. свідчать про те, що рівні посттравматичного стресового розладу емоційно-вольової сфери за ознаками і характеристиками склали

сутність відмінностей за апробованими методиками у військовослужбовців, які мають достатні рівні комунікативних здібностей, моральної нормативності, самовладання, наполегливості, схильності до ризику. Так, за вказаними ознаками військовослужбовці переважно зосереджуються на високому та середніх рівнях (I – 37,7, II – 39,5, III – 22,8). Слід звернути увагу на підвищення низьких показників – самовладання.

Якісний аналіз сформованості рівнів кожного компонента посттравматичного розладу визначив три рівня – високий, середній та низький рівень посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку у молоді.

Високий рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується загальною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, здатністю до класифікації понять, встановлення аналогій, узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, високим обсягом пам'яті.

Середній рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується ситуативною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, частковою здатністю до класифікації понять, обмеженою здатністю до встановлення аналогій, не достатнім узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, помірним вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, менш вираженим вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, помірним обсягом пам'яті.

Низький рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу виражений відсутністю обізнаності і інформованості у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, не вираженою здатністю до класифікації понять, не здатністю до встановлення аналогій та узагальнення – підведення двох понять під загальну категорію, низьким

вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, відсутнім вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, низьким обсягом пам'яті.

Високий рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, емоційною сталістю, прагненням до розвитку, відкритістю, низьким рівнем наявності стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику. Наявністю комунікативних здібностей, врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю, нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, самовладанням, наполегливістю.

Середній рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується недостатньо вираженою здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, частковою емоційною сталістю, помірним прагнення розвитку, менш вираженою відкритістю, наявністю стресового розладу, частковим проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику, не чітко вираженими комунікативними здібностями, помірною врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю, частковою нервово-психічною стійкістю, комунікативними якостями, недостатньо вираженою моральною нормативністю, вибіркоким особистісним адаптивним потенціалом, не сформованим самовладанням та наполегливістю.

Низький рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу представлений індиферентною здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, не вираженою емоційною сталістю, не вираженим прагнення розвитку, закритістю, наявністю стресового розладу, проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, відсутністю схильності до ризику, не вираженими комунікативними здібностями, відсутністю врівноваженості, відкритості, інтроверсією, маскулінністю, не сформованою нервово-психічною стійкістю,

слабкою моральною нормативністю, відсутністю особистісного адаптивного потенціалу, самовладання та наполегливості. Кількісні дані компонентів серед військовослужбовців представлені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

**Кількісні показники розвитку компонентів посттравматичного
стресового розладу військовослужбовців (%)**

<i>Військовослужбовці</i>		
<i>Рівні</i>	<i>Інтелектуальний компонент</i>	<i>Емоційно-вольовий компонент</i>
I високий	35,5	26,1
II середній	45,1	33,2
III низький	19,4	40,7

Згідно даних таблиці 2.8, у військовослужбовців найбільш вираженим є інтелектуальний компонент (35,5 % віднесено до високого рівня), що є результатом якісної професійного вдосконалення, а найменш вираженим – емоційно-вольовий (40,7 % – низького рівня). Такий стан зумовлено, перш за все, відсутністю надання психотерапевтичної допомоги, недостатньо професійного підходу у вирішенні психологічних проблем у професійній діяльності військовослужбовців.

В цілому, як свідчать результати констатувального експерименту, всі компоненти посттравматичного стресового розладу потребують розвитку, що вказує на необхідність поглибленої підготовки військовослужбовців із особливостями подолання посттравматичного стресового розладу.

Отримані дані, щодо недостатнього розвитку інтелектуальної та емоційно-вольової сфер посттравматичного порушення у військовослужбовців, зумовлює пошук шляхів, засобів і умов їх цілеспрямованого формування. Дослідження розвитку структурних компонентів представлені у таблиці 2.9.

**Результати дослідження особливостей прояву посттравматичного
стресового розладу у військовослужбовців**

Структурні компоненти посттравматичного стресового розладу	Підкомпоненти	Усереднені показники
<i>Інтелектуальний компонент</i>	Загальна обізнаність Класифікація понять Встановлення аналогій Узагальнення Вміння знаходити числові закономірності Мисленне оперування образами Обсяг пам'яті	8,265
<i>Емоційно-вольовий компонент</i>	Невротизація Агресивність Дратівливість Фрустрація Нервово-психічна стійкість Маскулінність Адаптивність	6,482

Особливу стурбованість викликає той факт, що у більшості військовослужбовців переважає низький рівень емоційно-вольового та середній рівень інтелектуального компонентів, що свідчить про наявність у військовослужбовців посттравматичного стресового розладу, невротизації, тривожності, депресивності та необхідність цілеспрямованої роботи з розвитку цих компонентів посттравматичного стресового розладу. Військовослужбовцям потрібно працювати над розвитком інтелектуального та емоційно-вольового компонентів.

Факторні навантаження для досліджуваної групи

За допомоги *багатофакторного аналізу* емпіричних даних, отриманих у

групі корекційних педагогів, які працюють з дітьми із спектром аутистичних порушень виділено п'ять факторів:

Фактор 1 пояснює 13,7% дисперсії і має назву «Самовладання». Представлений такими шкалами як: наполегливість ($r=0,550$, $p=>0,5$), самовладання ($r=0,873$, $p=>0,5$), комунікабельність ($r=0,602$, $p=>0,5$), наявність посттравматичного стресового розладу ($r=-0,976$, $p=>0,5$), маскулінність ($r=0,827$, $p=>0,5$), відкритість ($r=0,820$, $p=>0,5$), нервово-психічна стійкість ($r=0,780$, $p=>0,5$), моральна нормативність ($r=0,691$, $p=>0,5$), комунікативні здібності ($r=0,871$, $p=>0,5$), рівень інтелекту ($r=0,863$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали самовладання. А найменше притаманне шкалі наявність посттравматичного стресового розладу. Це можна пояснити тим, що наполегливість пов'язана із самовладанням, маскулінністю, нервово-психічною стійкістю, моральною нормативністю, відкритістю, комунікативними здібностями особистості, рівнем інтелекту та призводить до зниження посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Фактор 2 пояснює 11,8% дисперсії і має назву «Невротичність». Представлений такими шкалами як: класифікація понять ($r=-0,726$, $p=>0,5$), тривожність ($r=0,531$, $p=>0,5$), ригідність ($r=0,685$, $p=>0,5$), невротичність ($r=0,756$, $p=>0,5$), реактивна агресивність ($r=0,785$, $p=>0,5$), емоційна лабільність ($r=0,656$, $p=>0,5$), схильність до ризику ($r=-0,887$, $p=>0,5$), нервово-психічна стійкість ($r=-0,741$, $p=>0,5$), агресивність ($r=0,517$, $p=>0,5$), самовладання ($r=-0,876$, $p=>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали невротичність. А найменше притаманне для шкали схильність до ризику. Це можна пояснити тим, що високий рівень тривожності, ригідності, агресивності, невротичності, реактивної агресивності, емоційної лабільності знижує схильність до ризику, нервово-психічну стійкість та самовладання у військовослужбовців.

Фактор 3 пояснює 10,8% дисперсії і має назву «Емоційна лабільність». Представлений такими шкалами як: екстраверсія ($r=-0,683$, $p=>0,5$), емоційна лабільність ($r=0,930$, $p=>0,5$), дратівливість ($r=0,773$, $p=>0,5$), врівноваженість ($r=-0,787$, $p=>0,5$), сором'язливість ($r=-0,603$, $p=>0,5$), невротизація ($r=-0,932$,

$p > 0,5$), спонтанна агресивність ($r=0,737$, $p > 0,5$), наполегливість ($r=0,565$, $p > 0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали емоційна лабільність, а найменше притаманне для шкали невротизація. Це можна пояснити тим, що спонтанна агресивність перебуває у тісному взаємозв'язку із інтроверсією, дратівливістю, низьким рівнем врівноваженості, сором'язливістю, невротизацією, спонтанною агресивністю, наполегливістю.

Фактор 4 пояснює 9,8% дисперсії і має назву «Наполегливість». Представлений такими шкалами як: відкритість ($r=0,631$, $p > 0,5$), самовладання ($r=0,662$, $p > 0,5$), наявність стресового розладу ($r=-0,628$, $p > 0,5$), моральна нормативність ($r=0,643$, $p > 0,5$), наполегливість ($r=0,738$, $p > 0,5$), узагальнення ($r=0,717$, $p > 0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали наполегливість, а найменше притаманне шкалі наявність стресового розладу. Це можна пояснити тим, що відкритість перебуває у взаємозв'язку із самовладанням, інтелектуальної діяльності, моральною нормативністю, наполегливістю, здатністю до узагальнення та призводить до зниження рівня стресового розладу.

Фактор 5 пояснює 8,6% дисперсії і має назву «Емоційна лабільність». Представлений такими шкалами як: тривожність ($r=0,643$, $p > 0,5$), вміння знаходити числові закономірності ($r=-0,543$, $p > 0,5$), ригідність ($r=0,792$, $p > 0,5$), дратівливість ($r=0,566$, $p > 0,5$), емоційна лабільність ($r=0,809$, $p > 0,5$), фрустрація ($r=0,505$, $p > 0,5$), адаптивність ($r=-0,697$, $p > 0,5$), схильність до ризику ($r=0,537$, $p > 0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали емоційна лабільність, а найменше притаманне шкалі адаптивність. Це можна пояснити тим, що високий рівень тривожності перебуває у взаємозв'язку із ригідністю, дратівливістю, емоційною лабільністю, фрустрацією, схильністю до ризику та призводить до зниження адаптивності, знаходження числових закономірностей (Додаток А).

Висновки до другого розділу

Аналіз результатів констатувального дослідження особливостей

посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфер у військовослужбовців зробити наступні висновки:

1. Дослідження інтелектуальної сфери посттравматичного порушення у військовослужбовців дозволяє зробити висновок про те, що більшість з них характеризується середнім рівнем загальної обізнаності і інформованості у різних сферах знань (не лише наукових, але і життєвих), класифікацією понять, встановленням аналогій, узагальненням, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходженням числових закономірностей, умінням мислено оперувати зображеннями фігур на площині, зображеннями об'ємних фігур, зниженим обсягом пам'яті та інтелектуальної діяльності. *Високий рівень інтелектуального компонента* посттравматичного стресового розладу характеризується загальною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, здатністю до класифікації понять, встановлення аналогій, узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, високим обсягом пам'яті.

Середній рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу характеризується ситуативною обізнаністю і інформованістю у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, частковою здатністю до класифікації понять, обмеженою здатністю до встановлення аналогій, не достатнім узагальненням – підведення двох понять під загальну категорію, помірним вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, менш вираженим вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, помірним обсягом пам'яті.

Низький рівень інтелектуального компонента посттравматичного стресового розладу виражений відсутністю обізнаності і інформованості у різних областях знань не лише наукових, але і життєвих, не вираженою здатністю до класифікації понять, не здатністю до встановлення аналогій та узагальнення – підведення двох понять під загальну категорію, низьким

вмінням вирішувати прості арифметичні задачі, знаходити числові закономірності, відсутнім вмінням мислено оперувати зображеннями фігур та зображеннями об'ємних фігур, низьким обсягом пам'яті.

Компонент посттравматичного порушення емоційно-вольової сфери характеризується високим рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливістю, комунікабельністю, помірною врівноваженістю, реактивною агресивністю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, зниженням нервово-психічної стійкості, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, високим рівнем схильності до ризику. *Високий рівень емоційно-вольового компонента* посттравматичного стресового розладу характеризується здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, емоційною сталістю, прагненням до розвитку, відкритістю, низьким рівнем наявності стресового розладу, тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику. Наявністю комунікативних здібностей, врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю, нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, самовладанням, наполегливістю.

Середній рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу характеризується недостатньо вираженою здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, частковою емоційною сталістю, помірним прагненням до розвитку, менш вираженою відкритістю, наявністю стресового розладу, частковим проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, схильності до ризику, не чітко вираженими комунікативними здібностями, помірною врівноваженістю, відкритістю, екстраверсією, маскулінністю, частковою нервово-психічною стійкістю, комунікативними якостями, недостатньо вираженою моральною нормативністю, вибірково особистісним адаптивним

потенціалом, не сформованим самовладанням та наполегливістю.

Низький рівень емоційно-вольового компонента посттравматичного стресового розладу представлений індиферентною здатністю особистості до осмислення проблем та поведінки інших, не вираженою емоційною сталістю, не вираженим прагнення розвитку, закритістю, наявністю стресового розладу, проявом тривожності, фрустрації, агресивності, невротизації, депресивності, дратівливості, відсутністю схильності до ризику, не вираженими комунікативними здібностями, відсутністю врівноваженості, відкритості, інтроверсією, маскулінністю, не сформованою нервово-психічною стійкістю, слабкою моральною нормативністю, відсутністю особистісного адаптивного потенціалу, самовладання та наполегливості.

2. У військовослужбовців виявлено середній рівень інтелекту та вміння вирішувати прості арифметичні задачі, вміння знаходити числові закономірності, моральної нормативності та низький рівень вміння мислено оперувати зображеннями фігур на площині та заучування слів, тривожності, сором'язливості, нервово-психічної стійкості. Високий рівень наявності стресового розладу, фрустрації, агресивності, ригідності, невротизації, невротичності, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресії, відкритості, екстраверсії, емоційної лабільності, маскулінності, адаптивності, комунікативних здібностей, наполегливості, самовладання та схильності до ризику.

3. У військовослужбовців із високим рівнем схильності до ризику вищий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості та нижчий рівень самовладання та тривожності. Натомість, у військовослужбовців із низьким рівнем схильності до ризику вищий рівень самовладання та тривожності та нижчий рівень дратівливості, маскулінності, комунікабельності, нервово-психічної стійкості. у військовослужбовців із високим рівнем наявності стресового розладу вищий рівень невротизації, агресивності, фрустрації, військовослужбовців із середнім рівнем наявності стресового розладу вищий рівень самовладання, адаптивності, комунікації.

Зміст 2 розділу дисертації відображено в таких публікаціях:

- 1.Музичко Л. Т. Психологічна допомога молоді із посттравматичними порушеннями // Гуманітарний вісник ДВНЗ Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету ім. Григорія Сковороди «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». IV том. Переяслав-Хмельницький ДПУ ім. Г. Сковороди, 2016. С. 175-184.
- 2.Музичко Л. Т. Особливості емоційно-вольової сфери молоді з різним рівнем посттравматичного порушення» // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. Вип. 33. С. 223-228.

РОЗДІЛ 3

КОМПЛЕКСНА ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ

3.1. Теоретико-методичне обґрунтування програми психологічної корекції посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Теоретичне вивчення наукових праць, результати проведених констатувального та формувального експерименту надали підґрунтя для створення теоретичної моделі з подолання посттравматичних порушень інтелектуального та емоційно-вольового розвитку. Методологічну основу її побудови сформували праці Г. Балла [15, с. 98–99.], С. Максименка [67, с. 19–20.], В. Синьова [106, с. 98–99.] та інших з питань розвитку особистості, особистісно-орієнтованого підходу, основні положення якого: врахування індивідуальних особливостей кожного військовослужбовця; забезпечення умов розвитку і саморозвитку особистості; забезпечення військовослужбовцям можливості реалізації себе в різних видах діяльності, спираючись на їхні інтереси, ціннісні орієнтації та суб'єктивний досвід, було враховано під час розробки та реалізації програми подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців.

Зміст програми спрямований на створення психолого-педагогічних умов для подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців і на вирішення в процесі такого розвитку конкретних проблем, які виникають в інтелектуальній та емоційно-вольовій сфері у військовослужбовців. Вибір розвиткових заходів визначено за результатами констатувального та формувального експерименту.

Для реалізації теоретичної моделі з подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців визначено такі принципи: 1) цілісність (реалізація всіх етапів системи засобів і до всіх учасників), 2) послідовність і

наступність (ефективність подолання посттравматичних порушень залежить від реалізації попередніх її етапів), 3) врахування особливостей соціального оточення (опір на знання соціально-економічні умови життя особистості).

В. Синьов акцентував на врахуванні індивідуально-особистісних особливостей особистості та необхідності систематичного впливу корекційного процесу на становлення змістових, діяльнісних та особистісних компонентів інтелекту як інструменту врівноваження людини і оточення [106].

У В. Бодрова можна зустріти таке визначення: психологічний стрес – своєрідна форма віддзеркалення суб'єктом складної, екстремальної ситуації, в якій він знаходиться. Специфіка психічного віддзеркалення обумовлюється процесами діяльності, особливості яких (їх суб'єктивна значущість, інтенсивність, тривалість протікання і так далі) в значній мірі визначаються вибраними або прийнятими цілями, досягнення яких спонукає змістом мотивів діяльності. В процесі діяльності мотиви «наповнюються» емоційно, сполучаються з інтенсивними емоційними переживаннями, які відіграють особливу роль у виникненні і протіканні стану психічної напруженості [22, с. 115].

Емоційні прояви стресу першочергово проявляються в загальному емоційному фоні, який набуває негативного, песимістичного забарвлення. За умови тривалої дії стресу зростає рівень тривожності, зневіра у власні сили, та зниження самооцінки, що при затяжному впливі стресу може призвести до депресії. За умови такого емоційного фону частішають прояви неадекватних емоційних реакцій (гнів, агресія, дратівливість) [33, с. 53]. Варто зазначити, що негативні емоційні стани одночасно є і передумовами виникнення та розвитку стресів. Страх перед майбутніми проблемами провокує появу тривожності, невпевненості, відчуття безпорадності тощо.

Когнітивні прояви стресу охоплюють порушення: уваги (складнощі у концентрації уваги, звуження поля уваги, підвищена здатність відволікатися від реалізації завдань), мислення (порушення логіки мислення, труднощі у прийнятті рішень, зниження творчої активності), пам'яті (труднощі у відтворенні інформації, погіршення показників оперативної пам'яті).

А. Маклаков вважає, що існує така характеристика психологічного розвитку як адаптаційний потенціал особистості, яка оцінює рівень адаптаційних ресурсів, здібностей особистості [66, с. 16].

Б. Ананьєв виділив дві групи факторів успішності перебігу адаптації: суб'єктивні (вік, стать, фізіологічні та психологічні характеристики) і середовищні (умови праці, режим і характер діяльності, особливості соціального середовища) [10, с. 220].

На основі методологічних засад С. Максименка вирізняє такі критерії психічного здоров'я, що відповідають психологічним властивостям військовослужбовців:

- властивості особистості: оптимізм, врівноваженість, етичність (чесність, сумлінність), адекватний рівень вимог (претензій), почуття обов'язку; впевненість у собі, невразливість до образ (вміння позбавлятися образ), працелюбність, незалежність, безпосередність (природність), відповідальність, доброзичливість, терпимість, самоповага, самоконтроль;
- психічні стани: емоційна стійкість (самовладання); стресостійкість у професійній діяльності; контроль та управління негативними емоціями (страх, гнів, агресія, жадібність, заздрість, роздратованість); вільний природний прояв почуттів та емоцій; збереженість звичного оптимального самопочуття;
- психічні процеси: максимальне наближення суб'єктивних образів до об'єктів дійсності, що відображають (адекватність психічного відображення) адекватне сприйняття самого себе; здатність до логічного оброблення інформації; критичність мислення; вміння використовувати інтелект; усвідомлення власного «Я»; дисципліна розуму (управління думками);
- спрямованість на суспільну справу, емпатія, альтруїзм, гармонійність, врівноваженість, поміркованість, толерантність, виваженість, відповідальність перед громадянами [67, с. 70].

Теоретичний аналіз зазначених досліджень дозволив визначити робоче поняття посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликаної подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду. У професійній діяльності військовослужбовців виділені такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і створює негативний вплив на психіку військового (наприклад: отримання травм внаслідок виконання службового завдання, втрата товариша по службі тощо); довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу; «кумулятивна» психотравма, що виникає в результаті накопичення екстремального і повсякденного травматичного досвіду, і характеризується тим, що попередня психотравма посилює вплив наступної.

Ми обираємо такі найбільш важливі в нашому дослідженні риси військовослужбовців як: стресостійкість, врівноваженість, толерантність, мотивація, ціннісні орієнтації, ставлення особистості до оточуючих.

Стресостійкість – це загальна якість особистості, яка характеризується здатністю протистояти стресовим факторам за період часу, який необхідний для організації нових умов, в яких даний стресор не буде загрозливим. Стресостійкість забезпечує високу ефективність діяльності і зберігає здоров'я молодої людини. В ситуаціях можливого виникнення стресу повинні бути визначені додаткові шляхи виходу із стресових ситуацій. Стресостійкість буде забезпечувати високу ефективність діяльності й сприятиме збереженню здоров'я людини, якщо вона буде креативно мислити у вирішенні своїх проблем [89, с. 54].

Індивідуальна стресостійкість визначається у значній мірі особистісними особливостями людини, її вмінням взяти на себе відповідальність за ситуацію, що склалася. У стані стресу виникає перерозподіл резервів організму.

Схильність до ризику – риса особистості виражає прагнення людини наражатися на небезпеку, отримуючи при цьому гострі переживання і відчуття.

Виразність схильності до ризику пов'язана з поєднанням таких особистісних особливостей, як імпульсивність, екстраверсія, емоційна стабільність, ставлення до комфорту, тривожність, екстернальність та ін. Мірою схильності до ризику може служити ризикованість, що розуміється як властивість пізнавальних стратегій, способів виходу з ситуацій невизначеності.

Самоконтроль – здатність контролювати свої емоції, думки і поведінку. Самоконтроль ґрунтується на волі - вищій психічній функції, що визначає здатність людини приймати усвідомлені рішення і втілювати їх у життя. Самоконтроль тісно пов'язаний з поняттям психічної саморегуляції. Самоконтроль є найважливішим елементом в здатності людини досягати поставлених цілей. Рівень самоконтролю визначається як вродженими генетичними характеристиками, так і психологічними навичками людини.

Ціннісні орієнтації – поняття соціальної психології, яке використовується в двох значеннях: 1) ідеологічні, політичні, моральні, естетичні та ін. підстави оцінок суб'єктом дійсності й орієнтації в ній; 2) спосіб диференціації об'єктів індивідом за їхньою значимістю.

Ціннісні орієнтації формуються при засвоєнні соціального досвіду і виявляються в цілях, ідеалах, переконаннях, інтересах та інших проявах особистості. У структурі діяльності вони тісно пов'язані з її пізнавальними і вольовими сторонами. Система ціннісних орієнтацій утворює змістовний бік спрямованості особистості й виражає внутрішню основу її відношення до дійсності [89, с. 305].

Копінг стратегії - це безперервно змінні когнітивні і поведінкові спроби справитися із специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються, як надмірні або перевищуючі ресурси людини. Копінг стратегії - це процес, який весь час змінюється, оскільки особа і середовище утворюють нерозривний, динамічний взаємозв'язок і здійснюють один на одного взаємний вплив. Їх зазвичай розглядають як дії, до яких люди вдаються, потрапивши у скрутне становище. Це поняття об'єднує когнітивні, емоційні, поведінкові стратегії, які використовують, щоб подолати напружені, стресові ситуації.

А. Маслоу визначає копінг як готовність індивіда вирішувати життєві проблеми шляхом пристосування до обставин, що передбачає сформованість вміння використовувати певні засоби для подолання стресу. Особливості цього вміння пов'язані з «Я-концепцією», локусом контролю, життестійкістю, емпатією, умовами середовища [71, с. 95].

За Р. Лазарусом, копінг-поведінка (співвладаюча поведінка) – це постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, що докладаються людиною задля того, аби справитися зі специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які надмірно напружують чи перевищують її ресурси [59, с. 178].

Т. Титаренко вважає, що компонентами життестійкості є довіра життю і світу, вірність собі, розвинутий внутрішній контроль, вміння долати перешкоди, бажання випробувати власні сили. Довіряючи плину свого життя, людина готова приймати його світлі й темні сторони. Вона знає, що виключно сприятливих умов, постійно попутного вітру, суцільного везіння не буває, і тому готова перечекаати негоду чи подолати перешкоди. Вірність собі є здатністю вірити у свої сили, в істинність, цінність своїх інтересів, звичок, діяльності. Внутрішній контроль передбачає можливість регулювати свої емоційні стани, формувати навички самоопанування, активно впливаючи на хід подій. Життестійкість впливає не лише на оцінку ситуації (сприймається як менш травматична), але й на активність людини в подоланні останньої, тобто на вибір копінг-стратегій [116, с. 212].

В системі відносин особистості виділяють чотири групи рис характеру, що утворюють симптомокомплекси:

- ставлення людини до інших людей, до колективу, до суспільства: індивідуалізм; колективізм (товариськість, чуйність, повага до інших, і «протилежні» риси – замкнутість, черствість, грубість, зневага до людей);
- риси, що показують ставлення людини до праці, до своєї справи (працьовитість, схильність до творчості, сумлінність в роботі, відповідальне ставлення до справи, ініціативність, наполегливість і «протилежні» їм риси – лінощі, схильність до рутинної роботи,

несумлінність у роботі, безвідповідальне ставлення до справи, пасивність);

- риси, що показують, як людина ставиться до самої себе (почуття власної гідності, гордість, що правильно розуміється особою, і пов'язана з нею самокритичність, скромність і «протилежні» їм риси: зарозумілість, що іноді переходить у нахабність, марнославство, егоцентризм, як схильність розглядати в центрі подій себе і свої переживання, егоїзм – схильність піклуватися переважно про своє особисте благо);
- риси, що характеризують ставлення людини до речей (акуратність або неохайність, дбайливе або недбале поводження з речами). Таким чином, в Україні проблему подолання наслідків стресогенних чинників досліджують в області спеціальної психології.

Теоретичним підґрунтям подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців слугують положення Г. Балла [15, с. 98–99], І. Беха [19, с. 19-20], С. Максименка [67], А. Маслоу [71], Н. Пезешкіана [82], К. Роджерса [95], В. Синьова [106, с. 98–99], Д. Шульженко [133] стосовно врахування індивідуальних особливостей кожного військовослужбовця; забезпечення умов розвитку і саморозвитку особистості як суб'єкта діяльності; забезпечення військовослужбовцям можливості реалізації себе в різних видах діяльності, спираючись на їхні здібності, інтереси, ціннісні орієнтації та суб'єктивний досвід, що було враховано під час розробки та реалізації моделі подолання посттравматичного стресового розладу.

М. Джеймс наголошував, що кожна людина народжується, щоб бути в житті успішною. Кожна особистість по-своєму бачить, чує, сприймає дотиком, вивчає, думає. Людина має свої індивідуальні можливості: здібності й обмеження. Будь-яка особистість може бути визначною, мислячою, свідомою і творчою. Отже, успішна особистість – це особистість, яка досягає поставлених цілей, прагне до саморозвитку, пристосовується до вимог середовища, спрямована на успішні соціальні контакти [35, с. 124].

Подолання посттравматичного стресового розладу можливе в контексті активності суб'єкта. Найбільш розробленою у межах цього напрямку є

позитивна психотерапія. Позитивність у даному випадку розглядається як цілісність, єдність у різноманітності, подолання однобічності у внутрішньому світі людини і в її соціальному житті. За словами Н. Пезешкіана, це «психотерапія цілісної людини, суб'єкта, творця своєї історії, а не пасивного існування, реагуючого на зовнішні впливи, «гвинтика» в соціальному механізмі» [81]. Н. Пезешкіан доводить, що самодопомога виявляється у вмінні справлятися з психологічними і соціальними труднощами без сторонньої допомоги, це форма здатності залагоджувати конфлікти й підтримувати себе [81, с. 18]. Ми погоджуємося з автором позитивного напрямку, але вважаємо, що ефективним засобом подолання посттравматичного стресового розладу є саме цілеспрямований, контрольований вплив на особистість військовослужбовця.

Однією з загальних умов побудови системи з подолання посттравматичного стресового розладу є всебічне вивчення особистості з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей. До конкретних психолого-педагогічних умов подолання посттравматичного стресового розладу в нашому дослідженні належать: прагнення до морального і духовного зростання, яке впливає на розвиток духовності особистості (І. Бех, Г. Костюк, С. Максименко); набуття здатності знаходити шляхи подолання життєвих перешкод, що впливає на зростання власної ефективності та самоприйняття.

С. Кузікова розглядає особистісний саморозвиток як свідому, цілеспрямовану й керовану активність, що здійснює особистість з метою самозмін у позитивному напрямі та самовдосконалення. При цьому особистість розуміється як суб'єкт саморозвитку, який спрямовує перетворювальну активність на себе як на об'єкт, самостійно керуючи власним розвитком. Дослідження вченої показали, що становленню суб'єкта саморозвитку сприяє актуалізація психологічних ресурсів саморозвитку (активізація рефлексивно-діалогової форми розумової діяльності, посилення рефлексивної саморегуляції, ціннісної орієнтації на саморозвиток, усвідомленості процесу власних особистісних змін) [56, с. 215].

Узагальнення теоретичних засад подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців в сучасній зарубіжній та вітчизняній

психології, результати нашого експериментального дослідження дозволили розробити програму зниження прояву цього утворення.

Теоретичним підґрунтям авторської програми «Подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців» виступили положення гуманістичної парадигми в розвитку особистості (А. Маслоу, К. Роджерс) про можливість розвитку окремих сторін особистості за відносно короткий проміжок часу активними соціально-психологічними методами навчання (І. Вачков, Ю. Ємельянов, Л. Петровська, Т. Яценко).

Теоретична програма з подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців має такі етапи: підготовчий, основний, завершальний. Підготовчий етап включає ознайомлення військовослужбовців з основними принципами і прийомами тренінгу; сформувати позитивне ставлення до занять; виявити сутність посттравматичного стресового розладу. Основний етап включає формування у військовослужбовців впевненості в успішному виконанні професійної діяльності, яка узгоджує смислову перспективу, допомагає позитивно мислити, знаходити шляхи вирішення; очікування та конструювання бажаного результату (інтелектуальний компонент); розвивати у військовослужбовців прагнення до самовдосконалення, цілісність, цілеспрямованість у професійній діяльності (емоційно-вольовий компонент). Завершальний етап включає узагальнення досвіду, отриманого військовослужбовцями у процесі роботи тренінгу.

Розвивальна робота орієнтована на інтелектуальну, емоційно-вольову сфери у військовослужбовців. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців може здійснюватися як в груповій та і в індивідуальній формах. Вибір конкретної форми залежить від характеру проблеми та побажань військовослужбовця. Одним із видів групової форми роботи з військовослужбовцями є тренінг. Це форма активного навчання, що дозволяє людині формувати в собі навички й уміння побудови продуктивних соціальних міжособистісних стосунків, продуктивної навчальної й іншої діяльності, аналізу виникаючих ситуацій зі своєї точки зору й позиції партнера,

розвивати в собі здібності пізнання й розуміння себе й інших у процесі спілкування й діяльності.

Тренінги як форми практичної психологічної роботи завжди відображають своїм змістом певну парадигму напрямків, поглядів проведення тренінгових занять. Таких парадигм можна виокремити декілька:

- тренінг як своєрідна форма дресури, при якій жорсткими маніпулятивними прийомами за допомогою позитивного підкріплення формується потрібна модель поведінки, а за допомогою негативного підкріплення “стираються” шкідливі, непотрібні, на думку ведучого;
- тренінг як тренування, у результаті якого відбувається формування та відпрацювання умінь і навичок ефективної поведінки;
- тренінг як форма активного навчання, метою якого є, перш за все, передача психологічних знань, а також розвиток деяких умінь та навичок;
- тренінг як метод створення умов для саморозкриття учасників і самостійного пошуку ними способів вирішення власних психологічних проблем.

Тренінг – це насамперед навчання, що опирається на досвід людини, а також допускає, що присутні на тренінгу люди, окрім отримання нової інформації, мають можливість відразу використовувати її на практиці, виробляючи нові навички. Результати практичних досліджень демонструють, що психологічний тренінг (зокрема, тренінг самореалізації) змінює світогляд його учасників під час спілкування: людина починає усвідомлювати можливість довільного опанування власної поведінки та реакцій із використанням набутого іншими людьми досвіду в якості опосередкованих знарядь.

Процес тренінгу в межах будь-якої теоретичної парадигми має три ключові етапи:

- виведення з внутрішнього плану в зовнішній неконструктивних елементів і моделей поведінки;
- побудова моделей ідеальної поведінки у зовнішньому плані;
- модифікація поведінки учасників тренінгової групи в бік максимального наближення до еталону та закріплення його у внутрішньому плані [56, с. 216].

У психологічних тренінгах цілі і завдання укладаються переважно в межі розвитку визначених їх змістом умінь та навичок, що пояснює виникнення змін в учасників безпосередньо в процесі тренінгу. Після закінчення тренінгу учасники або зберігають ці зміни, або втрачають їх, повертаючись до звичних стереотипів. Тренінги самореалізації передбачають, перш за все, значну зміну в їх учасників, яка виникає після закінчення тренінгу в межах спільно створеної самим учасником і психологом-ведучим зони найближчого розвитку. Ключова роль у цьому процесі належить ведучому тренінгу [28, с. 74].

Тренінг саморозвитку стимулює аналітичну активність, озброює учасників інструментами і прийомами аналізу та наочно демонструє перевагу таких підходів.

Визначаючи межі поняття «психологічний тренінг», І. Вачков пише: «Сучасне розуміння тренінгу включає в себе багато традиційних методів групової психотерапії та психокорекції, що спонукає шукати його джерела в різних напрямках клінічної психотерапії в групах» [28, с.73]. Дослідник виокремлював два розуміння тренінгу: перше – як особливий дослідницький метод, в межах якого конструюються і вивчаються міжособистісні відносини та соціальні феномени, друге – один з способів практичної роботи з психологічними характеристиками конкретних людей.

Тренінг дозволяє учасникам усвідомити сформовані раніше погляди і вирішити особистісні проблеми, в процесі роботи відбувається зміна внутрішніх установок, учасники поповнюють свої психологічні знання та набувають досвіду позитивного ставлення до себе і до інших. Психологічний тренінг як структурована опосередковуюча дія закладає механізм цілеспрямованого самовдосконалення. У своїх відгуках учасники називають це «стимулом, поштовхом до самовдосконалення».

Аналіз та узагальнення результатів констатувального експерименту засвідчив провідний неузгоджений (середній і низький) рівень емоційно-вольового посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що є небезпечною тенденцією у професійній діяльності. І тому виникає необхідність

організації цілеспрямованої психолого-корекційної роботи з подолання цієї особливості у досліджуваних.

3.2. Особливості психокорекційної роботи з військовослужбовцями із посттравматичними порушеннями інтелектуальної та емоційно-вольової сфери

Метою тренінгу є подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери у військовослужбовців.

До основних напрямків соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців належать: психофізіологічний (комплексна психологічна діагностику, яка дозволяє виявити наявність психотравми, ідентифікувати її та провести оцінювання); психокорекційний (застосування психотерапевтичних методів і відповідні технік); соціально-психологічний (спрямований зниження емоційного напруження; відновлення функціонального стану організму; навчання основним методам психічної саморегуляції; підвищення особистісного адаптаційного потенціалу).

В результаті проходження серії тренінгів слухачі повинні *знати*: особливості і закономірності подолання посттравматичного стресового розладу; методи подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку. Також військовослужбовці повинні *вміти*: проводити моніторинг власного психоемоційного стану та вживати заходи для зниження прояву важких емоційних станів.

Після проходження психологічних тренінгів військовослужбовці повинні:

- розвивати вміння аналізувати життєві ситуації;
- досягати компромісу в конфліктних ситуаціях;
- усвідомлювати власні переваги та недоліки у спілкуванні;
- навчитися ідентифікувати емоції інших людей, проявляти емпатію у стосунках.

Теоретичне обґрунтування мети, визначення завдань, принципів, умов, форм і засобів тренінгу дозволило розробити та апробувати психологічну програму з подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців шляхом впливу на її компоненти (Див. додаток Б).

Так, Л. Петровська розглядає соціально-психологічний тренінг «як засіб впливу, спрямований на розвиток знань, соціальних установок, вмінь і досвіду в галузі міжособистісного спілкування», «засіб розвитку компетентності у спілкуванні, засіб психологічного впливу». Досвідчений фахівець з активних методів навчання Ю.Ємельянов зазначає, що термін «тренінг» повинен використовуватись не для «...позначення методів навчання, а для позначення методів розвитку здібностей до навчання, або оволодіння будь-яким складним видом діяльності, і, зокрема, спілкуванням»[38, с. 137].

У *інтерактивному тренінгу* брали участь 64 військовослужбовці. Основний етап розробленої програми розвитку становили групові заняття, в яких було застосовано комплексний вплив на компоненти посттравматичного стресового розладу – інтелектуальний, емоційно-вольовий. Деякі вправи були взяті нами з досвіду практичних психологів: А. Козлов [45], І. Стишонок [109]. За результатами теоретичного аналізу проблеми подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, результатами констатувального етапу дослідження, спираючись на теоретичне обґрунтування формульованого експерименту, ми створили «*Програму подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку серед військовослужбовців*», яка включає психологічний тренінг з актуалізації особистісного потенціалу, розвитку стресостійкості у військовослужбовців, стратегій успішного подолання стресових ситуацій. Відповідно до розробленої програми, була проведена практична робота з розвитку *інтелектуального компонента* (знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсягу пам'яті), *емоційно-вольового компонента* (невротизація, адаптивність, самовладання) компонентів, які є провідними для подолання посттравматичного стресового розладу. Програма представлена нами в наступних підрозділах дисертаційної роботи.

Визначення психолого-педагогічної моделі як провідної для реалізації формувального експерименту зумовлене сутністю посттравматичного стресового розладу як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликані подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду. У професійній діяльності військовослужбовців виділені такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і створює негативний вплив на психіку військового (наприклад: отримання травм внаслідок виконання службового завдання, втрата товариша по службі тощо); довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу; «кумулятивна» психотравма, що виникає в результаті накопичення екстремального і повсякденного травматичного досвіду, і характеризується тим, що попередня психотравма посилює вплив наступної.

Формувальний експеримент, в якому брали участь військовослужбовці передбачав створення умов для подолання посттравматичного стресового порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку завдяки цілеспрямованому впливу на особистісні явища засобами психотерапії. Відповідно до компонентів готовності до професійної діяльності (інтелектуальний, емоційно-вольовий) було визначено три блоки тренінгу, а саме: 1) розвиток, спрямованості на позитивний результат; 2) підвищення емоційної стійкості, вдосконалення позитивних особистісних якостей – прагнення до саморозвитку, цілісності; 3) підвищення стресостійкості, самоконтролю, врівноваженості.

Однією із загальних умов побудови програми подолання посттравматичного стресового розладу є всебічне вивчення особистості із врахуванням індивідуально-типологічних особливостей військовослужбовців. До конкретних психолого-педагогічних умов подолання посттравматичного стресового розладу в нашому дослідженні належать:

- 1) посилення інтеграції оцінки власних здібностей, що сприяє очікуванню успіху в різних сферах життєдіяльності;

- 2) розвиток емоційної стійкості, стресостійкості, що впливає на успішність професійної діяльності;
- 3) посилення позитивних очікувань від результатів власної діяльності;
- 4) актуалізація здатності до незалежності й саморегуляції власних дій, що визначає впевненість та наполегливість у досягненні мети;
- 5) посилення мотивації отримання нових знань, умінь та навичок, що впливає на досягнення успіху у професійній діяльності.

Для забезпечення функціональних компонентів, які складають основу подолання посттравматичних стресових порушень, ми провели *формувальний експеримент*. Згідно з умовами експерименту, протягом шести місяців для військовослужбовців на базі громадської організації «Родина Кольпінга» було проведено інтерактивні тренінги. Лекції та тренінги на цих курсах проводили разом з нами викладачі кафедри психології та кафедри корекційної педагогіки та інклюзії Львівського національного університету імені Івана Франка. Нами була розроблена навчальна програма, спрямована на подолання посттравматичних стресових порушень, що складається із тренінгу, розподіленого на три модулі, загальною тривалістю 72 години. Під час проходження тренінгу військовослужбовці ознайомилися із терапевтичними методами подолання посттравматичних стресових порушень (мозковий штурм, підтримувальна комунікація, арт-терапевтичні техніки), пройшли серію психологічних тренінгів, спрямованих на розвиток інтелектуальної, емоційно-вольової сфер. Див. Додаток Б.

Метою формувального експерименту є цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців засобами актуалізації їх структурних компонентів.

Основними завданнями формувального етапу дослідження були визначені наступні:

- 1) обґрунтувати програму подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців;

2) розробити та апробувати програму подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців;

3) здійснити аналіз кількісних та якісних даних, отриманих у результаті впровадження формувальної програми.

Враховуючи результати констатувального етапу дослідження, розроблено схему організації процесу подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців.

Програма тренінгу була реалізована в листопаді 2016 року – травні 2017 року і передбачала 27 занять, які проводилися три рази на тиждень упродовж 72 аудиторних годин. Експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ) групи становили дві групи військовослужбовців (по 32 особи).

Формувальний експеримент відповідно до визначеної нами мети та врахування викладених принципів, умов реалізовано упродовж трьох етапів: підготовчого (3 заняття), основного (21 заняття) та підсумкового (3 заняття). Тематичний план цих занять поданий у додатку В.

Кожний із встановлених етапів передбачав реалізацію конкретних завдань, а саме:

1) *підготовчий етап*: ознайомити військовослужбовців з основними принципами і прийомами тренінгу; сформувати позитивне ставлення до занять; визначити сутність посттравматичного стресового розладу;

2) *основний етап*: формувати у військовослужбовців впевненість в успішному виконанні професійної діяльності, яка узгоджує смислову перспективу, допомагає позитивно мислити, знаходити шляхи вирішення; очікування та конструювання бажаного результату (інтелектуальний компонент); сприяти зростанню власної ефективності шляхом розвитку впевненості у власних здібностях з очікуванням успіху, усвідомлення та інтеграції позитивних і негативних оцінок відносно успішності своїх дій, навчання прийомам регуляції власної поведінки (емоційно-вольовий).

3) *підсумковий етап*: узагальнити досвід, отриманий військовослужбовцями у процесі роботи тренінгу.

У програмі було використано міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, моделювання, психотерапевтичні прийоми: елементи арт-терапії, психомалювання тощо. Змістовно заняття були спрямовані як на розвиток кожного окремого компонента посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, так і комплексно – на всі складові посттравматичного стресового розладу. За кожним компонентом, зокрема їх розвитком у корекційних педагогів, було передбачено використання як індивідуальних, так і групових форм роботи і заплановано застосування таких форм і методів навчання: бесіди – «Моє сприймання психотравмуючої ситуації», «Власні рефлексії щодо посттравматичного стресового порушення», «Я зможу знайти в собі сили подолати посттравматичний стресовий розлад»; лекції на тему: «Шляхи подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців», «Цінності та якості особистості», «Розвиток творчого мислення»; інтелектуальних тренінгів на теми: «Досягнення успіху у професійній діяльності військовослужбовців», «Формування емоційної компетентності військовослужбовців»; дискусії на тему: «Моя поведінка і дії, коли виникає посттравматичний стресовий розлад», «Стратегії подолання негативних емоційних станів»; проєктивні моделі, в яких виникає відчуття страху, тривоги, агресії, фрустрації, застосовувалися з метою опрацювання корекційних і психотерапевтичних дій психологів (заспокоїти, переконати, підтримати, знайти внутрішні ресурси у подоланні посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців).

Відповідно до презентованої програми кінцевою метою подолання посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців, яка реалізується завдяки актуалізації визначених нами структурних компонентів, на розвиток яких була спрямована практична робота: *інтелектуальної* (знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсяг пам'яті) складових, які є провідними для розвитку інтелектуального компоненту посттравматичного стресового розладу. *Емоційно-вольової* (невротизація, адаптивність, самовладання), складових, які є провідними для розвитку

емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового розладу.

Авторська теоретична програма подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців представлена на рисунку 3.1.



Рис. 3.1. Теоретична програма подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців

Зміст підготовчої частини полягав у виконанні військовослужбовцями психогімнастичної вправи з метою зменшення емоційного напруження, вироблення вміння розслаблятися та мобілізуватись у необхідний момент, збагачення досвіду рефлексії, самоаналізу, а також обговорення виконаних домашніх завдань.

Упродовж двох лекційних занять з елементами бесіди та дискусії ми ознайомили досліджуваних з особливостями роботи тренінгу. Заняття були проведені за планом, який презентований у додатку В.

Психолого-педагогічна робота з подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців будувалася на загальноприйнятих принципах психологічної роботи:

- принцип «тут і тепер», який передбачає аналіз процесів, що відбуваються в групі в даний момент, що сприяє розвитку глибокої рефлексії учасників та формує навички самоаналізу;
- принцип «щирості та відкритості», який обумовлює отримання та надання іншим чесного зворотного зв'язку, тобто тієї інформації, що важлива для кожного учасника як на особистісному рівні, так і в міжособистісній взаємодії;
- принцип «усвідомлення», що забезпечує концентрацію уваги на процесах самопізнання, самоаналізу, рефлексії, довіри до себе, вчить брати відповідальність на себе;
- принцип «активності», що передбачає обов'язкову небайдужу участь усіх у тому, що відбувається на заняттях;
- принцип «конфіденційності», який забезпечує створення атмосфери психологічної безпеки і саморозкриття, що полягає в нерозголошенні того, про що йдеться в групі стосовно конкретних осіб.

Кожне заняття *основного етапу* складалося з трьох частин: підготовчої (10 хвилин), робочої (70 хвилин) та підсумкової (10 хвилин).

У вступній частині відбувалася підготовка військовослужбовців до основного етапу роботи шляхом виконання психогімнастичних вправ з метою зменшення емоційного напруження, активізації уваги, збагачення самоаналізу, рефлексії. Застосування техніки висловлювання по колу («Сьогодні я хочу дізнатися, навчитися, пережити...») сприяло виявленню та закріпленню внутрішньої мотивації особистості до участі в груповій роботі. Заняття містили питання про стан учасників та, відповідно, одну-дві психогімнастичні вправи. Учасникам перед виконанням вправ пропонувалося відповісти на такі запитання: «Як ви себе відчуваєте сьогодні?», «Що вам запам'яталося із минулого заняття?», «Над чим ви міркували з того, що відбулося на занятті, і яких висновків дійшли?», «Назвіть одну гарну і одну погану подію, яка відбулася між нашими зустрічами», «Якими думками та почуттями ви хотіли б поділитися з іншими учасниками?», «Над якими власними проблемними

рисами характеру чи особливостями ви працювали упродовж нашого тренінгу?». Психогімнастичні вправи, які використовувалися під час вступної частини психокорекційних занять, наведено в додатку В.

Отже, психогімнастичні вправи підготовчої фази розвиткової програми дозволили військовослужбовцям активізуватися, відволіктися від власних проблем і долучитися до роботи в групі, позитивно налаштуватися на заняття з певної теми, поринути в ситуацію «тут і тепер».

Під час *основного етапу* психокорекції з метою проміжної перевірки ефективності проведених занять було використано низку психодіагностичних методик. Було застосовано тест структури інтелекту Амтхауера, метод-тест Холмса-Раге, опитувальник FPI.

Підсумкова частина занять тренінгу була присвячена аналізу та узагальненню знань, переживань як єдності двох її компонентів та ефективності проведеної роботи. На цьому етапі обговорювались досягнення військовослужбовців на основі отриманих ними знань і вмінь (за допомогою прийому «Висловлювання по колу»), а також пояснення домашнього завдання, мета якого – закріплення набутих знань та підготовка до наступних занять. При виборі завдань враховувались їх доступність, осмисленість, індивідуальні особливості учасників. Вправи з психологічної тренінгу надані в додатку В.

Отже, подолання посттравматичного стресового розладу є складним цілеспрямованим процесом психолого-педагогічного впливу на інтелектуальний, емоційно-вольовий компоненти посттравматичного стресового розладу. Розроблена нами програма ґрунтується на активізації умов посилення інтеграції оцінки власних здібностей, що сприяє очікуванню успіху в різних сферах життєдіяльності; розвитку емоційної стійкості, самоконтролю, стресостійкості, посиленні позитивних очікувань від результатів власної діяльності; актуалізації здатності до незалежності й саморегуляції власних дій, що визначає впевненість та наполегливість у досягненні мети.

Набули модифікації певні методики та прийоми відповідно до мети і завдань вправ. Низку психологічних розвивально-корекційних вправ було

розроблено самостійно – позначаються символом (**), модифіковані вправи позначено умовно символом (*).

Інтерактивний тренінг був спрямований на подолання посттравматичного стресового розладу, формування емоційної врівноваженості та стресостійкості, розвиток позитивного Я-образу, цінностей та якостей, досягнення успіху у професійній діяльності (заняття на тему: «Формування емоційної компетентності військовослужбовців», «Цінності та якості особистості», «Розвиток внутрішньої мотивації та позитивного Я-образу», «Досягнення успіху у професійній діяльності»). Див. Додаток В.

Вступний етап занять був присвячений підготовці військовослужбовців до основної роботи, це – міні-лекція «Що таке посттравматичний стресовий розлад?», бесіди «Що означає бути впевненим у собі?», «Поведінка особистості у стресовій ситуації». Вправи підготовчої фази як вступного, так і основного етапу презентовано в додатку. Завдяки виконанню психогімнастичних вправ забезпечувалася активізація уваги на темі заняття, створення позитивної мотивації до участі в роботі групи, формування навичок самоаналізу та рефлексії. Застосування техніки висловлювання по колу («Сьогодні я хочу дізнатися, навчитися...») сприяло виявленню та закріпленню внутрішньої мотивації особистості до участі в груповій роботі.

Вступна частина розвиткових занять містила питання про стан учасників та одну-дві психогімнастичні або розігрівуючі вправи. У зв'язку з тим, що на початку заняття тренеру важливо відчувати групу, діагностувати внутрішній стан її членів, учасникам перед виконанням вправ пропонувалося відповісти на такі питання: «Як ви себе почуваете сьогодні?», «Що нового (незвичного, приємного) відбулося за цей час?», «Назвіть одну гарну і одну погану подію, яка відбулася між нашими зустрічами», «Що вам запам'яталося із минулого заняття?», «Над чим ви міркували із того, що відбулося на попередньому занятті, і яких висновків дійшли?», «Якими думками та почуттями ви хотіли б поділитися із іншими учасниками групи зараз?», «Над якими власними проблемними рисами чи особливостями ви працювали впродовж тижня?» тощо.

Всі методи, які ефективно використовуються в процесі корекції ПТСР умовно можна розділити на чотири категорії: 1. Освітні. Включають в себе обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, тільки просте знайомство з клінічною симптоматикою ПТСР допомагає людям усвідомити те, що їх переживання і труднощі не унікальні, а «нормальні» у сформованій ситуації. 2. Друга група методів знаходиться в області холістичного (цілісного) ставлення до здоров'я. Здоровий спосіб життя з достатньою фізичною активністю, правильним харчуванням, відмовою від зловживання алкоголем і вживання наркотиків створює основу для швидкого та ефективного відновлення після травмуючих подій. 3. Третя категорія включає методи, які збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію. Сімейна та групова психотерапія, розвиток мережі самопомоги, формування та підтримка громадських організацій необхідні для соціальної реабілітації. 4. Четверта категорія – це власне терапія. Вона включає в себе роботу з горем, страхами, психосоматикою, травмуючими спогадами і спрямована на «переробку» проблеми.

Психотерапевтичні методи при ПТСР І. Малкіна-Пих за ступенем їх практичної поширеності класифікує наступним чином:

- Рациональна психотерапія: клієнтові роз'яснюють причини і механізми ПТСР;
- Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги: аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів;
- Когнітивна психотерапія – використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок;
- Особистісно-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність за своє ставлення до неї;
- Позитивна терапія, гештальт-підхід засновані на уявленні, що існують не тільки проблеми і хвороби, а й способи і можливості їх подолання, притаманні кожній людині [69].

Отже, психогімнастичні вправи підготовчої фази розвивально-корекційної програми дозволили військовослужбовцям активізуватися, відволіктися від

власних проблем і долучитися до роботи в групі, позитивно налаштуватися на заняття з певної теми.

Визначено та реалізовано основні принципи побудови формувального експерименту: а) принцип творчої позиції (учасники групи експериментують з особистісними ресурсами, знаходять нестандартні шляхи рішень); б) принцип партнерського спілкування (створення атмосфери безпеки, довіри, відкритості); в) принцип активності (виконання спеціально розроблених вправ, програвання ситуацій, які дозволяють усім учасникам групи брати активну участь у них); д) принцип спонтанності, що дає можливість змінити звичні поведінкові стереотипи з подальшою активізацією творчого потенціалу особистості.

Вказані принципи конкретизовано у психологічних напрямках подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців :

- 1) актуалізація в процесі навчання мотивації та здійснення пошукової діяльності;
- 2) створення середовища емоційного комфорту та творчої активності, яке сприяє активізації творчого процесу, за якого кожен має право на помилку і самостійне її подолання;
- 3) підвищення стресостійкості та професійної компетентності.

Зазначені напрями втілено у програму подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, яка складається з тренінгу, розділеного на три модулі:

- *Модуль 1.* «Особливості посттравматичного стресового розладу», що мав на меті підвищити рівень знань військовослужбовців та сформувати інтелектуальний компонент.
- *Модуль 2.* «Основні техніки подолання посттравматичного стресового розладу», що мав на меті поглибити знання військовослужбовців із дебрифінгу, мозкового штурму. Див. Додаток Г.
- *Модуль 3.* «Тренінг», що мав на меті сформувати емоційно-вольовий компонент подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Див. Додаток В.

Подолання посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців представлено у схемі подолання посттравматичного розладу. До нього входять три етапи:

- перший етап спрямований на формування у військовослужбовців особистісних якостей: доброзичливість у ставленні до інших, врівноваженість, стресостійкість (заняття на тему «Подолання посттравматичного стресового розладу», «Розвиток позитивного Я-образу», «Підвищення стресостійкості серед військовослужбовців»);

- другий етап спрямований на розвиток суб'єктивних характеристик особистості: цінностей, творчого потенціалу, самоконтролю, рефлексивних здібностей (заняття на тему: «Розвиток професійної рефлексії», «Цінності та якості особистості», «Розвиток впевненості в собі», Формування емоційної компетентності військовослужбовців);

- третій етап подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців передбачає розвиток інтелектуальних характеристик (заняття на тему: «Розвиток когнітивних процесів у військовослужбовців», «Застосування мисленнєвих стратегій у подоланні посттравматичних стресових порушень»).

3.3. Динаміка зміни посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери військовослужбовців в експериментальній і контрольній групах в умовах цілеспрямованого психологічного впливу

Апробація запропонованих психологічних заходів, спрямованих на подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців, зумовила зміни в їх структурних компонентах.

Робота з подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців (64 особи) – експериментальна група (ЕГ). Під час роботи тренінгу ЕГ була поділена на дві підгрупи по 32 досліджуваних. Контрольна група (КГ) включала таку саму кількість корекційних педагогів.

Мета завершального етапу роботи полягала в проведенні порівняльного аналізу кількісних і якісних результатів після формувального експерименту в учасників експериментальної групи з показниками констатувального експерименту та, відповідно, контрольної групи, а також аналізу виявів цього особистісного явища в КГ і ЕГ після формувального експерименту, що дозволило нам визначити динаміку розвитку подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців, встановити достовірність виявлених змін для підтвердження ефективності проведеної роботи тренінгу.

Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання цього етапу експериментального дослідження:

- 1) здійснити порівняльний аналіз критеріїв, показників діагностування подолання посттравматичних стресових порушень в експериментальній групі (до та після формувального експерименту);
- 2) визначити особливості динаміки виявів подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців (до та після формувального експерименту);
- 3) порівняти динаміку подолання посттравматичних стресових порушень в КГ та ЕГ після цілеспрямованого експериментального впливу.

За результатами апробації авторської програми було проведено контрольний експеримент за тими ж методиками, що й на констатувальному етапі дослідження. Кількісні показники структурних компонентів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців до і після апробації авторської програми представлено в таблиці.

Результати завершального етапу експериментального дослідження оброблялися за допомогою t-критерія Стьюдента. Кількісні показники рівнів подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців експериментальної та контрольної груп подано в табл. 3.1.

**Динаміка розвитку показників інтелектуального компонента в
учасників експериментальної та контрольної груп до і після
формуального експерименту**

Показник інтелектуального компонента		До формуального експерименту						Після формуального експерименту						t-крит
		Н		С		В		Н		С		В		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Знаходження числових закономірностей	ЕГ	13	37	12	38	7	25	7	24	16	43	9	33	2,371
	КГ	10	27	13	45	9	28	10	32	14	38	8	30	
		2,873						3,457						
Узагальнення	ЕГ	10	35	13	39	9	26	8	26	15	44	9	30	2,482
	КГ	17	58	9	24	6	18	11	32	13	41	8	27	
		1,113						2,247						
Обсяг пам'яті	ЕГ	14	31	10	47	8	22	8	13	14	52	10	35	2,172
	КГ	16	37	9	51	7	12	5	20	15	55	12	25	
		2,459						3,528						

*- $p < 0,05$

Як свідчать дані табл. 2, у військовослужбовців експериментальної групи у стані *інтелектуального компонента* статистично значимо підвищились рівні таких показників як: знаходження числових закономірностей ($t = 2,371$ при $p \leq 0,05$), узагальнення ($t = 2,482$, де $p \leq 0,05$), а також з'явилась тенденція до зростання рівня обсягу пам'яті ($t = 2,172$, де $p \leq 0,05$). У військовослужбовців підвищився показник знаходження числових закономірностей, узагальнення та зріс обсяг пам'яті, що вплинуло на підвищення ефективності розумових операцій та мисленнєвих дій.

Показники інтелектуального компонента показані на рисунку 3.1.

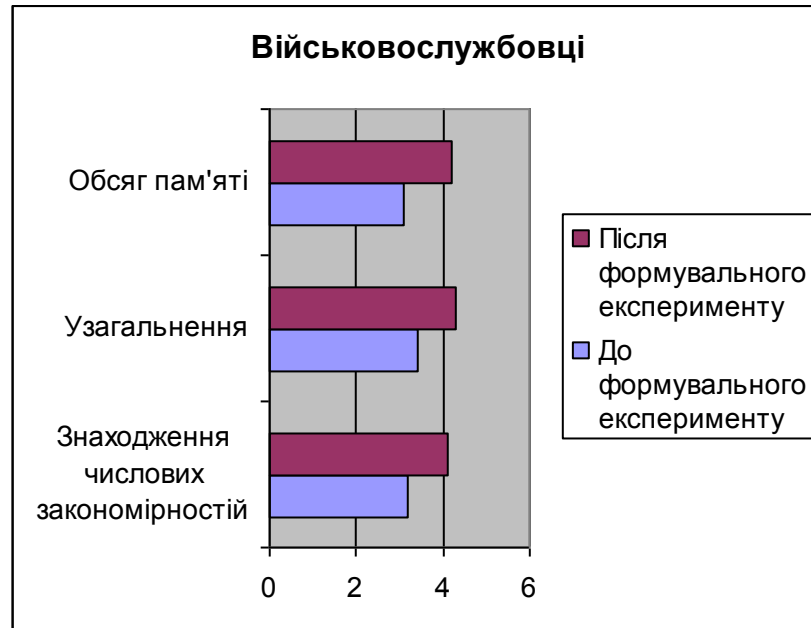


Рис. 3.1. Динаміка показників інтелектуального компонента до та після проведення формувального експерименту

Також у зазначених представників експериментальної групи статистично виявлено зниження рівнів таких складових *емоційно-вольового компонента* як: невротизація ($t = 2,386$ при $p \leq 0,05$), підвищення адаптивності ($t = 2,477$, де $p \leq 0,05$), самовладання ($t = 2,623$, де $p \leq 0,05$). У військовослужбовців підвищився показник адаптивності та самовладання, що впливає на рівень стресостійкості та адаптації професійному середовищі.

В учасників експериментальної групи також статистично підтверджено зростання показників адаптивності (з 32 % до 34 %), самовладання (з 23 % до 31 %) та зниження невротизації (з 44 % до 23 %) дані є статистично значущими.

Натомість, в учасників контрольної групи також статистично підтверджено зростання показників адаптивності (з 30 % до 34 %), самовладання (з 22 % до 29 %) та зниження невротизації (з 28 % до 24 %), однак отримані дані не є статистично значущими.

**Динаміка розвитку показників емоційно-вольового компонента в
учасників експериментальної та контрольної груп до і після
формульованого експерименту**

Показник емоційно- вольового компонента		До формульованого Експерименту						Після формульованого експерименту						t-крит
		Н		С		В		Н		С		В		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Невротизація	ЕГ	6	24	8	32	18	44	25	48	7	29	4	23	2,383
	КГ	12	35	15	37	5	28	20	31	19	30	14	15	
		3,467						4,235						
Адаптивність	ЕГ	8	19	16	49	8	32	3	16	19	50	10	34	2,477
	КГ	7	26	20	44	5	30	5	19	18	47	9	34	
	Г	4,274						5,312						
Самовладання	ЕГ	10	29	16	48	6	23	4	12	19	57	9	31	2,623
	КГ	9	33	15	45	8	22	6	22	20	49	6	29	
		5,373						5,639						

*- $p < 0,05$

Розвиток означених якостей дозволить військовослужбовцям адекватніше ставитись до власних можливостей, краще адаптовуватись до нової ситуації, ефективніше виконувати роботу, а також проявляти отримані знання та вольові якості при реалізації власних задумів.

Показники емоційно-вольового компонента показані на рисунку 3.2.

За допомогою факторного аналізу після впровадження комплексної програми подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців ми виявили динаміку в досліджуваних рівня розвитку кожного фактора та за допомогою t-критерія Стюдента порівняли його значення до та після експериментального впливу.

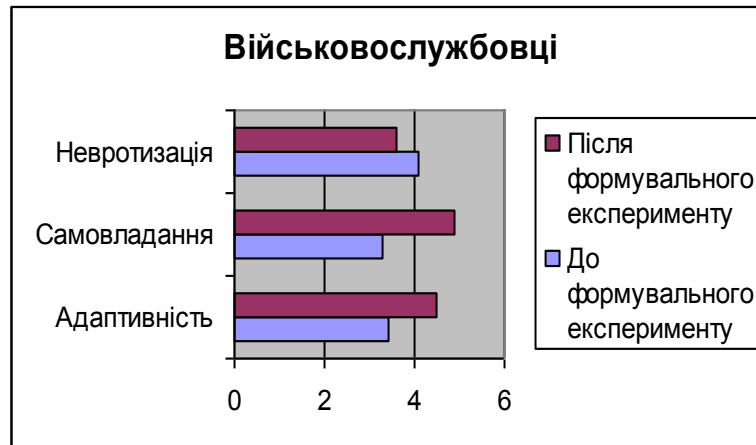


Рис. 3.2. Динаміка показників емоційно-вольового компонента до та після проведення формувального експерименту

У результаті дослідження рівнів розвитку фактора «Класифікація» виявлено, що після проведеної розвивальної роботи в учасників експериментальної групи зросла кількість осіб з середнім (з 45 % до 52 %) та високим (з 24% до 32%) рівнями цього фактору та зменшилась з низьким (з 8% до 4%) ($t= 1,342$ при $p \leq 0,05$). Дослідження також засвідчило значущу різницю між рівнями розвитку цього фактору в експериментальної та контрольної груп. Таким чином, у військовослужбовців експериментальної групи порівняно з учасниками контрольної групи зріс рівень розвитку показників подолання посттравматичного стресового розладу.

У військовослужбовців контрольної групи при цьому рівні розвитку фактору «Класифікація» статистично значуще не змінилися. Порівняння показників фактору «Узагальнення» в учасників експериментальної групи до та після реалізації комплексної програми *подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку серед військовослужбовців* виявило, що серед них зросла кількість тих, хто має високий його рівень розвитку (з 16% до 35 %) за рахунок зменшення кількості осіб з низьким (з 36% до 26%) та середнім рівнем (з 51% до 48 %). Такі зміни є статистично значущими ($t= 2,244$ при $p \leq 0,05$).

В учасників контрольної групи також зросла кількість осіб з високим рівнем розвитку фактору «Узагальнення» (з 10% до 17%) за рахунок зменшення кількості осіб з низьким його рівнем (з 8% до 6%), ці результати є статистично

значущими. Аналіз результатів повторної діагностики фактора «Обсяг пам'яті», які утворили експериментальну групу, дозволив зробити висновки, що хоча серед них зменшилась кількість осіб з низьким рівнем його розвитку (з 27 % до 20 %) і зросла з середнім (з 48% до 50 %) та високим (з 29 % до 32 %), ці зміни є статистично значущими ($t= 2,236$ при $p \geq 0,05$). В учасників контрольної групи також зросла кількість осіб з високим рівнем розвитку фактора «Обсяг пам'яті» (з 21% до 24%) за рахунок зменшення кількості осіб з низьким його рівнем (з 27% до 20%), ці результати є статистично значущими.

Вивчення динаміки змін рівнів фактора «Самовладання» свідчить, що серед них зменшилась кількість осіб з низьким рівнем його розвитку (з 29 % до 14 %) і зросла з середнім (з 40% до 48 %) та високим (з 31 % до 38 %), ці зміни є статистично значущими ($t= 0,253$ при $p \geq 0,05$). В учасників контрольної групи також зросла кількість осіб з високим рівнем розвитку фактора «Самовладання» (з 26% до 28%) за рахунок зменшення кількості осіб з низьким його рівнем (з 31% до 25%), ці результати також є статистично значущими.

Аналіз результатів повторної діагностики фактора «Адаптивність», що утворили експериментальну групу, дозволив зробити висновки, що хоча серед них зменшилась кількість осіб з низьким рівнем його розвитку (з 24 % до 16 %) і зросла з середнім (з 42 % до 47 %) та високим (з 34 % до 37 %), однак такі зміни не є значущими ($t= -0,342$ при $p \geq 0,05$). В учасників контрольної групи також зменшилась кількість осіб з низьким рівнем його розвитку (з 22 % до 16 %) і зросла з середнім (з 52 % до 53 %) та високим (з 26 % до 28 %), ці результати є статистично значущими. Динаміка показників рівнів факторного навантаження складових компонентів подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту представлена у таблиці 3.2.

Таким чином, виявлення рівнів компонентів подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців дозволяє зробити висновки, що військовослужбовці, в роботі з якими була впроваджена програма «Подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та

емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців», мають вищий рівень її розвитку, ніж ті, з якими не проводилось таких занять.

Таблиця 3.2.

Динаміка показників рівнів факторного навантаження складових компонентів подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців експериментальної та контрольної груп до та після експерименту n = 64

Фактор		До експерименту						Після експерименту						t- крит
		Н		С		В		Н		С		В		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Класифікація	ЕГ	8	31	17	45	7	24	4	16	18	52	10	32	1,342
	КГ	7	27	15	48	10	25	5	25	21	44	6	31	
Узагальнення	ЕГ	7	33	18	51	6	16	4	17	19	48	9	35	2,245
	КГ	8	36	17	54	7	10	6	26	14	57	12	17	
Обсяг пам'яті	ЕГ	9	23	15	48	8	29	5	18	16	50	11	32	2,236
	КГ	11	27	16	52	6	21	8	20	14	56	10	24	
Самовладання	ЕГ	6	29	18	40	8	31	3	14	19	48	10	38	0,253
	КГ	8	31	20	44	4	25	5	25	19	46	8	29	
Адаптивність	ЕГ	7	24	15	42	10	34	5	16	14	47	13	37	-
	КГ	6	22	17	52	9	26	4	19	16	53	12	28	

Військовослужбовці експериментальної групи стали більш адаптованими, врівноваженими, стресостійкими, здатними приймати самостійні рішення та брати на себе відповідальність за власні вчинки. Вони об'єктивніше сприймають себе та власні можливості, спрямовані на успішне подолання посттравматичних стресових розладів.

У свою чергу, активізація механізмів, які лежать в основі подолання посттравматичного стресового розладу було здійснено шляхом організації

цілеспрямованого психолого-педагогічного впливу, передбачала якісні та кількісні зміни складових психологічних механізмів, що подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, а саме: знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсяг пам'яті) (*інтелектуальний чинник*), невротизація, адаптивність, самовладання (*емоційно-вольовий чинник*). Динаміка показників механізму інтелектуального компонента представлена у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Динаміка показників механізму інтелектуального компонента в учасників експериментальної та контрольної груп до і після експерименту

Показник		До формувального Експерименту						Після формувального експерименту						t-крит
		Н		С		В		Н		С		В		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Знаходження числових закономірностей	ЕГ	8	25	15	47	9	28	4	12	17	55	1	33	2,573
	К	10	31	12	51	1	18	6	22	12	53	1	25	
	Г					0						4		
		2,374						3,275						
Узагальнення	ЕГ	8	18	19	50	5	32	4	9	20	54	8	3	1,329
	К	6	24	22	52	4	24	3	17	19	53	1	3	
	Г											0	0	
		3,426						4,627						
Обсяг пам'яті	ЕГ	11	23	14	45	7	32	4	8	19	54	9	3	2,556
	К	13	30	16	42	3	28	9	23	17	47	6	3	
	Г											0		
		4,392						5,043						

*p<0,05

Динаміка показників емоційно-вольового компонента представлена у таблиці 3.5.

Динаміка показників механізму емоційно-вольового компонента в учасників експериментальної та контрольної груп до і після експерименту

Показник		До формувального Експерименту						Після формувального експерименту						t-крит
		Н		С		В		Н		С		В		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Невротизація	Е	1	23	16	42	6	35	9	38	20	46	3	16	2,725
	Г	0												
	К	1	32	18	40	4	2	6	24	14	44	1	32	
	Г	0					8					2		
		2,567						3,652						
Адаптивність	Е	8	22	13	41	1	3	6	13	16	48	1	3	2,312
	Г					1	7					0	9	
	К	1	28	14	36	7	3	7	24	18	44	7	3	
	Г	1					6						2	
		3,265						4,387						
Самовладання	Е	9	19	11	48	1	3	5	16	14	49	1	3	2,623
	Г					2	3					3	5	
	К	1	33	13	42	4	2	6	19	14	46	1	3	
	Г	5					5					2	5	
		3,423						4,235						

*p<0,05

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що всі прийоми та засоби психолого-педагогічного впливу виявилися адекватними меті та основним завданням дисертаційного дослідження, що й забезпечило їх успішну реалізацію. Про це свідчить динаміка показників рівнів подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців

експериментальної групи, що підтверджено результатами статистичної обробки, аналізу та інтерпретації отриманих даних.

Зміст програми спрямований на створення психологічних умов для цілісного подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців і на вирішення в процесі такого розвитку конкретних проблем, які виникають в інтелектуальній та емоційно-вольовій сфері у військовослужбовців. Вибір розвиткових заходів визначено за результатами констатувального та формувального експерименту.

Для реалізації психологічної моделі з *подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців* визначено такі принципи: 1) цілісність (реалізація всіх етапів системи засобів і до всіх учасників), 2) послідовність і наступність (ефективність подолання посттравматичного стресового розладу від реалізації попередніх її етапів), 3) врахування особливостей соціального оточення (опір на знання, соціально-економічні умови життя особистості).

Психологічна програма з подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців має такі етапи: підготовчий етап: ознайомити військовослужбовців з основними принципами і прийомами тренінгу; сформуванню позитивне ставлення до занять; визначити сутність посттравматичного стресового розладу. Основний етап спрямований на формування у військовослужбовців впевненість в успішному виконанні професійної діяльності, яка узгоджує смислову перспективу, допомагає позитивно мислити, знаходити шляхи вирішення; очікування та конструювання бажаного результату (інтелектуальний компонент); сприяти зростанню власної ефективності шляхом розвитку впевненості у власних здібностях з очікуванням успіху, усвідомлення та інтеграції позитивних і негативних оцінок відносно успішності своїх дій, навчання прийомам регуляції власної поведінки (емоційно-вольовий). Підсумковий етап спрямований на узагальнення досвіду, отриманого військовослужбовцями у процесі роботи тренінгу.

Розвивальна робота орієнтована на інтелектуальну, емоційно-вольову сфери у військовослужбовців. Подолання посттравматичного стресового

розладу може здійснюватися як в груповій та і в індивідуальній формах. Вибір конкретної форми залежить від характеру проблеми та побажань військовослужбовця. Одним із видів групової форми роботи з військовослужбовцями є тренінг. Це форма активного навчання, що дозволяє людині формувати в собі навички й уміння побудови продуктивних соціальних міжособистісних стосунків, продуктивної навчальної й іншої діяльності, аналізу виникаючих ситуацій зі своєї точки зору й позиції партнера, розвивати в собі здібності пізнання й розуміння себе й інших у процесі спілкування й діяльності.

Тренінг дозволяє учасникам усвідомити сформовані раніше погляди і вирішити особистісні проблеми, в процесі роботи відбувається зміна внутрішніх установок, учасники поповнюють свої психологічні знання та набувають досвіду позитивного ставлення до себе і до інших.

Висновки до третього розділу

Узагальнення результатів формувальної дослідно-експериментальної роботи дозволило зробити такі висновки:

1. На основі проведеного теоретичного аналізу стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців визначено, що структуру посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців утворюють такі компоненти: інтелектуальний, емоційно-вольовий. Інтелектуальний компонент містить системні знання і професійну обізнаність, володіння навичками професійної компетентності у діяльності військовослужбовців (професійний досвід). Емоційно-вольовий компонент виражає усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, наявність у них таких професійно важливих якостей, як: емоційна сталість, стресостійкість, самовладання наполегливість, схильність до ризику, врівноваженість, комунікабельність, вміння здійснювати самоаналіз власної діяльності.

2. Метою «Програми подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців» є цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень шляхом актуалізації структурних компонентів. Головною формою впливу обрано соціально-психологічний тренінг. Програма включає чотири етапи: підготовчий, основний, підсумковий, що охоплює 27 занять загальним обсягом 72 години, тривалістю 2 години кожне, упродовж шести місяців.

У програмі було використано міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, моделювання, психотерапевтичні прийоми: елементи арт-терапії, психомалювання тощо. Змістовно заняття були спрямовані як на розвиток кожного окремого компонента посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, так і комплексно – на всі складові посттравматичного стресового розладу. За кожним компонентом, зокрема їх розвитком у корекційних педагогів, було передбачено використання як індивідуальних, так і групових форм роботи і заплановано застосування таких форм і методів навчання: бесіди – «Моє сприймання психотравмуючої ситуації», «Власні рефлексії щодо посттравматичного стресового порушення», «Я зможу знайти в собі сили подолати посттравматичний стресовий розлад»; лекції на тему: «Шляхи подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців», «Цінності та якості особистості», «Розвиток творчого мислення»; інтелектуальних тренінгів на теми: «Досягнення успіху у професійній діяльності військовослужбовців», «Формування емоційної компетентності військовослужбовців»; дискусії на тему: «Моя поведінка і дії, коли виникає посттравматичний стресовий розлад», «Стратегії подолання негативних емоційних станів»; проєктивні моделі, в яких виникає відчуття страху, тривоги, агресії, фрустрації, застосовувалися з метою опрацювання корекційних і психотерапевтичних дій психологів (заспокоїти, переконати, підтримати, знайти внутрішні ресурси у подоланні посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців).

3. Реалізація програми представлена теоретичною схемою подолання

посттравматичних порушень у військовослужбовців, яка сформована на основі теоретичного аналізу. Подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців, реалізується на основі актуалізації визначених нами структурних компонентів, на розвиток яких була спрямована практична робота: *інтелектуальної* (знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсяг пам'яті) складових, які є провідними для розвитку інтелектуального компоненту посттравматичного стресового розладу.

4. Вивчення динаміки інтелектуального компоненту подолання посттравматичного стресового розладу засвідчило, що у військовослужбовців підвищився показник знаходження числових закономірностей, узагальнення та зріс обсяг пам'яті, що вплинуло на підвищення ефективності розумових операцій та мисленнєвих дій. Розглядаючи емоційно-вольовий компонент подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, ми дійшли висновку, що розвиток означених якостей дозволить військовослужбовцям адекватніше ставитись до власних можливостей, краще адаптовуватись до нової ситуації, ефективніше виконувати роботу, а також проявляти отримані знання та вольові якості при реалізації власних задумів. Таким чином, результати дослідження подолання посттравматичних порушень у військовослужбовців засвідчили позитивні зміни у змісті її компонентів, що дає підстави стверджувати, що усі прийоми та засоби експериментального впливу виявилися адекватними до мети та основних завдань дисертаційного дослідження.

Отримані результати, за підсумками проведення формувального експерименту, дозволяють стверджувати, що програма подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед військовослужбовців є ефективною, а її впровадження у роботу ВВНЗ сприятиме фаховій підготовці військовослужбовців-курсантів – дозволить запобігти виникненню посттравматичного стресового розладу та зумовить особистісне зростання.

Зміст 3 розділу дисертації представлено у таких публікаціях автора:

1. Музичко Л. Т. Комплексна психологічна корекція посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. Вип. 34. С. 134-139.

2. Музичко Л. Т. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. Праць. Вип. 10 / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський, ПП «Медобори – 2006», 2017. С. 289-299.

5. 3. Музичко Л. Т. Особливості когнітивної сфери молоді із посттравматичним порушенням // Наук.-метод. журнал «Логопедія». 2018. № 12. С. 41-53.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження проблеми подолання посттравматичного стресового порушення у курсантів-військовослужбовців.

1. Посттравматичний стресовий розлад визначається як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликані подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду. У професійній діяльності військовослужбовців виділено такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі і створює негативний вплив на психіку військового; довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуацій професійного стресу.

2. Структуру посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців утворюють такі компоненти: поведінковий, інтелектуальний, емоційно-вольовий. Інтелектуальний компонент містить системні знання й професійну обізнаність, володіння навичками професійної компетентності в діяльності військовослужбовців (професійний досвід). Емоційно-вольовий компонент виражає усвідомлене ставлення військовослужбовців до професійної діяльності, наявність у них таких професійно важливих якостей, як: емоційна сталість, стресостійкість, самовладання, наполегливість, схильність до ризику, урівноваженість. Поведінковий компонент знаходить своє вираження у комунікабельності, умінні здійснювати самоаналіз власної діяльності.

3. У курсантів-військовослужбовців виявлено високий рівень наявності стресового розладу, фрустрації, агресивності, ригідності, невротизації, невротичності, спонтанної агресії, депресивності, дратівливості, комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресії, відкритості, екстраверсії, емоційної лабільності, маскулітності, адаптивності,

комунікативних здібностей, наполегливості, самовладання та схильності до ризику.

Дослідження інтелектуальної сфери посттравматичного порушення у військовослужбовців дозволяє зробити висновок про те, що більшість з них характеризується середнім рівнем загальної обізнаності і інформованості у різних сферах знань, класифікацією понять, встановленням аналогій, знаходженням числових закономірностей, умінням мислено оперувати зображеннями фігур на площині, зниженим обсягом пам'яті та інтелектуальної діяльності. Компонент посттравматичного порушення емоційно-вольової сфери характеризується високим рівнем наявності стресового розладу, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю, рівнем невротизації, невротичністю, спонтанною агресивністю, депресивністю, дратівливістю, комунікабельністю, помірною врівноваженістю, реактивною агресивністю, відкритістю, екстравертованістю, емоційною лабільністю, маскулінністю, зниженням нервово-психічної стійкості, комунікативними здібностями, моральною нормативністю та особистісним адаптивним потенціалом, наполегливістю, самовладанням, високим рівнем схильності до ризику. Інтелектуальний та емоційно-вольовий компоненти посттравматичного стресового порушення у військовослужбовців характеризуються високим, середнім та низьким рівнями розвитку. У військовослужбовців найсформованішим є інтелектуальний компонент як результат отримання військової освіти, а найменш – емоційно-вольовий. Сформованість інтелектуального компонента свідчить про якісний результат професійної орієнтації в частині фахових компетенцій та прагнення військовослужбовців до вдосконалення в професійній діяльності, а низький рівень емоційно-вольового компонента зумовлено відсутністю досвіду пережиття граничних стресових навантажень, ще несформованим професійним підходом до забезпечення морально-психологічної стійкості бійців в умовах відкритого протистояння, відсутності чи несвоечасності надання психологічної допомоги у бойових умовах.

4. Соціально-психологічна реабілітація курсантів-військовослужбовців передбачає комплексний психологічний вплив, що складається з

взаємопов'язаних компонентів: діагностики соціально-психологічних проблем; психологічного консультування з питань успішної соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності, вирішення особистісних і сімейних проблем; психокорекційної та психотерапевтичної роботи; психологічної реабілітації; професійно-психологічної підготовки, яка включає ряд необхідних тренінгів (профорієнтаційний, комунікативний, тренінг упевненості в собі, тренінг щодо підвищення стресостійкості). Теоретичним підґрунтям програми подолання посттравматичних стресових порушень у військовослужбовців були положення гуманістичного й особистісно-орієнтованого підходів у формуванні особистості. Змістовно теоретичну модель і авторську програму спрямовано на актуалізацію структурних компонентів посттравматичних стресових порушень та окремих його показників, і тих особистісних якостей, які можна було сформулювати за короткий проміжок часу активними соціально-психологічними методами навчання.

5. Результати апробації засвідчили ефективність запропонованої експериментальної психологічної програми з подолання посттравматичних стресових порушень у курсантів-військовослужбовців і підтвердили припущення про те, що процес психокорекційної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуальної й емоційно-вольової сфери буде ефективнішим за умов цілеспрямованого впливу на структурні компоненти інтелектуального та емоційно-вольового розвитку. Так, отримані результати довели, що після проходження психологічного тренінгу у військовослужбовців виявлено зростання рівня знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсягу пам'яті, адаптивності, самовладання та зниження рівня невротизації. В учасників експериментальної групи статистично значущі результати зростання показників адаптивності (з 32,6 % до 34,3 %), самовладання (з 23,2 % до 31,5 %) та зниження невротизації (з 44,3 % до 23,4 %), підвищився рівень самовладання (з 31,3 % до 38,2%).

Проведене дослідження не претендує на вичерпний виклад усіх аспектів заявленої проблеми. Предметом подальших наукових пошуків має стати

виявлення індивідуальних і гендерних особливостей подолання посттравматичних стресових порушень, вивчення впливу посттравматичних стресових порушень на інші сфери життєдіяльності людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. Практикум по психологическому консультированию. Екатеринбург : Деловая книга, 1995. 128с.
2. Айви А., Айви М., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и практики: практическое руководство. Москва : Просвещение, 2000. 487 с.
3. Адлер А. Понять природу человека : монография Санкт-Петербург : Гуманитарное агентство «Академический проект», 1997. 256 с.
4. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / [А. Капська, О. Безпалько, Р. Вайнола] ; за заг. наук. ред. А. Капської. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2002. 164 с.
5. Александров, А. Личностно-ориентированные методы психотерапии : монография. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 237 с.
6. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
7. Альбульханова К. Деятельность и психология личности : монография. Москва : Наука, 1980. 336 с.
8. Айзенк Г. Интеллект: новый взгляд. *Вопросы психологии*. 1995. № 1. С. 111-131.
9. Ананьев Б. Комплексное изучение человека и психологическая диагностика. *Вопросы психологии*. 1968. № 6. С. 21-33.
10. Ананьев Б. Человек как предмет познания : монография. Львів : Издательство ЛГУ, 1968. 339 с.
11. Анциферова Л. Свідомість і дії особистості у важких життєвих ситуаціях. *Психологічний журнал*. 1996. № 1. С. 3-15.
12. Аракелов Г. Стресс и его механизмы. *Вестник Московского университета*. 1995. № 4. С. 45-54.

13. Бадалова М. Структура и содержание тренинга интеллектуальных навыков консультирования. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 3. С. 16-39.
14. Бадалова, М. Тренинг интеллектуальных навыков консультирования. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 5. С. 45-60.
15. Балл Г. Нормы деятельности и творческая активность личности. *Вопросы психологии*. 1990. № 6. С. 92-101.
16. Балл Г. Про психологічні засади формування готовності до професійної праці. Психолого-педагогічні проблеми професійної освіти : наук.-метод. зб. / редкол.: І.А.Зязюн (голова) [та ін.]. Київ : Видавничий Дім «Слово», 1994. 100 с.
17. Барденштейн Л. К истории учения о посттравматическом стрессовом расстройстве / Л. Барденштейн, В. Копытин, В. Молодецких и др. *Российский медицинский журнал*. 2007. №4. С. 51–53.
18. Безпалько О. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навчальний посібник : Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 134 с.
19. Бех І. Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади. Виховання особистості. Київ : Либідь, 2003. 344с.
20. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.
21. Бодров В. Проблемы профессионального психологического отбора. *Психологический журнал*. 1985. № 2. С. 103-106.
22. Бодров В., Орлов В. Психология и надежность: человек в системах управления техникой. Москва : Издательство Институт психологии РАН, 1998. 288 с.
23. Божович Л. Этапы формирования личности в онтогенезе. Психология развития : монография : Санкт-Петербург : Академия, 2001. 271 с.
24. Бондаренко А. Социальная психотерапия личности. Київ : КГПИИЯ, 1991. 189 с.

25. Варій М. Морально-психологічний стан військ : навчальний посібник : Москва : Варій – Л.: ВІ ДУ ЛПІ, 2000. 162 с.
26. Василюк Ф. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). Москва : Издательство Московского университета, 1984. 200 с.
27. Ващенко І., Антонова О. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Київ : Знання, 1998. 289 с.
28. Вачков И. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъектного подхода к групповой работе : учебное пособие : Санкт-Петербург : Речь, 2004. 272 с.
29. Васьковская С., Горностай П. Психологическое консультирование: Ситуационные задачи. Київ : Вища школа, 1996. 192 с.
30. Виготський Л. Основные проблемы дефектологии. Собрание сочинений. Москва : Педагогика, 1983. 256 с.
31. Військове виховання: історія, теорія та методика : навчальний посібник / за ред. В. Ягупова. Київ : Graphic & Design, 2002. 560 с.
32. Ганзен В. Системные описания в психологии. Санкт-Петербург : Издательство университета, 1984. 176 с.
33. Гринберг Дж. Управление стрессом : монографія : Санкт-Петербург : Речь, 2004. 257 с.
34. Гуменюк О. Психологія Я-концепції : монографія : Тернопіль : Економічна думка, 2002. 186с.
35. Джеймс М., Рожденные выигрывать. Трансакционный анализ с гештальтупражнениями. Москва : Издательская группа «Прогресс – Универс», 1995. 336 с.
36. Джонсон Д. Встановлення та збереження довіри. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. №6. С. 22-29
37. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. Тімченка. Харків :УЦЗУ, 2007. 502 с.
38. Емельянов Ю. Активное социально-психологическое обучение. Санкт-Петербург : Речь, 1985. 168 с.

39. Ениколопов С. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 50–56
40. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5-16
41. Исаева Е. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза : автореф. дис. на соиск. ученой степени доктора псих. наук : спец. 19.00.04 / Санкт-Петербургский государственный университет. Санкт-Петербург, 2010. С. 4–15.
42. Калмыкова Е. Особенности психотерапии посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2001. № 4. С. 70–80.
43. Кекелидзе З., Портнова А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2002. №12. С.56-62.
44. Китаев-Смык Л. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. Москва : Академический Проект, 2009. 943 с.
45. Козлов А. Как повысить самооценку: способы воспитания здорового эгоизма. Санкт-Петербург : Речь, 2009. 176 с.
46. Козинчук А. Найбільша проблема для демобілізованих бійців АТО – дезадаптація URL: http://zik.ua/news/2015/09/03/psycholog_naybilsha_problema_dlya_demobilizovanyh_biytsiv_ato__dezadaptatsiya_621401 (дата звернення 21.09.2017).
47. Кокс Т. Стресс : монографія : Москва : Медицина, 1981. 216 с.
48. Колодич, Е., Павлова И. Возможности социально-психологического тренинга в процессе повышения эмоциональной устойчивости учащихся. *Мир психологии*, 1999. №4. С. 17-21.
49. Колодзин Б. Как жить после психической травмы : монографія : Москва : Кооператив «Шанс», 1992. 96 с.

50. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник : Київ : Гнозис, 2013. 116 с.
51. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції: Підготовка психолога-практика : навчальний посібник / за ред. Т. Яценко. Київ : Вища школа, 2008. 342 с.
52. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики. Санкт-Петербург : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. 640 с.
53. Кравцова О. Сексуальное насилие как психологическая травма : дис... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 / Ольга Олександрівна Кравцова; Московський державний університет імені М.В. Ломоносова. Москва, 2000. 187 с.
54. Краснов В., Юркий М., Войцех В. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1993. №1. С. 5-10.
55. Кривоконь Н. Соціально-психологічне забезпечення соціальної роботи монографія. Харків : Видавництво ФОП Олійник, 2011. 480 с.
56. Кузікова С. Психологічні основи становлення суб'єкта саморозвитку в юнацькому віці : монографія. Суми : МакДен, 2012. 410 с.
57. Кутузова Д. Введение в нарративную практику. *Практический психолог*. 2011. №2. С. 23-41
58. Лазарус Р. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. Психологические факторы на работе и охрана здоровья. Женева, 1989. с. 126.
59. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Санкт-Петербург : Медицина, 1970. 208 с.
60. Лазебная О., Зеленова М. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. *Психологический журнал*. 1999. №5. С. 63 - 67.

61. Лакосина Я., Сергеев И., Воскресенский Б. и др. Клиническая характеристика психических нарушений у населения, проживающего в зоне радиационного заражения. *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1992. № 5. С. 69-71
62. Леонова А. Основные подходы к изучению профессионального стресса. *Вестник Московского университета*. 2000. № 3. С. 4- 21.
63. Леонтьев О. Лекции по общей психологии : учеб. пособие для вузов по спец. «Психология» / Под. ред. Д. Леонтьева. Е. Соколовой. Москва : Смысл, 2000. 509 с.
64. Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. Москва : Наука, 1983. 316 с.
65. Ломакін Г. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин. *Проблеми емпіричних досліджень у психології* / За ред. І. Данилюка, І.В. Ващенко. Київ : ОВС, 2012. С. 94-100.
66. Маклаков А., Чермянін С., Шустов Е. Проблеми прогнозування психологічних наслідків локальних військових конфліктів. *Психологічний журнал*. 1998. № 2. С. 15-27.
67. Максименко С. Фахівця потрібно моделювати (наукові основи готовності випускника педвузу до педагогічної діяльності). *Рідна школа*. 1994. № 3/4. С. 68–72.
68. Малкина-Пых И. Экстремальные ситуации. Москва : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
69. Малкина-Пых И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
70. Мардахаев Л. Социальная педагогика : ученик : Москва : Гардарики, 2005. 269 с.
71. Маслоу А. По направлениям к психологи бытия. Москва : Изд-во ЭКСМО-ПРЕСС, 2002. 272 с.
72. Моляко В. Психологическая система тренинга конструктивного мышления. *Вопросы психологии*. 2000. №1. С.136-149.

73. Моляко В. Творческая конструкторология (пролегомены). Київ : Освита України, 2007. 388 с.
74. Мясищев В. Личность и неврозы. Санкт-Петербург : Изд-во Речь, 1960. 255с.
75. Наенко Н. Психическая напряжённость. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1976. 112 с.
76. Напреенко А. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) . *Архив психиатрии*. 2001. № 3 (26). С. 33-42.
77. Нартова-Бочавер С. «Coping Behavior» в системе понятий психологи личности. *Психологический журнал*. 1997. № 5. С. 20 – 30.
78. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 464 с.
79. Нижник Л., Сагірова О. Допомога дітям з особливими потребами. Київ : Академія, 2004. 120 с.
80. Островська К. Психологічні чинники професійного вигорання у корекційних педагогів. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр.* / за ред. В. Синьова. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. № 21. Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. С. 399 –405.
81. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт: пер. с англ., нем. / под ред. М. Дымшица, Д. Леонтьева; послесл. В. Кагана. Москва : Март, 1996. 336 с.
82. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва : Медицина, 1996. 464 с.
83. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / под. ред. Марищук В. Санкт-Петербург : Издательский дом, Сентябрь, 2001. 260 с.
84. Погодаев К. К биологическим основам «стресса» и «адаптационного синдрома». *Актуальные проблемы стресса*. 1982. № 5. С. 211-229
85. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане : Методические рекомендации / Под ред. Цыганков Б., Белкин А., Веткина В. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1992. 16 с.

86. Проблемы военной психологии : Хрестоматия / Под общ. ред. А. Тараса. Минск : Харвест, 2003. 640 с.
87. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
88. Психологічна енциклопедія / авт. – упоряд. О. М. Степанов. Київ : Академвидав, 2006. 424 с.
89. Психологія особистості: словник-довідник / [за редакцією П. Горностая, Т. Титаренко]. Київ : Рута, 2001. 320 с.
90. Психология и педагогика: учеб. пособ. / Под ред. А. Бодалева, В. Жукова, Л. Лаптева, В. Слостенина. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2002. 585 с.
91. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця . Київ : Академвидав, 2014. 34 с.
92. Пушкарёв А. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.
93. Райгородский Д. Практическая психодіагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. 672 с.
94. Решетников М. Психическая травма. Санкт-Петербург : Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. 322 с.
95. Роджерс К. О групповой психотерапии. Москва .: Гиль – Эстель, 1993. 224 с.
96. Роджерс К. Творчество как усилие себя. *Вопросы психологии*. 1990. № 1. С.164–168.
97. Ротштейн В. Посттравматический стрессовый синдром. Руководство по психиатрии / под ред. А. Тиганова. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1999 . 526 с.

98. Рудестам К. Групповая психотерапия, психокоррекционные группы – теория и практика. Москва : Прогресс, 1990. 357 с.
99. Рютін В. Педагогічні умови соціалізації військовослужбовців строкової служби: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.05 / Рютін Віталій Васильович; Луганський національний педагогічний ун-т ім. Т.Г. Шевченка. Луганск, 2006. 216 с.
100. Сальникова О. Психологические особенности возникновения посттравматических стрессовых состояний у сотрудников уголовно-исполнительной системы в различных условиях служебной деятельности : авто- реф. дис. на соиск. ученой степени канд. псих. наук : спец. 19.00.06 / Сальникова Ольга Юріївна, Академія права і управління. Москва, 2010. С. 5–8.
101. Сапогова Е. Практикум по консультативной психологии. Москва : Речь, 2009. 513 с.
102. Семёнова Е. Тренинг эмоциональной устойчивости педагога: учебное пособие. Москва : Психотерапия, 2006. 256 с.
103. Символ драма. Сборник научных трудов / под ред. Я. Обухова, В. Поликарпова. Минск. : Европейский гуманитарный университет, 2001. 416 с.
104. Синьова Є. Модернізація фахової підготовки тифлопедагогів України. *Збірник наукових праць: Матеріали Міжнародного науково-практичного семінару з проблем сліпо глухоти*. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2006. № 5. С. 35 – 44.
105. Синьов В., Коберник Г. Основы дефектології: навч. посібник. Київ : Вища школа, 1994. 143 с.
106. Синьов В. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофрено-педагогіки): підручник. Київ : Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2007. 238 с.
107. Социальная педагогика: учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений / под ред. В. Никитина. Москва : ВЛАДОС, 2002. 270 с.

108. Соціальна педагогіка: підручник / за редакцією А. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 256 с.
109. Стишонок И. Тренинг уверенности в себе : развитие и реализация новых возможностей. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 240 с.
110. Стресс жизни: Понять, противостоять и управлять им: Сборник. Санкт-Петербург : ТОО Лейла, 1994. 382 с.
111. Талызина Н. Управление процессом усвоения знаний. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1975. 343 с.
112. Тарабрина Н. Практикум по психологии посттравматического стресса. . Санкт-Петербург : Речь, 2001. 272 с.
113. Тарабрина Н. Психологические последствия вынужденной миграции. *Материалы V Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф»*. Минск, Республика Беларусь : Центр навчальної літератури, 1998. 182 с.
114. Тарабрина Н., Лазебная Е. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы. *Психологический журнал*. 1992. №2. С. 14-26.
115. Титаренко Т., Психологія життєвої кризи. – Київ : Академвидав, 1998. 374 с.
116. Титаренко Т. Сучасна психологія особистості. Київ : Марич, 2009. 232 с.
117. Тревога и тревожность / Соб. и общ.ред. В. Астапова. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 256 с.
118. Филатова О. Деадаптация личности в условиях чрезвычайных ситуаций. *Таврический журнал психиатрии*. 2011. № 4(57). С. 128-133
119. Фомічова Л. Проблеми психології вищої школи. *Психологія та педагогіка: спеціальні: у 2-х кн.: зб. наук. пр.* / за ред. Л. Фомічова. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2003. Кн. 1. С. 51–55.
120. Фопель К. Энергия паузы. Психологические игры и упражнения. Практическое пособие . Москва : Генезис, 2001. 240с.

121. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва : Прогресс. 1990. 355 с.
122. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. Москва : Прогресс, 1990. 355с.
123. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. Санкт-Петербург : Речь, 2001. 204с.
124. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Санкт-Петербург : Речь, 2002. 352 с.
125. Холодная М. Психология интеллекта: парадоксы исследования. Москва : Изд-во Барс, 1997. 235 с.
126. Цимбалюк І. Психологічне консультування та корекція. Навчальний посібник. Модульно-рейтинговий курс. Харків : Професіонал, 2009. 544с.
127. Чайка В. Факторы успешной социально-психологической адаптации офицеров, уволенных в запас, к трудовой деятельности. (Учебно-методическое пособие). Москва : Сфера, 2008. 288 с.
128. Чебыхин А. Эмоциональная регуляция учебно-познавательной деятельности. Одесса, 1992. 98 с.
129. Шагаева З., Швырев В. Опыт в структуре научно-познавательной деятельности. *Вопросы философии*, 1999. № 4. С. 41-67.
130. Шапар В. Психологічний тлумачний словник. – Харків : Прапор, 2004. 640 с.
131. Шевцов А. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: монографія. Київ : НТІ Інститут соціальної політики, 2004. 240 с.
132. Шеремет М. Основні тенденції модернізації підготовки корекційних педагогів в умовах реформування освітньої галузі. *Науково-методичний журнал «Логопедія»*, 2011. № 1. С.3-5.
133. Шульженко Д. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія. Київ : Д. М. Кейдун, 2009. 385 с.
134. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.
135. Якиманская И. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. Москва : Б-ка журн. Директор школы, 1996. 96 с.

136. Яценко Т. Теоретичні основи психологічної практики. *Проблеми вищої школи*, 1994. № 2. С. 58–64.
137. Aleksandrovskij Ju. Psihogenii v jekstremal'nyh uslovijah. Moscow : Medicina, 1991. 96 s.
138. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
139. Barolin G. Spontane kontrollierte Altersregression im Katathymen Bilderleben. *Psychother. Med. Psychol*, 1983. № 32. P. 111–117
140. Bartl G. Der Umgang mit der Grundstörung im katathymen Bilderleben. – Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1984. P. 117–129
141. Bleich A., Koslowsky M., Dolev A., Lerer B. Posttraumatic stress disorder and depression: an analysis of comorbidity. *Brit. J. Psychiatry*. 1997. Vol. 170. P. 479–482.
142. Brady K. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000. Vol. 61 (Suppl 7). P. 22-32.
143. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment. University of Southern California, Keck School of Medicine. Second edition, DSM-5 update. 428 p.
144. Burlachuk L. Psihodiagnostika: Uchebnik dlja vuzov. SPb. : Piter, 2012. 384 s.
145. Calhoun P., Beckham J., Bosworth H. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J. Trauma Stress*. 2002. Vol. 15. № 3. P. 205–212.
146. Cox T., Mackay C. A psychological model of occupational stress. A paper presented to Medical Research Council meeting Mental Health in Industry. London, November. 1976. 256 s.
147. Dunlop B. The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*. 2007. Vol. 64(3). P. 327-337.

148. Horowitz M., Weiss D., Kaltreider N. et al. Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984. Vol. 172. P. 383–392.
149. Figley C. Traumatic stress: the role of the family and social support system. *Trauma and Its Wake, Volume II: The Study and Treatment of PostTraumatic Stress Disorder*. New York: Brunner, 1985. P. 39–54.
150. Follette V., Polusny M., Bechtle A., Naugle A. Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, vol. 9, no. 1, pp. 25–37.
151. Kasl S. Epidemiological contributions to the study of work stresses // *Stress at work* / Cooper C., Payne R. (ed). Chichester: Wiley, 1978. P. 3-48
152. Kessler R. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. Vol. 52. P. 1048–1060.
153. Kramer E. Healing factors in guided affective imagery: A qualitative metaanalysis: Dissertation. Uion Institute and University, 2010. 368 ħ
154. Leuner H. *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1985. P. 10-35
155. Mitina O. *Razrabotka i adaptacija psihologicheskikh oprosnikov*. Moscow : Smysl, 2011. 235 s.
156. Musty R. Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Sciences*. 1995. Vol. 56 (23-24). P. 2151-2158
157. Nasledov A. *Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovanija. Analiz i interpretacija dannyh : Uchebnoe posobie*. Moscow : Rech', 2004. 392 s.
158. Schwartz L. A Biopsychosocial Treatment Approach to PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 3, 1990. P. 221-238
159. Rokeach M. *The Nature of Human Values*. New York: Free Press, 1973. 244p.
160. Thabet A. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. Vol. 45. P. 533-542

161. Ulric Ivan. Uber PTSD und Gruppen-psychotherapie mit Menschen, die durch Krieg traumatisiert sind. Die kroatische Erfahrung. *Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse*. Furderverein Gruppentherapie e.v.Munster: 2000. pp. 87-109.
162. Vodop'janova N. Psihodiagnostika stressa. — St. Petersburg : Piter, 2009. 336 s
163. Wang C. Decreased approach motivation in depression. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2006. Vol. 47. P. 505-511.
164. Welch M. Holding-Time. New York (NY): Saimon and Shuster, 1988. 254 p.
165. Weary G. Depression, Control Motivation, and the Processing of Information about Others. *Control Motivation and Social Cognition*. 1993. P. 255-287.
166. Weitz J. Psychological research needs on the problems of human stress. In: *Social and Psychological Factors in Stress* (ed. J.E. MsGrath). Holt Rinehart and Winston. New York, 1970. 250 s.
167. Zuroff D. Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*. 2007. Vol. 17 (2). P. 137-147.

Додаток А

Факторні навантаження для досліджуваної групи

<i>Фактори</i>	<i>ШКАЛИ</i>
«Самовладання»	наполегливість, самовладання, комунікабельність, наявність посттравматичного стресового розладу, маскулітність, відкритість, нервово-психічна стійкість, моральна нормативність, комунікативні здібності, рівень інтелекту
«Невротичність».	класифікація понять, тривожність, ригідність, невротичність, реактивна агресивність, емоційна лабільність, схильність до ризику, нервово-психічна стійкість, агресивність, самовладання
«Емоційна лабільність»	екстраверсія, емоційна лабільність, дратівливість, врівноваженість, сором'язливість, невротизація, спонтанна агресивність, наполегливість
«Наполегливість»	відкритість, самовладання, наявність стресового розладу моральна нормативність, наполегливість, узагальнення
«Емоційна лабільність»	тривожність, вміння знаходити числові закономірності ригідність, дратівливість, емоційна лабільність, фрустрація адаптивність, схильність до ризику

Додаток Б

1. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

1.1. Теоретичний курс

№ п/п	Назва змістового модуля	Кількість аудиторних годин
I-й модуль		
1	Посттравматичний стресовий розлад у діяльності військовослужбовців	3
2	Психологічні особливості молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку	3
3	Діагностика посттравматичного стресового розладу	3
4	Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу	3
II-й модуль		
1	Особливості психокорекційної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку	3
2	Особливості психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями із посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку	3
3	Застосування арттерапевтичних технік, короткотермінової терапії в роботі з військовослужбовцями	3
4	Розвиток інтелектуальних та емоційно-вольових якостей військовослужбовців	3

№ п/п	Назва змістового модуля	Кількість аудиторних годин
III-й модуль		
1	Заняття на тему: «Подолання посттравматичного стресового розладу»	3
2	Заняття на тему: «Формування емоційної стійкості у військовослужбовців»	3
3	Заняття на тему: «Цінності та якості особистості»	3
4	Заняття на тему: «Розвиток вольової саморегуляції та позитивного Я образу»	3
5	Заняття на тему: «Досягнення успіху у професійній діяльності»	3

ТЕМИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Посттравматичний стресовий розлад у діяльності військовослужбовців	2

2	Особливі особливості молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку	2
3	Діагностика посттравматичного стресового розладу	2
4	Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу	2
5	Особливості психокорекційної допомоги молоді з посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку	2
6	Особливості психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями із посттравматичними порушеннями інтелектуального та емоційно-вольового розвитку	2
7	Застосування арттерапевтичних технік, короткотермінової терапії в роботі з військовослужбовцями	2
	Разом	14

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Шифр змістового модуля	Назва змістового модуля	Кількість аудиторних годин
	I-й модуль	
1	Методи структурованої терапії в роботі з військовослужбовцями	1
2	Арт-терапевтичні заняття в роботі з військовослужбовцями	2
3	Короткотермінова терапія в роботі з військовослужбовцями	2
	II-й модуль	
4	Системна терапія в роботі з військовослужбовцями	2
5	Корекція емоційних розладів у військовослужбовців	2
6	Методики психологічної діагностики військовослужбовців (Особистісний опитувальник "Адаптивність" А.Г. Маклакова, С.В. Чермяника, методика А.Зверкова Е.Ейдмана, метод-тест Холмса-Раге (на наявність стресового розладу), тест самооцінка психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики рівня невротизації Л.І. Вассермана)	2

Самостійна робота: 8 год

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Проведення психологічного обстеження військовослужбовців	3
2	Проведення тренінгу на подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців	3
3	Написання психологічної характеристики військовослужбовця	2
	Разом	8

Додаток В

Основний етап

І блок. Вправи, спрямовані на формування позитивних думок, усвідомлення власних способів поведінки, емоційної стійкості – розвиток емоційно-вольового компонента у військовослужбовців

Вправа «Групова дискусія»*

Мета: розвиток уміння пишатися своїми перевагами, формування позитивних думок і почуттів про самого себе, симпатії до себе.

Інструкція. Дискусія може бути зосереджена на таких запитаннях, як: «Чи важливо знати, що ти можеш добре робити, а чого не можеш? Де небезпечно говорити про такі речі? Чи потрібно мати успіх в усьому? Якими способами інші можуть спонукати тебе до схвального самосприйняття? Якими способами ти це зможеш зробити сам? Чи є відмінність між акцентуванням своїх переваг та хвастощами? У чому вона полягає, якщо є? Такі дискусії дають слухачам гарну можливість оцінити свої власні здібності та приховані можливості». У міру виявлення слухачами їх численних і різноманітних чеснот та недоліків у них розвивається більш довірче ставлення і до особистих можливостей, і до можливостей інших. Вони починають розуміти, що навіть у «найсильніших» та найпопулярніших слухачів є свої слабкості, а переваги є в найбільш «слабких» і непопулярних. Така установка сприяє розвитку кращого самовідчуття. Вона надає можливість ставитися з більшим задоволенням до прийняття відповідальності за особисті думки, почуття, надії.

Час: 20 хвилин.

Обговорення:

Попросіть учасників висловитися з приводу конкретних фактів з їхнього навчання. Наприклад, ви можете сказати: «Я хотів би, щоб ви згадали про ті свої справи, якими ви задоволені. Будь ласка, починайте свою відповідь так: «Я задоволений тим, що...». Ті, хто не впевнений у власних досягненнях, слухаючи

відповіді інших, починають усвідомлювати, що були надто вимогливі до себе, не визнаючи тих чи інших своїх успіхів.

Антистресова релаксація

Вправа «Знайомство з собою»

Для розминки виконайте дуже прості рухи, що є матеріалом для подальшої роботи, забезпечуючи безліч фізіологічних відчуттів, які просто не можна не відмітити.

1. З'єднайте кінчики пальців обох кистей, притисніть їх один до одного із зусиллям, спираючись ними один об одного. Зробіть з силою 15-20 зустрічних рухів долонями, ніби стискаючи уявну гумову грушу, що знаходиться між долонями, імітуючи роботу насоса.

2. Енергійно потирайте долоні одна об одну, поки не з'явиться відчуття інтенсивного тепла.

3. Сильно і швидко не менше 10 разів стискайте і розтискайте кулак, добиваючись відчуття стомлення в м'язах кисті.

4. Потрясіть кисть, що пасивно «висить». Тепер – увага і ще раз увага! Покладіть долоні симетрично на коліна. Направте всю увагу на внутрішні відчуття. Все зовнішнє при цьому перестає існувати.

Сконцентруйте увагу на правій долоні.

Прислухайтесь до своїх відчуттів.

У першу чергу, зверніть увагу на наступні відчуття:

- відчуття ваги. Чи відчуваєте ви тягар або легкість кисті?
- відчуття температури. Чи відчуваєте ви в кисті холод або тепло?
- додаткові відчуття (присутні не обов'язково, але часто):
- сухість і вологість;
- пульсацію;
- поколювання;
- відчуття проходження електричного струму;
- відчуття «мурашок»;
- «мороз по шкірі»;

- оніміння (зазвичай у кінчиках пальців);
- вібрацію;
- м'язове тремтіння.

Можливо, ви відчуєте, що долоня ніби випромінює певну «енергію». Постарайтеся запам'ятати це корисне відчуття, яке згодиться вам надалі. Можливо, ви відчуєте рух, що зароджується в пальцях, у кисті або в руці в цілому – випустіть його на волю. Спостерігайте за ним ніби з боку. Продовжуйте спостерігати за відчуттями, немов занурюючись в цей процес, у думках відгороджуючись від того, що вас оточує, від всього зовнішнього. Прагніть уловлювати у відчуттях найтонші зміни, утримуючи та концентруючи на них увагу.

Стежте за тим, як відчуття міняються, то посилюючись, то слабнучи, як вони міняють свою локалізацію, поступово переміщуючись з однієї точки в іншу, нарешті, як одні відчуття поступаються місцем іншим. Продовжуйте виконувати цю вправу не менше 8-10 хвилин.

Джерело: Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор.: Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.

Тренінг на тему: Профілактика та подолання стресових станів

Мета: сприяння формуванню практичних навичок опанування себе в різних ситуаціях, оволодіти елементарними прийомами релаксації та аутотренінгу.

Завдання:

1. створити механізми конструктивних взаємовідносин із негативними імпульсами,
2. сприяти профілактиці негативних, агресивних проявів,
3. формувати вміння самоаналізу, контролю над негативними емоційними проявами,
4. розвивати емпатійні якості,

5. створення умов для опрацювання учасниками тренінгу власних проблемних зон та переживання щоденності власних проблем,
6. оволодіти методами релаксації, спрямованими на зменшення страху і стану підвищеної тривожності в емоційно травмуючі ситуації

Матеріали: маркери, фломастери, аркуші паперу, бейджі, стікери, плакати, дошки, роздаткові матеріали.

Хід заняття.

Вступна частина.

Вправа – знайомство „Історії з торбинки” 3 -5 хв.

Мета: настроїти учасників на роботу за темою, активізувати відчуття особистості.

Хід вправи.

На початку заняття кожен учасник оформлює картку-візитку, де вказує своє ім'я. На оформлення дається 3—5 хв.

Учасники сідають у коло і по черзі витягують з торбинки, не заглядаючи в неї, один з наявних там предметів (олівець, ручка, гудзик, гумка, кубик, котушка ниток, закладка, цукерка тощо). Після того, як усі отримали якусь річ, кожен по черзі промовляє фразу, яка починається з «Я», презентуючи те, що дісталось з торбинки. Наприклад: «Я – цукерка, солоденька, смачненька, мене всі люблять». Коли всі скажуть свої фрази, можна зробити ще одне коло: передати свій предмет сусіду праворуч і промовити іншу фразу, вже «від імені» нового предмета, але починаючи знову з «Я».

Прийняття правил роботи групи. 7 – 10 хв.

Тренер звертається до групи з питанням: «Для чого в нашому житті існують різні правила?». Після відповідей учасників він пропонує прийняти правила роботи групи під час тренінгу, які записуються на плакаті «Правила групи».

Обговорення.

- Для того, щоб наша робота була ефективною, давайте напрацюємо правила.
- Отож, які ви пропонуєте варіанти? Що це правило означає?
- Чи всі погоджуються ?
- Приймаємо дане правило?

Орієнтовними правилами тренінгу можуть бути такі:

- приходити вчасно, відвідувати всі тренінги;
- брати участь у виконанні вправ і завдань добровільно;
- говорити від свого імені, про себе, висловлювати власні думки;
- один говорить — усі слухають;
- обговорювати дію, а не особу.

Учасники тренінгу обговорюють записані правила, складають їх остаточний варіант. Далі тренер підсумовує роботу і записує останнє правило: ці правила мають силу протягом усіх наших тренінгів.

Доцільно вивісити правила на видному місці і починати кожний тренінг з їх повторення.

Вступ. 5 хв.

Тренер звертається до учасників: Сьогодні ми з вами зібралися, щоб краще познайомитись, розглянути питання «Що ж таке стрес, як ми його переживаємо, і як його подолати». У цьому нам допоможуть сьогоднішня зустріч».

Ознайомлення учасників з основними питаннями заняття. Тренер розповідає про зміст тренінгового заняття, зазначає, чому сьогодні необхідно говорити про стрес та навички саморегуляції.

Очікування. Вправа «Пісочний годинник » 5 – 7хв.

Учасникам роздають невеликі аркуші паперу (можна липкого). Тренер просить написати на них, чого саме учасники чекають від тренінгу. Після

цього кожен учасник зачитує свій напис і прикріплює аркуш на підготовлений тренером плакат із зображенням пісочного годинника. (проговорення відбувається на місці, а тоді всі вивішують).

Тренер звертається до учасників: Отож, чого саме ви очікуєте від сьогоднішньої зустрічі? На аркушах паперу напишіть ваші очікування. А тоді помістіть свої очікування на пісочний годинник.

Вправа «Я переживаю стрес, коли...» (10 хв.)

Мета: привернути увагу до внутрішнього стану оточуючих.

Хід вправи: слід продовжити речення: «Я переживаю стрес. коли...»

Основна частина.

Психомалюнок «Я до стресу», «Я під час стресу», «Я після стресу»

15-20 хв.

Мета: привернути увагу до внутрішнього стану оточення, з'ясувати головні стресори присутніх.

Рефлексія: стреси, які виникають у житті, можна уявити як коридори, якими треба пройти: хто швидше, хто повільніше, хто важче, хто легше, однак пройти їх усе одно доведеться.

Стрес – це:

- проблеми на роботі
- особистісні негаразди
- нестабільне матеріальне становище
- психічне напруження
- невдачі, страхи, зриви
- відчуття небезпеки
- ДТП, аварії і т.д.

Інформаційне повідомлення «Стрес» 10 хв.

Тренер вивішує основні поняття на плакат, розповідаючи та надаючи інформацію учасникам.

Стрес — це захисна реакція організму, що має допомогти йому подолати складні життєві ситуації. Викид у кров спеціальних гормонів («глюкокортикоїдів») підвищує тонус м'язів, збільшує кількість глюкози, зменшує потяг до сну. Але така мобілізація організму відбувається за принципом «боротися — зараз, лікуватися — пізніше», тому ті самі гормони, що мобілізують організм на боротьбу, паралізують функції, які не є життєво необхідними в період стресу: страждає, насамперед, імунна система, порушуються процеси регенерації тканин, блокується вироблення статевих гормонів та гормонів росту тощо.

Стан стресу викликають стресори: фізіологічні та психологічні.

Стресорами можуть бути фізичні та психічні подразники, реальні чи уявні. Людина реагує не тільки на справжню фізичну небезпеку, але й на погрозу чи нагадування про неї.

При **фізіологічних стресових впливах** змінюється режим роботи багатьох органів та систем організму, наприклад, пришвидшується ритм серця, підвищується згортваність крові, змінюються захисні властивості організму.

Психологічні стресори — це фактори, що діють через сигнали: погрозу, небезпеку, образливість. Психологічний стрес поділяють на інформаційний та емоційний.

Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не може впоратися із завданням, не встигає приймати правильні рішення при високому ступені відповідальності за їхні наслідки.

Емоційний стрес виникає в ситуаціях небезпеки, погрози.

Розробив теорію стресу канадський психолог Ганс Сельє. Він виділив три *стадії стресу*: фаза тривоги, фаза опору та виснаження.

Перша — реакція тривоги, коли організм починає досить слабо опиратися змінам чи пристосовується до них. Друга фаза — опір, коли здійснюється адаптація до нових умов, організм у повній мірі чинить опір впливу стресора. Третя фаза—виснаження—настає після тривалого впливу стресора, всі резерви адаптації вичерпуються, і організм гине. Звичайно, що остання фаза розвивається не завжди.

Часте або тривале перебування людини у стресовому стані призводить до виснаження, розвитку типових психосоматичних розладів.

Патогенний вплив надмірного стресу на здоров'я людини відбувається за такими трьома основними напрямками.

Розлади опорно-м'язового апарату. Постійне напруження м'язів спричиняє порушення іннервації тканин, внаслідок чого розвиваються запалення в м'язах, зв'язках, суглобах, людина може відчувати болі в спині, шиї, плечах, ногах, головний біль через порушення кровопостачання мозку.

Порушення обміну речовин. Підвищене вироблення глюкози порушує регуляцію обміну речовин: у людей може зникати або зростати потреба в їжі, виникати надмірний потяг до солодкого, хтось може набирати вагу, навіть якщо не переїдає, а хтось — відчувати знесилення, сонливість, хронічну втоми тощо.

Погіршення психоемоційної регуляції. Надмірна активізація організму не тільки спричиняє безсоння (на яке скаржаться 70% учителів), а й знижує якість сну. Людина не висипається, навіть якщо вона проспала необхідні вісім годин. Неповноцінний сон підвищує нервозність, збудливість, дратівливість, знижує уважність, пам'ять, самоконтроль.

Стрес є складовою життя кожної людини і його неможливо уникнути так само, як потреби пити чи спати. Стрес, на думку канадського психолога Ганса Сельє, створює «смак до життя». Дуже важливий і його стимулюючий, формуючий вплив у складних процесах виховання та навчання і всього нашого життя. Але стресові впливи не повинні перевищувати адаптаційні можливості людини, бо тоді може погіршитися самопочуття.

Різні люди реагують на однакові стресори по-різному. У когось реакція активна — під час стресу ефективність їхньої діяльності і далі росте до певної межі («стрес лева»), а в інших — реакція пасивна, ефективність їхньої діяльності спадає («стрес кролика»).

Характер реакції тісно пов'язаний з хворобами, що виникають внаслідок стресу. Узагальнення клінічних матеріалів дозволило лікарям припустити, що широке коло впливів, які призводять до стресу, викликає у людей гіпертонічну хворобу, виразку шлунку, деякі інші форми судинної патології з глобальними чи локальними проявами (інфаркт, інсульт, стенокардія, серцева аритмія, нефросклероз).

Психічне напруження, невдачі, страхи, зриви, відчуття небезпеки є найбільш руйнівними стресорами для людини. Вони, крім фізіологічних змін, які призводять до соматичних хвороб, дають ще й психічні наслідки емоційного перенапруження — неврози

Вправа «Автобіографія за 45 секунд»

Мета: переживання невідповідності бажаного і можливого як стресових.

Хід вправи:

Учасникам дається завдання написати коротко свою біографію, у якій було б усе про них зрозуміло. Час для розповіді 45 секунд.

Рефлексія: проводиться обговорення результатів і обмін почуттями.

Тест «Чи загрожує вам нервовий зрив?»(10 хв.)

Вправа «Самопізнання»

Інструкція: Людина повинна вміти самостійно підтримувати свою мотивацію на належному рівні й спонукати себе до діяльності. Велике значення має вміння схвалювати самого себе, визнавати результати своєї діяльності. Самовизнання, самосхвалення дуже корисні методи формування самоповаги, оскільки ви вчитеся помічати щось позитивне в своїх діях і розвиваєте почуття самоповаги.

Враховуючи принципи й правила, які використовувалися для схвалення інших, поміркуйте, як ви схвалювали себе та визнавали б певні конкретні результати дій і результати своєї діяльності. Відзначте свої сильні сторони (здібності), позитивні риси характеру й те, як вони допомагали вам у житті.

Поміркуйте й запишіть, як ви може найкращим чином (де саме і як) скористатися ними, щоб досягти успіху.

Завдання прописуються і вивішують на плакат.

Вправа «Вчинки для позитивного майбутнього»

Мета: самоаналіз, рефлексування.

Інструкція:

1. Визначте та напишіть 5 вчинків, які ви щоденно реалізуєте та які, як вам відомо, ведуть до бажаного майбутнього.
2. Усвідомивши корисність вчинків, визначте, як кожний із них є доказом певної якості.
3. Уявіть собі на деякий час те позитивне майбутнє, яке ви створюєте.

Вправа „Як подолати стрес” (правила душевної рівноваги) Пам’ятки.

10 хв.

Робота в групах. *Учасники об’єднуються у 2 групи* за принципом: троянда, ромашка.

Запитання тренера «Як ви вважаєте чи можливо подолати стрес?». Отож ми об’єдналися в групи для того, щоб напрацювати

«Поради як подолати стрес» У кожної групи для цього є 10 хв., тоді визначте по учаснику який буде презентувати ваші напрацювання. Відбувається обговорення.

Після вправи, усім учасникам роздаються пам’ятки *«Поради про подолання стресу»*

Тренер: Я пропоную вам долучити поради психолога, які допоможуть вам знімати емоційне напруження, змінювати власне відношення до різних ситуацій.

6. Вправа "Місце спокою"

Мета: розслаблення.

Матеріали: магнітофон, записи релаксаційної музики.

Інструкція: сядьте зручно, заплющіть очі. Спокійно вдихніть і видихніть. Уявіть собі, що ви пливете на човні морем далеко від дому. Усі проблеми і турботи залишилися вдома, ви відчуваєтеся вільно, на вас не тисне тягар відповідальності. Ваш човен вільно пливе на хвилях. Ви насолоджуєтеся відчуттям спокою. Ви то підіймаєтеся на хвилі, то опускаєтеся. Ви відчуваєте приємне тепло сонячних хвиль. Ви спокійні і розслаблені. Ви відчуваєте своє дихання: вдих, видих... Теплий, м'який спокій розливається по всьому тілу. Ви дедалі спокійніші, вільніші... Ваш погляд зупиняється на маленькому острові. Вас тягне туди, ви гам шукаєте спокою, захисту, задоволення. Ваш човен наближається до острова. Уже можна розрізнити рослинність, дерева, пісок. І ось ви виходите на берег. Ви лягаєте, вам тепло, розслабляється... На губах у вас морська сіль... Ви дивитесь на хмаринки й відчуваєте тепло сонця. Тут ваша гавань. Насолоджуйтеся почуттям спокою, впевненості, тепла. Сюди ви зможете повернутися будь-коли. Це місце дасть вам упевненість, силу, безпечність. Попрощайтеся з цим місцем, настав час повертатися н реальність. Повільно розплющуйте очі.

Заклучна частина.

Підсумок заняття 5 хв.

Підбиття підсумків

Вправа «Пісочний годинник»

Мета: усвідомлення учасниками того, якою мірою реалізовані їхні очікування щодо тренінгу.

Матеріали: , скотч, плакат із зображенням пісочного годинника.

Тренер інструктує учасників: візьміть ваші піщинки і перекладіть їх на дно , якщо справдилися ваші очікування від заняття.

Тренер:

- Чи здійснились ваші очікування?
- Які знання ви здобули?
- Як ці знання ви використаєте у своєму подальшому житті?
- Що ви взяли особисто для себе?
- Оцініть вашу особисту активність під час тренінгу?

Вправи на релаксацію

Методика «Релаксація»

Основна інструкція.

Розміщуйтеся якомога зручніше, нехай вам нічого не заважає, закрийте очі. Зосередьтесь на вашому диханні... (30 сек.).

У кожному випадку, коли ми будемо фокусувати увагу на певній групі м'язів, перед початком виконання вправи я буду давати детальні пояснення відносно того, як її треба робити. Тому не починайте вправу, перш ніж я не скажу «Готові? Почали!»

1.Грудина.

Розслаблення почнемо з грудини. Раджу вам, але тільки за моїм сигналом, і не раніше, зробити дужу-дуже глибокий вдих. Спробуйте вдихнути все повітря, яке вас оточує. Зробимо це зараз. Готові? Почали! Зробіть дуже глибокий вдих. Затримайте дихання...і розслабтесь. Тепер видихніть все повітря з легень і поверніться до нормального дихання. Чи відчули ви напруження у грудині під час вдихання повітря ? Чи помітили розслаблення після видиху ? Давайте запам'ятаємо це відчуття, усвідомимо, оцінимо його, оскільки доведеться повторити цю вправу. Готові? Почали!

Вдихніть дуже глибоко! Глибше, ніж будь-коли. Затримайте дихання і розслабтесь. Швидко вдихніть і поверніть вихідне дихання. Відчули тепер

напруження? Відчули розслаблення? Спробуйте розслабитися на різниці ваших відчуттів, щоб пізніше з більшим успіхом повторити все спочатку. (Між вправами пауза в 10-15 сек.).

2. Кисті рук.

Перейдемо до рук. Спочатку я вас попрошу одночасно обидві руки стиснути в кулаки. Стисніть їх настільки сильно, наскільки це можливо. Готові? Почали!

Стисніть кулаки дуже міцно. Затримайте! І розслабте. Це прекрасна вправа для тих, чиї руки втомилися від писання протягом дня. Тепер давайте повторимо. Готові? Почали!

Стисніть кулак дуже міцно. Затримайте і розслабте...

Для того щоб розслабити протилежну групу м'язів, треба просто розчепирити пальці настільки широко, наскільки це можливо. Готові? Почали! Розчепірте ваші пальці широко! Затримайте їх у цьому стані. Розслабте. Повторимо ще раз. Готові? Почали!

Розчепірте ваші пальці широко! Максимально широко! І розслабте... Зверніть увагу на відчуття теплоти чи поколювання у кистях рук та передпліччі. Запам'ятайте ці відчуття.

(Пауза 20 сек.).

3. Плечі.

Тепер давайте попрацюємо над плечами. Ми несемо на наших плечах великий вантаж напруження і стресів. Дана вправа полягає у стинанні плечима у вертикальній площині у напрямку до вух (подумки спробуйте дотягнутися до мочок вух вершинами плечей). Давайте спробуємо. Готові? Почали!

Підніміть плечі. Підніміть їх вище. Ще! Затримайте! Розслабте... Повторимо ще раз. Готові! Почали!

Піднімайте ваші плечі якомога вище. І розслабте. Дуже добре! Сконцентруйте увагу на відчутті важкості у плечах. Опустіть плечі, повністю дайте їм розслабитися. Нехай вони стануть усе важчі та важчі. (Пауза 10 сек.).

Вправа «Повітряна кулька». тренування 5 хв.

Мета : досягти швидкого розслаблення і відчуття легкості в тілі.

Сядьте зручно, розслабтесь. Закрийте очі, зосередьте свою увагу на диханні. Уявіть, що під час вдиху ваше тіло як повітряна кулька піднімається вгору, під час видиху - опускається вниз. Вдих – видих, вдих – видих... Вдих – видих, вдих – видих...

Методичний коментар. Через кілька тренувань можна досягти швидкого розслаблення і стану легкості в тілі, викликаючи в уяві образ повітряної кульки чи будь-який образ, пов'язаний із станом розслаблення.

Вправа «Димок».

Мета : емоційний відпочинок, швидке відновлення сил.

Станьте рівно, ноги на ширині плечей, закрийте очі. Почніть повільно розкачуватись з ноги на ногу, оберіть свій ритм розкачування. Поступово почніть обертання по спіралі, розкачуючись по колу у зручному напрямку.

Уявіть, що ви – струмінь, легкого, невагомого диму... повільно, по спіралі ви піднімаєтесь угору, все вище і вище... Ви відчуваєте свободу і легкість, ви відпочиваєте...запам'ятайте цей стан. А тепер повільно, по спіралі повертайтеся назад. Як тільки ви торкнетесь землі, ви можете відкрити очі.

Вправа «Проекція образу особистого Я»*

Мета: формувати позитивні думки і почуття про самого себе, симпатії до себе, розвиток власної уяви про нього інших людей.

Інструкція. У цій вправі учасники групи складають два коротких описи, кожен на окремому аркуші. На одному аркуші – це опис того, яким себе бачить сам учасник; це схематичний образ його «Я-концепції». Опис має бути щирим і правдивим. Другий опис становить собою нарис того, яким, на думку учасника, його бачать інші члени групи. На аркушах не пишуться імена. Перший опис кладеться в окрему коробку. Кожен самопис зачитується вголос. І члени групи

намагаються відгадати, кому він належить. Потім автор заявляє про себе і читає другий свій опис (яким, йому здається, бачать його інші), отримуючи після цього зворотний зв'язок від учасників групи.

Цінність такої вправи полягає в тому, що слухач дізнається: інші люди сприймають певні його можливості й характеристики в більш сприятливому світлі, ніж він сам.

Час: 25 хвилин.

Обговорення: учасники продовжують речення «Для мене було важливим...».

Вправа «Слова-самоописи» *

Мета: формувати позитивні думки і почуття про самого себе, розвиток власного уявлення про себе інших людей, усвідомлення власних способів поведінки.

Інструкція. У цій вправі учасників просять написати три слова, які найбільш влучно характеризують їх самих. Потім аркуш, на якому написані ці слова, перевертається, і тепер учасників просять написати три слова, які виражають бажаний слухачами опис себе. Далі їх просять взяти одне слово з другого списку й описати ту специфічну поведінку, яка була б характерною для людини такого типу. Потім організується групова дискусія, під час якої описана цим словом якість особистості розглядається як мета, а запропоновані способи поведінки – як засіб досягнення цієї мети. Доти, доки більшість членів групи візьме участь у цьому тренінгу, виявляється деяка кількість загальноживаних цілей і окреслюються специфічні способи їх досягнення.

Час: 25 хвилин.

Обговорення: учасників просять продовжити речення «Я зрозумів...».

Вправа «Дерево моїх успіхів» *

Мета: допомогти усвідомити особистості свої сильні сторони та їх взаємозв'язок з успішністю в житті.

Матеріали: папір для малювання, папір для нотаток, олівці.

Інструкція. Складіть список усіх рис характеру і властивостей, які допомагають вам досягти бажаного результату (15 хв). Згадайте про успіхи, які ви досягли за допомогою цих рис. Складіть список власних успіхів (15 хв).

На листку паперу намалюйте дерево з коренями, стовбуром і кроною. Корені будуть символізувати ваші сильні сторони і здібності. Якщо будь-яка здібність дуже розвинена, намалюйте велике коріння. Якщо здібність тільки розвивається, намалюйте маленьке коріння. На кожному корінці напишіть назву здібності. Усі ваші здібності зливаються в могутньому стовбурі, на верхівці якого знаходиться крона. Крона символізує успіхи в житті. Кожному успіху відповідає одна гілка. Великий успіх – товста гілка, дрібний успіх – маленька гілочка. На кожній гілочці напишіть, про який успіх йдеться (45 хв).

Малюнки покладіть на підлогу перед собою. Подивіться на малюнки інших по колу. Зверніть увагу, які вони різні. Той, хто бажає, свій малюнок дерева кладе всередину, інші висловлюють свої думки і почуття стосовно коренів, стовбура, гілок (загальний вигляд, колір, розміри, співвідношення коренів і гілок). Потім автор малюнка дає коментар до своєї роботи.

Зазвичай учасники забувають про свої сильні сторони, особливо почуття – здатність любити, сердитися, сумувати, бути задоволеним тощо. Важливо звернути увагу корекційних педагогів на ті позитивні риси, які в них є, але які не знайшли відображення в малюнку. Також слід нагадати й наголосити на успіхах, які вони мають, але не намалювали.

Час: 50 хвилин.

Обговорення:

- Про які сильні сторони я забув?
- З ким я обговорюю свої сильні риси і кому говорю про успіхи?

Вправа «Креативна павутинка» *

Мета: формувати позитивне бачення свого професійного майбутнього.

Інструкція. Усі стають у коло. Ведучий бере клубок ниток, намотує собі кінець нитки на палець, а клубок кидає комусь з учасників, одночасно висловлюючи йому побажання професійного зростання та творчості. Той, хто

отримує клубок, намотує собі нитку на палець, а клубок кидає іншому з побажанням. Гра закінчується, коли всі учасники з'єднані ниткою. Ведучий наголошує на символічності утвореної павутинки, яка приносить здійснення мрій та професійних планів.

Час: 20 хвилин.

Обговорення: «Яким я бачу власне творче майбутнє?».

Психогімнастика «Приємні спогади» *

Мета: навчити корекційних педагогів вибудовувати позитивну перспективу життя і позитивні очікування.

Матеріали: олівці, папір.

Інструкція. Учасники сидять колом.

Закрийте, будь ласка, очі. Я запрошую вас помандрувати у світ фантазій, які подарують вам приємні почуття. Зробіть три глибоких вдихи та видихи...Із кожним видихом відчуйте, що ви стаєте чимраз легші й легші. Намагайтеся відчувати себе так, немов летите у повітрі. Зробіть новий вдих і відчуйте, як ви наповнюєтеся відчуттям легкості. Затримайте на мить це відчуття... А тепер видихніть із силою все повітря разом із втомою, напруженням, неприємними емоціями, що накопичилися.

Час: 35 хвилин.

Обговорення: учасники дають відповідь на запитання, зазначені вище.

III блок. Вправи, спрямовані на формування позитивних особистісних властивостей військовослужбовців

Психолого-педагогічний вплив (забезпечення необхідних умов) на поведінкову сферу прояву готовності до професійної діяльності здійснювався шляхом формування позитивних особистісних властивостей у військовослужбовців. Проведено три групових заняття з даного тематичного блоку, які містили такі психологічні вправи.

Вправа «Мої найважливіші риси характеру» **

Мета: навчитися визначати провідні риси характеру що є конструктивними для учасників.

Інструкція. Учасники поділяються на три підгрупи, кожна з них отримує завдання написати 10 кращих рис характеру людини. Потім з них виділити три найважливіші риси, які допомагають їм у житті вирішувати різноманітні проблеми. Під час обговорення кожна група представляє свої найважливіші риси характеру, докладно їх коментує, а також збагачує свій досвід інформацією, почутою про інші риси характеру.

Час: 40 хвилин.

Обговорення: учасникам пропонується обговорити свої найважливіші риси характеру.

Вправа «Позитивне мислення» **

Мета: навчитися брати відповідальність за своє життя і формувати на цій основі позитивне мислення.

Інструкція. Тренер пропонує учасникам об'єднатися в пари. Після цього особа А повинна згадати випадок, коли її несправедливо образили, а особа Б повинна довести, що особа А могла би уникнути цього, якщо б поведилася по-іншому, а також особа Б повинна допомогти зрозуміти особі А, який позитивний досвід вона здобула. Через три хвилини — зміна ролей.

Рефлексія: як ви себе почували в ролі А і в ролі Б? Які емоції ви переживали? Чи вдалося вам набути нового життєвого досвіду? Одним із способів прийняття себе є поглиблення, усвідомлення своєї вартості. Кожна людина має свої сильні сторони і саме на них повинна заснувати спілкування з іншими, проте іноді люди навіть не здогадуються про свої переваги. Якщо ви з'ясуєте власні сильні сторони, то збільшите самоповагу і поглибите прийняття себе іншими.

Час: 40 хвилин.

Обговорення: учасникам пропонується обговорити важливість позитивного мислення.

Вправа «Упевненість: згадай себе» *

Мета: актуалізувати досвід роботи зі страхами та їх приборканням.

Інструкція. У кожної людини завжди є «Простір упевненості» – простір, час, обставини чи умови, справа, людина, з якою скрізь і завжди все виходить і здійснюється та не має чого боятися. І завжди – завжди! – є найменший позитивний досвід роботи зі своїм страхом – досвід його приборкання. Згадай та надай досвіду життєвої реальності і сили! Заходь до зони страху з «Простору Впевненості»! Візьми із собою необхідну установку.

Час: 50 хвилин.

Обговорення: учасникам пропонується проговорити про власний простір впевненості і способи, які вони використовували для посилення сміливості.

Вправа «Відповідальність за своє життя» *

Мета: навчити брати відповідальність за своє життя і формувати на цій основі позитивне мислення.

Інструкція. Об'єднайтесь в пари. Особа А нехай згадає випадок, коли її несправедливо образили. Особа Б має довести, що цього, якби поводитися по-іншому, і допомогти зрозуміти, який позитивний досвід вона здобула. Особа А може допомогти в цьому особі Б. через 3 хвилини – зміна ролей [Баб'як Т. Тренінг спілкування "Дозволь собі бути щасливим" / Т. Баб'як, І. Корнієнко // Психолог. – 2003. – №38(86). – (Психолог – вкладка).].

Час: 10 хвилин.

Обговорення: учасникам пропонується дати відповідь на запитання «Що було складним у виконанні цієї вправи?».

IV блок. Вправи, спрямовані на формування незалежності і саморегуляції поведінки військовослужбовців

Психолого-педагогічний вплив (забезпечення необхідних умов) на поведінкову сферу прояву готовності до професійної діяльності здійснювався шляхом формування незалежності і саморегуляції поведінки корекційних педагогів. Проведено три групових заняття з даного тематичного блоку, які містили такі психологічні вправи.

Вправа «Внутрішній промінь» **

Мета: зняття стомлення, знаходження внутрішньої стабільності.

Інструкція. Для виконання необхідно прийняти зручну позу – сидячи або стоячи. Треба уявити, що усередині голови, у верхній її частині, виникає світлий промінь, який повільно й послідовно рухається зверху вниз і по шляху свого руху висвітлює зсередини всі деталі голови, шиї, плечей, рук тощо теплим світлом, що розслаблює.

Поступово зникає напруга в області потилиці, розслаблюється складка на чолі, опускаються брови, заспокоюються очі, послабляються затиски в куточках губ, розслаблюються, опускаються плечі, звільняється від напруги шия. Внутрішній промінь немов формує нову зовнішність спокійної людини, задоволені собою й своїм життям, родиною, професією, колегами тощо. Цю вправу необхідно провести кілька раз, зосереджуючи свою увагу на русі променя зверху вниз.

Час: 10 хвилин.

Обговорення: учасникам пропонується дати відповідь на запитання «Чи вплинув на них позитивно внутрішній промінь?».

Вправа «Мій портрет у променях сонця» **

Мета: сприяти позитивному сприйняттю «свого «Я».

Інструкція. Тренер просить учасників подумати і відповісти на запитання: «Чому кожен з вас заслуговує на повагу?». Потім кожен малює сонце, у центрі сонячного кола пише своє ім'я або малює свій портрет, а вздовж сонячних

променів записує свої позитивні риси. Психолог наголошує: «Постарайтеся, щоб сонячних променів було якнайбільше». Бажаючі зачитують список своїх рис, чіпляють своє сонце на дошці, діляться своїми почуттями і враженнями від вправи.

Тренер зачитує учасникам інформаційний лист «Поради з підвищення самоповаги:

1. Пам'ятайте про свої позитивні риси, замість того, щоб пам'ятати погане.

У всьому, що робите, намагайтеся знайти позитив. Привітайте себе з цим успіхом.

2. Постійно згадуйте свої успіхи.

3. Пробачте собі помилки.

Час: 20 хвилин.

Обговорення: учасникам пропонується висловити свої враження від виконання вправи.

Отже, нами описано вправи четвертого блоку формувального експерименту. Шляхом проведення тренінгу ми сприяли розвитку впевненості у собі, яка підвищує готовність до професійної діяльності у корекційних педагогів. Слід навести деякі приклади висловлювань учасників експериментальної групи після реалізації психокорекційної програми.

Олена П.: «Я отримую задоволення від спілкування з іншими. Коли мене хтось критикує, я врівноважена. На цей час я успішна у професійній діяльності. Коли у мене виникають труднощі, я думаю про те, як їх виправити.

Андрій В.: «Відмовити людям для мене означає не робити того, чого я не хочу. Я підтримую себе позитивним досвідом минулих подій».

Була проведена бесіда з досліджуваними корекційними педагогами на тему: «Чи відповідають результати проведеної роботи вашим очікуванням? Чим збагатився ваш досвід завдяки груповим заняттям? Які заняття вам найбільше запам'яталися? Чому? Що було незрозумілим? Які практичні навички ви отримали в ході групової роботи? Що нового дізналися про себе та інших учасників групи? Над чим, на вашу думку, вам і далі слід працювати?»

На останньому занятті учасники висловлювалися з приводу того, що для них тепер означає готовність до професійної діяльності та як вони планують застосовувати в житті здобутий досвід. На цьому занятті була використана вправа «Скринька мого досвіду», в якій кожен учасник групи писав на аркуші з зображенням скриньки іншим учасникам, чим вони допомогли, який позитивний досвід він отримав за цей період, побажання стосовно подальшого життя), а також вільна форма самозвітів, яка передбачала відповіді на такі запитання: «Як набута впевненість вплинула на зростання готовності до професійної діяльності? Яка поведінка ефективна в роботі з аутичними дітьми.

Після закінчення психокорекційної роботи в контрольній та експериментальній групах був проведений контрольний зріз, завдання якого полягло у виявленні динаміки мотиваційного, когнітивного, суб'єктно-особистісного, поведінкового компонентів готовності до професійної діяльності. Кількісні та якісні показники контрольного експерименту наведені в наступному підрозділі.

Додаток Г

Тема: Подолання наслідків посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічні порушення практично у будь-якої людини. Вченими виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес:

- 1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося, і через що у неї погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля щонебудь зробити або не зробити.

ПТСР – це один з можливих психологічних наслідків переживання травматичного стресу. Дані численних досліджень свідчать про те, що ПТСР виникає приблизно у 20% осіб, що пережили ситуації травматичного стресу (за відсутності фізичної травми, поранення). Люди, що страждають на ПТСР, можуть звертатися до спеціалістів різного профілю, оскільки його прояви, як правило, супроводжуються як різними психічними розладами так і психосоматичними порушеннями.

У психологічній картині ПТСР специфіка травматичного стресора (військові дії або насильство тощо) безумовно, враховується, хоча загальні закономірності виникнення і розвитку ПТСР не залежать від того, які конкретні травматичні події послужили причиною психологічних і психосоматичних порушень. Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичайних людських переживань і викликали інтенсивний страх за своє життя, жах і відчуття безпорадності. Важливими характеристиками важкого психотравмуючого чинника є несподіванка, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість дії, а також повторюваність впродовж життя. Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу в цю групу розладів віднесені затяжні

патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і екс-військовополонених після короткочасної або тривалої екстремальної дії.

У рамках посттравматичної патології більшість авторів виділяють три основні групи симптомів:

1) надмірне збудження (враховуючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічне уникнення ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);

2) періодичні напади депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційна заціпенілість, відчай, усвідомлення безвиході);

3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, нервово тремтіння).

Не буває прийомів, які були б ефективними абсолютно для всіх. Комуś легше нормалізувати свій психологічний стан шляхом розслаблення м'язів, декому – шляхом рухової активності. Хтось ліпше використовує можливості уяви, а хтось – абстрактно-логічного мислення. Тому спробувавши методи психологічної саморегуляції, потрібно обрати для себе найефективніший. Як результат зменшується тривалість негативного впливу стресогенної ситуації, знижується рівень негативного впливу стресу на організм людини.