

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**ХАРЧЕНКО АНДРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ**

УДК 159.942.6:355.1-057.36(477.61/.62)

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО**  
**ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ**  
**ДІЙ В УКРАЇНІ З ПОСТСТРЕСОВОЮ ПСИХОЛОГІЧНОЮ**  
**ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ**

Спеціальність 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

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

---

(А.О. Харченко)

Науковий керівник: **Кочарян Олександр Суренович**, доктор психологічних наук,  
професор

Харків - 2019

## АНОТАЦІЯ

**Харченко А.О. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією.** - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. - Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків, 2018.

Дисертація присвячена дослідженню психологічних особливостей структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. Розкриття структурних компонентів травматичного досвіду з позиції концепції «емоційної схеми» робить виявлення зазначених структурних особливостей у демобілізованих з ППД актуальною дослідницькою задачею.

Мета роботи полягає у виявленні структурних особливостей організації травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

Основні завдання спрямовані на вивчення структурних особливостей інфантильного травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з ППД, особливостей структури емоційної та мотиваційно-сислової сфер цих демобілізованих, специфіки прояву у них тілесних маніфестацій та когнітивних репрезентацій травматичного досвіду.

Теоретичною і методологічною основою дослідження стали: фундаментальні положення про стрес та його розвиток (Китаєв-Смик Л.О., Орбелі Л.А., Сельє Г.), дослідження адаптаційних розладів (Вірна Ж.П., Луньов В.Є., Маркова М.В., Шестопалова Л.Ф.), когнітивна теорія стресу (Лазарус Р.С.), соціально-психологічна концепція стресу (Наєнко Н.І.), концепція травматичного стресу (Горовіц М., Тарабріна Н.В.), концепція бойового стресу (Камерон Н., Кардінер А., Сиромятніков М.І.), психоаналітична теорія травми (Фрейд З.), концептуальні засади постстресової психологічної дезадаптації (Маркова М.В., Козира П.А.), теорії

травматичного емоційного досвіду (Массей М., Хаммер Р, Ланіус Р, Кочарян О.С.), концепція диференційних емоційних рис (Ізард К.), теорія провідних емоцій (Ольшаннікова А.Є.), теорія смисложиттєвих орієнтацій (Леонт'єва Д.А.), концептуальні засади субвербальної моделі клієнт-центрованої психотерапії (Кочарян О.С.), теорія інфантильних травм (Бурбо Л., Джонсон Ст. М.), теоретичні положення процесуально-експірієнтальної психотерапії та концепція емоційно-фокусованої психотерапії (Грінберг Л., Елліотт Р.), положення психокаталізу (Єрмошин А.Ф.), концептуальні положення щодо неадаптивних когніцій (Бек А., Елліс А., Макмаллін Р.).

У дослідженні взяли участь демобілізовані учасники АТО/ООС в Україні, які приймали безпосередню участь у бойових діях (тільки чоловіки 40-45 років), загальною кількістю 200 осіб. Всі демобілізовані призивалися до АТО/ООС під час 1-3 хвиль мобілізації (впродовж 2014 року). Повністю відбули термін служби (тобто рік), не мали поранень, контузій та ін. Дослідження проводилося через півроку – рік після демобілізації. Дослідження проводилося на базі громадської організації Чернігівської міської асоціації «Конкордія» та громадської організації Дергачівської районної спілки ветеранів АТО при ГО Харківської обласної спілки ветеранів АТО.

У роботі були використані психодіагностичні методи для виявлення:

- 1) особливостей структури інфантильного травматичного досвіду та системи ранніх спогадів - тест «П'ять травм» (Бурбо Л.), методика аналіз ранніх спогадів (Rule W.R.), універсальний семантичний диференціал;
- 2) структурних особливостей емоційної сфери - шкала диференціальних емоцій (Ізард К.), чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.);
- 3) особливостей структури мотиваційно-смислової сфери - тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонт'єв Д.А.), тест індивідуальної мотивації (ТІМ);
- 4) особливостей прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду - опитувальник «Оцінка нервово-психічної напруги» (Немчін Т.А.), опитувальник SF-36 (методика оцінки якості життя).

В результаті емпіричного дослідження виявлено особливості інфантильного досвіду демобілізованих з ППД, які переживають наступні типи травм: покинутості, приниження, несправедливості. Встановлено, що такі травми є предиспонуєчими до

розвитку ППД у демобілізованих учасників бойових дій. Виявлено також феномен «злипання» зазначених травм, що призводить до потенціювання психічного напруження, до зростання їх потенційної патогенності. Визначено те, що на психосемантичному рівні феномен «злипання» призводить до контамінації травм: вони не проявляють себе окремо, а як деякий конгломерат, що наповнений різноманітними конотативними утвореннями, що й створює складнощі перебування в такому досвіді для особистості військовослужбовців. Описані структурні особливості організації емоційної сфери демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, що полягають у: домінуванні емоцій тривожно-депресивного та гостро-негативного спектру; вираженому «злипанні» негативної емоційності стеничного та астеничного кола; деструктивній конотованості позитивних емоцій «радість» та «здивування». «Радість» контамінована «горем», а «здивування» - «презирством» та «страхом», що відбиває загальну закритість, невключеність у світ; наявності феномену потенціювання негативної емоційності – «злипання» негативних емоцій predisponує посиленню їх деструктивної дії, загальної інфляції негативної емоційності; втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом»; існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери. Визначено структурні особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, а саме: переважання репрезентацій, характерних для інфантильних травм покинутості, приниження та несправедливості; утворення із зазначених репрезентацій взаємопов'язаного конгломерату. Виявлено структурні особливості мотиваційно-сислової сфери демобілізованих учасників бойових дій з ППД. Сисложиттєва сфера демобілізованих учасників бойових дій з ППД характеризується симптомокомплексом «тотальне розчарування», який відбиває, з одного боку, зниження профілю всіх сенсожиттєвих орієнтацій, а, з другого, - недиференційованість сислоутворень. В їх мотиваційній сфері спостерігається феномен «демотивації», який є пов'язаним з тим, що мотиви з високою вираженістю «злипаються» з мотивами з низьким рівнем вираженості, що знижує ресурсність всієї мотиваційної сфери. Визначено особливості вираженості тілесних маніфестацій

травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією.

Розроблено рекомендації для психокорекційної роботи з тематикою структурних особливостей травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій. Для діагностики рекомендовано використання: імагінальної техніки; сократичного діалогу; роботи з мовними предикатами; вільного асоціативного ряду. Для психокорекційної роботи рекомендується використання клієнт-центрованого, когнітивно-поведінкового підходів в психотерапії, психокаталізу за Єрмошиним А., TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises за David Berceli. Рекомендована форма роботи - індивідуальна і/або групова.

Перспектива подальших досліджень полягає у створенні типології емоційних схем, що ґрунтується на осі «травма – захисний механізм – характер – емоційна схема», у поглибленні теоретичних уявлень щодо зв'язку актуальної та інфантильної травматизації, визначенні «внутрішніх» умов, що сприяють резистентності або, навпаки, більшої сенситивності до травматичного впливу, у створенні програми психологічної корекції ППД, мішенню якої є дезадаптивна емоційна схема.

**Ключові слова:** психологічна травма, емоційний досвід, дезадаптація, бойова травма, інфантильна травма, емоційна схема, «заторні» емоції.

#### ABSTRACT

**Kharchenko A.O. Psychological features of structure for traumatic and emotional experience among demobilized combatants in Ukraine.**– Qualifying scientific work as a manuscript.

Thesis for a candidate degree in psychological sciences, specialty 19.00.01 – general psychology, history of psychology. – V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, 2018.

The dissertation was devoted to the research of psychological features in the structure for traumatic and emotional experience among demobilized participants of combat operations with post-stress psychological disadaptation in Ukraine. The disclosure of structural components in traumatic experience from the standpoint of the "emotional

scheme" concept and detection of specified structural features among demobilized with PPD was a relevant aim of study.

The purpose of research was to identify structural features in organization of traumatic and emotional experience among demobilized combatants with PPD in Ukraine.

The main tasks were to study the structural aspects of infantile traumatic experience among demobilized participants in combat operations with PPD, the features of pattern in emotional and motivational-semantic spheres of these demobilized, the specifics for demonstration of their physical manifestations and cognitive representations in traumatic experience.

The theoretical and methodological basis of the research was the following: the fundamental provisions about stress and its development (Selye H., Orbeli L.A., Kitaev-Smyk L.O.), the study of adaptation disorders (Virna J. P., Lunov V. E., Shestopalova L.F., Markova M.V.) , the cognitive theory of stress (Lazarus R.S.), the socio-psychological concept of stress (Nayenko N.I.), the concept of traumatic stress (Tarabrina N.V., Horowitz M.), the concept of combat stress (Syromyatnikov M.I., Cameron N., Cardiner A.), the psychoanalytic theory of trauma (Freud Z.), the conceptual foundations of disadaptation (Markova M.V., Kozyra P.A.), the theories of traumatic emotional experience (Massey M., Hammer R, Lanius R., Kocharyan O.S.), the concept of differential emotional features (Izard K.), the theory of leading emotions (Olshannikova A.E.), the theory of semiotic orientations (Leontiev D.A.), the conceptual foundations in subverbal model of client-centered psychotherapy (Kocharyan O.S.), the theory of infantile traumas (Stephen M. Johnson, Burbo L.), the theoretical ideas of procedural-experimental psychotherapy and the concept of emotionally-focused psychotherapy (Greenberg L., Elliott R.), the philosophy of psychocatalysis (Yermoshina A.F.), the conceptual provisions for nonadaptive cognitions (Ellis A., McMullin R., Beck A.).

The study was attended by 200 demobilized combatants ATO / JFO in Ukraine (only men, 40-45 years old). All demobilized ones were called to ATO / JFO during 1-3 mobilization (throughout 2014). They completely rendered their service (i.e.1 year) and had no injuries, contusions, etc. The study was conducted six months later, one year after the demobilization. The research was conducted on the basis of the public organization of

Chernihiv City Association "Concordia" (Chernihiv) and the public organization of Dergachi District Association of Veterans ATO with the State Enterprise under Kharkiv Regional Association of Veterans ATO.

The following psychodiagnostic methods were used in this work: 1) structural features of infantile traumatic experience and the system of early memories – the "Five injuries" test (Burbo L.), the method of analysis in earliest memories (Rule W.R.), universal semantic differential; 2) structural features of emotional sphere – a scale of differential emotions (Izard K.), four modal emotional questionnaire (Rabinovich L.A.); 3) peculiarities of structure in motivational-semantic sphere – the test of life-purpose orientations (Leontiev D.A.), individual motivation test (IMT); 4) features of bodily manifestations in traumatic experience – a questionnaire "Assessment of neuro-mental stress" (Nemchin T.A.), questionnaire SF-36 (methodology for assessing the life quality).

The results of empirical research revealed the features of infantile experience among demobilized with PPD, which were experiencing the following types of injuries: abandonment, humiliation, injustice. It was established that such injuries had predisposition for development of PPD among demobilized combatants. The phenomenon of "glueing" in these injuries led to mental stress potentiation and growth of their potential pathogenicity. It was determined that on the psychosemantic level, the phenomenon of "glueing" led to contamination of injuries: they did not manifest themselves separately, but as a conglomerate, filled with various conotomatic formations, which created the difficulty of staying in such experience for military personality. The structural features of the organization in emotional sphere for demobilized combatants in Ukraine with PPD were described, as follows: domination of emotions in anxious-depressive and sharply negative spectrum; significant "glueing" of negative emotionality in sthenic and asthenic circles; destructive connotations of positive emotions "joy" and "surprise". "Joy" was contaminated by grief, and "surprise" – "contempt" and "fear", which reflected the general closure, non-inclusion in the world; phenomenon of negative emotion potentiation – "glueing" of negative emotions predisposed the increase of their destructive action, the general inflation of negative emotions; loss of resource "anger" contaminated by "fear"; the existence of "transparent" emotions such as fear, anger, grief

and shame, which became the core characteristic for the emotional sphere. The structural features of cognitive representations in traumatic experience among demobilized combatants in Ukraine with PPD were determined, namely: prevalence of representations normal for infantile traumas of abandonment, humiliation and injustice; formation of interconnected conglomerate by indicated representations. Structural features of the motivational-semantic sphere among demobilized participants in combat operations with PPD were highlighted. The life-purpose sphere of demobilized combatants with PPD was characterized by a "total disappointment" symptom-complex, which reflected, on the one hand, a decrease in the area of all sensory-purpose orientations, and, on the other hand, the non-differentiation of meaning-making. In their motivational sphere there was a phenomenon of "demotivation", that was due to the fact that motives with high severity "glued" with motives of low level expression, which reduced the resourcefulness of the entire motivational sphere. The peculiarities of expressive physical manifestations in traumatic experience among the demobilized participants of combat operations in Ukraine with post-stress psychological disadaptation were stated.

Recommendations for psycho-correction work with the theme for structural features of emotional traumatic experience among demobilized participants in combat operations were developed. For diagnostics it was recommended to use: imaginal equipment; socratic dialogue; work with language predicates; free associative series. For psycho-correction work, it was recommended to use client-centric, cognitive-behavioral approaches in psychotherapy, psychocatalysis by Yermoshin A., TRE – Trauma & Tension Releasing Exercises by David Berceci. The recommended form of work – individual and / or group.

The prospect of further research is to identify the relationship between the constructive components of post-stress psychological disadaptation and the revealed features of structure for the traumatic emotional experience among demobilized combatants; and to find other structures in personality, which can be complementary to the emotional scheme in the predisposition to the emergence of PPD.

**Key words: psychological trauma, emotional experience, disadaptation, battle trauma, infantile trauma, emotional scheme, «truck» emotions.**



### Список публікацій здобувача за темою дисертації:

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:*

1. Kharchenko, A. Features organization of traumatic emotions // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools. 2016. № 17(5). 54-60.

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у фахових виданнях України:*

2. Кочарян О.С., Барінова Н.В., Харченко А.О. Особливості структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. // Психологічне консультування і психотерапія. 2018. Том 1, Вип. 9. С. 34-41. (Особистий внесок автора: добір й обробка емпіричного матеріалу)
3. Харченко А.О. Особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів // Психологічне консультування і психотерапія. 2017. Том 1, Вип.8. С. 66-72.
4. Харченко А.О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 58. С. 67-79.
5. Харченко А.О. Структурні особливості мотиваційно-сенсової сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 59. С. 48-55.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

6. Харченко А.О. Особливості структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією // «Проблеми оптимального функціонування особистості в сучасних умовах»: Матеріали Міжнародної науково-практичної

конференції, 25 жовтня 2018 р. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, Харків. С. 204-206.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b>		14
<b>ВСТУП</b>		15
<b>РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ</b>		22
1.1.	Психологічні концептуалізації травматичного досвіду	22
1.1.1.	Психологічна травма	22
1.1.1.1.	Інфантильна травма	26
1.1.1.2.	Актуальна (бойова) травма	28
1.1.2.	Концепції травматичного емоційного досвіду	30
1.1.2.1	Особливості організації травматичних емоцій	43
1.2.	Феноменологія постстресової психологічної дезадаптації	47
1.3.	Методи психологічної роботи з травматичним емоційним досвідом	57
	Висновки до розділу 1	59
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>		63
2.1.	Характеристика дослідницької вибірки	63
2.2.	Методики дослідження	68
2.3.	Організація дослідження	77
	Висновки до розділу 2	78
<b>РОЗДІЛ 3. СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ППД</b>		80
3.1.	Особливості структури травматичного інфантильного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД	80
3.2.	Структурні особливості емоційної сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД	97
3.3.	Особливості структури мотиваційно-сміслової сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД	111

3.3.1.	Структурні особливості смислової сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД	111
3.3.2.	Особливості структури мотиваційної сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні с ППД	117
3.4.	Особливості прояву тілесних маніфестації травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД	123
3.5.	Особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.	129
	Висновки до розділу 3	133
<b>РОЗДІЛ 4. РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ З ППД</b>		142
4.1.	Психокорекційна робота з травматичним емоційним досвідом у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.	142
4.1.1.	Рекомендації щодо діагностики особливостей структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойови дій в Україні з ППД.	145
4.1.2.	Рекомендації для психокорекційної роботи з травматичним емоційним досвідом у демобілізованих учасників бойови дій в Україні з ППД	150
4.2.	Приклади психокорекційної роботи з тематикою травматичного емоційного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД	161
4.3.	Перелік рекомендацій щодо психо- діагностичної та -корекційної робіт з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.	172
	Висновки до розділу 4	174
	<b>ВИСНОВКИ</b>	175
	<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	179

	<b>ДОДАТКИ</b>	198
	<b>СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА</b>	198
	<b>ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ</b>	200
	<b>АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ</b>	201

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

- ППД - постстресова психологічна дезадаптація
- Гр 1 - група демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД
- Гр 2 - група демобілізованих учасників бойових дій в Україні без ППД

## **ВСТУП**

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** В Україні декілька років триває досить напружена та стресогенна ситуація військового конфлікту, яка обумовлює розвиток чисельних емоційних розладів клінічного та субклінічного рівнів у українських військовослужбовців, які прийняли участь у бойових діях. Зазначено [1-3], що від 20 до 60% вказаних осіб страждають на ПТСР. За офіційними даними прес-служби Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я, станом на вересень 2017 року, з 350 тисяч демобілізованих бійців АТО, 315 тисяч (90%) потребували проведення комплексної реабілітації. Протягом наступного періоду: від кінця 2015 до кінця 2016 років, - кількість військовослужбовців з ПТСР з 24,5%, збільшилася до 32,6% (від загальної кількості населення з ПТСР). Серед військовослужбовців спостерігаються: суїцидальна поведінка (518 випадків), агресивна поведінка, яка часто пов'язана із вживанням алкоголю та інші види аддиктивної поведінки (15% злочинів серед військовослужбовців пов'язані з вживанням алкоголю чи наркотичних речовин, а кожна шоста невоєнна втрата пов'язана з пияцтвом), депресія, алкоголізм, розлучені шлюби, девіантна поведінка тощо.

Розлади субклінічного рівня спостерігаються у більш ніж 90% учасників бойових дій [4]. Деякі автори [5], навпаки, наполягають на позитивності зрушень, що пов'язані з участю у військових конфліктах. Так, за даними, що наводить Зубовський Д. С., аналізуючи закордонні дослідження, тільки у 10-20% військовослужбовців спостерігаються негативні, деструктивні маніфестації, що розвиваються внаслідок травматичної події, переважна більшість осіб, навпаки, мають позитивні, адаптаційні зміни особистості, що обґрунтовується концепцією посттравматичного зростання (posttraumatic growth), яку запропонували Тедескі Р. та Л. Калхоун. Під таким зростанням розуміються «позитивні психологічні зміни, що виникли внаслідок боротьби з травматичними або дуже складними життєвими обставинами» [6]. За деякими даними [7] позитивні зрушення серед осіб, які зазнали травматичний стрес, спостерігаються у 30% - 98%.

Проте, дані, що представлені у багаточисельних публікаціях різних авторів (Александровський Ю.А., Бачеріков А.М., Болотов Д.М., Бучок Ю.С., Гуревич П.С.,

Загуровський В.М., Короленко Ц.П., Лінський Л.Ф., Ліпатов І.І., Малкіна-Пих І.Г., Маркова М.В., Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Сафін О.Д., Шестопалова Л.Ф.) свідчать про дуже серйозні порушення психологічного стану й адаптаційного потенціалу зазначених осіб, що значно погіршує якість їх життя [8-14]. Таке становище обумовлює необхідність вдосконалення психологічних заходів, розробки психокорекційних та реабілітаційних програм щодо супроводу демобілізованих з постстресовою психологічною дезадаптацією.

Існує багато підходів щодо концептуалізації травматичного досвіду [15]. Проте, концепція «емоційної схеми», що запропонована Greenberg L. та Elliott R. [16], яка, з нашої точки зору, має потужний евристичний потенціал недостатньо враховується й знаходиться поза мейн-стріму у відповідних дослідженнях стресової поведінки.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження «Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією» виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, «Моделі формування гендерної ідентичності у сучасному культурному просторі України» (№д/р 0115U004051, 01.04.2015-31.12.2017).

**Об'єкт дослідження** – травматичний емоційний досвід особистості.

**Предмет дослідження** – особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією (далі ППД).

**Мета дослідження** – визначити структурні особливості організації травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

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



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

2. Виявити особливості структури інфантильного травматичного досвіду та особистості демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

3. Виявити структурні особливості емоційної сфери демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

4. Визначити особливості структури мотиваційно-сислової сфери демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД..

5. Виявити особливості прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

6. Визначити особливості когнітивної репрезентації травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

7. Розробити рекомендації щодо діагностики та психокорекції травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з ППД.

**Методологічну й теоретичну основи дослідження** склали фундаментальні положення про стрес та його розвиток (Китаєв-Смик Л.О., Орбелі Л.А., Сельє Г.), дослідження адаптаційних розладів (Вірна Ж.П., Луньов В.Є., Маркова М.В., Шестопалова Л.Ф.), когнітивна теорія стресу (Лазарус Р.С.), соціально-психологічна концепція стресу (Наєнко Н.І.), концепція травматичного стресу (Горовіц М., Тарабріна Н.В.), концепція бойового стресу (Камерон Н., Кардінер А., Сиромятніков М.І.), психоаналітична теорія травми (Фрейд З.), концептуальні засади постстресової психологічної дезадаптації (Козира П.А., Маркова М.В.), теорії травматичного емоційного досвіду (Кочарян О.С., Ланіус Р., Массей М., Хаммер Р.), концепція диференційних емоційних рис (Ізард К.), теорія провідних емоцій (Ольшаннікова А.Є.), теорія смисложиттєвих орієнтацій (Леонтєва Д.А.), концептуальні засади субвербальної моделі клієнт-центрованої психотерапії (Кочарян О.С.), теорія інфантильних травм (Бурбо, Л., Джонсон Ст. М.), теоретичні положення процесуально-експірієнтальної психотерапії та концепція емоційно-фокусованої психотерапії (Грінберг Л., Елліотт Р.), положення психокаталізу

(Єрмошин А.Ф.), концептуальні положення щодо неадаптивних когніцій (Бек А., Елліс А, Макмаллін Р.).

**Методи дослідження:** для досягнення поставленої мети було використано комплекс методів:

- 1) теоретичні - аналіз психологічної літератури, систематизація та узагальнення даних;
- 2) емпіричні (психодіагностичний метод) – Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R – IES-R), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), тест «П'ять травм» (Бурбо Л.), методика аналіз ранніх спогадів (Rule W. R.), універсальний семантичний диференціал, шкала диференціальних емоцій (Ізардом К.), чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтевим Д. А.), тест індивідуальної мотивації (ТІМ), опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (Немчиним Т.А.), опитувальник SF – 36 (Методика оцінки якості життя).
- 3) математико-статистичні методи: для перевірки достовірності відмінностей зв'язаних вибірок (Т-критерій Вілкоксона), для перевірки достовірності відмінностей незв'язаних вибірок (t-критерій Ст'юдента,  $\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера, U-критерій Манна-Уїтні), кореляційний аналіз ( $\tau$ -Кендалла; W-коефіцієнт конкордації Кендалла) та факторний аналіз (метод головних компонент, обертання Varimax).

**Теоретичне значення роботи** полягає: у розширенні уявлень щодо організації травматичного досвіду особистості, ролі інфантильної травматизації у потенціюванні переживання актуальних травм, у розширенні розуміння організації емоційної сфери особистості.

**Наукова новизна** отриманих результатів дослідження полягає в наступному:  
*вперше:*

- виявлені особливості інфантильного досвіду демобілізованих з ППД, які переживають наступні типи травм: покинутості, приниження, несправедливості.

Встановлено, що такі травми є прединспонуючими до розвитку ППД у демобілізованих учасників бойових дій.

- виявлено феномен «злипання» зазначених травм, що призводить до потенціювання психічного напруження, до зростання їх потенційної патогенності.

- виявлено, що на психосемантичному рівні феномен «злипання» призводить до контамінації травм: вони не проявляють себе окремо, а як деякий конгломерат, що наповнений різноманітними конотативними утвореннями, що й створює складнощі перебування в такому досвіді для особистості військовослужбовців.

- описані структурні особливості організації емоційної сфери демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, що полягають у:

- домінуванні емоцій тривожно-депресивного та гостро-негативного спектру.

- вираженому «злипання» негативної емоційності стеничного та астенічного кола;

- деструктивній конотованості позитивних емоцій «радісті» та «здивування». «Радість» контамінована горем, а «здивування» - «презирством» та «страхом», що відбиває загальну закритість, невключеність у світ;

- наявності феномену потенціювання негативної емоційності – «злипання» негативних емоцій прединспонує посиленню їх деструктивної дії, загальної інфляції негативної емоційності;

- втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом»;

- існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери.

*уточнено:*

- структурні особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, а саме: переважання репрезентацій, характерних для інфантильних травм покинутості, приниження та несправедливості; утворення із зазначених репрезентацій взаємопов'язаного конгломерату.

*подальшого розвитку дістало:*

- уявлення про структурні особливості мотиваційно-сміслової сфери демобілізованих учасників бойових дій з ППД. Смісложиттєва сфера демобілізованих учасників бойових дій з ППД характеризується симптомокомплексом «тотальне розчарування», який відбиває, з одного боку, зниження профілю всіх сенсожиттєвих орієнтацій, а, з другого, - недиференційованість смислоутворень. В їх мотиваційній сфері спостерігається феномен «демотивації», який є пов'язаним з тим, що мотиви з високою вираженістю «злипаються» з мотивами з низьким рівнем вираженості, що знижує ресурсність всієї мотиваційної сфери.

- уявлення про особливості вираженості тілесних маніфестацій травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, які полягають у значно більшому ступеню їх вираженості у демобілізованих з ППД, а саме: наявність фізичного дискомфорту; стан м'язового тону; відчуття зі сторони серцево-судинної системи; прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту; прояви зі сторони органів дихання; настрої; особливості сну тощо.

**Практичне значення** отриманих результатів визначається тим, що автором сформульовані рекомендації для психологічної роботи, орієнтованої на діагностику та психологічну корекцію травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією, що представлені двома блоками: психодіагностичним та психокорекційним, що впроваджено у психологічний напрямок роботи ГО Дергачівської районної спілки ветеранів АТО при ГО Харківської обласної спілки ветеранів АТО (акт впровадження № 02 45/307 від 11.05.2018 р.) та ГО Чернігівської міської асоціації «Конкордія» (акт впровадження №12/11 від 20.06. 2018 р.). Основні положення дисертаційної роботи також впроваджено у навчальний процес кафедри психологічного консультування і психотерапії факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна в рамках дисциплін «Основи психотерапії», (акт впровадження № 0501-89 від 05.06.2019 р.), в консультаційну та психотерапевтичну діяльність Всеукраїнської громадської організації «Інститут

клієнт-центрованої та експеріментальної психотерапії», м. Харків (акт впровадження № 0536 від 17.12.2018 р.).

**Апробація результатів дисертації.** Результати дослідження доповідалися на семінарах для аспірантів кафедри психологічного консультування і психотерапії факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, зборах ГО Дергачівської районної спілки ветеранів АТО при ГО Харківської обласної спілки ветеранів АТО, наукових конференціях всеукраїнського та міжнародного рівнів: Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків, 2017); Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми оптимального функціонування особистості в сучасних умовах» (Харків, 2018); XIII науково-практичний семінар «Актуальні проблеми практичної та клінічної психології» (Луцьк, 2018); Науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків, 2018).

**Публікації.** Результати дослідницької роботи опубліковано у 5 статтях: 4 - у фахових виданнях України, 1 - у періодичних виданнях інших держав, тези доповідей - у збірнику матеріалів конференції.

**Структура й обсяг роботи.** Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг складає 204 сторінки друкованого тексту, з них – 177 основного тексту. Дисертація включає 40 таблиць та 7 рисунків. Список використаної літератури складає 199 джерел, з них – 76 іноземними мовами.

## Розділ 1.

# ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ

### 1.1. Психологічні концептуалізації травматичного досвіду

1. В науковій літературі є дані про те, що ПТСР та порушення адаптації особистості частіше зустрічаються у осіб, які мають в досвіді інфантильну психологічну травматизацію, яка розглядається як предиспонуєчий чинник розвитку психологічної дезадаптації [17, 18]. Разом з цим, праць, в яких би розглядалися особливості структури травматичного досвіду, що враховують одночасну наявність інфантильних та актуальних травм, недостатньо. Тож, для якісного емпіричного дослідження особливостей травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні, в якому передбачається дослідження інфантильної та актуальної його складових, доречним є попередній теоретичний аналіз основних концептуалізацій інфантильної та актуальної травм, травматичного емоційного досвіду та постстресової психологічної дезадаптації.

#### 1.1.1. Психологічна травма

На початку XVII ст. оксфордський вчений Бартон Р. запропонував ідею пояснення виникнення депресивних розладів через такі ймовірні причини, як: конфлікти, руйнування браку та ін. В кінці дев'ятнадцятого сторіччя Брейер Й. та Фрейд З. запропонували теорію травми, за допомогою якої пояснювали істеричний невроз [19].

Невроз зазначені вчені тлумачать як певний наслідок травматичного переживання, до якого можна віднести насилля, зваблення, психологічну депривацію, які психіка не утилізувала звичним способом. Як наслідок, ці переживання-афекти дисоціюються від психіки та, знаходячись в контексті певних

спогадів, намагаються повторно повернутися в свідомість. А оскільки вони нестерпні для Его, виникає спротив психіки стосовно спогадів травматичних переживань, що було визначено Фрейдом З. як захисний механізм – «витіснення». Протиріччя, яке полягало в одночасному бажанні повернути в свідомість травматичні переживання для повернення цілісності та повноцінності досвіду та болюче небажання, щоб це відбулося, як прагнення психіки уникнути повернення до негативних спогадів та почуттів, отримало назву «інтрапсихічного конфлікту».

В подальшій науковій діяльності Фрейд З. прийшов до висновку, що процес дисоціації травматичного досвіду від загального характерний для нормального функціонування психіки, а не тільки для невротичних станів, що знаходить своє відображення в обмовках, помилкових діях чи описах [20].

Фрейдом З. було зроблено багато спроб описати феноменологію травматичного досвіду в рамках метапсихологічних підходів до функціонування психіки: динамічного, топографічного, економічного підходів психосексуального розвитку особистості. Під психічною травмою Фрейд З. розуміє певне емоційне психологічно не перероблене індивідом, потрясіння, яке супроводжується непереробленими афектами, такими як: сором, душевний біль, страх, стрес.

Згідно Фрейдю З., фіксація на травмі – це спроба її контролювати. Захист від травми, як результат цього контролю, починає обумовлювати більшість проявів «Я», які спрямовуються в навколишнє середовище. Як захист від травми та спроба контролю, психіка акумулює певний ресурс, який не знайшовши конструктивного способу реалізації стає потенціалом для саморуйнування цієї психіки.

Узагальнюючи основні положення теорії травми за Фрейдом З., Лісена А.М. та Кочарян О.С. пропонують наступні: психічна травма має суттєве значення в етіологічному процесі неврозу, травматичний характер переживання набуває в наслідок кількісного чинника, лише при певній психологічній конституції те може стати травмою, що при іншій конституції травмою б не стало, травма належить дитячому віку, травмою є чуттєве сприйняття чи враження чи переживання власного тіла, бувають негативні та позитивні наслідки проживання травми, до позитивного наслідку проживання травми належить виникаюче зусилля повернути травматичне

переживання з ціллю його врегулювання, негативним наслідком є виникнення фобій та уникнення, виникнення неврозу стає певним наслідком намагання зцілитися від травми шляхом примирення структури «Я», яка виникла як наслідок травматизації з основною його структурою.

Резнікова О.А., аналізуючи підходи до вивчення травматичного досвіду, зазначає, що під психічною травмою, чи психологічною травмою чи психотравмою, слід розуміти життєву подію, яка пов'язана з міжособистісною взаємодією гострої емоційності чи дією середовища, яка має психотравмуючий характер, які викликають переживання великої сили та обумовлюють нездатність особистості адекватно реагувати в цій події та виникнення патологічних змін зі стійкою фіксованістю в душевному житті [21].

Сама психічна травма дається суб'єкту травматичної події в таких переживаннях, як: почуття душевної тяжкості, гіркоти, болю, власної непотрібності, втрати, неповноцінності. Через ці переживання вона проявляються назовні. Переживання, в свою чергу, зберігаються в пам'яті та можуть використовуватися психікою як матеріал, коли осмислюється процес, в якому виробляються життєві цілі та плани, які, в свою чергу, обумовлюють поведінку індивіда.

Резнікова А.О. зазначає, що травматичний досвід є співвимірним в інтенсивності переживань з попереднім життям. Цей досвід ділить всі події на ті, що трапилися до його виникнення та після, таким чином травматична подія впливає на сприйняття минулого, сьогодення та майбутнього.

Травма обумовлює такі зміни в організмі людини, як: зміни роботи кори головного мозку та мовних центрів, що, частково, пояснює проблеми з артикуляцією травматичних переживань, пам'ять починає працювати фрагментарно, що викликає втрату цілісності травматичного та загального досвіду, сама травматична подія зберігається в пам'яті разом з неадаптивними когніціями та гострими переживаннями у вигляді картинок, відчуттів, почуттів, емоцій, травматичне переживання проявляється в м'язах. Резнікова А.О. зазначає також, що одноразовість травматичної події передбачає можливість корекції її наслідків, а



систематичне повторення чи відтворення створює передумови для закріплення симптоматики на все життя [22].

Психологічні травми за тривалістю та силою дії можуть бути шокowymi, раптовими, масивними та надсильними. Одночасно, вони бувають короткочасними та хронічно діючими. Рупперт Ф. [23] за змістом виділяє наступні травми: втрати, системних стосунків (прикладом може бути травма вбивства когось в сім'ї чи інцесту), прихильності (до якої належать травми позбавлення уваги та любові), екзистенціальна травма (різновидом якої можуть бути нещасний випадок чи насильство). Резнікова А.О. пропонує типологію травматичних обставин за Мухіною В. С., які розподілені за трьома віковими етапами: дитинство, підлітково-юнацький етап розвитку та дорослість [24, 25].

Для першого детермінантами травматизації можуть бути такі особливості виховання, як: виховання в неповній сім'ї, неповага між членами сім'ї, непослідовність та конфлікти. Проявами проживання травми у дитини можуть бути: нездатність встановлювати близькі стосунки, самотність, намагання розраховувати виключно на себе та невіра в можливість отримати будь яку підтримку. На другому етапі виникають травми, так чи інакше пов'язані з розвитком ідентичності та прийняттям себе. Проявляється травматизованість в нездатності встановлювати повноцінні статеві стосунки, неможливість повноцінно сприймати свій фізичний вигляд, відсутність віри в свої можливості та сили, невмінні та небажанні встановлювати контакти з новими людьми. На третьому етапі виникає травма, пов'язана з небажанням приймати реальність. Наслідком даної травматизації є небажання сприймати дійсність об'єктивно, формування хибних уявлень та небажання від них відходити.

Лауб Д. вказує на те, що травму не слід розуміти як втрачену в пам'яті, ця подія взагалі не проживається особистістю, а пронизує всю структуру пам'яті лонгетюдно та присутня в теперішньому. Тобто пам'ять накопичується, так мовити, «в контексті» травматичної події. Одного разу потрапивши в таку ситуацію та не маючи достатнього ресурсу для конструктивного проживання та завершення цієї ситуації, особистість отримує перманентну складову цієї травматичної пам'яті. Дана

травматична складова пам'яті може виходити за межі формування онтогенетичного варіанту формування психіки та виходити на рівень взаємодії між поколіннями [26-29].

Волкан В. пропонує ідею існування певних історичних травм, які опосередковують специфіку формування віктимізованих груп [30]. Прикладом таких травм можуть бути: передача травми на трансгенераційному рівні, певна культурологічна неспроможність прожити втрату близької людини, національна нездатність відчувати впевненість (існування в пам'яті сценаріїв «молодшого брата» як громадянина однієї країни по відношенню до представника іншої), ідентифікація з агресивною поведінкою, характерною для етнічної, національної, соціальної групи (створення ієрархії взаємодії в соціумі, яке призводить до перебування в постійній психологічній напрузі), відчуття сорому чи образи (прикладом можуть бути традиції, в яких особистість проживає принизливі обряди ініціації, які передбачають закарбування в пам'яті та перехід на рівень особистісних особливостей тих чи інших переживань).

#### **1.1.1.1. Інфантильна травма**

В психоаналітичних концепціях психологічної травми Абрахама К., Боулбі Дж., Віннікота Д., Райкрофта Ч., Ранка О., Фрейда З., та ін. [31–34], виокремлене поняття «інфантильної травми». Саме в отриманні та проживанні цієї, ранньої травми, психоаналітиками вбачається причина формування невротичного симптомокомплексу, зазначає Райкрофт Ч. [35] Виникнення та формування інфантильної травми розглядається як результат збою задоволення основних онтогенетичних потреб (від 1 року – фузії, від 1 року до 3 – сепарації, від 3 до 5/6 – асиміляції сексуальності у дівчат та рішення проблем чоловічого суперництва у хлопців).

Сучасники психодинамічного напрямку: Friedman M. J., Lindy J.D., Stern M. M., Stern N. B., Wilson J.P. [36-37] зазначають, що інстинкт самозбереження не має змоги витіснити чи блокувати травматичне переживання. Такі сучасники

психодинамічної теорії, як Kahn C., Kaplan S., Young A. [38-40] вказують на наслідки травматизації: реалізація неефективних захисних механізмів, регрес на більш ранню стадію психосексуального розвитку, ідентифікація з фігурою агресора, регрес на рівень функціонування архаїчних проявів Super-Ego, автоматизація Ego, ремобілізація інфантильних імпульсів, виникнення деструктивних змін в структурі ідеального «Я». Сама травма, при цьому, є також і певним тригерним механізмом, який провокує актуалізацію інфантильних інтрапсихічних конфліктів.

Янгом Дж. Було розроблено поняття «ранніх дезадаптивних схем», що формуються в наслідок інфантильної травматизації та можуть зберігатися протягом всього життя [41–45].

Бурбо Л. [46] запропонувала типологію п'яти ранніх травм та відповідних їм характерологічних структур. Вона зазначає те, що для кожної травми характерні певні переживання, що обумовлює специфіку структури травматичного емоційного досвіду. Бурбо Л. виділяє наступні типи травм: відкинутості, покинутості, приниження, зради та несправедливості.

Кожна з травм обумовлює зберігання відповідного їй травматичного досвіду протягом всього життя.

Травма відкинутості виникає при взаємодії з батьками своєї статі (відштовхують, відсторонюють, відмовляються, не терплять). Формується характер втікача. Для переживання травми характерні: сумніви в праві на існування, почуття непотрібності, страх, ненависть, пригніченість, самотність, ізоляція, сором, другосортність, нікчемність.

Травма покинутого виникає при взаємодії з батьками протилежної статі (не цікавляться). Формується характер залежного. Для переживання травми характерні: емоційний голод, безпорадність, сум, страх, самотність, незначимість, зневіра, образа.

Травма приниженого виникає при взаємодії з матір'ю. Формується мазохістичний характер. Для переживання травми характерні: сором, образа, вина, відраза, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизнаність, безпорадність, бажання бути гідним.

Травма зради виникає при взаємодії з батьками протилежної статі. Формується контролюючий тип характеру. Для переживання травми характерні: бажання влади, недовіра, напруженість, страх, гнів, маніпулятивність, важливість зберігання своєї особливості, сили, компетентності.

Травма несправедливості виникає при взаємодії з батьками своєї статі. Формується ригідний характер. Для переживання травми характерні: ревності, замкненість, закритість, розчарування, гнів, почуття обов'язку, стрес через недосконалість, провина.

Доречно зазначити, що виникнення та формування травми передбачає чотири етапи. Для інфантильного досвіду характерна нездатність бути собою та страждання, які супроводжували необхідність бути такими, якими від них вимагали оточуючі та обставини. Протестуючи проти даних умов існування, особистість накопичує, з урахуванням специфіки травми ті чи інші переживання, про які було сказано вище. Як наслідок проживання та накопичення травматичних переживань, відбувається формування іншої особистості, змушено сформованої, яка зберігає в собі травму.

В психології існують близькі до наданої за тлумаченням типології, прикладом якої є типологія травм, запропонована Джонсоном Ст. М. [47]: 1. відкинутості, 2. покинутості, 3. особистісної незначущості, 4. придушення, 5. злиття, 6. суперництва, відповідно.

### **1.1.1.2. Актуальна травма (бойова травма)**

У зв'язку із ситуацією, що склалася в Україні, з'явилися виражені актуальні воєнні чи, бойові психологічні травми, які, вірогідно, мають певні психологічні особливості організації. Акарачкова Є.С., Катько І.І., Маркова М.В., Панченко А.О., Рачкаускас Г.С., тлумачать дане поняття через руйнування структури дій на психологічному підґрунті в наслідок впливу на психіку психотравмуючих чинників в умовах бойових дій. При цьому, вплив може бути як коротко- так і довготривалим

і саме він викликає високого ступеня вираженості переживання, що, власне, і викликає різного ступеня тяжкості психічні розлади [48-55].

Зазначені вчені вказують на існування двох груп порушень. Перша група розвивається більш стрімко й існує за часом короткотривало, викликаючи у військовослужбовця ступор, чи, навпаки дуже гостру психологічну реакцію, що провокує часткову втрату зв'язку з реальністю, дезорієнтованість чи гіпертрофовано виражену активність. В цьому стані особистість втрачає здатність критично аналізувати свої дії та взаємодіяти з оточенням (гостра травматична реакція). Літвінцева С.В., Люмберг Л., Шамрей В.К. [56-57] зазначають, що друга група варіацій бойової психологічної травми характеризується поступовим зростанням психологічної напруги, що обумовлено хронічним впливом тих чи інших стресогенних чинників.

Через певний час в особистості військовослужбовця відбуваються певні психологічні зміни, які проявляються і психосоматично. З'являється замкненість, ворожість, недовіра, розчарування, прояви агресії, раптовий об'єктивно не аргументований гнів, роздратованість як перманентний стан, втрачається бажання повноцінно взаємодіяти з товаришами по службі, сильно виражений страх. Все це часто доповнюється такою психосоматикою, як нудота, запаморочення, головний біль, дискомфорт в тілі [58-67].

Не викликає сумнівів те, що бойова психологічна травма є реакцією на стрес, який виникає в стресовій ситуації як наслідку впливу тих чи інших чинників на особистість. Болотов Д.М., Кутько І.І., Ліньов А.Н., Рачкаускас Г.С., Шестопалова Л.Ф., Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. [68-69] зазначають важливість врахування та дослідження психо-адаптаційних та дезадаптаційних станів.

Кочарян О.С. [70-72] зазначає, що при актуальних травмах часто спостерігається накладення актуальної травми на раніше пережиту інфантильну, що в результаті створює «повторний» удар. Вклад в актуальну травму минулої може бути різним. Фактично сумарний результат актуального/інфантильного травмування представлений на рис. 1.

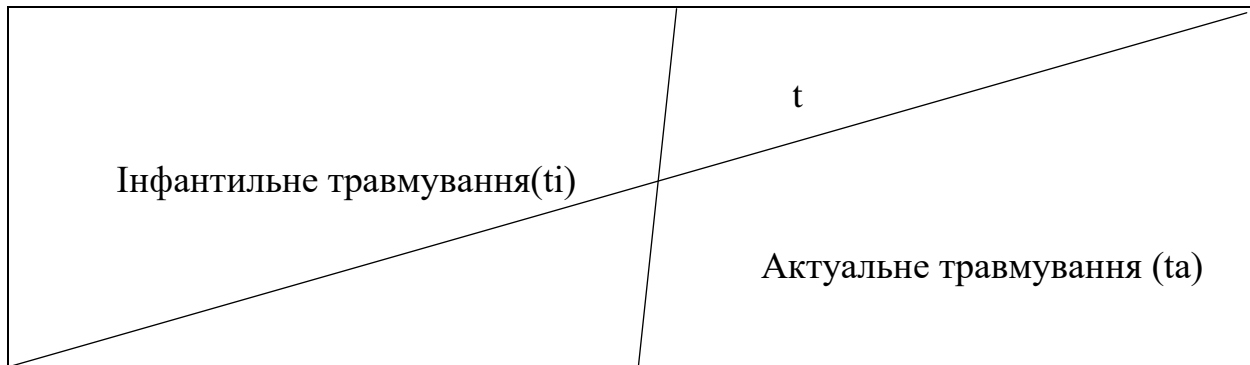


Рис. 1.1 Схематичне зображення співвідношення в структурі травми інфантильного та актуального Примітка:  $t$  – час;  $t_i$  – інфантильна травма;  $t_a$  – актуальна травма.

Травма є сумою вкладів інфантильного травмування та актуального:  $t = \Sigma (t_i + t_a)$ , де  $t$  – загальне травмування. Таким чином, представляється актуальним аналіз особливостей організації травматичних переживань в залежності від співвідношення в ньому актуального та інфантильного травмування. Це й складає проблемне поле подальшого дослідження.

### 1.1.2. Концепції травматичного емоційного досвіду

Аналізуючи феноменологію травматичного, саме, емоційного досвіду, слід зазначити, що результатами психологічних досліджень емоцій, стали не малочисельні теорії, до яких належать: когнітивна теорія Елліса А. та Бека А., теорія структури емоцій Вундта В., теорія Джемса У. та Ланге А.Г., біологічна теорія емоцій за Анохіним П.К., потребово-інформаційна теорія за Сімоновим П.В., теорія активації емоцій за Arnold M.B. та Lindsey G., двохкомпонентна теорія Шехтера С., диференціальна теорія Ізарда К., теорія емоцій Лазаруса Р., теорія мімічного зворотнього зв'язку Джеймса У. та ін. [73, 74].

Розуміння багатоаспектності емоцій, як психологічного процесу та специфіки їх типологій, дає краще зрозуміти та якісніше дослідити феноменологію емоційної сфери в цілому. Слід зазначити, що існують розрізнені результати як

теоретичних так і емпіричних досліджень стосовно саме травматичного емоційного досвіду, ще менше даних стосовно структури самої травматичної емоції, тому дане питання потребує більш детального аналізу.

Массей М. [75] пояснює феноменологію травматичного емоційного досвіду через процес емоційного зачеплення, що представляє собою негативний емоційний компонент, утворений шляхом реалізації здатності несвідомого об'єднувати однотипний досвід. Він зазначає, що травматичний емоційний досвід може отримувати певний негативний заряд. Більш того, травматичний емоційний досвід складаючись з певної кількості частин досвіду як з певних подій чи пов'язаних з ними спогадів та переживань, які об'єднуються в ланцюг, таким чином нарощуючи свій руйнівний потенціал.

Дана концепція близька до ідеї, запропонованої Кочаряном О.С., в якій він дав чітке пояснення потенціюванню негативних емоцій, які, одного разу з'явившись в емоційному досвіді особистості в контексті певного змісту, можуть втрачати зв'язок з первинним змістом та об'єднуватися з однотипними переживаннями з іншого змісту, створюючи нове та одночасно потенціуючи вже існуюче утворення емоцій. Такі емоційні утворення можуть дрейфувати по емоційному досвіді, підсилюючи його травматичний компонент, якщо в цих переживаннях відповідна природа.

Згідно теорії Массея М., потенціал травматичного емоційного досвіду, маючи негативний характер впливу, може ініціювати виникнення тих чи інших захворювань, самі емоції, при цьому, мають певну здатність «заморожуватися» в пам'яті та зберігатися в тілесності [76].

Нейрофізіолог Пауль Г. [77] пропонує тлумачення таких заморожених через аналогію з програмним забезпеченням, яке, маючи характер функціональних зв'язків в тілі, ускладнює повноцінність проходження нервових імпульсів в організмі та роботи нейронних ланцюгів. Дане припущення кореспондує з тлумаченням Кочаряном О.С. «заторних» емоцій, про які мова йтиме в наступному підрозділі.

Хамер Р. пропонує ідею певного «замкненого коливального контуру», який виникає як певна «концентрація» емоцій травматичного досвіду в тих чи інших

зонах мозку. Оскільки кожна зона мозку відповідає так чи інакше за роботу певних частин тіла чи систем органів, в певній тілесній структурі виникає гіпо- чи гіпертонус роботи кров'яних судин та м'язів, що, за своїм механізмом схоже на параліч.

Хамер Р. в своєму дослідженні показав взаємозв'язок локалізації «коливального контуру» з типом травми та місцем локалізації в тілі пухлин. Звичайно дане дослідження представляє собою безперечну цінність в розкритті феноменології травматичного емоційного досвіду, однак залишає ще більше питань стосовно особливостей структури цього досвіду у особистості без тілесних проявів подібного типу захворювання та й психологічного тлумачення специфіки утворення цього досвіду явно недостатньо.

Близьким за ідеєю вищеописаних пояснень феноменології травматичного досвіду, є дослідження канадського нейробіолога Ланиуса Р. А. [78-80], яка пропонує ідею «мережі пасивного режиму роботи мозку». Певні структури-мережі мозку, які відповідають за формування думок, розпізнавання емоцій та думок інших людей, пам'ять та ін., знаходяться постійно в певному тонусному режимі. Але в наслідок впливу негативного інфантильного емоційного травматичного досвіду відбуваються неврологічні зміни в даних мережах. У дітей, які пережили травму, погіршується взаємозв'язок між частинами мережі пасивного режиму роботи мозку. Ланиуса Р. зазначає, що, як наслідок, у цих дітей слабшає сприйняття свого глибинного «я» та базове самовідчуття.

Зимель Д. вказує на амбівалентність переживань, які наповнюють травматичний досвід, як наслідок розщеплення в роботі вказаних структур мозку, які, в свою чергу утворюються при неоднорідності психологічної атмосфери в спілкуванні з батьками. Прикладом може бути хронічна ситуація одночасного бажання отримати любов, підтримку від батьків та усвідомлення залежності від них, а з іншого боку відчуття небезпеки та загрози здоров'ю, які можуть надходити від агресивних батьків.

Однією з варіацій вказаних змін є виникнення певного «замороженого стану» емоційної сфери особистості. Вказуючи на те, що способом вижити для травмованої



дитини є максимальна відмова від емоцій, Ланиус Р. фактично підкреслює визначальну роль емоцій в формуванні травматичного досвіду. Як наслідок, виникаюча, наприклад, невпевненість в собі, говорить Ланиус Р., зберігатиметься впродовж всього життя, що ускладнюватиме постійно комунікацію з оточенням. Дане бачення потребує співставлення з результатами терапевтичної роботи, в якій вербальним методом отримується результат в суттєвому покращенні впевненості в собі.

Виникає риторичне запитання стосовно того, чи не можна вплинути на зв'язки цих структур у зворотньому напрямку формування процесу при травматизації. Даний аспект стає більш очевидним, при врахуванні психологічної природи запропонованих Ланиус Р. як причин змін в мозку (вплив стресу), так і наслідків цих змін. Отже, детального дослідження потребує не тільки, а, можливо, не стільки, зміни на нейробіологічному рівні роботи мозку, для розуміння доклінічного рівня формування травматичного досвіду, а саме психологічного.

Тарабрина Н.В. [81] зазначає те, що основним концептом, який опосередковує травматичну подію є пам'ять. Ідея пов'язана з розділенням Б. ван дер Колком пам'яті на два типи, а саме: імпліцитної та експліцитної, розуміючи під ними, відповідно, несвідому та свідому. Несвідома складова загальної пам'яті відноситься до тієї системи, яка контролює сенсомоторне сприйняття, навички, звички та емоційні рефлекси, в першу чергу умовні.

Ассман А. [82] зазначає, що в обох типах, а, в більшій мірі в імпліцитній, може виникати травматична пам'ять, яка існує в якості емоційних фрагментів, які складно артикулювати при відтворенні, тому ці фрагменти є невербальними, ізольованими, вони можуть проявлятися в виді симптомів, що, в свою чергу проявляються в «пам'яті тіла». В тілі дана симптоматика проявляється як наслідок нездатності асимілюватися як до структури свідомості, так і особистості в цілому, втрачаючи таким чином можливість отримати інтерпретаційну чи мовленнєву обробку. З нашої точки зору, дані варіації тлумачення феноменології травматичного переживання лише підкреслює ступінь проникнення цього переживання у всі структури психіки.

Доповнюючою характеристикою до зазначеної ідеї, є запропонований Жане П. [83] феномен дисоціації, під яким розуміються психологічні утворення, які схожі за ознаками, але розташовані на різних краях континуума, які відповідають нормі та патології. Умовною нормою реагування може бути неухважність, як певний спосіб уникнути травматичні події. Тобто психіка фактично «ховається» в неухважність, свідомість стає розфокусованою, ігноруючи стресогенні чинники. Патологією буде формування дисоціації, в якій травматична подія створює власну структуру досвіду, відокремлену чи маючу мінімум зв'язків з основною структурою свідомості та особистості в цілому.

Малкіна-Пих І.Г. [84] зазначає, що дисоціація таким чином стає певним захисним механізмом, в якому два чи більше психологічних процеси починають існувати паралельно один одному та не мають змоги взаємоінтегруватися. Огієнко В.І. [85] зазначає, що завдяки дисоціації особистість отримує змогу співіснувати з травматичним досвідом. Сама дисоціація може проявлятися в трьох варіантах феномену. До первинної дисоціації належить певна нездатність вибудувати цілісну картину дійсності в її сприйнятті. Відбувається певна фрагментація досвіду, який має травматичні характеристики. Для цього варіанту дисоціації характерним є виникнення певних Его-станів, що не характерні для повсякденного стану свідомості. Результатом їх впливу є викривлення когнітивних процесів сприйняття травматичної ситуації, в тому числі і її повне ігнорування. Вторинна дисоціація характерна для особистості, яка, безпосередньо проживаючи травматичне переживання, переходить в дереалізацію. Фактично, мова йде про можливість дистанціюватися від ситуації, що стає нестерпною.

Важливо підкреслити, що дистанціювання в більшій мірі йде, звичайно, від емоцій та почуттів, адже нестерпність виникає як перехід за поріг терпимості та ресурсності у відношенні саме до травматичного переживання, до яких, в свою чергу належать біль, страх, розчарування та ін. Для третинної дисоціації характерним є формування певних Его-станів, субособистісних утворень зі своїми власними когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами. Вони можуть бути пов'язані з однією подією чи ланцюгом однотипних подій. Це пояснює

феноменологію «флешбеків», які як відтворення травматичної події в свідомості запускається тригером – елементом реальності, близьким до частини травматичної події. Чи однотипність реалізації особистості в ситуаціях, які близькі до інфантильних травм .

Horowitz M.J. [86] в свої теорії когнітивної переробки зазначає, що при переробці нової інформації, якщо вона пов'язана з негативними переживаннями, що травмують психіку, в пам'яті можуть закріплюватися травмозалежні образи та переходити в хронічний варіант. Дані образи використовуються в подальшому вибудовуванні картини світу, чим спотворюють її ще більше, актуалізуючи, таким чином негативні травматичні переживання, на що вказують Gersons V.P., McCann I. L., Pearlman L.A., Johnson J.T., Нікітіна Т.І., Сергєєва Ю.С. [87] звертають увагу на те, що результатом даних особливостей переробки інформації, стає розподіл життєвого досвіду на дві складові – до та після травматичної події.

Не новою в психології є вищезазначена ідея «пам'яті тіла» як прояву травматичних переживань на рівні тілесності. На ній вибудовані такі теорії, як біоенергетичний аналіз Лоуена О. та тілесно-орієнтована психотерапія Райха В. Лоуен О. [89] пропонує наступну типологію травм та відповідну їй типологію характерологічних структур, які формуються як реакція на відповідну травму: знехтування – шизоїдна, позбавлення – оральна, спокушання – психопатична, придушення – мазохістична, фрустрація – ригідна.

Лоуен О. зазначає, що інфантильна травма детермінує високого ступеню негативне емоційне переживання, яке виникає як наслідок нереалізованої потреби дитини бути любимою батьками. В незалежності від типу травми ці переживання психіка не в змозі витримувати. Лоуен О. в рамках структури травматичного емоційного досвіду виділяє емоційний шар до якого входять: біль, відчай, страх та гнів. Спроба уникнути переживання цих емоцій, може бути реалізована двома шляхами: формування вищезазначених характерологічних структур чи їх соматизація шляхом утворення м'язового панцира.

В даних теоріях мова йде про виникнення хронічної м'язової напруги, яка є соматичним еквівалентом цих емоцій. Енергетика емоційного імпульсу

подавляється цим м'язовим напруженням. Як наслідок даного механізму у людини можуть виникати відчуття болю в любых системах організму. Це в певній мірі може пояснює, наприклад, ідею психосоматики у військовослужбовців як результат ретравматизації інфантильного досвіду, травматичним досвідом участі в бойових діях. Разом з негативними емоціями блокується й любов. Психологічний шлях боротьби з травматичними переживаннями передбачає функціонування наступних механізмів психологічного захисту: проєкція, недовіра, заперечення, звинувачення, раціоналізація та інтелектуалізація.

Ідея Райха В. [89] більш наближена до концептуальних засад ортодоксального психоаналізу та вбачає в виникненні травматичного емоційного досвіду наслідок блокування оргонної енергії в організмі людини. Ця енергія має сексуальну природу, тож можливість уникнення травматизації вбачається в формуванні «генітального» характеру, в рамках реалізації якого особистість зберігає змогу бути спонтанною, вільною, креативною та здоровою.

Ідея соматизації травматичних емоцій також знаходить своє відображення в роботах Єрмошина А. Ф. [90], який говорить про «речі в тілі», маючи на увазі емоції в тілі свідомості, які проявляються і в самій тілесності. Єрмошин А. Ф. вказує на те, що травматичні переживання можуть бути настільки сильними, що саморегуляція дає збій і тоді зібрані негативні заряди «розкрадають» потенціал особистості. Під зарядами розуміються негативні емоції, почуття, афекти, які не реалізувалися повноцінно, тобто залишилися поза процесом повноцінного усвідомлення та проживання. Ці негативні заряди Єрмошин А. Ф. називає невідпрацьованими. Їх виникнення та психологічну природу можуть обумовлювати нереалізовані злість, образа, розчарування, ревності, занепокоєння, скорбота та ін.

Намагаючись надати свідомості характеристику певної психологічної тілесності, Єрмошин А. Ф. запропонував роботу із соматизованими еквівалентами психічних переживань. Тобто мова йде про те, що тіло свідомості наповнюється тим чи іншим емоційним змістом, що, в свою чергу, якщо це негативний зміст, провокує виникнення різного роду соматичних проблем, таких як: гастрити, язви, астми та ін. В результаті каталізу тілесних відчуттів свідомість-тіло показує себе як реалізоване

через сукупність «психічних предметів» – «хороших», таких як любов, радість та ін., чи «поганих», таких як ненависть, страх та ін.

Цікавим з точки зору дослідження особливостей структури травматичного емоційного досвіду є те, що травматичні емоції, з точки зору Єрмошина А. Ф. переходять в стан тілесних відчуттів. Тобто вони часто не існують в своєму «чистому» вигляді, а відчуються в тілесності, що, власне, і розуміється як «соматизовані еквіваленти».

Лісена А.М. та Кочарян О.С. аналізуючи феноменологію психічної травми, вказують на певну локалізацію в тілі травматичних переживань чи їх складових, а саме: образа, яку травмована особистість не в змозі, так би мовити «проковтнути», концентрується в області горла, проявляючись в тих чи інших різновидах його хвороб та в області кишково-шлункового тракту. Локалізацією в області серця відхилення від норми функціонування засвідчують часто про прояв травми «розбитого серця». Почуття провини може провокувати спазми судів, рвоту, тошноту, цистит, енурез. Плач, який не знайшов свого конструктивного прояву, може викликати риніти та розлади кишечника. Пасивне роздратування та лють від відсутності опори в житті можуть провокувати порушення опорно-рухового апарату. Травми, пов'язані з приниженням та погіршення самоповаги, можуть проявлятися в погіршенні роботи судин, виникненні гіпертонії та головного болю. Досить ранні травми, до яких відносять довербальні, можуть обумовлювати порушення мови.

Таким чином, можна говорити про вплив травматичних переживань на всі системи організму людини в залежності від специфіки травматизації.

Янов А. [91] в рамках розробленої ним первинної психотерапії запропонував свою концепцію травматичного досвіду зі своєю специфікою системи почуттів. Він зазначив, що психологічні та фізичні хвороби пов'язані з ранньою травмою. Можливість психотерапевтично пропрацювати дану травму дозволяє позбавитися від таких проблем, як: порушення сну, тривоги, депресії, наркоманії, алкоголізму та других аддикцій, захворювань серця та других органів та їх систем. Янов А. зазначає, що в дитини фруструється сама головна з точки зору оптимальності

розвитку особистості, потреба, на яку вказують переважно представники гуманістичного напрямку в психотерапії, - це потреба любити та бути любимим, в першу чергу, батьками.

Фрустрація відбувається в процесі соціалізації. В кожної дитини з різним ступенем інтенсивності, та маючи свою психологічну специфіку, акумулюється ця фрустрація, тобто збільшується кількість глибоких образ, які часто залишаються не виражені у зв'язку з обмеженістю свободи прояву подібних емоцій, почуттів та станів, орієнтованих по відношенню хоча б до одного з батьків.

Янов А. [92] зазначає, що при виникненні першого фрустрованого невираженого стану, дитина не стає одразу невротичною, але вона вже стає на шлях неврозу. Він пропонує поняття «головної сцени першопричини», розуміючи під ним певну подію, травматично емоційне проживання якої напластовується на певну кількість вже існуючих в досвіді негативних переживань. Ця ситуація, як правило, відбувається в віці 5-7 років, коли дитина здатна узагальнити весь свій досвід, та різко збільшує травматичність переживань та спогадів, пов'язаних з образами, приниженням, болем та ін.

Травматичний досвід являє собою певний «резервуар» схожих больових спогадів, джерелом яких є одне базове почуття, прикладами якого можуть бути: страх, образи зі сторони матері та ін [93]. Головна сцена першопричини стає надмірною для дитини, а негативно емоційно сильно заряджена структура генерує надзвичайно сильний психологічний біль, з яким дитина не в змозі свідомо існувати, тож цей досвід та травматичні переживання витісняються зі свідомості. Головне, базове почуття болю, яке поєднує навколо себе всі інші почуття травматичного досвіду, Янов А. назвав «першопочуттям». Виникнення неврозу він бачить в «замороженні болю» [94].

Подавлений біль призводить до напруги, яка обумовлює підвищення серцебиття, температури, болю, виникнення психосоматики, напруги в м'язах, надмірну балакучість та ін.. Дана симптоматика орієнтована на відведення енергії від первинного больового переживання, щоб не допустити реактивації надмірного первинного болю.

Таким чином, первинний біль за Яновим А. має наступні характеристики: він не пережитий, а, відповідно, є напруженим та нерозрядженим; він не включений в цілісний досвід особистості, таким чином він утворює дисоційовану та несвідому частину цього досвіду; він замаскований, а тому недоступний прямому усвідомленню.

Цікавим є запропонований Яновим А. феномен «безболісного болю», під яким розуміється переживання під час психотерапії первинного почуття, при якому клієнт не відчуває травматизації своєї особистості. Мова йде про можливість, разом з проживанням цього болю, повернути здатність до повноцінного проживання емоцій та почуттів. Тобто можливість повернути до свідомості первинний біль та проживання його набуває саногенної характеристики. Первинний біль, напластовуючись у вигляді певної кількості травматичних подій, об'єднується в певний резервуар первинного болю, тож, враховуючи постійне збереження емоційної напруги в ньому, на що вказує Янов А., повертаючись в нього, особистість, фактично, отримує можливість стати собою в цьому досвіді.

Норкросс та Прохазка зазначають, що, як наслідок уникнення проживання первинного болю, психіка викривлює себе настільки, щоб створити сприятливі умови для хорошого ставлення до особистості, навіть шляхом відмови від певних частин себе. Янов А. запропонував топографічну модель первинних почуттів та псевдопочуттів, розуміючи під останніми, власне не сам первинний біль, а реакцію на нього. Це певні ірреальні почуття, до яких належать провина, гнів, сором та ін. Тобто, схематично та структурно первинний біль знаходиться суттєво глибше псевдопочуттів, які є символічними заміниками що реалізують функцію придушення головного почуття.

Діденко В.О. та Шебанова В.І. [95-97] проаналізували певну частину накопичених в науці результатів емпіричних досліджень різних характеристик травматичного досвіду в працях наступних вчених: Best С., Burgess А., Bowen V., Bowlby К., Brisch К., Kilpatrick D., Holmstrom R., Ruppert F., Veronen L., Єгоркіна Т.В., Захариков С.В., Каменченко П.В., Попов В.Є. В цих роботах були досліджені травматичні переживання різних груп: військовослужбовці, вагітні

жінки, підлітки, жертви згвалтування. Так, прикладом може бути дослідження Ruppert F., в якому підкреслюється важливість врахування саме соціального контексту проживання стресової ситуації, яка обумовлює специфіку травматизації. Більш того, він зазначає про існування здатності дитини до актуалізації травматичного досвіду у матері, яка в подальшому передає його дитині.

Таким чином виникає замкнене коло циркуляції травматизації між поколіннями. Крім того, доводиться ідея, запропонована Кочаряном О.С., який вказує на деяку перманентність «затонних емоцій», які постійно зберігаються в травматичному емоційному досвіді. Тобто, дані ідеї не суперечать, а комплементують одна одну. Ruppert F. підкреслює необхідність врахування соціального компоненту травматизації на рівні з біологічним та психологічним.

Bowen V. зазначає, що існує міжпоколінний зв'язок в травматизації особистості. Близькою до зазначених ідей є теорія прив'язаності, запропонована Bowlby K., в якій досліджувалися механізми передачі травми від одного покоління до іншого.

Шебанова В.І. вказує на певні особливості особистості вагітних жінок з травматичними переживаннями, в яких на цьому підґрунті виникли порушення харчової поведінки. До таких особливостей належать: занижений рівень саморегуляції, егоцентризм, слабо розвинені навички комунікації, неадаптивні копінг-стратегії. Якщо простежити генезис та вікові характеристики виникнення даних особливостей, можна виявити інфантильні тематики травматизації (егоцентризм).

Важливо зазначити, що дані результати також кореспондують з ідеями Кочаряна О.С. [98] стосовно особливостей структури травматичних емоцій, про що, більш розширено мова піде далі. Достатнім буде зазначити ідею поширеності організації цих емоцій, що може обумовлювати формування вказаних особливостей та наповнювати їх негативною емоційністю. Вірогідно, що даний процес циклічний. Тобто, вказані особистісні особливості, в свою чергу, також обумовлюють генералізацію цієї емоційності. Вищезазначене дає підстави для припущення домінування саме емоцій в травматичному досвіді. Каменченко В.С. також вказує на



важливість особистісних особливостей у специфіці проживання травматичного досвіду, займаючись дослідженнями травматичного досвіду військовослужбовців. Захариков С.В. довів, що саме ці особливості визначають психологічну стійкість в умовах бою. Попов В.С., займаючись даними аспектами травматичного досвіду, розробляв психологічну стратегію реабілітаційної роботи у військовослужбовців [99, 100].

Діденко В.О. та Шебанова В.І. зазначають, що в дослідженнях Burgess A. та Holmstrom R. травматичного досвіду при звалтуванні отримані дані, що схожі на результати по травматичним переживанням під час воєнних дій. Дана аналогія спостерігалася і в дослідженнях Best C., Kilpatrick D., Veronen L.. Дані особливості вказують на певну характерність і однотипність механізмів формування травматичних переживань. Тобто травматичний досвід, маючи свою специфіку детермінації соціальними чинниками, має певну універсальність своєї структури та, як наслідок, симптоматики.

В дисертаційному дослідженні досвіду ранніх травматичних переживань в системі відносин особистості підлітків, які стали свідками міжетнічних конфліктів, Єгоркіна Т.В. [101] виділила групу підлітків як групу ризику виникнення дезадаптації як результату впливу травматичного досвіду, з найбільшим рівнем включеності в дані події та показала, що саме негативний емоційно-афективний компонент та легкість актуалізації травматичних переживань є головними детермінуючими чинниками. Було встановлено, що досвід ранніх негативних переживань, який проявляється на поведінковому та когнітивному рівнях в більшій мірі фіксований на минулому, майбутньому та оточуючих людях.

Ступінь вираженості тих чи інших порушень відносин особистості підлітка з травматичним досвідом залежить від індивідуально-психологічних особливостей, віку травматизації, та рівня його інтелектуального розвитку. Єгоркіна Т.В. також припустила, що соціальна підтримка близького оточення може виступати ресурсом в адаптаційній поведінці та дозволяє нівелювати несприятливі психологічні наслідки ранньої психологічної травматизації.

Конструктивною, з нашої точки зору, є ідея емоційної схеми, яка розроблена в рамках концепції процесуально-експерієнтальної психотерапії (ПЕП), а саме в емоційно-фокусованій психотерапії (EFT) Л.Грінберга, Р. Елліотта. М. Ворнер [102-103] запропонувала розглядати особливості психічної організації через поняття тип процесу у психотерапії, й виділила наступні: нормальний, крихкий, дисоціативний та психотичний. Такий підхід близький до концептуалізації «рівень психічної організації» у психоаналізі.

Сам тип процесу в деякій мірі пов'язаний з «емоційною схемою», яка містить наступні елементи: 1) суто емоції, травматичні переживання, 2) система ранніх спогадів, 3) тілесні маніфестації травматичного переживання, 4) когнітивні інтерпретації травматичної ситуації, 5) мотивацію, що витікає з травматичного досвіду. Власне, емоції, як головна складова цієї схеми, певним чином обумовлюють та пов'язують мотивацію, когнітивну сферу, систему спогадів та тілесні маніфестації.

Кочарян О.С. зазначає, що емоційна схема створює певний контур функціонування, з якого складно «вибратися» самостійно. За аналогією дана схема порівнюється з поняттям «резервуару первинного болю» Янова А., яке було описано вище. Якщо про перші чотири складові було сказано достатньо, то щодо п'ятої, необхідно сказати, що мотиваційно-сенсова сфера також має суттєве значення у повноцінному функціонуванні психіки.

Доречно сказати, що особливості структури даної сфери у демобілізованих учасників бойових дій з доклінічним рівнем вираженості травматичного досвіду, до якого належить ППД, майже не досліджувалися, хоча поза даним контекстом, мотивація та ціннісна сфера військовослужбовців розглядалася в роботах: Гайдукевича Г., Гребенюка Г., Дорошенка М., Дунець Л., Клачка В., Корольчука М., Криворучка П., Ліпатова І., Потапчука Є., Приходька І., Сафіна О., Ягупова В. [104].

Враховуючи значення емоційного досвіду особистості для повноцінності психологічного здоров'я, показане в роботах, виконаних під керівництвом О.С. Кочаряна, доцільним є дослідження впливу емоційної схеми на розвиток ППД.

### 1.1.2.1. Особливості організації травматичних емоцій

Емоційна сфера є якісно особливою, з її до цих пір точно не зрозумілими функціями – з однієї сторони, без неї не можна (репрезентує систему сенсів, сенсоутворюючих мотивів, мотивів-стимулів, входить до структури оцінки стимулу, є важливим елементом системи мобілізації-релаксації и т.д.), а, з другої, - заподіює масу проблем (розлади депресивного та тривожного ряду клінічного та субклінічного рівнів).

Кількість виписаних антидепресантів різко підскочило за останні декілька десятиріч. В 1998 р. їх приймало 11,2 млн. американців, а в 2010 р. - 23,3 млн.. В цьому сенсі й майбутнє емоцій може розумітися по-різному – чи їх треба убрати, чи, навпаки, без них немає життя. Когніції та емоції в людині відображають протиставлення науки й мистецтва, а останнє, як видно людська функція («собаки не ходять до музею») є особливим проживанням світу, суспільною технікою почуття, за допомогою якого воно заохочує в коло соціального життя самі інтимні та самі особистісні сторони нашого існування.

В першочерговому вигляді люба емоція має «оргазмopodobну» маніфестацію, де спостерігаються фази збудження, «плато», піку збудження, розрядки та рефрактерності. Гомеричний хохіт та ридання із живота представляє собою «психотичні» маніфестації, «первинності» (за висловлюванням Янова А.). У нормі піки «зрізаються» та «оргазмopodobна» маніфестація заміщується «куполоподобною» кривою. Після того як відіграла, емоція розряжається, повністю зникає.

Емоція представляє собою відповідь на актуальну ситуацію, і в цьому сенсі в нормі вона завжди існує в актуальній формі. Разом з цим, в психотерапевтичній практиці виявилася наявність так званих «потенційних» емоцій, які не зникають, вони весь час є, як би мовити – ховаються, але при перших признаках травми готові актуалізуватися. Такі емоції були описані як «втиснуті» чи «фіксовані».

Кочарян О.С. на основі рефлексії психотерапевтичного досвіду в рамках субвербальної моделі клієнтцентрованої психотерапії привів специфічні особливості таких фіксованих переживань. Він позначив ці фіксовані емоції як «заторні», та

розділив їх на первинні та вторинні переживання. Під первинними він розуміє ті переживання, які як «стрижень» є самими глибокими й тримають всю систему «затору». На цей стрижень «намотуються» вторинні «заторні» переживання. Переживання є «заторними» в тому сенсі, що, як бляшки, перешкоджають проходженню організмичного потоку (актуалізаційної тенденції) по «капіляру» психіки.

До первинних переживань добратися досить складно – клієнт чинить опір їх усвідомленню, знаходиться на рівні більш усвідомлених та зрозумілих вторинних «заторних» переживань. Кочарян О.С. приводить наступні особливості вторинних «заторних» переживань:

1) вони не існують ізольовано, «злипаються», створюють деякий емоційний конгломерат;

2) вони позбавлені плинності - не виникають, наростають та зникають, а весь час є в різній інтенсивності та в різній ступені доступності свідомості;

3) їх динаміка – це перетікання з однієї вторинної емоції в другу, наприклад, «образа>злість>беспомічність>плач>образа». Таким чином утворюється «порочне коло», за рамки якого неможливо вийти;

4) резистентність до психотерапевтичного впливу. Образу, наприклад, дуже складно убрати - вона може бути лише розряджена за рахунок катартичних технік, чи висушена за рахунок інтелектуалізації;

5) соматизованість вторинних заторних переживань.

В експериментальному дослідженні Такйун Ч. [105], виконаному під керівництвом Кочаряна О.С., були показані особливості емоційної організації підлітків хворих atopічним дерматитом. Були показані дві форми існування емоції в структурі особистості. До першої належить ego-синтонна, в якій емоція інтегрована в Я-концепцію. В другій ego-дистонній – емоція знаходиться поза Я-концепцією. Виключення емоції із Я-системи спрощує інтенсивність її суб'єктивного переживання, але збільшується ймовірність переходу її в площу психосоматики, що, власне й було показано в дослідженні як більш характерне для хлопців.

На основі факторизації признаков емоційного простору автором виявлені деякі особливості емоційності хворих дівчат: 1) «злипання» емоцій, втрата ними самостійності; 2) генералізація механізму реципрокності в співвідношенні емоцій - з часткового механізму, який описує взаємодію деяких емоцій (напр., радість-страх), він перетворює в загальний принцип функціонування емоційної сфери. При таких умовах позитивним емоціям протистоїть сонм негативних, які ретардують позитивні; 3) «злипання» негативної емоційності стеничного й астенічного кіл - гнів та страх змішуються, що призводить до потенціювання негативної емоційності, до її інфляції, вона починає переважати в структурі емоційності хворих дівчат; 4) алекситимія виступає як частковий феномен емоційної організації - не задіває всю емоційну сферу, не є тотальною; 5) емоція сорому є «наскрізною» - пронизує всі фактори, тобто є стрижневою характеристикою емоційної сфери особистості хворих дівчат.

Особливість емоційної сфери хворих хлопчиків полягає в: 1) сором позбавляється якості загальної регуляції емоційної сфери, як у дівчат; 2) збереження більш відвертої позиції емоційності, яка суттєво менше ретардується негативною емоційністю; 3) «злипання» негативної емоційності, її стеничних та астенічних компонентів; 4) тому, що гнів стає ресурсом «мужньої» поведінки, стримуючи сором, вину та тривогу; 5) алекситимія обслуговує стеничну негативну емоційність - нечуттєвість до власної «слабкості» дає можливість бути агресивним, «мужнім», а також знижує сенситивність до негативної емоційності загалом. Цей факт ще раз змушує торкнутися питання щодо наявності конструктивності у феномені алекситимії у хворих підлітків.

Таким чином, не з психотерапевтичного дискурсу, а з експериментальнодослідницького виявлені деякі додаткові особливості «хворої» емоційності. Тут мова йде не про травматичні переживання, а про особливості емоційності у психосоматичних хворих. Є припущення, що психосоматичний хворий має патологічно організовані емоції – «специфічний емоційний конфлікт». Таким чином, до описаної раніше О.С. Кочаряном характеристики травматичних переживань додаються такі патологічні емоційності: генералізація механізму

реципрокності емоцій, інфляція негативної емоційності за рахунок «злипання» емоцій негативної модальності – стенічної та астенічної, поява у алекситимії позитивних захисних функцій [106].

В роботі Кочаряна О.С. та Півень М.А. [107] також обговорюється питання організації проблемної емоційності. Моделлю проблемної емоційності в даному випадку виступила емоційно незріла особистість. Був створений опитувальник емоційної зрілості, який відповідає психометричним вимогам. В результаті методом крайніх груп досліджувана вибірка була розділена на дві підгрупи по 32% від загального об'єму вибірки. Автор виявила феномени організації незрілої емоційності: 1) «злипання» негативних емоцій та неможливість виділити самостійну емоцію; 2) генералізація механізму реципрокності в структурі співвідношення емоцій; 3) інфляція механізму негативної емоційності. Таким чином, вторинні «заторні» переживання у клієнтів, особливості емоційності у психосоматичних хворих та емоційна дефіцитарність при емоційній незрілості особистості має загальні риси організації.

Півень М.А. показала, що емоційна незрілість являється несамостійною – вона представляє собою маніфестацію загальної особистісної незрілості. Це було зроблено на декількох рівнях: 1) на рівні рис особистості – зрілої особистості (з вираженими просоціальними рисами) відповідає позитивна емоційність, відсутність генералізації механізму реципрокності та інфляції негативної емоційності; 2) на рівні механізмів психологічного захисту - структурна зрілість еґо-захисту пов'язана з більш зрілою емоційністю; 3) на рівні адаптаційних процесів; 4) на рівні психосемантики еґо - у осіб с високим рівнем емоційної зрілості основні сфери життєдіяльності та міжособистісних відносин мають широкий діапазон сфер реалізації та спілкування, емоційно зріла особистість живе в нинішньому часі в контакті з другими людьми та відчуває себе включеною в основні сфери реалізації (навчання, дружба, секс), які конотовані радістю, любов'ю, щастям, відповідальністю, свободою.

В роботах Кочаряна О.С. показана «пошарова» організація емоційності людини. Для психотерапії це важливо для розуміння експеріментального руху –

неможна «приростати» ні до одного з вторинних «заторних» переживань, навпроти, збираючи біфокальність потрібно продвигатися в підлягаючі емоції. Але кожна емоція формується в онтогенетично визначені вікові періоди, та підлягає певній перебудові в майбутньому.

В роботі Доценко О.Ю. [108], виконаній під керівництвом Кочаряна О.С., досліджується ще один вид травматичних переживань - симптомокомплекс «емоційного холоду», який представляє собою суттєві ускладнення чи неможливість формування відносин психологічної інтимності. Автор профакторизувала особистісні риси, представлені психоаналітичним опитувальником Грігера Т.Г., та виділила три групи рис – оральні, анальні й фалічні. Після цього вона показала, що у жінок з симптомокомплексом емоційного холоду достовірно менше представлений фактор оральних рис. Отже, такі травматичні емоції формуються достатньо рано - в оральний період психосексуального розвитку. Таким чином, при аналізі травматичних переживань виникає ще один вектор аналізу – віковий. Травматичні емоції можуть бути розглянуті в різних дослідницьких контекстах:

1) як інфантильні емоції клієнта, які представляють собою вторинні «заторні» переживання, які ускладнюють протікання організмичного потоку; 2) як емоції, «деформовані» психосоматичною патологією; 3) як емоції, які є дефіцитарними (емоційна незрілість особистості); 4) як емоції (синдром «емоційного холоду»), які були «порушені» в певний онтогенетичний період, і які в подальшому розвитку не можуть бути відновлені. Існує ще один вектор аналізу – інфантильність/актуальність травматичного переживання.

## **1.2. Феноменологія постстресової психологічної дезадаптації**

Стан комбатантів часто описується як гострий чи посттравматичний стресовий розлад. Як клінічна категорія (рубрикації F43.0 та F43.1 за МКБ -10) вона цілком описує феномен, психологічна інтерпретація також знайшла своє відображення в роботах значної кількості вчених. В науці питання травматичного досвіду військовослужбовців як формування в них різних аспектів ПТСР,

запропонували: Аксьонов М. М., Александровський Ю.А., Белов В.Г., Билім А. І., Болотов Д.М., Гурін І. В., Загоруйко Є. Н., Короленко Ц.П., Купріянова І.Є., Маркова М.В., Марута Н.О., Марчук Т. Є., Напреєнко А. Н., Підкоритов В.С., Положий Б.С., Рачкаускас Г.С., Семке В.Н., Умріхін А.В., Циганков Б. Д., Шестопалова Л.Ф., Bryant R.A., B., Franklin C.L., Frueh V.C., Meisenhelder J., Rosner R., Harvey A.G..

Маркова М.В та Козира П.В. [109], аналізуючи дану проблематику, зазначають, що Александровський Ю.А., Бачеріков А.М., Болотов Д.М., Бучок Ю.С., Гуревич П.С., Загуровський В.М., Короленко Ц.П., Лінський Л.Ф., Ліпатов І.І., Малкіна-Пих І.Г., Маркова М.В., Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Сафін О.Д., Шестопалова Л.Ф. вказують на певні критерії, які дають можливість характеризувати ПТСР: 1) пережитий стресовий стан, 2) напливи спогадів, пов'язаних з місцем, де відбулися небезпечні події, відчуття провини перед загиблими, нічні кошмари зі сценами пережитого, 3) спроби уникнення емоційних навантажень, страху, непевності і неприємних спогадів, небажання контактувати з оточенням, 4) зниження уваги, концентрації, підвищена дратівливість, 5) виникнення психопатій та антисоціальної поведінки (наркоманія, алкоголізація, відсутність поваги до офіційних осіб, цинізм.

Кутько І. І., Литвинцева С. В., Ліньов А. Н., Панченко О. А., Тарабрина Н. В., Шамрей В. К., [110-112] вказують на виникнення при посттравматичних стресових розладах, тривоги, страху, жаху, туги, почуття провини, марності життя, суїцидальних думок, пригніченості, дратівливості, повторення спогадів про травмуючу ситуацію чи нагадування про неї звичайних подій в повсякденному житті (так звані флешбеки), відчуженості, поведінкових моделей уникнення та ухилення, ворожості, депресії, замкненості, почуття безвиході та розпачу схильності до вживання наркотиків та алкоголю, що призводить до втрати працездатності. Існує велика кількість досліджень посттравматичних стресових розладів [113-128] Не менш широко представлені дослідження в англійській мові [129-137]. Смірнова Л. В. [138], аналізуючи предиктори ПТСР, вказує на велику їх варіацію: Загоруйко Е.Н., Короленко Ц.П., Robinson S. [ 139] говорять про психічні травми в



ранньому віці, Глинн Дж. Мак, Меткалф Г. Л. [140]– про спадкову навантаженість психічними захворюваннями, Robertson S. – про фактори ретравматизації. Вона зазначає, що ПТСР виникає на «підґрунті» психічних захворювань, які сприяють виразному домінуванню однієї з базових негативних емоцій, які формують стрижневе утворення емоційного досвіду особистості [141]. Саме тому наявність таких негативних базових емоцій, включених до структури психічного захворювання, розглядається як предиктор ПТСР [142-143].

Існують дані щодо ролі особистісних особливостей, як предиспонууючих чинників виникнення ПТСР. Литкін В.М. вказує на емоційну нестійкість та певні риси особистості, Від В.Д., Єніколопов С.Н. та Єпачінцева Є.М [144]. – на емоційну нестійкість та підвищену тривожність, Джишкаріані М.А. [145] підкреслює важливість впливу астенічних рис характеру [146].

Доречно в розгляді даного аспекту дослідження питання постстресової дезадаптації зазначити про існування чотирьох варіантів психоадаптаційних станів. Першим вважається певний психовегетативний прояв у вигляді підвищення серцебиття, відчуття холоду чи жару, збої в артеріальному тиску, запаморочення.

Другий варіант – це астенічний, що характеризується зниженням фізичного тону, появою слабкості, втрати концентрації уваги, неможливістю повністю відпочити, навіть під час сну, постійне відчуття перевтоми, яке складно подолати. Звичайно, на даному рівні особистість зберігає працездатність, але вона суттєво погіршується.

Для третього, дистимічного варіанту, характерні психоемоційні перепади, прикладом яких може бути внутрішній дискомфорт чи тривога, причини яких часто важко пояснити. Характерними для цього варіанту адаптаційних станів є виникнення роздратованості, короткотривалих апатії та песимістичного настрою. Всі ці прояви зникають після відпочинку і не мають хронічного характеру.

Важливо розуміти, що по своїй природі, дані прояви не є максимально конструктивними, але, в той же час, вони залишаються в рамках певної норми реагування, не залишаючи суттєвих наслідків для психіки. Саме тому виникає певна подвійність тлумачення розуміння норми. Не будучи нормою з точки зору

оптимальності реагування, психіка залишається в рамках норми реакції з точки зору наслідків. До четвертого варіанту психоадаптаційних станів належить змішаний варіант, який є поєднанням двох чи трьох вищеописаних варіантів.

Важливо зазначити, що для всіх варіантів психоадаптаційних станів характерними є короткочасність та, як правило, непостійність для тих чи інших стресових ситуацій. Тобто, про адаптаційність можна говорити як про певний рівень компенсаторики, яка не виходить за межу норми психологічно здорового реагування. Якщо ж виникаючий психологічний стан набуває характерності, як реакції в однотипній ситуації та набуває певної вираженості, з'являється вірогідність виникнення стабільно зафіксованих в психіці станів, які зберігатимуть дезадаптаційний рівень прояву. Канторович В. А., Карвасарський Б. Д., Крукович Є. І., Ромек В. Г., Bryant R. A. зазначають, що такі симптомокомплекси, маючи певну стабільність своєї структури набувають вигляду певних «передхворобливих» порушень з психологічними та психосоматичними складовими.

Психодезадаптаційні стани також мають свою типологію, яка незначно відрізняється від типології адаптаційних, а саме: психовегетативний, астеничний, дистимічний, дисмнестичний та змішаний. Дезадаптивність, як деструктивний ступінь та інтенсивність прояву даних типів станів, суттєво погіршуватиме можливість реалізації особистості в професійній реалізації, соціумі, сімейному житті.

Не виходячи в клінічну площину, залишаючись на донозологічному рівні, як зазначають Блеєр А. Н., Карвасарський Б. Д., психологічна дезадаптивність обумовлює втрату можливості самостійно приймати рішення, втрату повноцінного контролю над емоційною сферою, скептицизм, тривожність, агресивність, дратівливість, бажання перебувати на самоті, зниження комунікаційних здібностей.

Козира П. В. зазначає те, що психічні розлади донозологічного рівня є певною реальністю, яка до сьогоденного рівня не знайшла свого місця в класифікаціях психічних захворювань, але, в той же час, яку потрібно обов'язково враховувати при діагностиці психічного здоров'я. Він також зазначає певні ознаки, наявність яких свідчить про психологічну дезадаптацію особистості. До них він відносить в першу

чергу неможливість колишніх особистісних реакцій, які мали пристосувальну ефективність, це зосередженість уваги на суттєво обмеженій кількості афективних суджень та уявлень, минуший, редиментарний та абортивний характер певних ізольованих емоційно-вольових реакцій, виникнення ригідності, тривожності.

Існує певна кількість розладів доклінічного рівня, до одного з яких належить постстресова психологічна дезадаптація, дослідженню якої в психології приділено значно менше уваги, хоча, як зазначає Сафін О. Д, вона проявляється у значно більшій кількості військовослужбовців, ніж розладів клінічного рівня, наприклад, - ПТСР. Марковою М. В. був введений та обґрунтований термін «постстресова психологічна дезадаптація». Під постстресовою психологічною дезадаптацією автор розуміє “донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію, яке може проявлятися в порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному й когнітивному рівнях”. При цьому вчена зазначає, що “дезадаптацію психологічного рівня найбільш повно характеризує загальний девіантний синдром адаптації особистості”, не специфічні та поліморфні прояви якого й представляють цей донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію.

Необхідно зазначити, що в рамках подолання стресової ситуації, особистість проживає стресову реакцію, яка має гострий характер та реакцію на сам стрес. З точки зору Александровського Ю. А., Белова В. Г., Парфьонова Ю. А., гостра реакція через певний час, який вимірюється годинами, затухає, не залишаючи суттєвих наслідків для особистості. Жовнерчук Є. В., Маркова В. В. та Цибаєва Л. А. зазначають, що саме реакція на стрес обумовлює виникнення психологічних змін, які визначають ступінь адаптивності реагування особистості на зміни в собі, як реакції на перенесений стрес та стресовий чинник.

Виникає логічне запитання стосовно того, що саме обумовлює специфіку самої реакції на стрес. Аналізуючи цю проблематику, Козира П. В. вказує на роботи таких вчених, як Александровський Ю. А., Булан А. А., Гуревич П. С., Загуровський В. М., які підкреслюють залежність специфіки реакції на стрес військовослужбовців від характерологічних, особистісних особливостей, тривалості

та інтенсивності дії стресових факторів, зрілості та адекватності захисних механізмів [147-150, 197-198].

Спроби пояснити виникнення психологічної дезадаптації, умовно, можна узагальнити через існуючі основні теорії, до яких належать: інформаційна, психодинамічна, психосоціальна, когнітивна та мультифакторна.

Lazarus R. S., Vitkus J., Horowitz L. M. в інформаційній теорії пропонують враховувати інформаційне перенавантаження, яке зберігає свою стресогенність доти, доки не реалізується повна переробка цієї інформації. Травмуюча інформація може нав'язливо відтворюватися в пам'яті як реакція на той чи інший когнітивний конфлікт. Когнітивний конфлікт виникає при неможливості логічно упорядкувати інформацію та інтегрувати в уже існуючу. Як результат, - активізуються захисні механізми, які, орієнтуючись на спробу повноцінно володіти цією інформацією, одночасно продовжують утримувати її в свідомості, залишаючись стресогенним чинником. Емоціям відводиться другорядна роль, як реакція неможливості ефективної обробки інформації. З нашої точки зору, дана теорія може розглядатися як певний механізм утворення травматичного досвіду та динаміки його циклічної актуалізації в психіці, але не може повністю розкрити стрижневу складову травматичного досвіду – власне, феноменологію самої травми та травматичних емоцій та переживань, які її наповнюють [151-154].

Маркова М.В. та Козира П. В., аналізуючи психодинамічну теорію в тлумаченні феноменології ППД, приводять за основу ідею трансформації процесів символізації, обумовленої впливом на психіку психічної травми, яка знайшла відображення в працях Горбунової В. В., Конопльової І. Н., Рогачова В. А.. Аналізуючи роботи Carlson E. B., Nash W. P., Dalenberg C., Wilson J. P., Figley C. R., можна говорити про декілька аспектів сучасного психоаналітичного тлумачення поняття травми [155].

По-перше, для можливості говорити про травму необхідна подія, яка суб'єктивно переживається як травматична чи травмуюча.

По-друге, виникнення травми передбачає певні наслідки проживання травматичної події, прикладом яких може бути виникнення психосоматики, обмеження Его, афективні порушення та ін.

По-третє, переживання травматичної події та виникнення травми, як реакції на нього, збільшує схильність до подальшої травматизації.

Kahn С. вказує на те, що саме травма виступає тригерним механізмом, який актуалізує інфантильні конфлікти. Деадаптація виникає тоді, коли психіка не знаходить баланс між фіксацією на травмуючій ситуації та можливістю витіснити травматичний компонент зі свідомості.

В когнітивній теорії виникнення ППД пояснюється неконструктивною оцінкою стресової ситуації особистістю. З точки зору таких вчених, як Бек А., Елліс А., Макмаллін Р., визначальною в реакції на стресову ситуацію є саме якість когнітивних процесів. Виникають неадаптивні когніції (будь яка когніція, яка детермінує порушення психологічного гомеостазу), формування яких часто є наслідком надбудови на більш глибоких структурах, до яких належать вкорінені чи базові переконання, стає причиною виникнення деадаптації [156].

Різні аспекти цієї теорії представлені в працях: Appley M. H., Beck A. Berntsen D., Bohni M. K., Bonanno G. A., Clark D. A., Mueser K. T., Малкіної-Пих І. Г., Kampuis J. H., Emmelkamp P., Trumbull R., Lazarus R. S., Folkman S., Kleber R. J., Schok M. L., Lensvelt-Mulders G. J., Padun M. A., Ehlers A., Kleim B., Westphal M., Rubin D. S. та ін.

Психосоціальна теорія обґрунтування ППД орієнтована на дослідження впливу на особистість чинників навколишнього середовища, до яких належать: релігійні переконання, культурологічні особливості, специфіка соціального положення особистості, демографічні чинники. Green B. L., Horowitz M. J., Raphael V. Wilson J. P., виділили ряд чинників, які підвищують ефективність адаптації особистості, яка пережила психологічну травму, а саме: фінансова забезпеченість, відсутність фізичних наслідків проживання стресової ситуації, стабільність соціального статусу, одними з самих ключових вважаються підтримка близьких та соціального оточення [157].

Виділені, також, чинники, які можуть спровокувати виникнення вторинної психологічної дезадаптації. Мова йде про, наприклад, реакцію військовослужбовців на ідеї девальвації цінності їх участі в бойових діях та захисті вітчизни, нерозуміння зі сторони тих, хто не воював, гіперопіка як причина неможливості самостійної реінтеграції в соціум. Дана група чинників провокує виникнення таких емоцій та станів, як образа, злість, страх, розчарування, безвихідь, зневіра, які, фактично, трансформують чи, взагалі, руйнують, механізми адаптації. Вищезазначені представники цієї теорії вказують на те, що дані дестабілізуючі чинники можуть детермінувати ще більш виражену дезадаптацію, ніж початкова травмоутворююча ситуація.

Мультифакторна теорія обґрунтування виникнення ППД запропонована Maercker A, Karl A., Rabe S., Zoellner T. та передбачає врахування трьох груп чинників, які обумовлюють специфіку структури та динаміки ППД [158, 159].

Перша група чинників безпосередньо пов'язана з травмуючою подією, а саме зі ступенем значущості травми для особистості, можливості чи неможливості її контролювати, рівнем несподіваності.

Друга група представляє собою чинники захисного характеру, до яких належать: копенг механізми, можливість отримати підтримку рідних та соціуму, рівня усвідомлення наслідків травмуючої події. Дана група є стримуючим механізмом у вірогідності виникнення травми.

Безумовно, при порівнянні декількох особистостей проживання однієї і тієї ж травмуючої ситуації, навіть при, умовно, однаковому досвіді та психологічних особливостях, ресурсною складовою профілактики, інтенсивності проживання чи девальвації значимості для особистості, будуть в першу чергу зазначені чинники.

Третьою групою є чинники ризику, до яких належать: віковий показник на момент отримання травми, специфіка життєвого досвіду, який може підсилювати травматизацію події, збільшувати інтенсифікацію проживання цієї події. Звичайно, обтяжуючою складовою даної групи є психічні розлади, психологічно болючу симптоматику яких може підсилити проживання травмуючої ситуації. Втрата чи низький рівень соціального та фінансового положення також відносяться до третьої

групи, адже є супутніми чинниками, які збільшують вірогідність підвищення нездатності до адаптації.

Зазначені концепції ППД пояснюють різні аспекти даного психологічного розладу доклінічного рівня, одночасно з цим, нажаль, не існує єдиної теорії, яка могла б об'єднати ідеї всіх вищеописаних концепцій.

Маркова М. В. та Козира П. В. [160, 161], в рамках дослідження у учасників бойових дій співробітників МВС України дезадаптивних станів, встановили два варіанти ППД: інтрапунітивно-особистісний та екстрапунітивно-афективний. Для першого варіанту характерні скарги емоційного характеру та невротичні, когнітивні та поведінкові включення. Для другого характерні помірні прояви невротичного та психосоматичного при більш вираженій емоційній складовій. Коли проявлялися обидва варіанти, співробітники МВС України із участю в бойових діях пов'язували диссомнічні, психосоматичні та емоційні скарги. У представників обох варіантів ППД було виявлено знижений рівень ефективності роботи захисних механізмів та високий рівень фрустрованості. Малопродуктивними в них є і копінг-стратегії при реалізації відхиляючої поведінки, що особливо характерно для екстрапунітивно-афективного варіанту.

Низьким для інтрапунітивно-особистісного варіанту є застосування в адаптації нових патернів. В дослідженні зазначається, що витoki даних варіантів постстресової психологічної дезадаптації знаходяться в особливостях життєвого досвіду та виховання. Отримані дані в цьому дослідженні кореспондують з результатами наших досліджень [162].

Важливим в розумінні питання дослідження ППД є праця Мозгового В. І. [163], в якому було розкрито та досліджено симптомокомплекс стресостійкості/стресовразливості у військовослужбовців служби правопорядку. Результатом проведеного дослідження було виявлення участі особистісних чинників, до яких належать: при зниженні адаптаційних можливостей характерність для військовослужбовців служби правопорядку таких типологічних та психопатологічних профілів особистості, як: імпульсивний, гіпертимний,

психосоматичний, астеничний, соціо- та психопатичний, неврозоподібний; з високим рівнем адаптації: гіпертимний, ригідний та педантичний.

Симптомокомплекс був представлений, як маючий певну структуру симптомокомплекс особистості, рівневими характеристиками якого є: інтегративність та диференційованість,iskonкордантність та конкордантність, біполярність чи монополярність певних рис особистості. Мозговий В. І. зазначає, що структура даного симптомокомплексу є центрально-периферійною. Крос-віковими рисами, які утворюють стрижневу складову структури та визначають стресостійкість, є: сміливість та високий інтелект. Периферійними та специфічними для підлітків з дітьми, є домінантність, для дорослих це контроль бажань та добросердечність.

До стресовразливих особистісних рис належать совісність, м'якосердість, напруженість, почуття провини. Стресовразливими та специфічними у підлітків є занепокоєння, підозрілість, мрійність, добросердечність, контроль бажань. Специфічними рисами у дорослих є: підозрілість, безтурботність, домінантність, мрійність.

Важливим також є встановлення того факту, що стресостійкість та стресовразливість в дитячому віці організовані ортогонально і лише з віком перетворюються на біполярну структуру, в якій риси особистості взаємокомпенсуються. Була також виявлена алекситимія, яка ретардує емоційність у військовослужбовців. Дана особливість дозволяє проживати стресову ситуації максимально безболісно в психологічному плані, але, одночасно, переводить тривогу, дратівливість, страх в психосоматичну площину.

Мозговий В.І. зазначає, що структура симптомокомплексу стресостійкості/стресовразливості у вказаних військовослужбовців близька до структури психосоматичних хворих, у яких ця структура має девіантний характер. Дана специфіка негативно впливає на структуру особистості в цілому, спрощуючи та знижуючи адаптаційний потенціал.



### 1.3. Методи психологічної роботи з травматичним емоційним досвідом

Кочаряном О. С. запропонований метод субвербальної клієнт-центрованої психотерапії, в рамках якого психотерапевтом, з використанням метанавику, здійснюється робота з субвербальними переживаннями, які знаходяться не в словесній площині, а, власне, в площині саме переживань. Робота йде з «заторними» переживаннями, які створюють в психіці «мертві зони», оскільки саме вони блокують організмичний потік, про який говорив Роджерс К. [164-174].

Заторні переживання по своїй структурі є пошаровими, про що вже йшлося більш детально раніше, тож в даному методі робота йде, в першу чергу, з актуалізацією первинних заторних переживань, що передбачає налагодження роботи емоційного капіляру, по якому відновлюється рух організмичного потоку. Для досягнення даної цілі застосовуються техніки фокусування та реалізації механізму урівнювання емоцій.

Для зрівнювання емоцій важливим є доведення первинного емоційного заторного переживання «до максимальної межі», що досягається різними варіантами його ампліфікації. Кочарян О. С. зазначає, що важливою є чутливість клієнта до субвербального тілесного досвіду, про яку Джендлін Ю. говорив, як про «експірієнтальну рефлексію», зазначаючи, що розвиток відбувається, в першу чергу, тоді, коли особистість стає уважною до почуттів в тілі, а не до образів та слів.

Безумовно, ефективними в роботі з травматичним емоційним досвідом, є вищезазначені: біоенергетичний аналіз Лоуена О, тілесно-орієнтована психотерапія Райха В., когнітивна психотерапія Бека А., Елліса А, Макмалліна Р. [175], психокаталіз Єрмошина А.Ф., первинна психотерапія Янова А., ортодоксальний психоаналіз та психодинамічні підходи, на психологічному аналізі яких ми не будимо зупинятися повторно, так як ключові положення було розглянуто в попередньому розділі [175-179].

Слід зазначити, що існує певна специфіка психотерапевтичної роботи з комбатантами, адже, усвідомлюючи наявність проблем психологічного характеру, вони досить часто позиціонують себе в рамках терапії, реалізуючи те, що

Кочарян О.С. зазначив, як несприятливе для терапії, а саме: 1) регресія, 2) наповнення терапевтичного контакту трансферентними відносинами, 3) стійке відтворення інфантильних когнітивних, емоційних та поведінкових паттернів, 4) резистентність до змін. Кочарян О. С., вказуючи на несприятливі для психотерапії компоненти, також вказує на запропоновані Роджерсом К. Р. характеристики людей, які знаходяться на першій та другій стадіях психотерапевтичного процесу, а саме: небажання повідомляти будь-що про себе, готовність говорити тільки про зовнішні обставини, не усвідомлюються почуття та особистісний сенс, статичність особистісних конструктів, страх психологічної інтимності, тенденція заперечувати наявність особистісних проблем, відсутність бажання змінюватися, блокування спілкування з самим собою. Важливим є те, що саме ці особливості поведінки досить часто характерні для комбатантів в спілкуванні на теми травматичного емоційного досвіду, отриманого під час служби.

Виникнення довіри та готовності працювати у комбатантів над собою, звичайно не змінює інтенсивність переживань, які були пов'язані у клієнта з травматичним емоційним досвідом, які він отримав під час служби, а саме – бойових дій. Розуміння клієнтом присутності тієї фігури, з якою пов'язується надія на зміну свого психічного стану не дає самих змін і залишає мало можливою конструктивну роботу з даними емоційними структурами, про важливість якої говорить багато психологів.

На вищезазначеному етапі необхідно знижувати афективність напруги для можливості продуктивної роботи (для якої потрібне напрацювання ресурсу), а не повторної травматизації та постійного тримання в дистресі клієнта, в якому він й так знаходився довгий час. Більш того, часто зменшення напруги необхідно проводити “в обхід” усвідомлення. Для ефективної роботи важливі напрацювання в цій галузі [180-183] Для цього етапу конструктивним є залучення методу запропонованого Berceci D., а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises.

Berceci D. [184] вказує на те, що під час стресової реакції, на досить глибокому рефлексинному та інстинктивному рівні, запускаються програми роботи організму, а, зокрема, і певних груп м'язів, орієнтованих на захист. Прикладом може

бути так звана “поза ембріона”, яку займають люди інтуїтивно, коли їм потрібен захист, коли на них діє певний стресовий фактор. Bergeli D. також зазначає про важливість пам’яті м’язів, яка відіграє важливу роль в адаптації, в накопиченні досвіду реагування, але може відігравати і негативну роль, адже при довготривалому впливі на організм певного подразнювача, впливає і на виникнення хронічної напруги, при відсутності можливості її дренажу, що, власне і відбувається з комбатантами під час бойових дій. Тобто, після різкої зміни стану м’язів під час стресу, необхідне відпускання, яке веде до гомеостазу. Саме цієї складової повноцінного циклу реагування на стрес не відбувається у багатьох із комбатантів.

В той же час, Bergeli D. вказує на виникнення психологічного еквіваленту реагування на стрес, в рамках якого травма залишається жити в психіці, часто не помітно зовні для оточуючих. Виникає її “замерзання”, що детермінує і одночасно являється психологічною напругою, разом з описаною м’язовою напругою. Bergeli D. запропонував ряд вправ, систематичне виконання яких дає можливість зняти цю напругу, без необхідності вербалізації змісту травматичного досвіду чи усвідомлення емоцій та почуттів. Важливо зазначити, що даний метод пройшов апробацію в роботі з військовослужбовцями в багатьох країнах, в яких виникали військові конфлікти, а саме: Ливані, Палестині, Ізраїлі, Судані, Ємені, Ефіопії, Уганді, Афганістані та Сирії [185, 186].

### **Висновки по розділу 1:**

1. В психоаналітичних концепціях психологічної травми Абрахама К., Боулбі Дж., Віннікота Д., Райкрофта Ч., Ранка О., Фрейда З., та ін., виокремлене поняття «інфантильної травми». Саме в отриманні та проживанні цієї, ранньої травми, психоаналітиками вбачається причина формування невротичного симптомокомплексу, зазначає Райкрофт Ч. Виникнення та формування інфантильної травми розглядається як результат збою задоволення основних онтогенетичних потреб (від 1 року – фузії, від 1 року до 3 – сепарації, від 3 до 5/6 – асиміляції сексуальності у дівчат та рішення проблем чоловічого суперництва у хлопців).

Сучасники психодинамічного напрямку: Friedman M. J., Lindy J.D., Stern M. M. та Stern N. B., Wilson J.P. - зазначають, що інстинкт самозбереження не має змоги витіснити чи блокувати травматичне переживання. Такі сучасники психодинамічної теорії, як Kaplan S., Kahn C., Young A., вказують на наслідки травматизації: реалізація неефективних захисних механізмів, регрес на більш ранню стадію психосексуального розвитку, ідентифікація з фігурою агресора, регрес на рівень функціонування архаїчних проявів Super-Ego, автоматизація Ego, ремобілізація інфантильних імпульсів, виникнення деструктивних змін в структурі ідеального «Я». Сама травма, при цьому, є також і певним тригерним механізмом, який провокує актуалізацію інфантильних інтрапсихічних конфліктів.

У зв'язку із ситуацією, що склалася в Україні, з'явилися виражені актуальні воєнні чи, бойові психологічні травми, які, вірогідно, мають певні психологічні особливості організації. Акарачкова Є.С., Катько І.І., Маркова М.В., Панченко А.О., Рачкаускас Г.С., тлумачать дане поняття через руйнування психологічної діяльності в наслідок впливу на психіку психотравмуючих чинників в умовах бойових дій. При цьому, вплив може бути як коротко- так і довготривалим і саме він викликає високого ступеню вираженості переживання, що, власне, і викликає різного ступеня тяжкості психічні розлади.

2. Феноменологія травматичного емоційного досвіду пояснюється Массейем М. через процес емоційного зачеплення, що представляє собою негативний емоційний компонент, утворений шляхом реалізації здатності несвідомого об'єднувати однотипний досвід. Він зазначає, що травматичний емоційний досвід може отримувати певний негативний заряд. Більш того, травматичний емоційний досвід складається з певної кількості частин досвіду як з певних подій чи пов'язаних з ними спогадів та переживань, які об'єднуються в ланцюг, таким чином нарощуючи свій руйнівний потенціал. Дана концепція близька до ідеї, запропонованої Кочаряном О.С., в якій він дав чітке пояснення потенціюванню негативних емоцій, які, одного разу з'явившись в емоційному досвіді особистості в контексті певного змісту, можуть втрачати зв'язок з первинним змістом та об'єднуватися з однотипними переживаннями з іншого

змісту, створюючи нове та одночасно потенціюючи вже існуюче утворення емоцій. Такі емоційні утворення можуть дрейфувати по емоційному досвіді, підсилюючи його травматичний компонент, якщо в цих переживаннях відповідна природа. Травматичний досвід, при цьому, утворюється шляхом сумування інфантильного та актуального травмування. Потенціал травматичного емоційного досвіду, маючи негативний характер впливу, може ініціювати виникнення тих чи інших захворювань, самі емоції, при цьому, мають певну здатність «заморожуватися» в пам'яті та зберігатися в тілесності.

3. В роботах Кочаряна О.С. досліджені особливості структури травматичних емоцій. Емоція представляє собою відповідь на актуальну ситуацію, і в цьому сенсі в нормі вона завжди існує в актуальній формі. Разом з цим, в психотерапевтичній практиці виявилася наявність так званих «потенційних» емоцій, які не зникають, вони весь час є, як би мовити – ховаються, але при перших признаках травми готові актуалізуватися. Такі емоції були описані як «втиснуті» чи «фіксовані». Він позначив ці фіксовані емоції як «заторні», та розділив їх на первинні та вторинні переживання. Під первинними Кочарян О.С. розуміє ті переживання, які як «стрижень» є самими глибокими й тримають всю систему «затору». На цей стрижень «намотуються» вторинні «заторні» переживання. Переживання є «заторними» в тому сенсі, що, як бляшки, перешкоджають проходженню організмичного потоку (актуалізаційної тенденції) по «капіляру» психіки. Кочарян О.С. приводить наступні особливості вторинних «заторних» переживань: 1) вони не існують ізольовано, «злипаються», створюють деякий емоційний конгломерат; 2) вони позбавлені плинності - не виникають, наростають та зчезають, а весь час є в різній інтенсивності та в різній ступені доступності свідомості; 3) їх динаміка – це перетікання з однієї вторинної емоції в другу, наприклад, «образа>злість>беспомічність>плач>образа». Таким чином утворюється «порочне коло», за рамки якого неможливо вийти; 4) резистентність до психотерапевтичного впливу; 5) соматизованість вторинних заторних переживань.

4. В емоційно-фокусованій психотерапії (EFT) Л.Грінберга, Р. Елліотта запропонована ідея концептуалізації травматичного емоційного досвіду через

поняття «емоційної схеми», яка містить наступні елементи: 1) суто емоції, травматичні переживання, 2) систему ранніх спогадів, 3) тілесні маніфестації травматичного переживання, 4) когнітивні інтерпретації травматичної ситуації, 5) мотивацію, що витікає з травматичного досвіду. Власне, емоції, як головна складова цієї схеми, певним чином обумовлюють та пов'язують мотивацію, когнітивну сферу, систему спогадів та тілесні маніфестації. Кочарян О.С. зазначає, що емоційна схема створює певний контур функціонування, з якого складно «виратися» самостійно.

5. Деадаптацію особистості військовослужбовців на клінічному та субклінічному рівнях вичерпно досліджено багатьма вченими, що знайшло своє відображення в роботах Бачерікова А.М., Белова В.Г., Болотова Д.М., Бучок Ю.С., Волошина А.М., Кожевнікової В.А., Лінського І.В., Ліпатова І.І., Марути Н.О., Панченко О.А., Парфенова Ю.А., Підкоритова В.С., Рачкаускас Г.С., Шестопалової Л.Ф., Александровський Ю.А., Булан А.А., Гуревич П.С., Загуровський В.М., зазначають, що специфіка реакції на стрес військовослужбовців залежить від характерологічних, особистісних особливостей, зрілості та адекватності захисних механізмів, тривалості та інтенсивності дії стресових факторів. Для вивчення деадаптації на субклінічному рівні Марковою М. В. був введений та обґрунтований термін «постстресова психологічна деадаптація», під яким вчена розуміє “донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію, яке може проявлятися в порушеннях адаптації на поведінковому, емоційному й когнітивному рівнях”. Козира П. В. зазначає, що “деадаптацію психологічного рівня найбільш повно характеризує загальний девіантний синдром адаптації особистості”, не специфічні та поліморфні прояви якого й представляють цей донозологічний рівень реагування на стресову ситуацію.

5. В психотерапевтичній роботі ефективно зарекомендували себе техніки клієнт-центрованої психотерапії, психокаталіз за Єрмошиним А.Ф., TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises за Berceli D., техніки когнітивно-поведінкової психотерапії, систематична дисенсебілізація.

**Основні положення цього розділу викладено у публікаціях автора: 94, 98, 106.**

## Розділ 2.

### ОРГАНІЗАЦІЯ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Характеристика дослідницької вибірки

Дослідницьку вибірку склали демобілізовані учасники АТО/ООС в Україні, які приймали безпосередню участь у бойових діях (тільки чоловіки 40-45 років), загальною кількістю 200 осіб. Всі демобілізовані призивалися до АТО/ООС під час 1-3 хвиль мобілізації (впродовж 2014 року). Повністю відбули термін служби (тобто рік), не мали поранень, контузій та ін. Дослідження проводилося через півроку – рік після демобілізації.

Демобілізовані не лікувалися від проявів психічних порушень, вважали себе психічно здоровими.

Дослідницька вибірка була поділена на дві групи:

до першої групи (Гр. 1) включено 100 демобілізованих учасників бойових дій з ППД;

до другої групи (Гр. 2) увійшли 100 чоловіків без ППД, які є демобілізованими учасниками бойових дій.

Наявність постстресової психологічної дезадаптації (ППД) визначалася за допомогою результатів Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) та суб'єктивного оцінювання власного стану демобілізованими. Тарабрина Н. В. зазначає, що Міссісіпська шкала чутлива та специфічна при діагностиці ПТСР, відповідно, на 87% та 63%. Було використано діагностичні критерії вірогідності вираженості ПТСР надані Кокуном О.М. зі співавт. [187], що представлені у таблиці 2.1.

При формуванні вибірки враховувалися також данні Тарабріної Н. В., яка навела значення загального показника рівня ПТСР, що рівний – 70,18 (при стандартному відхиленні – 11,76) як відсутність ПТСР у військовослужбовців (на вибірці ветеранів війни в Афганістані) [188]. Нижче наведено відповідну таблицю (див. таблицю 2.2).

Таблиця 2.1

## «Діагностичні індикатори ПТСР

Вибірка	N	M	Вірогідність ПТСР			p≤
			Низька	Середня	Висока	
			до 80 балів	80-89 балів	90 і більше	
Вибірка 1	47	70,6	72%	17%	11%	0,01
Вибірка 2	141	78,6	55%	14%	32%	
Разом	188	76,5	59%	15%	26%	-

Примітка: N – об'єм вибірки; M - середній показник балів; вибірка 1 – військовослужбовці четвертої хвили мобілізації, які перебували в зоні проведення АТО не менше 4-ох місяців, приймаючи безпосередню участь в бойових діях (несення служби на взводних та ротних опорних пунктах); вибірка 2 – військовослужбовці, які приймали участь в АТО: з квітня по вересень 2014 року (участь у важких бойових діях із значними втратами особового складу) і з січня 2015 р. по лютий 2016 р.»[187. С 34].

Таблиця 2.2

## «Середні значення та стандарні відхилення для Міссісіпської шкали

Досліджені групи	M	SD	N
Ветерани Афганістану «норма»	70,18	11,78	106
Ветерани Афганістану з ПТСР	92,00	15,55	17

Примітка: M – середній бал по групі за шкалою; SD – стандартне відхилення; N – об'єм вибірки»[178. С 154].

Отже, низька вірогідність наявності ПТСР відповідає вираженості в балах за Міссісіпською шкалою, яка не перевищує 80 балів. До групи 1 було включено демобілізованих з результатами від 71 до 80 балів, що свідчить про низьку вірогідність ПТСР та наявність ППД; до групи 2 було включено демобілізованих з показниками 60-70 балів, що свідчить про відсутність ПТСР та низьку вірогідність ППД.

Різниця між групами 1 та 2 за середнім показником рівня ПТСР (M) є статистично значущою ( $t=2,01$ ;  $p<0,05$ ;  $M_1=76,83$ ;  $m_1=4,10$ ;  $M_2=64,11$ ;  $m_2=4,15$ ) [189].

Для додаткової інформації, що характеризує обидві групи, застосовувалася шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R – IES-R) за Horowitz M. J. та Wilner N.. [190]. Weiss D. S., Marmar C. R. та Metzler T. [191] зазначають, що дана шкала діагностує такі симптоми ПТСР, як вторгнення, уникнення та фізичне збудження, які входять в діагностичний критерій DSM-IV та є



складовою частиною психологічної реакції на травматичну подію. Відповідні результати надані в таблиці 2.3

Таблиця 2.3

**Різниця в оцінці впливу травматичної події між групами 1 та 2**

Назва субшкали	М		U
	Гр. 1	Гр. 2	
Вторгнення	7,9	8,4	1781
Уникнення	9,1	9,6	1773
Фізіологічне збудження	5,9	6,6	1712
Загальний показник	22,34	25,32	1676

Примітка: М – середнє значення; U – критерій Манна-Уїтні.

Для порівняння надамо відповідні показники, які були отримані Тарабриною Н. В. на групах співробітників МВС (34 чол.) та військовослужбовців (95) без ПТСР:

Таблиця 2.4

**«Середні значення показників методики IES-R**

Назва субшкали	М	
	Співробітники МВС	Військовослужбовці
Вторгнення	7,65	8,89
Уникнення	9,26	9,48
Фізіологічне збудження	5,50	6,40
Загальний показник	22,41	24,78

Примітка: М – середнє значення.»[188. С. 176].

Зазначені дані вказують на норму вираженості відповідних показників за шкалою IES-R у досліджуваних груп 1 та 2 та відсутністю різниці їх вираженості між самими групами.

Таким чином, рівень психологічної адаптивності/дезадаптивності у демобілізованих учасників бойових дій з та без ППД (не перевищує допустимого, характерного при ПТСР), принаймі, на рівні суб'єктивного оцінювання, не прив'язаний до травматичної події.

Суб'єктивне оцінювання психологічних ознак ППД у демобілізованих обох груп проходило в два етапи. На першому, попередньому, визначалися декілька показників, вираженість за якими свідчила б про високу вірогідність вираженості в них ППД.

В таблиці 2.5 надано достовірність різниці у вираженості суб'єктивних психологічних ознак ППД між групами 1 та 2.

Таблиця 2.5

**Різниця у вираженості суб'єктивних психологічних ознак ППД між групами 1 та 2**

	Т	Д	ПН	А	ПС	ЗС
Гр 1 (%)	46	67	38	68	74	36
Гр 2 (%)	14	16	21	27	16	9
$\phi$	5,19**	7,74**	2,65**	6,12**	8,82**	4,79**

Примітка: Гр 1 – демобілізовані з ППД; Гр 2 – демобілізовані без ППД;  $\phi$  - показники кутового перетворення Фішера; Т – тривожність, Д – дратівливість, ПН - зниження та перепади настрою, А – агресивність, ПС – порушення сну, ЗС - зміна ставлення до себе та оточуючих; \*\* -  $p=0,01$ .

Для виявлення суб'єктивного оцінювання психологічних ознак ППД на другому, більш ґрунтовному етапі, за основу останніх, було взято запитання опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) за Derogatis. Досліджуваним пропонувалося відповісти «так» чи «ні» в залежності від наявності чи відсутності відповідної ознаки. Дані та показники щодо різниці за вказаними ознаками між групами, надані в таблиці 2.6.

Дані за таблицею 2.6 є додатковим підтвердженням наявності ППД у демобілізованих першої групи. Загалом ППД проявляється у: незадоволеності собою, жінкою, роботою, спілкуванням з дітьми, пошуку порозуміння та визнання у братерстві, погіршенні самовідчуття тощо.

Таблиця 2.6

**Різниця у вираженості суб'єктивних психологічних ознак ППД між  
групами 1 та 2 за SCL-90-R**

Назва ознаки ППД	гр. 1, %	гр. 2, %	Ф
Головний біль	38	8	5,33**
Почуття незадоволеності іншими	37	9	4,94**
Легко виникає досада та роздратування	61	15	7,06**
Біль в серці чи грудній клітині	36	7	5,31**
Почуття страху на відкритій місцевості чи на вулиці	5	1	1,43
Упадок сил чи заторможеність	12	8	0,94
Тремтіння	21	4	3,88**
Почуття того, що більшості людей на можна довіряти	32	12	3,51**
Поганий апетит	8	6	0,56
Відчуття, що ви в пастці чи впіймані	3	1	1,05
Почуття вини	34	13	3,58**
Спалахи гніву, які ви не можете стримувати	54	17	5,66**
Те, що Ви не відчуваєте близькості ні до кого	32	8	4,48**
Відчуття того, що щось Вам заважає зробити щось	18	7	2,40**
Відчуття самотності	13	4	2,37**
Надмірна стурбованість за різними приводами	43	12	5,11**
Відсутність інтересу до чого б то не було	27	6	4,23**
Те, що Ваші почуття легко зачипити	5	1	1,43
Відчуття того, що інші не розуміють Вас чи не співчують Вам	38	13	4,17**
Відчуття недружелюбності зі сторони інших	31	6	4,86**
Страх їздити в автобусах, метро чи поїздах	3	1	1,04
Необхідність уникати деяких місць чи дій, оскільки вони Вас лякають	5	2	1,18
Те, що Ви легко втрачаєте думку	42	14	4,55**
Ком в горлі	37	6	5,75**
Відчуття того, що майбутнє безнадійне	49	5	7,78**
Відчуття напруженості	63	17	6,96**
Імпульси заподіяти тілесні ушкодження чи шкоду кому-небудь	29	13	2,83**
Почуття того, що щоб Ви не робили, це потребує великих зусиль	27	7	3,96**
Пристипи паніки чи жаху	16	8	1,76*
Почуття незручності коли ви їсте чи п'єте на людях	8	6	0,56
Нервозність, коли залишаєтеся на самоті чи в спілкуванні з іншими	37	16	3,46**
Відчуття власної нікчемності	4	1	1,44

Примітка: Ф-емп. – значення кутового перетворення Фишера; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

В таблиці 2.7 надано основні соціально-демографічні характеристики дослідницьких груп:

Таблиця 2.7

### Соціально-демографічні характеристики вибірки

Ознаки	% з відповідною характеристикою		Ф
	Гр. 1	Гр. 2	
Вища повна освіта	55	61	0,86*
Вища базова освіта	33	28	0,77*
Одружений	68	72	0,62*
Розлучений	26	23	0,49*
Має одного та більше дітей	92	86	1,36*
Працевлаштованість	79	84	0,91*
	X <sub>сер.</sub> , (дні)		U
Час після демобілізації	227	233	1526*

Примітка: Ф – емпіричне значення кутового перетворення Фішера; U – критерій Манна-Уїтні; X<sub>сер.</sub> – середній показник кількості днів після демобілізації Гр.1 та Гр. 2 – демобілізовані учасники бойових дій, відповідно, - з та без ППД; \*- p>0,05.

Дослідження проводилося на базі та за сприяння ГО Дергачівської районної спілки ветеранів АТО при ГО Харківської обласної спілки ветеранів АТО та ГО Чернігівської міської асоціації «Конкордія».

## 2.2. Методики дослідження

В дослідженні застосовувалися наступні психологічні методики: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), Тест «П'ять травм» (Бурбо Л.), методика аналіз ранніх спогадів (Rule W. R.), універсальний семантичний диференціал, шкала диференціальних емоцій (Ізард К.), чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтев Д.А.), тест індивідуальної мотивації (ТІМ), опитувальник «Оцінка нервово-психічної напруги» (Немчін Т.А.), опитувальник SF-36 (Методика оцінки якості життя), шкала оцінки впливу травматичної події (Impact

of Event Scale-R – IES-R), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), «Подорож героя».

Наведемо опис зазначених методик.

**Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).** Розроблена Keane Т.М. для діагностики рівня вираженості стресових реакцій, що мають посттравматичний характер. В дослідженні застосовувався військовий варіант, який розроблявся для ветеранів, які мали досвід бойових дій. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких належить одній з чотирьох категорій. 11 тверджень відносяться до категорії вторгнення, 11 – уникнення, фізіологічна збудливість як критерій визначається 8 пунктами, суїцидальність та почуття провини визначаються 5 пунктами. Для виявлення ступеню впливу на учасників бойових дій травматичного досвіду, сумуються бали за всіма твердженнями.

**Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R – IES-R).** Розроблена Horowitz M. J., Wilner N. та допрацьована Marmar C. R. та Weiss D. S. Складається з 22 пунктів, що спрямовані на самозвіт та виявлення переважання тенденції уникнення чи вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події та додаткової шкали «гіперзбудження». Зазначені три субшкали є діагностичними критеріями ПТСР в DSM-IV. Horowitz M. J. Зазначає, що публікації про шкалу передували видавництву третьої редакції Американського діагностичного стандарту для психічних порушень (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III) та шляхом отримання великої кількості даних, певним чином, підтвердили виокремлення ПТСР як діагностичної категорії.

**Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R).** Перший варіант був запропонований Derogatis, Lipman & Covi та уточнений Derogatis, Rickels & Rock, ідея якої походить зі «Шкали дискомфорту» за Parloff та співавторами. Шкала SCL містить 90 тверджень, характерність яких для себе, досліджуваний оцінює по п'ятибальній шкалі. Оцінюються паттерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів та здорових осіб. Включає в себе 9 основних шкал: соматизації (SOM), obsесивності

компульсивності (O-C), міжособистісної сензитивності (INT), депресії (DEP), тривожності (ANX), ворожості (HOS), фобічної тривожності (PHOB), паранояльних тенденцій (PAR), психотизма (PSY), та три узагальнені шкали третього порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальна кількість стверджувальних відповідей (PST). Для оцінки вираженості суб'єктивних психологічних ознак ППД у демобілізованих учасників бойових дій з та без ППД, використовувалися твердження за номерами: 1, 6, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 47, 50, 51, 53, 54, 57, 63, 71, 72, 73, 75, 79.

**Тест «П'ять травм» (Бурбо Л.).** Бурбо Л. запропонувала тест для діагностики п'яти травм інфантильного досвіду особистості, який складається із 200 тверджень, по 40 з яких спрямовані на діагностику ступеню вираженості однієї з них. Бурбо Л. були виділені такі типи травм: несправедливості, відкинутості, приниження, покинутості, зради.

Кожна із зазначених травм обумовлює зберігання відповідного їй травматичного досвіду протягом всього життя. Виникнення травми відкинутості обумовлюється взаємодією з фігурою батьків тієї ж статі, що й дитина (відштовхують, відмовляються, не терплять відсторонюють,). Як наслідок – розвивається характерологічна структура по типу втікача. Для переживання цієї травми характерні: почуття непотрібності, сумніви в своєму праві на існування, страх, пригніченість, ненависть, ізоляція, самотність, другосортність, сором, нікчемність. Травма покинутого формується тоді, коли дитина деструктивно взаємодіє з батьками, але вже протилежної статі (коли не цікавляться). Формується характерологічна структура залежного. Для переживання даної травми характерні: емоційний голод, сум, безпорадність, страх, незначимість, самотність, зневіра, образа. Виникнення травми приниженого обумовлене взаємодією з фігурою матері. Формується такий характер, як мазохістичний. Характерними переживаннями при цій травмі є наступні: сором, вина, образа, відраза, ганьба, нікчемність, утиск, приниження, безпорадність, важливість бути гідним, невизнаність. Травма зради формується при спілкуванні з батьками протилежної статі. Формується тип

характеру, який Бурбо Л. назвала контролюючим. Для переживання цієї травми характерні: недовіра, бажання влади, гнів, напруженість, страх, маніпулятивність, важливість своєї особливості та компетентності. Травма несправедливості формується тоді, коли дитина взаємодіє з батьками тієї ж статі, що і вона сама. Формується такий тип характеру, як ригідний. Для переживання даної травми характерні: замкненість, ревності, закритість, гнів, розчарування, почуття обов'язку, провина, страждання через власну недосконалість, [22]

Оскільки максимальний бал для вираженості кожної з травм за методикою Бурбо Л., є 40, для кожної травми кожної групи вираховувався середній показник їх ступеню вираженості у % ( $X_{\text{сер.}}$ ) за наступною формулою:

$$X_{\text{сер.}} = (\sum X_i / 40) \times 100 / n,$$

де  $X_i$  – бал за травмою у  $i$ -того демобілізованого ( $i$  від 1 до 100),  $n$  – об'єм вибірки.

Діагностика вираженості цієї чи іншої травми передбачає прояв по якомусь іншому типу. Бурбо Л. зазначає, що певний ступінь вираженості травми, що діагностується даним тестом, може існувати та проявлятися за всіма травмами одночасно. Характерологічні структури також можуть співіснувати в еквіваленті до ступеню діагностованих травм.

**Методика аналіз раних спогадів (Rule W. R.).** Методика розроблена Адлером А. та адаптована Rule W. R. Першим запропонував дану методику Фрейд З., вказуючи на значущість змісту раних спогадів для розуміння специфіки структури травматичного досвіду. Удосконаленням даної методики займалися такі вчені, як Altman K. E., Bauserman J. M., Quinn J., Manaster G. J., Hyer L., Statton J. E., Perryman T. V., Hedvig E. V., Wilborn B., Mayman M., Ісполатова О. М., Сидоренко О. В., Миколаєва Т. П. та інші.

Можливості діагностичного плану були розширені також такими вченими, як: Барський Ф. І., Говард Дж., Гуцол С. Ю., Жорняк К. С., Уайт М., Комбс Дж., Епстон Д., Сарбин Т. Р., Смульсон М. Л., Морган Е., Калмикова К. С., Кутузова Д. А., Фрідмен Дж., Чепелева Н. В., та інші. Вищезазначені вчені так чи інакше вказують на важливість зберігання змісту та афективного компоненту

травматичного переживання в ранніх спогадах. Тобто дані теоретичні тлумачення ранніх спогадів, як підгрунтя зберігання травматичних переживань перегукуються з ідеями Кочаряна О.С. та Грінберга Л., Елліотта Р. в емоційно-фокусованій терапії, які вказують на зберігання травматичних переживань в «тканині» спогадів, специфіка яких обумовлює особливості травматизації психіки.

В ранніх спогадах було виявлено твердження, які дуже близькі феноменологічно до типології травм, запропонованих Джонсоном Ст. М.. Ці твердження, уже в якості конструктів для семантичного диференціалу, були включені в обробку для виявлення психосемантичної структури травматичного раннього досвіду демобілізованих, як з бойовим досвідом, так і без нього. До зазначених тверджень належать: 1. «Я не є потрібним», 2. «Мене не всі розуміють»; 3. «Краще постраждаю, в першу чергу, я, ніж хтось»; 4. «Я не зовсім гідний, мало значущий»; 5. «Я не вільний»; 6. «Я можу все». Дані твердження відповідають таким травмам типології Джонсона Ст. М., як: 1) покинутості, 2) відкинутості, 3) особистісної незначущості, 4) злиття, 5) придушення, 6) суперництва, відповідно. Для максимально достовірного дослідження, для кожного досліджуваного були створені індивідуальні кореляційні матриці, для яких встановлювалася загальна кількість зі злипанням хоча б двох зі вказаних травм.

**Універсальний семантичний диференціал.** Ідея СД запропонована Осгудом Ч. та є одним з методів експериментальної семантики та спрямований на виявлення та вибудовування психосемантичного простору особистості та її свідомості. Метод дозволяє визначити емоційно-ціннісну складову, особистісні сенси чи пристрастність у відношенні особистості до тих чи інших предметів, процесів чи явищ дійсності, до інших людей чи самого себе.

Комбінованість процесу шкалювання та контрольованих асоціацій в сукупності дають досить якісні результати щодо зазначених складових. Використання СД дає можливість будувати індивідуальну матрицю для представників Гр 1 та Гр 2. В універсальному диференціалі 21 шкала, а саме:

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| - чарівний-непривабливий | - залежний-незалежний |
| - слабкий-сильний        | - діяльний-пасивний   |



- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| - балакучий-мовчазний        | - черствий-чуйний             |
| - безвідповідалний сумлінний | - рішучий-нерішучий           |
| - впертий-поступливий        | - в'ялий-енергійний           |
| - замкнутий-відкритий        | - справедливий-несправедливий |
| - добрий-егоїстичний         | - розслаблений-напружений     |
| - метушливий-спокійний       | - чесний-нечесний             |
| - ворожий-дружелюбний        | - несамотійний-самотійний     |
| - впевнений-непевнени        | - роздратований-незворушний   |
| - нелюдимий-комунікабельний  |                               |

Шкалювання здійснюється через семибальну шкалу лайкертовського типу, яка пропонується в наступному вигляді: 3210123. В залежності від ключа методики, тобто вираженості тієї чи іншої із полюсів шкали, нарахування балів йде по зростанню чи навпаки. Для конструктів, які оцінюються за допомогою зазначених шкал, пропонуються складові у відповідності до задач дослідження, про що вже було сказано у попередніх підпунктах.

**Шкала диференціальних емоцій (Ізард К.).** Дана методика створена для діагностики таких емоційних рис особистості, як: інтересу, здивування, радості, горя, презирства, гніву, відрази, сорому, страху, і провини. Методика включає до себе 30 монополярних шкал. Вони представлені пречметниками, що відповідають різним характеристикам зазначених емоційних рис. Дані емоції розглядаються Ізардом К. як стійкі уворення на рівні особистісних рис, які в певній мірі свого прояву, з однієї сторони можуть мати ситуативні коливання за ступенем вираженості, а з іншої – набувають постійності та характерності для тієї чи іншої особистості.

Ізард К. зазначає, що зазначені емоції є фундаментальними та мають унікальні феноменологічні та мотиваційні якості для особистості. Кожна з даних емоцій може послабити, підсилити чи активувати любую іншу. По кожній з наведених рис за методикою можна набрати по 15 балів, які вказують на ступінь прояву даної емоції.

Додатковою інформацією є їх об'єднання в три варіанти емоційних індиксів: позитивних, гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій. Загальний індекс

позитивних емоцій вираховується за формулою - ЗПО =  $\sum P + I + Z$ , де P, I та Z – бали за емоціями радості, інтересу та здивування відповідно; індекс гострих негативних емоцій ІГН =  $\sum \Gamma + \Gamma + B + \Pi$ , де  $\Gamma$ ,  $\Gamma$ , B,  $\Pi$  – бали за емоціями горя, гніву, відрази та призирства відповідно; індекс тривожно-депресивних емоцій - ІТД =  $\sum C + C + \Pi$ , де C, C та  $\Pi$  – бали за емоціями страх, сором та провина відповідно).

#### **Чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.).**

Використовується для діагностики чотирьох стійких емоційних переживань, які розглядаються в концепції Ольшаннікової А. Є. [15], до яких належать: радість, гнів, страх, печаль (стрес). Вона зазначає, що дані переживання пов'язані зі стрижневими структурами особистості, її світобаченням, ціннісними орієнтаціями та ін. Таким чином, діагностуються емоції, які в своєму домінуванні серед інших визначають специфіку сприйняття дійсності, тобто суб'єктивне реагування.

Ступінь прояву кожного з переживань визначається кількістю з можливих 46 балів. В опитувальнику є як прямі так і перевернуті запитання, які оцінюються по різному. Сума балів за ключем методики визначає ступінь вираженості зазначених емоцій.

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

Застосування даного тесту дає можливість діагностувати «джерело» сенсу життя, який особистість може для себе знайти в минулому, теперішньому, майбутньому чи одночасно у всіх трьох складових. Тест включає в себе 5 субшкал, а саме: три конкретні смисложиттєві орієнтації, до яких належать – 1) цілі в житті, 2) процес життя (чи - інтерес та емоційна насиченість життя), 3) результативність життя (чи - задоволеність самореалізацією), та два аспекта локусу контролю –

4) локус контролю – Я (чи - Я – господар життя), 5) локус контролю – життя (чи - керування життям).

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

Додатково можна вирахувати загальний показник осмисленості життя. В таблиці 2.8 надано середні значення та відхилення субшкал та загального показника осмисленості життя для віку від 30 до 55 років (для чоловіків та жінок), які були запропоновані Петровою Є.А. та Шестаковою А.А..

Таблиця 2.8

#### Показники середніх значень та відхилень для субшкал за тестом СЖО

Субшкала		Середнє значення ± середнє відхилення
1	Цілі в житті	38,91±3,20
2	Процес життя	35,95±4,06
3	Результативність життя	29,83±3,00
4	Локус контролю – Я	24,65±2,39
5	Локус контролю – життя	34,59±4,44
Загальний показник осмисленості життя		120,36±10,21

**Тест індивідуальної мотивації (ТІМ).** Тест ТІМ за Алтуховим В.В. та Загоруйко А.Б. складається з 56 питань та створено для діагностики основних мотивів професійної діяльності та загальної діагностики мотиваційного профілю з визначенням значущих й незначущих для особистості мотиваційних факторів. Мотиваційний профіль особистості складається з інтегральних факторів мотивації: мотивація збереження – мотивація досягнення, внутрішня мотивація – зовнішня мотивація, та мотиваційного профілю, який складається з наступних шкал: пізнання

та інтерес, визначеність, здоров'я та комфорт, творчість та незалежність, гроші, взаємовідносини, подолання та зростання, престиж.

**Опитувальник «Оцінка нервово-психічної напруги» (Немчін Т.А.)** Дана методика представляє собою перелік ознак нервово-психічної напруги. Діагностує 30 характеристик цієї напруги з трьома рівнями вираженості, а саме: наявність фізичного дискомфорту, наявність больових відчуттів, температурні відчуття, стан м'язового тону, координація рухів, стан рухової активності в цілому, відчуття зі сторони серцево-судинної системи, прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту, прояви зі сторони органів дихання, прояви зі сторони видільної системи, стан потовиділення, стан слизової оболонки порожнини рота, забарвлення шкіряних покривів, сприйнятливості, чутливості шкіряних покривів, почуття впевненості в собі, в своїх силах, настрій, особливості сну, особливості емоційного стану в цілому, завадостійкості, особливості мови, загальна оцінка психічного стану, особливості пам'яті, особливості уваги, кмітливості, розумова працездатність, явища психічного дискомфорту, ступінь розповсюдження (генералізації) признаков психологічної напруги, частота виникнення станів напруги, тривалість станів напруги, загальний ступінь вираженості напруги. Крім зазначених характеристик нервово-психічної напруги, за даною методикою можна визначити загальний рівень даної напруги, а саме: діапазон слабої нервово-психічної напруги – від 30 до 50, помірної – від 51 до 70, надмірної – від 71 до 90.

**Опитувальник SF-36. (Методика оцінки якості життя).** Опитувальник включає в себе 34 пункти, які об'єднані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність (показник якості виконання соціальних ролей, обумовлений фізичним станом), інтенсивність болю (тілесний біль), загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування (обумовлене емоційним станом), емоційний стан, психічне здоров'я. Показники за кожною з шкал можуть варіюватися від 0 до 100, де останній показник є максимумом оптимальності функціонування в даній сфері, тобто є максимумом якості життя. Для отримання додаткової інформації стосовно показників якості життя, дані характеристики розподіляються на дві групи: 1) фізичний компонент здоров'я (до якого входять

перші чотири з шкал), 2) психологічний компонент здоров'я (останні чотири шкали).

**«Подорож героя».** Діагностична методика, спрямована на діагностику захисної поведінки, в основі якої лежить ідея «подорожі героя» Юнга К.Г та Ранка О. [194], під якою розуміється колективний сценарій подолання складнощів.

**Методи статистичної обробки матеріалу.** Математико-статистична обробка результатів тестування проводилася із залученням методів для перевірки достовірності відмінностей зв'язаних вибірок (Т-критерій Вілкоксона), для перевірки достовірності відмінностей незв'язаних вибірок (t-критерій Ст'юдента, ф-критерій кутового перетворення Фішера, U-критерій Манна-Уїтні), кореляційний аналіз ( $\tau$ -Кендалла; W-коефіцієнт конкордації Кендалла) та факторний аналіз (метод головних компонент, обертання Varimax). Для оперативності проведення відповідних розрахунків використовувався пакет електронно-статистичних програм - SPSS 16.0.

### 2.3. Організація дослідження

Дослідження було проведено в чотири етапи. Кожний етап планувався у відповідності до мети та завдань дослідження з ціллю забезпечення максимальної надійності результатів.

*Перший етап* передбачав очне інтерв'ю з кожним демобілізованим учасником бойових дій з ціллю діагностики за ключовими положеннями-фільтрами для з'ясування перспектив щодо подальшого діагностування, а саме: уточнювалася інформація щодо віку демобілізованих, одруженості/розлученості, наявності дітей, працевлаштуванні, включеності в одну з перших трьох хвиль мобілізації, скарг на соматичне та психічне здоров'я, якості життя (сім'я, робота, хобі), знаходження на обліку у психіатра. Проводилося виключення вірогідності неспівпадання з даними вимогами для зберігання чистоти вибірки, та, в подальшому, дослідження в цілому. Таким чином, тестування за Міссісіпською шкалою, з'ясування суб'єктивних психологічних ознак постстресових реакцій та врахування всіх вищезазначених

вимог до вибірки, обумовлювали фільтрацію демобілізованих за трьома варіаціями: а) не підходять, б) демобілізовані з досвідом бойових дій без ППД, 3) демобілізовані з ознаками ППД, що, власне, повністю відповідає меті та задачам дослідження.

*Другий етап* передбачав інформування учасників дослідження щодо його мети та задач. Досліджувані отримували максимум інформації для мотивування та більш якісного проходження тестування з метою отримання максимально достовірних результатів. Виключалися всі можливі варіанти розвитку взаємодії, які могли б погіршити діагностику травматичного емоційного досвіду цих демобілізованих. Прикладом може бути інформування щодо конфіденційності дослідження чи максимально точні інструкції для методик. З кожним демобілізованим проводилася роз'яснювальна робота з ціллю послаблення захисних механізмів щодо тестування, які особливо гостро активовані саме у демобілізованих учасників бойових дій. Послідовне інформування щодо перспектив дослідження давали змогу організувати тестування в суттєво безпечніших умовах.

*Третій етап* передбачав проведення безпосереднього тестування із залученням вищеописаних методик. На цьому етапі тестування проводилося з кожним демобілізованим окремо з чітким уточненням інструкцій та допомогою з фіксацією результатів тестування з ціллю забезпечення максимальної чистоти даного дослідження.

*Четвертий етап* передбачав інформування всіх бажаючих демобілізованих про результати дослідження та про розроблений комплекс рекомендацій щодо психокорекційної роботи з травматичним емоційним досвідом.

## **Висновки по розділу 2:**

1. Дослідницька вибірка сформована у відповідності до поставлених мети та задач. Вона відповідає вимогам щодо репрезентативності відносно генеральної сукупності та об'єму вибірки. Вибірка розподілена на дві групи за принципом наявності чи відсутності виражених ознак постстресової психологічної дезадаптації. Наявність ППД підтверджувалася результатами за Міссісіпською шкалою та суб'єктивного оцінювання психологічних ознак ППД. До кожної з груп увійшло по

100 чоловіків середнього віку – демобілізованих учасників бойових дій в Україні. Для чистоти дослідження проводився ретельний відбір щодо безпосередньої участі у бойових діях, в яких передбачається бойові зіткнення із супротивником, а не лише досвід перебування в зоні бойових дій та відповідний статус.

2. Обрані методики дозволяють в повній мірі реалізувати мету та завдання дослідження й виявити всі особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій. Всі методики розподілені на декілька груп. До першої належать методики, спрямовані на виявлення особливостей структури травматичного інфантильного досвіду, друга група – методики для виявлення структурних особливостей емоційної сфери, третя – особливостей структури мотиваційно-сміслової сфери, четверта – тілесних маніфестацій, п'ята – когнітивних репрезентацій травматичного досвіду.

3. Математико-статистична обробка результатів дослідження була проведена із застосуванням методів для перевірки достовірності відмінностей зв'язаних вибірок (Т-критерій Вілкоксона), для перевірки достовірності відмінностей незв'язаних вибірок (t-критерій Ст'юдента, ф-критерій кутового перетворення Фішера, U-критерій Манна-Уїтні), кореляційний аналіз ( $\tau$ -Кендалла; W-коефіцієнт конкордації Кендалла) та факторний аналіз (метод головних компонент, обертання Varimax). Даний підбір методів математичної статистики, дозволив провести обробку та інтерпретацію результатів дослідження з виявленням всіх можливих варіацій співвідношень між ними.

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора: [70, 94, 98, 106, 176].**

### РОЗДІЛ 3.

## СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ППД В УКРАЇНІ

### 3.1. Особливості структури травматичного інфантильного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

Чинники, що сприяють формуванню ПТСР, відносяться до різних сфер особистості та її буття. Одним з таких чинників є наявність психологічних травм у дитинстві. Не з'ясовано, який саме механізм лежить у основі такого впливу раннього досвіду: або зміні підлягають деякі структури особистості, або змінюється когнітивна карта особистості, що предиспонує до сприйняття оточення як ворожого, або особистість фіксується у своєму розвитку, коли не формуються зрілі структури, або такі травми дитинства предиспонують формуванню проблемного оточення, яке ускладнює або унеможлиблює розвиток особистості, формування автономності особистості. В останніх роботах також доведено, що на формування ППД впливають особливості виховання та набутого життєвого досвіду. Це обумовлює доцільність дослідження раннього травматичного досвіду демобілізованих з ППД. Ясно одне, що ранні травми дитинства сприяють певній інфантилізації особистості. Існують декілька критеріїв зрілості особистості, які обумовлюють її невразливість до негативного впливу оточення: 1) регулятором життя та діяльності є реальність, а не марення; 2) здатність до відтермінування задоволення; 3) здатність до прийняття рішень; 4) зрілі механізми захисту; 5) здатність розрізняти об'єкт та уявлення про нього [192], 6) здатність до рефлексії власного досвіду, 7) наявність просоціального інтересу [193] тощо.

Першим кроком дослідження було завдання визначити особливості ранньої травматизації у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД. Для цього були взяті типології травм Бурбо Л. та Джонсона Ст. М.. Бурбо Л. виділяє наступні типи травм: відкинутості, покинутості, приниження, зради та несправедливості.



Кожна з травм обумовлює зберігання відповідного їй травматичного досвіду протягом всього життя. Важливою з точки зору розуміння формування ППД є ідея Бурбо Л. щодо можливого притягування до себе різних обставин та соціального оточення, які, в свою чергу, сприяють необхідності повторного проживання травматичних переживань. Даний феномен виникає як наслідок прагнення психіки інтегрувати в загальну структуру досвіду ті переживання, які утворивши травму, залишилися не прийнятими. Власне, Бурбо Л. підкреслює визначальний характер виникнення травми саме через специфіку контексту переживань, прикладом якого може бути вина, осуд, страх, жалкування які не дозволяють проживати емоційний досвід конструктивно. Також авторка цієї теорії зазначає, що даний феномен часто набуває циклічного характеру.

Можна припустити, що наявність певної травми у дитинстві передиспонує до вразливості до негативного впливу чинників актуальної бойової травми. Концепція «повторного удару» (Кочарян О.С.), яка передбачає посилення актуальної травматизації за рахунок активізації інфантильного травматичного досвіду, стає більш ніж доречною в поясненні феномену підвищеної сенситивності до актуальних травм.

Перш ніж порівняти травматичний інфантильний досвід демобілізованих з та без ППД, доречно позначити певні типічні характеристики для кожної з травм, запропонованих Бурбо Л.. Травма відкинутості виникає при взаємодії з батьками своєї статі (відштовхують, відсторонюють, відмовляються, не терплять). Формується характер втікача. Для переживання травми характерні: сумніви в праві на існування, почуття непотрібності, страх, ненависть, пригніченість, самотність, ізоляція, сором, другосортність, нікчемність. Травма покинутого виникає при взаємодії з батьками протилежної статі (не цікавляться). Формується характер залежного. Для переживання травми характерні: емоційний голод, безпорадність, сум, страх, самотність, незначимість, зневіра, образа. Травма приниженого виникає при взаємодії з матір'ю. Формується мазохістичний характер. Для переживання травми характерні: сором, образа, вина, відраза, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизнаність, безпорадність, бажання бути гідним. Травма зради

виникає при взаємодії з батьками протилежної статі. Формується контролюючий тип характеру. Для переживання травми характерні: бажання влади, недовіра, напруженість, страх, гнів, маніпулятивність, важливість зберігання своєї особливості, сили, компетентності. Травма несправедливості виникає при взаємодії з батьками своєї статі. Формується ригідний характер. Для переживання травми характерні: ревності, замкненість, закритість, розчарування, гнів, почуття обов'язку, стрес через недосконалість, провина.

Враховуючи те, що максимальний бал вираженості травми за методикою Бурбо Л., становить 40 балів, для кожного з типів травм по кожній групі, знаходився середній показник їх ступеню вираженості ( $X_{\text{сер.}}$ ):

$$X_{\text{сер.}} = (\sum X_i / 40) \times 100 / n,$$

де  $X_i$  – бал за травмою у  $i$ -того демобілізованого ( $i$  від 1 до 100),  $n$  – об'єм вибірки.

В таблиці 3.1 показано достовірність відмінностей у вираженості різних типів травм.

Таблиця 3.1

### Різниця у вираженості різних типів травм між Гр.1 та Гр.2

Тип травми	$X_{\text{сер.}}$ (у %)		$\phi$
	Гр. 1	Гр. 2	
Відкинутості	18,08	13,05	0,99
Покинутості	43,35	24,60	4,91**
Принаиженості	39,38	25,48	1,92*
Зради	25,10	18,20	1,30
Несправедливості	48,65	26,95	3,34**

Примітка:  $\phi$  – критерій кутового перетворення Фішера; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Виходячи з результатів, наданих в таблиці 3.2, у демобілізованих з ППД (Гр. 1) спостерігається більш високий рівень травматизації за трьома травмами, ніж у демобілізованих без ППД (Гр. 2). Саме травми покинутості, приниження та несправедливості є підґрунтям надвразливості до актуальних травм, пов'язаних з участю у бойових діях. Ці дані можуть підтверджувати вищезазначену концепцію «повторного удару», або, як стверджує Бурбо Л., циклічного відігрування травматичного досвіду та його зберігання впродовж життя. Тобто, військовослужбовці, які мали високий рівень травматичних переживань до потрапляння в зону бойових дій вже мали певний рівень травматизації у своєму життєвому досвіді, що стало передумовою, а, можливо, і складовою, формування в них ППД.

Отже, розвитку посттравматичної психологічної дезадаптації predisponують такі типи інфантильних травм, як: покинутості, несправедливості та приниження. Таким чином, виникненню ППД сприяють такі особливості інфантильного травматичного досвіду, як: емоційний голод, безпорадність, сум, страх, самотність, незначимість, зневіра, образа, сором, вина, відраза, нікчемність, ганьба, утиск, приниження, невизнаність, бажання бути гідним, ревності, замкненість, закритість, розчарування, гнів, почуття обов'язку, стрес через недосконалість, провина, ревності, замкненість, закритість, гнів, почуття обов'язку. Зазначені складові інфантильного травматичного досвіду, враховуючи здатність зберігатися тривалий час, безперечно є суттєвим психологічним підґрунтям для виникнення та формування дезадаптивності.

Високий ступінь ризику для власного життя, втрата однослужбовців, фізичні навантаження, усвідомлення необхідності позбавлення іншого життя, тривале знаходження в стресовій ситуації, строга дисципліна, до якої кожний звикає з витрачанням різної кількості часу, розлучення на тривалий час з близькими людьми без можливості безпосередньо допомагати у вирішенні тих чи інших проблем та неможливості повноцінно спілкуватися, відрив від повсякденного життя та неможливість реалізації в звичний спосіб в професійній сфері, переживання несправедливості до дій агресора та ін., Всі ці чинники, безперечно, підсилюють

вищезазначений травматичний досвід та, в деякому сенсі, є його продовженням. Військовослужбовець, так би мовити, потрапляє на болючий досвід, тож логічно те, що психологічні структури, які формувалися як спроба психіки компенсувати психологічну травму, не витримують, що призводить до дефіцитарності в ресурсній сфері щодо компенсації впливу зазначених чинників. Травматичні переживання дитинства не втрачають своєї інтенсивності та зберігаються в досвіді.

За характер-аналітичними теоріями характер є стильовою, стійкою формою психологічного захисту від травми. Характер, таким чином, являє собою стильове захисне утворення. За Бурбо Л., як наслідок виникнення травм покинутості, приниження та несправедливості, формуються, відповідно, залежний, мазохістичний та ригідний типи характеру.

Розуміючи, що від особливостей сформованості певних інфантильних структур та характерологічних реакцій-утворень на них, в деякій мірі, залежить актуальна поведінка демобілізованих учасників бойових дій (й специфіка подолання стресової ситуації в зоні проведення АТО/ООС), ми зосередилися на їх можливих поведінкових проявах. Для цього була використана ідея «подорожі героя» Юнга К.Г та Ранка О. [194], під якою розуміється колективний сценарій подолання складнощів. Цей сценарій подолання труднощів та спроб захистити себе у чоловіків має індивідуальні особливості, які залежать від раннього досвіду особистості. На основі зазначеної ідеї була запропонована діагностична методика казки на тему «Подорож героя», яка спрямована на виявлення особливостей психологічного захисту від стресових ситуацій. Казка була напівструктурованою: пропонувався наступний її початок: «В одному королівстві жив принц, і ось одного разу виникла загроза його королівству .....»; далі демобілізованому давалася можливість пофантазувати та створити власне продовження цієї казки, де б він міг сам вирішити, чи принц йшов захищати королівство з власної волі чи ні, чи знав він як вирішувати складні ситуації; після написання казки демобілізованим ставилися запитання про наявність/відсутність деяких критеріїв захисної поведінки. Відповідь складалася з двох частин: перша – «так» чи «ні» стосовно характерності/нехарактерності для героя казки відповідного критерію та друга – від

1 до 5 (для мене це: 1 – не характерно, 2 – майже не характерно, 3 – і так і ні, 4 – характерно, 5 – дуже характерно), якщо «так».

Приклад казки демобілізованого учасника бойових дій з ППД (С. М., 43 р.).

Принц був відповідальним за своє королівство, тож мав йти захищати його, адже він не міг зрадити власних людей та виглядати в їх очах боягузом. Тож зібравши військо, він пішов на захист своєї землі. Його постійно турбували думки стосовно несправедливості в світі. Після перемоги (а тільки так могла закінчитися війна), він повернувся до родини, а хтось ні. Його дуже засмучувало те, що він вже вдома, а інші продовжують нести службу на кордонах королівства, що це ранить його почуття власної гідності. Одночасно, розмірковуючи про долю своїх лицарів, завчасно, він вже турбувався про те, що неправильно буде залишати власну родину, адже вона не заслуговує на такі страждання. Знаходячись постійно в тяжких роздумах, принс не бажав ділитися ні з ким своїми почуттями, адже він мав бути сильним та бути взірцем для свого оточення. Принцу було складно, адже оточення його не розуміло, не розуміло його страждань щодо втрати своїх людей, не розуміло ціни, яку він був змушений заплатити за ті досягнення, яке мало його королівство, але він розумів, що тільки так він має чинити й надалі, і ні як по іншому, питання для нього полягало лише в тому, звідки на це взяти сили.

Виникає ситуація в якій жодний з варіантів рішення ситуації, які бачить демобілізований, не передбачають конструктивного сприйняття. Люба дія з його сторони передбачає зростання психологічної напруги, що є безумовною складовою психологічної дезадаптації та неефективність захисної поведінки, що ускладнюється обмеженістю в здатності конструктивно сприймати стресову ситуацію.

Критерії захисної поведінки було сформовано експертним методом. П'ятьом фахівцям в галузі «психології діяльності в екстремальних умовах», «кризової психології», «психології переживань», «вікової психології» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна та Національного аерокосмічного університету імені М.Є. Жуковського «ХАІ», було запропоновано перелік певних критеріїв, які характеризують особливості захисту від труднощів. Експертам пропонувалося 45 таких характеристик, з яких вони мали обрати змістовно валідні.

Після співставлення результатів оцінювання експертами цих критеріїв (були обрані всіма експертами) було залишено 18, а саме: знаходження в ролі жертви; схильність до перебільшення значущості подій; переживання самотності; постійне повернення до комунікації з тими, з ким були прожиті емоційно насичені події; не бажання ділитися власними переживаннями з оточенням; звинувачення оточуючих в тому, що покинули; відповідальність за щастя та благополуччя інших людей; гостре переживання втрати близької людини; відчуття сорому та приниження за власні вчинки; жорсткість поведінки, як правило пов'язані з необхідністю постійного чіткого контролю та боязню відійти від звичних, регламентованих норм в поведінці; прагнення довести всім свою надійність; впевненість в тому, що зусилля не оцінені гідно; відчуття використаності; високий рівень чутливості до критики та самокритичність; прагнення до досконалості, відповідності правилам; категоричність; страх помилки; сильне почуття відповідальності та боргу.

Погодилися написати казку 42 демобілізованих з Гр. 1 та 51 з Гр. 2. При обробці відповідей, виявилось, що не всі демобілізовані відповіли на всі запитання, тож обробці можна було піддати відповіді – в Гр. 1 27 демобілізованих, в Гр. 2 - 34.

Відсотковий показник за всіма критеріями прояву захисної поведінки демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2 та значущість різниці між ними надані в таблиці 3.2.

Види поведінки, що визначені такими критеріями (нумерація критеріїв відповідає її номеру у таблиці 3.2) як : 2) схильність до перебільшення значущості подій; 14) високий рівень чутливості до критики та самокритичність, зустрічаються рідко в обох групах, що свідчить, що в спектрі захисної поведінк демобілізованих обох груп вони практично відсутні, а долаючі стратегії, що визначені критеріями: 10) жорсткість поведінки, як правило пов'язана з необхідністю постійного чіткого контролю та боязнь відійти від звичних, регламентованих норм в поведінці; 18) сильне почуття відповідальності та боргу, характерні для демобілізованих обох груп.

Таблиця 3.2

## Різниця в критеріальних показниках захисної поведінки в Гр. 1 та Гр. 2

№	Назва критерію	%		φ
		у Гр.1	у Гр. 2	
1	знаходження в ролі жертви	25,9	8,8	1,81*
2	схильність до перебільшення значущості подій	18,5	6	1,53
3	переживання самотності	44,4	11,8	2,94**
4	постійне повернення до комунікації з тими, з ким були прожиті емоційно насичені події	70,3	44,1	2,08*
5	не бажання ділитися власними переживаннями з оточенням	66,6	32,3	2,72**
6	звинувачення оточуючих в тому, що покинули	37	5,9	3,17**
7	відповідальність за щастя та благополуччя інших людей	77,7	52,9	2,05*
8	гостре переживання втрати близької людини	29,6	11,8	1,74*
9	відчуття сорому та приниження за власні вчинки	22,2	8,8	2,34**
10	жорсткість поведінки, як правило пов'язана з необхідністю постійного чіткого контролю та боязнь відійти від звичних, регламентованих норм в поведінці	70,3	52,9	1,4
11	надмірне прагнення довести всім свою надійність	55,5	32,9	1,98*
12	впевненість в тому, що зусилля не оцінені гідно	40,7	17,6	2,01*
13	відчуття використаності	29,6	2,9	3,14**
14	високий рівень чутливості до критики та самокритичність	25,9	14,7	1,09
15	прагнення до досконалості, відповідності правилам	51,8	20,6	2,58**
16	Категоричність	51,8	29,4	1,79*
17	страх помилки	37	14,7	2,02*
18	сильне почуття відповідальності та боргу	51,8	35,3	1,32

Примітка: φ – критерій кутового перетворення Фішера; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Види поведінки, що визначені такими критеріями (нумерація критеріїв відповідає її номеру у таблиці 3.2) як : 2) схильність до перебільшення значущості подій; 14) високий рівень чутливості до критики та самокритичність, зустрічаються рідко в обох групах, що свідчить, що в спектрі захисної поведінки демобілізованих обох груп вони практично відсутні, а захисні стратегії, що визначені критеріями: 10) жорсткість поведінки, як правило пов'язана з необхідністю постійного чіткого контролю та боязнь відійти від звичних, регламентованих норм в поведінці;

18) сильне почуття відповідальності та боргу, характерні для демобілізованих обох груп.

Специфічними (тобто такими, що значно відрізняють групи 1 та 2) формами захисної поведінки для Гр. 1 є:

1) перебування в ролі жертви (їх не розуміють, вони залишаються наодинці у вирішенні нагальних питань, постійно мусять терпіти свої страждання, привертають увагу до себе та своїх проблем тощо);

3) переживання самотності (яка часто змушує дистанціюватися від оточуючих, що, безперечно, є чинником дезадаптації особистості);

4) «синдром повтору» - присутність бажання повернутися до травматично забавлених подій (у одних демобілізованих виникає бажання повернутися в зону бойових дій, оскільки виникло певне братерство, взаємоповага, у інших - це обумовлено неможливістю адаптуватися до звичайного життя, тому й виникає бажання повернутися в зону АТО/ООС);

5) небажання ділитися власними емоціями (дана особливість ускладнює процеси, які відбуваються в емоційній сфері, оскільки невиражені емоції акумулюються та сприяють формуванню неадаптивного комплексу реагування, що, власне й представляє собою частину постстресової психологічної дезадаптації);

6) звинувачення оточення в тому, що їх покинули (характерним для них є почуття образи на тих, хто не приймав участь в подіях, пов'язаних з війною, на відміну від зрілої поведінки, в якій "ego" демобілізованого залишається більш стійким та дорослим, що дозволяє нести відповідальність виключно за свої дії);

7) відповідальність за щастя та благополуччя інших людей (що пояснює періодично виникаючі та характерні для демобілізованих думки та переживання, стосовно тих хто залишився нести службу) - болісні переживання стосовно того, що благополуччя країни та військових, які залишилися нести службу, залежить виключно від демобілізованого. Таке переживання відрізняється від зрілої відповідальності - розуміння міри своєї участі та обмеженості своїх можливостей у забезпеченні вказанного благополуччя;



8) гостре переживання втрати близької людини (безперечним є дестабілізуючий компонент втрати товариша по службі, але спостерігається більша фіксованість на цьому саме у демобілізованих з ППД, що може бути певним чинником виникнення не тимчасової а довготривалої психологічної дезадаптації);

9) відчуття сорому та приниженості за власні вчинки (за нездатність завершення воєнної операції та невиконаний борг перед товаришами по службі, рідними та соціумом);

11) надмірне прагнення довести всім свою надійність, наслідком чого є бажання бути надмірно старанним та бажання брати на себе надмірну кількість роботи;

12) впевненість в тому, що зусилля не оцінені гідно оточуючими;

13) відчуття використаності;

15) прагнення до досконалості, відповідності правилам (звичайно, участь в бойових діях дає військовослужбовцю певний досвід іншого самосприйняття, в якому він лякається першого бою, артилерійського обстрілу позицій тощо, тривожиться, щоб не бути сприйнятим товаришами по службі, як «боягуз», «слабак», «тюхтій» та ін.);

16) категоричність (поняття «добра-зла», «поганого-хорошого», «перемоги-фіаско» мають категоричний характер, який не передбачає ступінь чи градацію. Дихотомічність та категоричність бачення світу може бути однією з причин дезадаптації, оскільки повертаючись до нормального життя, демобілізованому важко інтегруватися в реалії того розуміння категоричних норм, які існують в звичайному суспільстві, а не серед військовослужбовців);

17) страх помилки (кожний вчинок, який не відповідає уявленням про правильність стосовно тих чи інших речей, як власних, так і з боку оточення, викликає сильну тривогу та страх. Особливо деструктивною стає участь в бойових діях, де кожна дія може стати вирішальною як стосовно власного благополуччя, так і стосовно здоров'я військових товаришів). Страх помилки проявляється і в складності робити вибір.

У зв'язку з поширеністю різних форм захисної поведінки у демобілізованих Гр.1 та їх наявністю у одних і тих же досліджуваних, можна припустити, що такі форми поведінки «злипаються». Для обох груп демобілізованих створювалася кореляційна матриця зазначених стратегій захисної поведінки. Кореляційний аналіз (використовувався  $\tau$ -критерій рангової кореляції Кендалла) зв'язків між 16-ма стратегіями захисної поведінки (два критерії, а саме – 2-й та 14-й, за якими майже не було виявлено захисної поведінки в жодній з груп, були виключені з аналізу) довів наявність феномену «злипання» (таблиця 3.3) в обох групах.

Різниця за кількістю значущих кореляційних зв'язків між групами 1 та 2 надана в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

**Різниця в кількості кореляційних зв'язків різних форм захисної поведінки між Гр. 1 та Гр. 2.**

Кореляційні структури критеріїв захисної поведінки з феноменом «злипання»	Абсолютне число (%)		φ
	у Гр.1	у Гр. 2	
		90 (75,0)	52 (43,3)

Примітка: φ – критерій кутового перетворення Фішера; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Отже, виявлено феномен «злипання» різних видів захисної поведінки значно більшою мірою характерний для демобілізованих Гр. 1.

Таблиця 3.3

## Кореляційна матриця стратегій захисної поведінки у Гр. 1 та Гр. 2

№	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	16	17	18
1	1,00**	0,20**	0,17*	0,17*	0,14*	0,16*	0,17*	0,15*	0,31**	0,19*	0,18*	0,05	0,16*	0,11	0,27**	0,14*
3	0,18*	1,00**	0,09	0,17*	0,18*	0,23**	0,10	0,17*	0,21**	0,26**	0,22**	0,17*	0,09	0,22**	0,03	0,27**
4	0,25**	0,10	1,00**	0,19*	0,19*	0,04	0,17*	0,11	0,17*	0,14*	0,07	0,17*	0,19*	0,04	0,18*	0,07
5	0,06	0,23**	0,16*	1,00**	0,06	0,20**	0,21**	0,14*	0,20**	0,16*	0,16*	0,23**	0,20**	0,19*	0,19*	0,25**
6	0,19*	0,05	0,03	0,14*	1,00**	0,03	0,09	0,09	0,19*	0,27**	0,30**	0,04	0,16*	0,23**	0,17*	0,08
7	0,18*	0,17*	0,21**	0,17*	0,04	1,00**	0,04	0,16*	0,09	0,24**	0,20**	0,14*	0,32**	0,25**	0,04	0,19*
8	0,12	0,20**	0,18*	0,04	0,16*	0,07	1,00**	0,03	0,18*	0,02	0,22**	0,20**	0,27**	0,15*	0,15*	0,16*
9	0,17*	0,14*	0,11	0,10	0,20**	0,08	0,02	1,00**	0,10	0,15*	0,19*	0,21**	0,16*	0,18*	0,21**	0,22**
10	0,05	0,22**	0,15*	0,03	0,04	0,24**	0,05	0,06	1,00**	0,17*	0,18*	0,16*	0,15*	0,23**	0,08	0,19*
11	0,07	0,08	0,19*	0,04	0,09	0,12	0,17*	0,25**	0,03	1,00**	0,07	0,16*	0,15*	0,17*	0,20**	0,17*
12	0,06	0,17*	0,07	0,16*	0,23**	0,18*	0,04	0,16*	0,31**	0,18*	1,00**	0,19*	0,20**	0,11	0,17*	0,07
13	0,11	0,04	0,03	0,20**	0,07	0,08	0,03	0,05	0,19*	0,11	0,15*	1,00**	0,17*	0,18*	0,19*	0,26**
15	0,21**	0,10	0,08	0,25**	0,12	0,30**	0,11	0,19*	0,08	0,30**	0,18*	0,07	1,00**	0,08	0,20**	0,06
16	0,08	0,09	0,18*	0,04	0,08	0,10	0,26**	0,04	0,18*	0,05	0,08	0,09	0,09	1,00**	0,15*	0,16*
17	0,18*	0,03	0,07	0,12	0,17*	0,10	0,02	0,11	0,09	0,21**	0,04	0,22**	0,21**	0,21**	1,00**	0,18*
18	0,06	0,08	0,27**	0,09	0,05	0,04	0,14*	0,10	0,20**	0,06	0,06	0,08	0,05	0,20**	0,16*	1,00**

Примітка: верх таблиці – кореляції у Гр. 1, низ таблиці – у Гр. 2; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ ); номерація строчок та стовпців є позначенням критеріїв захисної поведінки, в якій збержено вищезапропоновану порядковість їх номерування.

За Бурбо Л., захисні стратегії захисної поведінки за своїм генезісом пов'язані з різними типами травм. У таблиці 3.5 наведено співвідношення типів травм та стратегій захисної поведінки.

Таблиця 3.5

**Співвідношення типів травм та стратегій захисної поведінки**

Травма	Стратегії захисної поведінки (номери критеріїв)
Покинутості	1) перебування в ролі жертви; 2) схильність до перебільшення значущості подій; 3) переживання страху та самотності; 4) «синдром повтору» - присутність бажання повернутися до травматично забарвлених подій; 5) боязнь власних емоцій; 6) звинувачення оточення в тому, що їх покинули; 7) відповідальність за щастя та благополуччя інших людей; 8) гостре переживання втрати близької людини.
Приймення	9) відчуття сорому та приниження за власні вчинки; 10) жорсткість поведінки, як правило пов'язана з необхідністю постійного чіткого контролю та боязнь відійти від звичних, регламентованих норм в поведінці; 11) прагнення довести всім свою надійність, як наслідок чого формується висока старанність та бажання брати на себе надмірну кількість роботи; 12) впевненість в тому, що зусилля не оцінені гідно; 13) відчуття використаності;
Несправедливості	14) високий рівень чутливості до критики та самокритичність; 15) прагнення до досконалості, відповідності правилам; 16) категоричність; 17) страх помилки; 18) сильне почуття відповідальності та боргу.

У таблиці 3.6 показано наявність феномену «злипання» різних типів дитячих травм через частоту значущих кореляцій відповідних до травм стратегій захисної поведінки.

Таблиця 3.6

**Різниця в кількості кореляційних зв'язків різних стратегій захисної поведінки, характерних для певних типів інфантильних травм між Гр. 1 та Гр.2**

Назва пари інфантильних травм, за тематикою яких знайдено кореляційні зв'язки стратегій захисної поведінки	Абсолютне число (%)		Ф
	у Гр.1	у Гр. 2	
Покинутості – приймення	27 (77,1)	13 (37,1)	3,49**
Покинутості – несправедливості	21 (75,0)	9 (32,1)	3,34**
Приймення – несправедливості	17 (85,0)	7 (35,0)	3,41**

Примітка:  $\phi$  – критерій кутового перетворення Фішера; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Результати, надані в таблиці 3.9, є підтвердженням наявності саме в захисній поведінці демобілізованих учасників бойових дій з ППД феномену «злипання» стратегій, характерних для вищезазначених типів інфантильних травм. Ймовірно, що зазначена феноменологія, може як детермінувати виникнення постстресової психологічної дезадаптації, так і ставати її складовою (як психологічні процеси, що зменшують адаптаційний потенціал). Використання методики «Пять травм» безпосередньо спрямоване на оцінку феномену «злипання» різних дитячих травм. В таблиці 3.7 надано взаємозв'язок різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді в Гр.1 та Гр.2.

Таблиця 3.7

**Взаємозв'язок різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді в Гр. 1 та Гр. 2**

Назва травми	В.	По.	Пр.	З.	Н.
В.	1,00	-0,11	-0,02	0,10	0,09
По.	-0,01	1,00	0,21**	-0,03	0,32**
Пр.	0,04	0,10	1,00	-0,08	0,27**
З	-0,07	-0,01	0,06	1,00	0,07
Н	0,02	0,06	0,08	-0,09	1,00

Примітка: В. - відкинутість; По. – покинутість; Пр. - приниження; З. – зрада; Н. – несправедливість; дані верхньої частини таблиці - взаємозв'язок різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді у Гр. 1; низ таблиці – у Гр. 2; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Як видно із таблиці 3.10, у Гр. 1 спостерігається феномен взаємопотенціювання травм покинутості, приниження та несправедливості, що пов'язано з їх «злипанням». Феномен «злипання» проявляється у наявності значущих зв'язків між цими травмами, які створюють єдиний конгломерат травматичного досвіду. Дані результати відповідають припущенням теорії Бурбо Л., в яких пропонується ідея можливості співіснування декількох травм в травматичному досвіді однієї особистості. Більш того, кожна з травм, в залежності від специфіки життєвих ситуацій, можуть актуалізуватися більш виражено та

займати домінуюче положення в цій структурі через відповідні травматичні переживання.

Отже, у демобілізованих Гр. 1 спостерігається феномен «злипання» захисних стратегій й типів травм, що призводить до потенціювання їх негативного впливу та зросту (ампліфікації) стресовразливості. Такі складові емоційного досвіду, як емоційний голод, безпорадність, незначимість, сум, страх, самотність, зневіра, образа, сором, нікчемність, вина, відраза, ганьба, невизнаність, утиск, приниження, бажання бути гідним, закритість, ревності, замкненість, розчарування, гнів, почуття обов'язку, провина, стрес через недосконалість, ревності поєднуються.

Враховуючи те, що травми, за якими знайдено різницю в групах 1 та 2, є специфічними для різних вікових етапів, а саме для одного (покинутості), трьох (приниження) та п'яти (несправедливості) років, можна припустити, що існує поширене напластування травм, яке з часом утворює взаємоінтегровану структуру травматичного досвіду (травматичні переживання мають як горизонтальну взаємодію так і вертикальну).

У Гр. 2 виявлено відсутність такого феномену злипання, а тому в інфантильному досвіді існують окремі типи травм, які не впливають одна на одну. Отже, феномени «злипання» та взаємопотенціювання різних типів травм в інфантильному травматичному досвіді є важливим чинником підвищеної психонервової напруги та, ймовірно, сприяють формуванню постстресової психологічної дезадаптації.

Отже, саме ступінь вираженості травматизації за одним з типів травм покинутості, приниження та несправедливості, за наявності феноменів взаємопотенціювання, «злипання» між ними та ампліфікації стресовразливості, відбивають структурні особливості інфантильного травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій, що підтверджується відсутністю в інфантильному травматичному досвіді у демобілізованих без ППД (навіть з вираженими зазначеними травмами) зазначених феноменів.

Для різностороннього та більш змістовного дослідження особливостей структури інфантильного травматичного досвіду демобілізованих учасників

бойових дій з ППД та перевірки того, наскільки травматичні емоції та переживання розповсюджені на інші структури психіки, було виявлення особливостей інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих з постстресовою психологічною дезадаптацією на психосемантичному рівні.

У якості конструктів, що підлягають оцінці та які було виявлено в ранніх спогадах (за Rule W. R.), в методиці універсального СД було запропоновано наступні твердження: 1. “Мене не розуміють”; 2. “Я не потрібний”; 3. “Я не гідний, мало значущий”; 4. “Краще постраждаю я, ніж хтось” 5. “Я не вільний”; 6. “Я все можу”. Дані твердження відбивають травми: 1) відкинутості, 2) покинутості, 3) особистісної незначущості, 4) придушення, 5) злиття, 6) суперництва, відповідно. Надана типологія травм запропонована Джонсоном Ст. М.. Мова йде про узагальнене твердження, яке могло бути не присутнє в оригінальному формулюванні в тексті спогаду. Тобто, якщо мова йде про твердження – «Мене не розуміють», то в спогадах це могли бути фрази, які за змістом, при обробці спогадів, відповідали узагальненому, даному, варіанту. Прикладом можуть бути фрази з результатів дослідження за методикою ранніх спогадів: «вона мене не хотіла чути», «діти не сприймали мене», «батько не чув мене», «сестра мене не розуміла» і т.д.

Для отримання більш надійних результатів та враховуючи близькість типологій травм та відповідних їм типів характеру, була використана ще одна типологія.

Для кожного досліджуваного з обох груп були створені індивідуальні кореляційні матриці. Надалі, по Гр. 1 та 2 було визначено кількість людей, у яких спостерігалось «злипання» травм. У таблиці 3.8 надано кількість таких злипань.

*Таблиця 3.8*

**Значущість відмінностей кількості досліджуваних в Гр. 1 та Гр. 2 зі «злипанням» травм на психосемантичному рівні**

Кількість злипань		Значення показника кутового перетв. Фишера – Ф-емп.
Гр. 1 (у%)	Гр. 2 (у %)	
74,21	25,17	3,86**

Примітка: \*\* -  $p \leq 0,001$

Значущість відмінностей в злипанні травм в групах 1 та 2, надане в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Значущість відмінностей в злипанні травм між Гр. 1 та Гр. 2**

Номера травм в контамінованій парі	Кількість досліджуваних з відповідною парою травм у %		φ
	Гр. 1	Гр. 2	
1-2	3,89	7,13	0,84
1-3	18,92	7,78	1,89*
1-4	9,77	6,23	0,76
1-5	11,60	9,43	0,41
1-6	5,85	4,88	0,25
2-3	36,17	16,37	2,59**
2-4	43,21	17,78	3,18**
2-5	5,94	3,74	0,56
2-6	32,94	14,67	2,46**
3-4	12,58	15,94	0,53
3-5	12,91	13,94	0,16
3-6	5,55	16,23	1,97*
4-5	8,36	9,28	0,18
4-6	37,52	11,64	3,52**
5-6	2,45	4,36	0,59

Примітка: φ - значення показника кутового перетворення Фишера; 1 – травма відкинутості, 2 - травма покинутості, 3 – травма особистісної незначущості, 4 - травма придушення, 5 - травма злиття, 6 – травма суперництва; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .



Феномен «злипання» призводить до контамінації маніфестацій даних травм. Таких «злипань» значно більше у Гр. 1, що ще раз підкреслює взаємопотенціювання і наявність напруження в травматичному досвіді демобілізованих з постстресовою психологічною дезадаптацією.

Для більш детального аналізу особливостей прояву феноменів «злипання» та контамінації травм на психосемантичному рівні, було проведено попарне співставлення всіх варіацій травм за кількістю досліджуваних, в психосемантиці яких його було виявлено.

Результати, надані в таблиці 4 вказують на те, що найбільшу небезпеку на психосемантичному рівні травматичного досвіду для можливості виникнення ППД, представляє злипання таких типів травм, як: «покинутість – особистісна незначущість», «покинутість – придушення», «покинутість – суперництво», «придушення – суперництво».

Отже, в травматичному досвіді демобілізованих учасників бойових дій з ППД існує конгломерат певних інфантильних травм, які утворюють структуру досвіду особистості, що «злиплася». Це обумовлює їх взаємопотенціювання та підвищує психоемоційну напругу, яка є передумовою виникнення дезадаптації. В основі такої структури травматичного досвіду, яка описана як рання дезадаптивна схема, або емоційна схема, лежить ключова емоція.

Виходячи з вищезазначеного, доцільним було дослідження особливостей структури емоційної сфери у демобілізованих учасників бойових дій з ППД, що й стало наступним етапом дослідження.

### **3.2. Структурні особливості емоційної сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

Емоційна схема раннього травматичного досвіду включає п'ять компонентів: переживання (суто емоції), система ранніх спогадів, тілесна маніфестація, когнітивна репрезентація, мотивація. В зазначеній схемі переживання є стрижневим

утворенням, яке специфікує саму емоційну схему. Так, у Янга Дж. описано 18 ранніх дезадаптивних схем за критерієм проживаючої емоції, наприклад, «покинутість», «недовіра», «покірність» тощо. На емоційний стрижень напластовуються утворення, що відносяться до описаних вище сфер. В концепції Елліотта Р. навідміну від Янга Д. відсутній перелік травматичних емоційних схем. Це пов'язано з тією обставиною, що концепція «емоційної схеми» була розроблена у рамках психотерапевтичної практики (клієнт-центрованої), яка спрямовує на ідіографічність, на індивідуальний підхід до клієнта.

Для виявлення особливостей емоційної сфери демобілізованих з ППД, оброблялися результати за такими методиками, як шкала диференціальних емоцій (Ізард К.) та чотирьохмодальний опитувальник емоцій (Рабінович Л.А.). В таблиці 3.10 надані середні показники за окремими емоціями та значення U-критерію Манна-Уїтні. Різниця в вираженості по емоціям надана в таблиці 3.10.

Виходячи з результатів, наданих в таблиці 3.10, в емоційному профілі демобілізованих з ППД більш виражені такі емоційні переживання, як: горе, гнів, презирство, страх, сором, провина. У демобілізованих без ППД більш суттєво проявляється радість. За такими емоційними переживаннями, як інтерес, здивування та відраза, відмінності між групами не виявлені.

Травматичний досвід складається з первинних та вторинних заторних переживань чи емоцій. Первинні заторні переживання є більш ранніми утвореннями, на які нашаровуються, обумовлені ними вторинні заторні переживання. У демобілізованих учасників бойових дій з ППД основу первинних заторних переживань складають ті, що утворилися разом з інфантильною травматизацією (травми покинутості, приниження та несправедливості), які було перераховано вище: самотність, нікчемність, розчарованість, невизнаність, приниження та ін. До вторинних заторних емоцій у демобілізованих з ППД належать: горе, гнів, презирство, страх, сором та провина. Кочарян О.С. зазначає, що вторинні заторні емоції мають наступні якості: 1) вони «злипаються», 2) резистентні до впливу, 3) повністю не зникають, потенціальні, 4) соматизовані, 5) не текучі, 6) єдина форма руху «заторних» емоцій – порочне коло.

## Достовірність відмінностей у вираженості емоцій між Гр. 1 та Гр. 2

Назва емоції	$X_{\text{сер.}}$		U
	гр. 1	гр. 2	
Інтерес	7,32	8,68	1567
Радість	7,23	10,23	1423*
Здивування	3,12	3,74	1784
Горе	8,21	5,12	1395*
Гнів	11,56	5,11	1211**
Відраза	5,67	6,54	1537
Презирство	5,53	2,63	1451*
Страх	12,13	4,21	985**
Сором	4,59	1,89	1378*
Провина	7,53	2,42	1364*
Радість (ПЕ)	19,65	27,65	1076**
Гнів (ПЕ)	24,76	17,45	1196**
Страх (ПЕ)	25,43	16,39	1023**
Печаль (ПЕ)	37,32	21,76	965**
ІПЕ	17,67	22,65	1674
ІГНЕ	30,97	19,40	1407*
ІТДЕ	24,25	8,52	1211**

Примітка:  $X_{\text{сер.}}$  – середні показники; U - критерій Манна-Уїтні; ПЕ – провідна емоція; ІПЕ – індекс позитивних емоцій; ІГНЕ – індекс гострих негативних емоцій; ІТДЕ – індекс тривожно-депресивних емоцій; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Враховуючи характеристику кожної з емоційних рис, які надані Ізардом К., важливо зазначити ті особливості особистості, на високу вірогідність існування в ній яких, вказує Ізард К.

Суттєво більш виражена емоційна риса «радості» у демобілізованих учасників бойових дій без ППД, вказує на їх здатність проживати почуття захоплення, благополуччя, психологічного комфорту, впевненості в собі, насолоди, потрібності і т. д. Безперечно дану рису можна розглядати як ресурсну та компенсаторну щодо прояву негативних емоцій та можливості виникнення ППД в цілому. Ізард К. зазначає, що свідомого зусилля недостатньо для повноцінного проживання «радості», тож пояснити переважання прояву радості як характерної емоційної риси у демобілізованих без ППД лише через наявність у них певних когнітивних процесів, неможливо.

Суттєво більша вираженість в емоційній сфері у демобілізованих з ППД таких рис, як: горе, гнів, презирство, страх, сором, провина, вказує на характерність для їх особистості: розчарування, почуття втрати, негативних спогадів, пустки, самотності, журби, страждання, туги, неможливості контролювати ситуацію, невпевненості, незахищеності, тривоги, розгубленості, занепокоєння, жаху, переживання невдачі, неадекватності, безпорадності, боязливості, збентеження, стриманості, приниження, засмучення, занепокоєння, незграбності, несправедливості, зради, образи, помсти, ненависті, роздратування, розчарованості, пихатості та зверхності.

Безперечно, очевидним є те, що в зазначеному переліку є певна кількість особистісних особливостей, які можуть як обумовлювати виникнення ППД, так і ставати суттєвою її складовою.

Горе, гнів, страх, сором та провина є тими емоційними рисами, які є стрижневими у проживанні різних травм, а саме тих, які більш характерні для демобілізованих з ППД - покинутості, приниження та несправедливості. Більш того, «закритість» радості значно знижує ресурсний потенціал демобілізованих учасників бойових дій у зв'язку з дією принципу реципрокності у функціонуванні емоційної сфери. Вищезазначені особистісні риси, ймовірно, є чинником, що як предиспонує до формування ППД, так й стає її складовою.

Вищезазначені дані кореспондують не тільки з концепцією «емоційної схеми», а й з запропонованою Кочаряном О.С. ідеєю існування в травматичному досвіді «заторних» емоцій. Причому, автор виділяє первинні «заторні» переживання й

«вторинні». Вторинними є неспецифічні до травми емоції, а первинними – ті, що виражають суть травмування, наприклад, переживання «непотрібності», «покинутості», «нецінності», «поганості» тощо. Вторинні «заторні» переживання «склеюються», утворюють певний емоційний конгломерат, для якого характерними є: соматизація, перехід емоцій у потенційну форму тощо. Тому ми не використовували авторизований й адаптований Касьяник П.М. та Романовою Є.В. варіант опитувальника YSQ-S3R Джефррі Янга, оскільки серед переліку ранніх дезадаптианих схем змішані первинні та вторинні емоції.

Загальний індекс позитивних емоцій ( $ЗПО = \sum P + I + Z$ , де P, I та Z – бали за емоціями радості, інтересу та здивування відповідно) не розрізняється у Гр. 1 та 2, а індекси гострих негативних ( $ІГНЕ = \sum \Gamma + \Gamma + B + П$ , де  $\Gamma$ ,  $\Gamma$ , B, П – бали за емоціями горя, гніву, відрази та призирства відповідно) та тривожно-депресивних ( $ІТДЕ = \sum C + C + П$ , де C, C та П – бали за емоціями страх, сором та провина відповідно) емоцій суттєво більш виражені у демобілізованих з ППД (див. табл. 3.10), що свідчить про переважання у них емоцій тривожно-дипресивного та гостро-негативного спектру.

Окрім виявлення значущості відмінностей у вираженості емоційних рис між демобілізованими двох груп, доцільним було дослідити особливості їх взаємозв'язку, що стало наступним етапом. Взаємозв'язок емоційних рис демобілізованих обох груп, наданий в таблиці 3.11.

Результати, надані в таблиці 3.11 та на рис. 3.1. та 3.2., свідчать про існування певної різниці в організації емоційної сфери у демобілізованих з та без ППД. Спільним для обох груп є існування двох симптомокомплексів рис: 1) симптомокомплекс негативної емоційності, 2) симптомокомплекс позитивної емоційності.

Таблиця 3.11

## Взаємозв'язок емоційних рис у демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2

Е.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,00**	0,14*	0,05	0,09	0,02	0,11	-0,10	0,04	0,07	-0,11
2	0,26**	1,00**	0,02	0,21**	0,03	-0,03	0,08	0,06	-0,12	0,09
3	0,34**	0,04	1,00**	-0,01	0,07	0,12	0,14*	0,23**	0,24**	0,08
4	0,01	-0,10	0,07	1,00**	0,2**	0,23**	0,04	0,15*	0,19**	0,24**
5	-0,03	0,07	0,26**	0,33**	1,00**	0,05	0,31**	0,22**	0,15*	0,08
6	0,04	0,08	0,02	0,04	-0,07	1,00**	0,22**	-0,07	-0,03	0,09
7	0,10	0,09	-0,04	-0,09	0,10	0,20**	1,00**	0,11	-0,12	0,01
8	0,03	0,08	0,14*	0,17*	0,06	0,29**	0,31**	1,00**	0,27**	0,03
9	0,01	-0,08	-0,08	0,10	0,11	0,19*	0,02	0,15*	1,00**	0,19*
10	0,07	0,06	-0,09	0,08	0,29**	0,08	0,09	-0,01	-0,04	1,00**

Примітка: верх таблиці – результати по групі 1; низ таблиці – результати по групі 2; Е. – емоції; 1 – інтерес, 2 – радість, 3 – здивування, 4 – горе, 5 – гнів, 6 – відраза, 7 – презирство, 8 – страх, 9 – сором, 10 – провина; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

У рис. 1 та 2 наведено кореляційні плеяди емоційних рис демобілізованих обох груп.

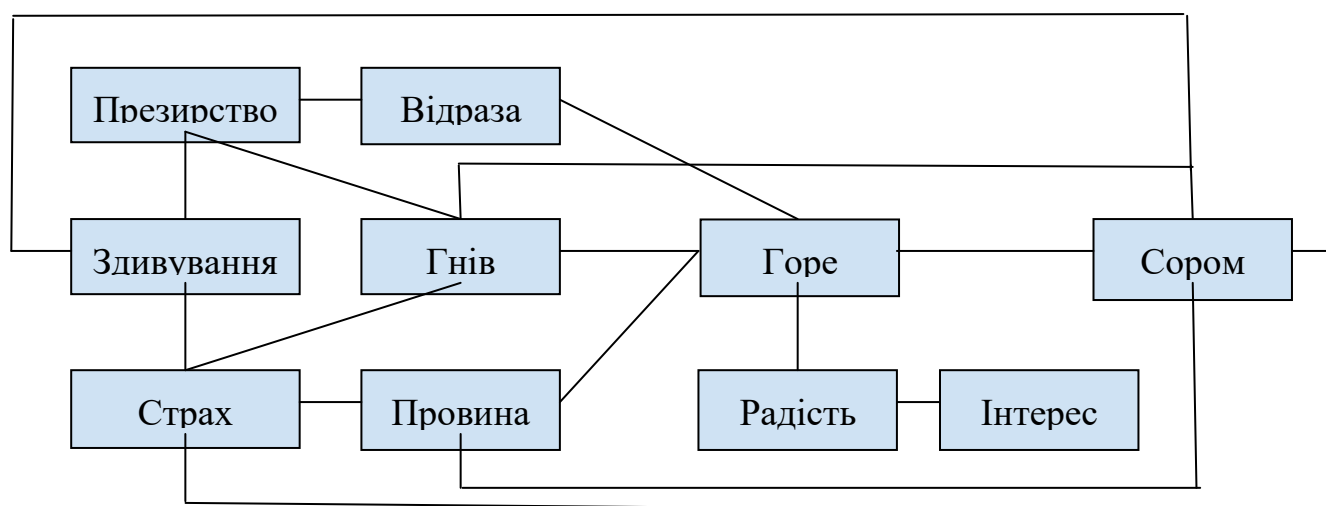


Рис. 3.1. Взаємозв'язок емоційних рис в Гр. 1

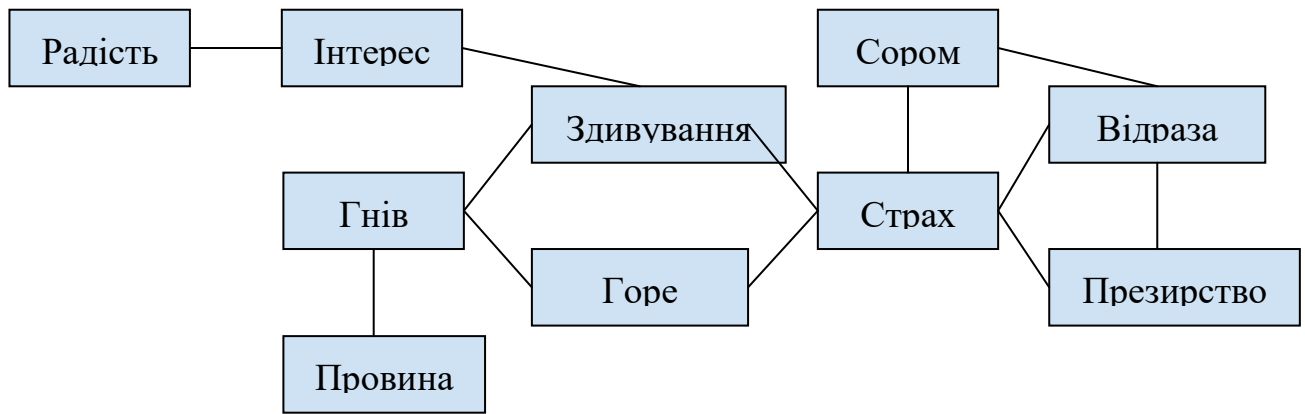


Рис. 3.2. Взаємозв'язок емоційних рис в Гр. 2

Специфіка організації емоційної сфери демобілізованих з ППД полягає у наступному:

1) у вираженому «злипанні» негативної емоційності стеничного та астеничного кола, що звужує можливості позитивного погляду на світ, призводить до послаблення впливу на особистість позитивних емоцій. Демобілізовані з ППД при проведенні дослідження періодично говорили про небажання «щось робити», «починати нове», «повертатися до життя, яке в них було до бойового досвіду». Крім зазначеного, злипання емоційності може свідчити про незрілість даної сфери, в якій не існує повноцінних відповідних підструктур емоційності. Звичайно, така особливість структури емоційної сфери збільшує вірогідність виникнення у демобілізованих учасників бойових дій з ППД депресії, апатії, безвиході та ін.;

2) у деструктивній конатованості позитивних емоцій «радості» та «здивування». «Радість» контамінована горем («не можна радіти»), а «здивування» - «презирством» та «страхом», що відбиває загальну закритість, невключеність у світ («нема чому дивуватися»). На відміну від демобілізованих учасників бойових дій без ППД, у демобілізованих з ППД відсутня підструктура позитивних емоцій. Вона розірвана, при цьому кожна емоція цієї структури «заблокована» негативними емоціями. Фактично, мова йде про відсутність ресурсної складової в структурі емоційної сфери цих демобілізованих.

Доречно зазначити, що «радість» та «інтерес» у демобілізованих Гр. 2 лише опосередковано через «здивування», пов'язані з негативними емоціями. Тобто більш конструктивною, такою, що не сприяє формуванню ППД, є реакція «здивування»;

3) здатність відчувати «чисту» радість у демобілізованих Гр. 2 можна розглядати, як особливість емоційної сфери, що суттєво зменшує вірогідність виникнення ППД. У демобілізованих Гр.1 спостерігається контамінація «радісті» «горем»;

4) у наявності феномену потенціювання негативної емоційності – «злипання» негативних емоцій передиспонує посиленню їх деструктивної дії, загальної інфляції негативної емоційності. Виникнення однієї з емоцій негативного спектру передиспонує виникненню всього комплексу негативної емоційності, що знижує стресостійкість особистості;

5) у втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом». Емоційна риса «гніву» у демобілізованих учасників бойових дій без ППД має прямі кореляційні зв'язки з двома негативними емоціями («горем» та «провиною») на відміну від демобілізованих з ППД, у яких «горе» пов'язано з чотирма негативними емоціями («страхом», «горем», «презирством» та «соромом»). Більш того, у Гр. 2 «гнів» позитивно корелює зі «здивування».

6) у демобілізованих учасників бойових дій без ППД «гнів» модулюється «провиною», а у демобілізованих учасників бойових дій з ППД – «страхом». Можна припустити, що у демобілізованих без ППД «гнів» «має межі», оскільки пов'язаний з «провиною». «Страх» може як послаблювати «гнів», так й бути причиною його крайніх форм: у механізмі «емоційного врівноважування» (К. Роджерс) доведення до межі страху дає зріст агресивної реакції;

7) в існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери демобілізованих Гр. 1. Можна припустити, що відсутність компенсаторних емоційних структур безпосередньо пов'язана із злипанням емоційної сфери демобілізованих з ППД вцілому. Зазначені емоційні риси мають по чотири чи п'ять кореляційних зв'язків з іншими емоційними рисами, в тому числі й з позитивними. Враховуючи те, що мова йде про



емоційні риси особистості, які з точки зору Ізарда К., є сталими та те, що демобілізовані обох груп пережили однотипні ситуації в бойовому досвіді, можна впевнено говорити саме про специфіку структури демобілізованих учасників бойових дій з ППД, як про саме їм характерну, а не тільки обумовлену впливом пережитих подій в зоні військового конфлікту. Наглядними на мал. 2 є кореляційні зв'язки негативних емоцій у демобілізованих учасників бойових дій без ППД, кількість яких, окрім «страху» не перевищують трьох.

Доречно зазначити, що виявлені особливості структури емоційної сфери близькі до ідеї «резервуару первинного болю» Янова А. та псевдоемоцій, які виникають як комплекс емоцій-реакцій на травматичні переживання. Кочарян О.С. вказує на те, що в емоційній сфері особистості виникає певний контур функціонування, який створюється саме емоційною сферою. Особистості складно самотійно «вибратися» з нього.

Виявлені інтенсивність вираженості негативних емоцій та щільність кореляційних зв'язків між ними, свідчать про існування такого контуру функціонування та «резервуару болю», достовірність чого підкреслюється феноменами «злипання» та «контамінації». Суттєвим аргументом в доведенні наявності цих особливостей в структурі емоцій цих демобілізованих, є виявлені на попередніх етапах особливості інфантильного травматичного досвіду.

Зазначені особливості структури емоційної сфери демобілізованих повністю відповідають описаній Кочаряном О.С. ідеї так званих «потенційних» емоцій, які не зникають, вони весь час є, як би мовити – ховаються, але готові актуалізуватися при перших ознаках травми. Ці емоції отримали назву «фіксованих» чи «втиснутих».

На основі рефлексії психотерапевтичного досвіду та в рамках субвербальної моделі клієнтцентрованої психотерапії О.С. Кочарян привів специфічні особливості таких фіксованих переживань. Він позначив також ці фіксовані емоції як «заторні» й розділив їх на первинні та вторинні переживання. Первинними він назвав ті переживання, які наче «стрижень» є самими глибокими та тримають всю систему «затору». Вторинні «заторні» переживання, так би мовити, «намотуються» на цей

стрижень. Переживання вважаються «заторними», оскільки вони перешкоджають повноцінному проходженню організмичного потоку по «капіляру» психіки.

Більш усвідомлюваними вважаються вторинні «заторні» переживання, оскільки вони напластовуються на первинні та частіше проявляються в повсякденності зі здатністю свідомості до їх рефлексії. Для особистості вони є більш зрозумілими та менш небезпечними. Кочарян О.С. наводить певні особливості вторинних «заторних» переживань: 1) вони «злипаються», не існують ізольовано, створюючи деякий емоційний конгломерат; 2) вони позбавлені плинності - не виникають, нарастають та зчезають, а весь час є в різній інтенсивності та в разній ступені доступності свідомості; 3) їх динаміка – це перетікання з однієї вторинної емоції в другу, наприклад, «образа>злість>беспомічність>плач>образа». Таким чином, утворюється «порочне коло», за рамки якого неможливо вийти; 4) резистентність до психотерапевтичного впливу; 5) соматизованість вторинних заторних переживань.

Як можна зрозуміти, виявлені особливості емоційної структури демобілізованих учасників бойових дій з ППД та специфіка існуючої в ній феноменології, повністю відповідає ідеї вторинних «заторних» переживань, концептуалізація яких запропонована Кочаряном О.С. Можна припустити, що первинні «заторні» переживання відносяться до травматичного інфантильного досвіду цих демобілізованих та відбиваються у переживанні психологічної травми.

Для більш детального дослідження особливостей структури емоційної сфери демобілізованих учасників з ППД було виявлення структурних особливостей цієї сфери на рівні провідних емоцій. Взаємозв'язок базових емоцій у демобілізованих обох груп, надана в таблиці 3.12.

### Взаємозв'язок базових емоцій у демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2

Емоція	Радість	Гнів	Страх	Печаль
Радість	1,00**	0,04	-0,08	0,17*
Гнів	0,07	1,00**	0,19*	0,32*
Страх	-0,09	0,07	1,00**	0,27*
Печаль	-0,03	2,24**	0,26**	1,00**

Примітка: верх таблиці – результати по групі 1 (з ППД); низ таблиці – результати по групі 2 (без ППД); \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

У рис. 3.3. та 3.4. наведено кореляційні плеяди провідних емоцій демобілізованих обох груп.

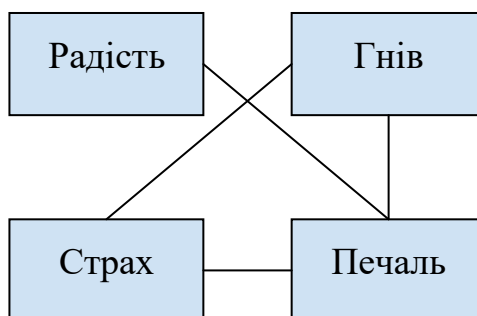


Рис. 3.3. Взаємозв'язок провідних емоцій в Гр. 1

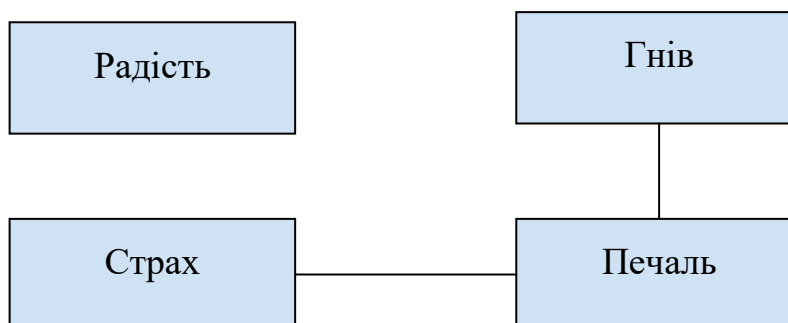


Рис. 3.4. Взаємозв'язок провідних емоцій в Гр. 2

Як видно, у групі демобілізованих з ППД (Гр.1) виокремлюється тільки одна кореляційна плеяда, а у Гр.2 – дві. Тобто, емоційна сфера демобілізованих з ППД є

недиференційованою, такою, що «злипається», та в якій чистої емоційності немає. Це в повній мірі узгоджується з даними, які надані Кочаряном О.С.. Окрім того, у роботі Такйун Ч. одержані дані щодо особливостей організації травматичного емоційного досвіду у підлітків, які хворі на atopічний дерматит, теж близькі до наших.

Доречно зазначити, що симптомокомплекси провідних емоцій як у демобілізованих учасників бойових дій з ППД так і без ППД, зберегли всю специфіку структури та феномени, як і в структурних особливостях емоційних рис. Ольшаннікова Є.А. зазначає, що характерність проживання провідної емоції «радості» характерне для особистості, для якої, з високою ймовірністю, буде типічним високий самоконтроль, впевненість в собі, низька тривожність, домінантність, соціальна сміливість та схильність до ризику. Через призму цих даних, та враховуючи існування у демобілізованих групи без ППД самостійної структури «радості», нічим не контамінованої, стає більш зрозумілою, принаймі, одна з причин відсутності в них ППД.

В симптомокомплексі негативних провідних емоцій демобілізованих учасників бойових дій з ППД, які контамінують «радість», виявлені попарні зв'язки між всіма цими емоціями. Враховуючи концептуальне тлумачення їх Ольшанніковою Є. А., для особистості цих демобілізованих характерне «злипання» наступних особливостей: соціальна підпорядкованість, інтровертованість, тривожність, емоційна нестійкість, надмірна заклопотаність, незалежність, домінантність, несприйняття соціальних норм, стурбованість. Безперечно, що виявлені висока вираженість провідних емоцій «гніву», «страху», «печалі» та їх щільні взаємозв'язки, є предиспонуєчими чинниками виникнення ППД.

Ідея предиспонування провідних емоцій до формування ППД обумовлена, в першу чергу, концептуальним розумінням самих емоцій. Для більш чіткого обґрунтування виявленої суттєво більшої вираженості їх саме у демобілізованих учасників бойових дій без ППД, доречним буде в перспективі проведення лонгітюдних досліджень чи дослідження структури провідних емоцій у

військовослужбовців до потрапляння в зону військового конфлікту та впродовж перебування в ньому.

Отже, існують деякі структурні та рівневі особливості організації травматичного емоційного досвіду у демобілізованих з ППД. Одержані дані кореспондують з теоретичними положеннями Кочаряна О.С. щодо феноменів, які виникають в травматичному емоційному досвіді: феномен «злипання» емоцій та втрата їх самостійності; протистояння позитивним емоціям сонму негативних; «злипання», перш за все негативних емоцій, що потенціює негативну емоційність; існування «наскрізних» емоцій страху, гніву та печалі, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери.

Наступним етапом дослідження було виявлення факторної структури емоційного травматичного досвіду у демобілізованих з ППД. Дані, одержані за шкалою ШДЕ та опитувальника емоцій, піддалися факторизації із застосуванням експлаторного факторного аналізу методом головних компонент шляхом обертання методом varimax за допомогою пакету електронно-статистичних програм SPSS 16.0. Для перевірки доцільності його застосування використовувався критерій Бартлетта ( $\chi^2=1289$ ,  $df=126$ ,  $p=0,001$ ) та критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна (0,735). Таким чином, факторний аналіз є прийнятним для аналізу кореляційної матриці отриманих даних.

Загальна факторна структура емоційної сфери у демобілізованих обох груп надана в таблиці 3.13.

Виявлено факторну структуру емоційного травматичного досвіду у демобілізованих з та без ППД. Вона утворена чотирма факторами: злипання негативних емоцій, астеничні негативні емоції, моральність та позитивна емоційність, за першим та останнім з яких виявлена відмінність між групами, що підкреслює вище надані особливості структури емоційної сфери демобілізованих з ППД. Тобто, феномен «злипання» негативних емоцій, вірогідно, є чинником, що сприяє формуванню ППД, а фактор «позитивна емоційність», навпаки, підвищує резистентність до впливу стресових чинників. Травматичний досвід особистості складається з інфантильного та актуального травматичного досвіду. Астенізація

(фактор 2 «астенічні негативні емоції»), переважно, є наслідком актуального травматичного досвіду. Наявність у демобілізованих учасників бойових дій без ППД зазначених вище компенсаторних та саморегуляторних емоційних структур (факторів 1 та 4) є достатніми для запобігання деструктивному впливу актуального травматичного досвіду на психіку, а саме формуванню ППД. Підсилення актуального травматичного досвіду інфантильним, ймовірно, може бути одним з чинників, що обумовлює формування ППД.

Таблиця 3.13

### Загальна факторна структура емоційної сфери демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2

Елементи фактору (емоції)	Фактори			
	1. Злипання негативних емоцій	2. Астенічні негативні емоції	3. Моральність	4. Позитивна емоційність
Інтерес	-	-	-	0,75
Радість	-	-0,60	-	0,60
Здивування	-	-	-0,40	0,41
Горе	0,75	0,54	-	-
Гнів	0,65	-	-	-
Відраза	-	0,85	0,76	-
Презирство	0,55	-	0,57	-
Страх	0,52	0,53	-	-
Сором	0,48	-	0,47	-
Провина	-	-	0,69	-
Печаль (ПЕ)	0,75	0,88	-	-
t критерій Стьюдента	1,994*	1,534	1,293	2,715**
Дисперсія	28%	19%	15%	13%

Концепція емоційної схеми припускає зацікавленість ще й інших утворень особистості у формуванні її травматичного досвіду. Тому доречним є дослідження й мотиваційно-сислової сфери особистості, що й стало наступними етапом дослідження.

### **3.3. Особливості структури мотиваційно-сислової сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

Ідея емоційної схеми, яка розроблена в рамках концепції процесуально-експеріментальної психотерапії (ПЕП), а саме у емоційно-фокусованій психотерапії (EFT) Грінберга Л., Елліотта Р. та яка лягла в основу структурування травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з та без ППД, передбачає таку наступну складову емоційної схеми, як мотиваційно-сислова сфера. В концепції емоційної схеми дана сфера є тісно пов'язаною як зі складовими, що було досліджено вище, так і з тілесними маніфестаціями та когнітивною сферою, тож в контексті дослідження специфіки загальної структури емоційної схеми, особливо доцільно розуміти структурні особливості тієї її складової, яка обумовлює виникнення певної поведінки, її стійкість та тривалість, спрямованість і припинення після досягнення поставленої мети, преднастройка на майбутні події, підвищення ефективності, розумність або сислова цілісність окремо взятого поведінкового акту, організованість цілісної діяльності, систему смислів, що може допомогти зрозуміти не лише структурні особливості травматичного емоційного досвіду, а й можливі чинники виникнення та структурні особливості постстресової психологічної дезадаптації у демобілізованих учасників бойових дій.

#### **3.3.1. Структурні особливості сислової сфери у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

Для виявлення особливостей мотиваційно-сенсової сфери демобілізованих використовувалися опитувальники: сенсожиттєвих орієнтацій та індивідуальної мотивації.

Показники за субшкалами методики СЖО порівнювалися за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Різниця в вираженості сисложиттєвих орієнтацій надана в таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

**Достовірність відмінностей у вираженості сенсожиттєвих орієнтацій між Гр. 1 та Гр. 2**

Назва субшкали	X <sub>сеп.</sub>		U
	Гр. 1	Гр. 2	
Цілі в житті	28,40	36,22	1182**
Процес життя	23,73	28,45	1362*
Результат життя	19,43	27,12	1192**
Локус контролю-Я	17,11	21,17	1385*
Локус контролю – життя	28,97	32,46	1448*
Загальний показник ОЖ	93,67	122,85	987**

Примітка: X<sub>сеп.</sub> – середнє значення; U - критерій Манна-Уїтні; ОЖ - осмисленість життя; \* - p≤0,05; \*\* - p≤0,01.

Виходячи з результатів, наданих в таблиці 3.14, виявлено відмінності за всіма сенсожиттєвими орієнтаціями та показниками локусу контролю між групами. Значення середніх показників вираженості сенсожиттєвих орієнтацій у демобілізованих учасників бойових дій без ППД знаходяться у діапазоні норми (див. таблицю 2.8) за шкалами: «цілі в житті», «результат життя», «локус контролю - життя», «загальний показник – осмисленість життя», а за шкалами: «процес життя», «локус контролю - Я» - нижче норми. У демобілізованих з ППД середні показники всіх сенсожиттєвих орієнтації та показників локусу нижче норми, що свідчить про суттєво нижчий рівень осмисленості власного життя та притаманність жити «вчорашнім днем», сприйняття процесу власного життя як не цікавого, не наповненого сенсом та позитивними емоціями, незадоволеність минулим та теперішнім, фаталізм, переконаність в непідвладності свідомому контролю власного життя, зневіра у тому, що можна жити вільно, та марність планування чогось на майбутнє, відсутність віри у власні сили. У демобілізованих учасників бойових дій спостерігається низька здатність визначати цілі на майбутнє та орієнтуватися на їх досягнення, розчарованість в прожитому відрізку життя, сприйняття його як непродуктивного, що знижує: часову перспективу; спрямованість та осмисленість життєдіяльності та життя в цілому, здатність сприймати процес власного життя з позитивною емоційною насиченістю, інтересом та наповненістю смислом. Отже, для



сміслової сфери демобілізованих з ППД характерний феномен «сміслової дефіцитарності» (рівневе зниження смислового профіля).

У таблиці 3.15 наведено співставлення типів дитячих травм, притаманних демобілізованним з ППД, та можливих викривлень смислової сфери.

Таблиця 3.15

**Співставлення типів дитячих травм та можливих викривлень смислової сфери**

Тип травми	
Характеристики травми	Викривлення смислової сфери
<b>Покинутість</b>	
Емоційний голод, безпорадність, сум, страх, самотність, незначимість, зневіра, образа.	Низький рівень осмисленості життя, сприйняття власного життя як не цікавого, незадоволеність минулим, відсутність віри у власні сили.
<b>Приймення</b>	
Сором, образа, вина, відраза, нікчемність, ганьба, утиск, припинення, зневіреність у собі та власних силах, невизнаність, безпорадність, бажання бути гідним.	Притаманність жити «вчорашнім днем», фаталізм, переконаність в непідвладності свідомому контролю власного життя, зневіра у тому, що можна жити вільно, розчарованість в прожитому відрізьку життя.
<b>Несправедливість</b>	
Ревнощі, замкненість, закритість, розчарування в результатах своєї діяльності, гнів, почуття обов'язку, стрес через недосконалість, провина.	Незадоволеність теперішнім, марність планування чогось на майбутнє, нездатність сприймати процес власного життя з позитивною емоційною насиченістю, сприйняття прожитого відрізьку життя як непродуктивного.

З ціллю перевірки можливості існування зазначених викривлень смислової сфери у демобілізованих груп 1 та 2 ще до формування ППД з ними проводилося структуроване інтерв'ю – «Моє життя до служби». Змістовною основою запитань щодо повсякденного життя, що ставилися демобілізованим, слугували викривлення смислової сфери (Наприклад: «Чи можна сказати, що Ви часто сумнівалися у власних силах?» (травма покинутості), «Чи можна сказати, що Ви часто відчували, обмеження свободи з боку оточення?» (травма припинення), «Чи можна сказати, що Ваше життя у минулому в цілому не відповідало власним очікуванням?» (травма

несправедливості). В інтерв'ю погодилися прийняти участь по 24 демобілізованих особи з Гр. 1 та Гр. 2. Результати надано в таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

**Поширеність викривлень смислової сфери у демобілізованих, близьких до актуального травматичного досвіду**

Тип викривлення смислової сфери	Поширеність у %		φ
	Гр.1	Гр.2	
Низький рівень осмисленості життя	29,19	8,34	1,93*
Спийняття власного життя як не цікавого	54,21	16,68	2,81**
Незадоволеність минулим	50,04	25,05	1,81*
Відсутність віри у власні сили	45,87	29,19	1,19
Притаманність жити «вчорашнім днем»	37,53	12,51	2,06*
Фаталізм	41,70	20,85	1,57
Переконаність в невідкладності свідомому контролю власного життя	8,34	4,17	0,59
Зневіра у тому, що можна жити вільно	58,38	16,68	3,11**
Розчарованість в прожитому відрізку життя	41,70	12,51	2,36**
Незадоволеність теперішнім	66,72	29,19	2,66**
Марність планування чогось на майбутнє	62,55	20,85	3,02**
Недатність сприймати процес власного життя з позитивною емоційною насиченістю	62,55	29,19	2,36**
Сприйняття прожитого відрізку життя як непродуктивного	54,21	25,02	2,10*

Примітка: φ - критерій кутового перетворення Фішера; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$

Отже, типи викривлень смислової сфери, за вираженістю яких виявлено відмінності між Гр. 1 та Гр. 2, близькі до характеристик травм покинутості, приниження та несправедливості. Наведені дані свідчать про те, що викривлення смислової сфери у демобілізованих Гр. 1 існували ще до формування ППД, що відбивається у наявності різних ознак викривлення. Отже, викривлення смислової сфери, що спостерігаються у результаті одержаних інфантильних травм, є чинником, що диспонує до розвитку ППД.

Наступним етапом дослідження стало виявлення структури смислової сфери, а саме особливостей взаємозв'язку її складових. В таблиці 3.17. наведено особливості взаємозв'язку смисложиттєвих орієнтацій демобілізованих обох груп.

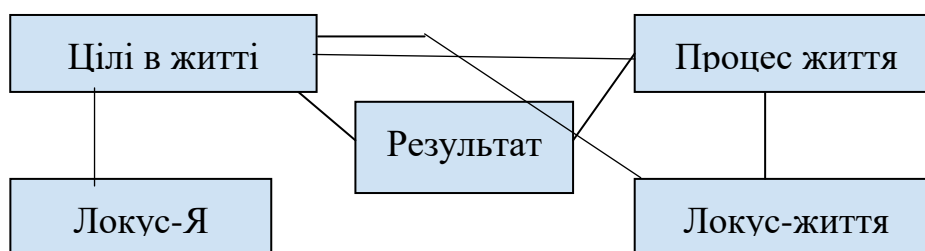
Таблиця 3.17

**Особливості взаємозв'язку смисложиттєвих орієнтацій у демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2**

Назва субшкали	ЦЖ	ПЖ	РЖ	ЛКЯ	ЛКЖ
ЦЖ	1,00**	-0,05	0,09	0,14*	0,04
ПЖ	0,22**	1,00**	0,10	0,08	0,25**
РЖ	0,14*	0,17*	1,00**	0,11	0,06
ЛКЯ	0,27**	0,09	0,14*	1,00**	0,19*
ЛКЖ	0,23**	0,31**	-0,07	0,20**	1,00**

Примітка: ЦЖ - цілі в житті; ПЖ - процес життя; РЖ - результат життя; ЛКЯ - локус контрол Я; ЛКЖ - локус контролю – життя; верх таблиці – результати по групі 2 (без ППД); низ таблиці – результати по групі 1 (з ППД); \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

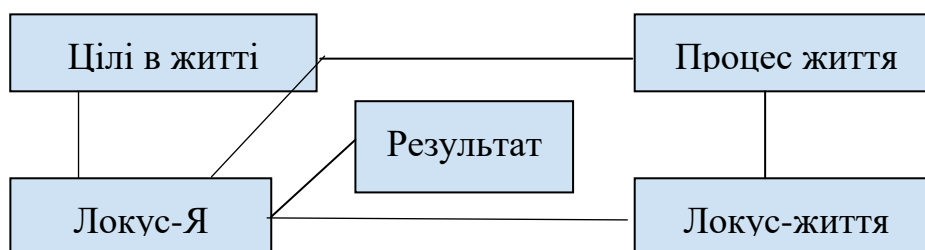
У мал. 3.5. наведено кореляційні плеяди сенсожиттєвих орієнтацій демобілізованих групи 1.



Мал. 3.5. Взаємозв'язок сенсожиттєвих орієнтацій в Гр. 1

Примітка: Результат – результат життя; Локус-Я – локус контролю – Я; Локус-життя – локус контролю – життя.

У мал. 3.6. наведено кореляційні плеяди сенсожиттєвих орієнтацій демобілізованих групи 2.



Мал. 3.6. Взаємозв'язок сенсожиттєвих орієнтацій в Гр. 2  
 Примітка: Результат – результат життя; Локус-Я – локус контролю – Я; Локус-життя – локус контролю – життя.

Смислова сфера демобілізованих з ППД характеризується наявністю симптомокомплексу «тотальне розчарування» (мал. 3.5.), який представляє собою «злипання» між собою майже всіх смислових орієнтацій, жодна з яких не є ресурсною для цієї структури. Даний комплекс представляє собою недиференційоване утворення, яке за своєю психологічною природою близьке до раніше виявленої структури інфантильного травматичного досвіду демобілізованих з ППД («злипання» травм покинутості, приниження та несправедливості) та особливостей структури їх емоційної сфери («злипання» негативної емоційності стеничного та астенічного кола; деструктивна конатованість позитивних емоцій «радість» та «здивування», де «радість» контамінована горем, а «здивування» – «презирством» та «страхом»; наявність феномену потенціювання негативної емоційності – «злипання» негативних емоцій predisponує посиленню їх деструктивної дії, загальної інфляції негативної емоційності; втрата ресурсності «гніву», контамінованого «страхом»; існування «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери). Окрім того, параметр «локус контролю – Я» є непов'язаним із всіма компонентами смислової сфери, крім параметру «цілі в житті», що вказує на «его»-дистонний характер зв'язку між цими структурами. Це свідчить про наявність феномену зниження відповідальності за себе та свій життєвий процес.

У демобілізованих без ППД в організації смисложиттєвої сфери виявлено симптомокомплекс «сильна особистість», в якому стрижневе місце займає субшкала «локус контролю – Я», яка поєднує всі інші. Даний комплекс відбиває наявність особистості, яка має досить усвідомленої свободи вибору для того, щоб побудувати своє життя у відповідності до власних цілей та маючи достатній рівень задоволеності у відношенні до минулого, теперішнього та майбутнього.

Смислова сфера тісно пов'язана з мотиваційною, тому наступним етапом дослідження було виявлення особливостей саме мотиваційної сфери демобілізованих з ППД.

### 3.3.2. Особливості структури мотиваційної сфери демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД

Оскільки в методиці ТІМ низький рівень вираженості мотиву свідчить про демотивованість за ним, було підраховано кількість демобілізованих з та без ППД з низьким рівнем по кожному мотиву. Різниця в низькій вираженості мотивів між групами 1 та 2 надані в таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

#### Різниця в низькій вираженості мотивів між Гр. 1 та Гр. 2

Мотив	% з низькою вираженістю мотиву		φ
	в Гр 1	в Гр 2	
Мотивація збереження/досягнення	63	24	5,73**
Зовнішня/внутрішня мотивація	52	48	0,57
Пізнання та інтерес	51	19	4,87**
Визначеність	16	12	0,82
Здоров'я та комфорт	9	13	0,91
Творчість та незалежність	48	12	5,83**
Гроші	10	6	1,05
Взаємовідносини	39	17	3,53**
Подолання та зростання	34	16	2,98**
Престиж	41	29	1,79*

Примітка: φ - значення кутового перетворення Фишера; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Для мотиваційної сфери демобілізованих учасників бойових дій з ППД характерна низька вираженість таких мотивів: мотивація збереження/досягнення (тобто високий рівень мотивації збереження – за ключем методики), пізнання та інтерес, творчість та незалежність, взаємовідносини, подолання та зростання, престиж. Ці дані є свідченням про високий рівень демотивації (феномен демотивації) демобілізованих з ППД. Таким чином, для демобілізованих Гр.1 характерний феномен демотивації, який проявляється:

- в зниженні бажання мати роботу (пояснює причину того, що серед певної кількості демобілізованих спостерігається працевлаштованість, яка сприймається як щось повсякденне, «сіре», деякі демобілізовані лише в зоні бойового конфлікту починають відчувати, що вони займаються чимось дійсно важливим, потрібним, суттєвим. Повернення до професійної зайнятості демобілізованих осіб пов'язане з відчуттям зневіри в можливості так же повноцінно в ній реалізуватися. Можна припустити, що в такої особистості є досвід розчарування в пошуках професійної реалізації. Тобто, включеність в життя в зоні конфлікту може витіснити професійну сферу чи заміщати її, що при спробі повернення до «звичайного життя» буде викликати стрес та дезадаптувати особистість);

- в зниженні інтересу до надбання нових знань та вмінь (дана демотивація може свідчити про певну ригідність особистості, адже залишає її на «одному місці», позбавляє розвитку. Безперечно, повертаючись із зони військового конфлікту, де є певні уставні стосунки, особистості з даною демотивацією буде складно напрацьовувати новий досвід в повсякденному житті, що може підсилювати нездатність адаптуватися та «зберігатиме стрес» в психіці даної особистості);

- в зниженні бажання самореалізації (в дослідженні це не перевірялося на достовірному рівні, але в міжособистісній комунікації демобілізовані без ППД набагато частіше говорили про позитивний ефект повернення чи придбання нових певних хобі чи захоплень, які допомагали відволіктися від складного життєвого досвіду, отриманого під час військової служби. І, навпаки, демобілізовані з виявленою ППД часто говорили про відсутність сенсу в чомусь подібному, бо

«таке» все одно не забувається, тобто раціоналізували для себе ідею безперспективності даної діяльності);

- в зниженні автономності та незалежності (втрата даної мотивації впливає на відчуття самодостатності та самостійності, свободи вибору, дорослої позиції в суспільстві. Демобілізовані з ППД говорили про байдужість щодо можливостей створення чогось власного, будь то бізнесу, родини чи нових соціальних зв'язків, про відсутність бажання цим займатися. Це, в свою чергу, може сприяти збільшенню вірогідності підпасти під вплив певної залежності. Так, деякі демобілізовані говорили про тимчасове систематичне вживання алкоголю, як спосіб «забутися». Тобто нездатність особистості зорієнтуватися на власний розвиток, що дало б незалежність та автономність, особистість компенсує цю порожнечу рецидивністю чи виникненням шкідливих звичок. Тимчасовий ефект у спробі позбутися впливу проживання стресу та його наслідків на психіку, не може розглядатися, як конструктивна стратегія у профілактиці виникнення ППД, а обов'язкове повернення до відповідних станів після невдалих спроб особистості з ними впоратися, може мати ще деструктивніші наслідки);

- в погіршенні спілкування та взаємовідносин з іншими людьми (дана демотивованість може призвести до відчуття ізолюваності в соціумі, частим висловлювання демобілізованих (особливо з ППД) було те, що «ніхто мене не зрозуміє, навіть рідні. Ніхто не зможе усвідомити що це таке», маючи на увазі досвід участі в бойових діях). Передбачувана ймовірність впливу дезадаптації за даним типом мотивації на вірогідність виникнення дезадаптації зрозуміла;

- в зниженні ініціативності (дана демотивація збільшує вірогідність залежності та відчуття безперспективності, що може проявлятися влюбій сфері, адже мова йде про загальну якісну характеристику емоційної сфери);

- у переживанні невизнаності суспільством (підтверджує вищезазначені припущення, щодо ізолюваності та байдужості щодо того, що відбувається навколо, що, безперечно є складовою дезадаптації. У демобілізованого виникає свій внутрішній світ, в якому для нього стає не важливим те, як його сприймають оточуючі);

- у неготовності до змін (чергова мотивація, за якою виявлено рівень вираженості демотивації, що є показником, що вказує на втрату особистості здатності до адаптації та регідності);

- у прагненні до спокою (демотивація за даним типом може свідчити про нездатність вибудувувати оптимальний режим функціонування. В результативній діяльності особистість має прагнути до відпочинку, як логічного етапу в циклічності працездатності. Демотивованість за даною мотивацією може вказувати на «злипання» в діяльності фаз роботи та відпочинку. Втрачаючи здатність особистості здатності розмежовувати ці фази може бути показником хронічної втоми, нездатності відпочити, не розуміючи що треба зробити, щоб виникла розслабленість. Особистість з хронічною вираженістю інфантильного травматичного досвіду може переходити з одного прояву цього досвіду до другого актуального).

Таке «просідання» структури емоційної схеми, ймовірно, дестабілізує особистість вцілому, що відіграє у виникненні ППД суттєву роль. Вже на трьох етапах дослідження структурних складових емоційної схеми спостерігаються викривлення деяких утворень особистості.

Демотивованість щодо значної кількості сфер життєдіяльності, незацікавленість в розвитку та реалізації в цих сферах чи зневіра в можливості в них реалізуватися, ймовірно, погідшують стресостійкість особистості цих демобілізованих та можливості повноцінного «повернення до звичного» життя. З таким рівнем демотивації досить складно говорити про конструктивний варіант реінтеграції в соціум при поверненні із зони бойових дій, на що часто й скаржаться демобілізовані. Адаптивність особистості з зазначеною специфікою вказаної сфери стає малоімовірною та фрагментарною (з можливістю підтримки своєї діяльності шляхом актуалізації нечисельних мотивів, за якими не виявлено суттєвого спаду, а саме: визначеність, здоров'я та комфорт, гроші). Мотивація «визначеність» ймовірно «блокована», що свідчить про суб'єктивну марність очікування визнання від оточення.



Значна кількість демобілізованих з ППД, у яких низький рівень за інтегративним фактором мотивації (див. табл. 3.14) свідчить про переважання мотивації збереження: схильність мінімізувати ризики, тенденція триматися того, що вже існує, неготовність до змін, неприйняття умов невизначеності, прагнення до спокою та впевненості в майбутньому (що ускладнюється низьким рівнем сенсу в бажанні планувати це майбутнє). Дані особливості мотиваційної сфери суперечать можливості ефективно адаптуватися до умов та ситуацій бойових дій, адже в них часто виникають ситуації невизначеності, існують постійні ризики, мінімізувати які практично не можливо (ситуація, коли віддано наказ, стає значно стресовішою для них), постійно відбуваються якісь зміни до яких потрібно швидко адаптуватися, в зоні бойових дій надзвичайно складно мати психологічний спокій та впевненість в майбутньому. Зазначені особливості є показником дезінтеграції психіки, що є причиною її дезадаптації. За другим інтегральним мотиваційним фактором (див. табл. 3.14.) різниця між групами не виявлена.

Доцільно дослідити особливості взаємозв'язку зазначених складових мотиваційної сфери, що стало наступним етапом дослідження.

Специфіка мотиваційної сфери демобілізованих обох груп, надана в таблиці 3.19.

Таблиця 3.19

**Особливості структурної організації мотиваційної сфери у демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2**

№ М	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,00**	-0,07	0,15*	0,07	0,24**	0,09	0,07	0,23**	0,24**	0,09
2	0,07	1,00**	0,11	0,08	0,02	0,09	0,02	0,03	-0,08	0,12
3	0,23**	0,03	1,00**	0,21**	0,07	0,16*	0,15*	0,07	0,17*	0,04
4	0,17*	0,02	0,06	1,00**	0,07	0,03	-0,05	0,11	0,09	-0,04
5	0,14*	0,11	0,04	0,18*	1,00**	0,07	0,15*	0,17*	0,05	0,02
6	0,09	0,11	0,16*	0,06	0,08	1,00**	0,02	0,06	-0,05	0,09
7	0,23**	0,27**	0,15*	0,15*	0,05	0,14*	1,00**	0,16*	0,08	0,14*
8	0,15*	-0,08	0,17*	0,26**	0,04	0,19*	0,06	1,00**	0,09	0,07
9	0,09	0,18*	0,09	0,08	0,16*	0,08	0,03	0,25**	1,00**	0,03
10	0,17*	0,07	0,04	-0,05	0,05	0,14*	0,17*	0,11	0,27**	1,00**

Примітка: верх таблиці – результати по Гр. 1 (з ППД); низ таблиці – результати по Гр. 2 (без ППД); М – мотив; 1 – мотивація збереження/досягнення; 2 – зовнішня/внутрішня мотивація; 3 – пізнання та інтерес; 4 – визначеність; 5 – здоров'я та комфорт; 6 – творчість та незалежність; 7 – гроші; 8 – взаємовідносини; 9 – подолання та зростання; 10 – престиж; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Виявлено феномен «злипання» мотивів у представників обох груп. У демобілізованих без ППД цей феномен виражений більше, що підтверджується кількістю зв'язків між мотивами: в структурі мотиваційної сфери демобілізованих з ППД їх 12, у досліджуваних без ППД – 21. Ймовірно, що даний феномен набуває та несе в собі конструктивний ефект, вирішальну роль в якому відіграє склеювання у демобілізованих учасників бойових дій без ППД, мотивацій з високим рівнем вираженості. Тобто, здатність мотиваційної сфери функціонувати ефективно у цих демобілізованих, визначається якістю її складових (за жодною з мотивацій не виявлено відмінностей у демотивованості з переважанням у Гр. без ППД). У демобілізованих учасників бойових дій з ППД, навпаки, відбувається «об'єднання» чи «злипання» в єдиний конгломерат саме демотивованості в надбанні нових знань та вмінь, в бажанні мати цікаву роботу, імпровізації, творчій самореалізації, автономності та незалежності, оптимізації спілкування в робочому колективі, спілкуванні та покращенні взаємовідносин з іншими людьми, ініціативності, визнанні суспільством, можливості ризикувати та проявляти активність в різних сферах життєдіяльності, придбанні власної значущості, хворобливим сприйняттям ситуацій невизначеності, що підкріплюється бажанням мінімізувати ризики, неготовністю до змін, прагненням до спокою та гарантіями та впевненістю в майбутньому. У демобілізованих з ППД відбувається контамінація повноцінно виражених мотивів демотивованими, що позбавляє ресурсності всю мотиваційну сферу в цілому – феномен «мотиваційного ослаблення». Таким чином, наявність феномену «злипання» мотивацій не передиспонує до виникнення постстресової психологічної дезадаптації у разі повноцінного функціонування складових мотиваційної сфери. І навпаки, збільшується вірогідність виникнення ППД навіть тоді, коли деякі мотиви проявляються в рамках норми, якщо більшість елементів даної сфери знаходяться на рівні демотивації.

Підсумовою тезою є висновок щодо виявлення в мотиваційній сфері обох груп феномену «злипання» більшості з мотивів між собою, при цьому у демобілізованих без ППД таких злипань значно більше, ніж в Гр. 1. Феномен «злипання» не несе в собі дестабілізуючої природи, як це було у попередньо виявленій аналогічній феноменології в інших сферах особистості демобілізованих, якщо об'єднуються мотиви з середнім чи високим рівнем вираженості. Таке «злипання» може бути розглянуто як полімотивованість особистості, як відсутність фіксованості на одному та легкість здатності переключатися з одного мотиву (коли він фруструється) на другий.

Для мотиваційної сфери демобілізованих з ППД характерною є контамінація мотивів з високою вираженістю тими мотивами, які мають низький рівень вираженості, позбавляючи, таким чином, ресурсності всю сферу в цілому (феномен мотиваційного ослаблення).

### **3.4. Особливості прояву тілесних маніфестацій травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

Концепція емоційної схеми передбачає таку складову, як тілесні маніфестації. В багатьох теоріях, в яких реалізуються спроби концептуалізації травматичного досвіду, робиться один з акцентів на тілесні прояви травматичного переживання. Ще з робіт Райха В. та Лоуена О., засновників тілесно-орієнтованого підходу в терапії, йдеться про важливість соматичного виміру психічних проблем, що відповідало принципу екіпотенціальності психіки та соми. На сьогодні існують багато підходів щодо тілесності у психотерапії. Доцільним було б виявити особливості тілесних маніфестацій у демобілізованих учасників бойових дій з ППД, як складової емоційної схеми, що відбиває специфіку структури у них травматичного емоційного досвіду.

Особливості прояву тілесних маніфестацій у демобілізованих учасників бойових дій з та без ППД виявлялися за допомогою опитувальника «Оцінка

нервово-психічної напруги» (за Немчіним Т.А.) та опитувальника SF – 36 (методика діагностики якості життя). Отримані результати за першою наведено таблиці 3.20.

Таблиця 3.20

**Достовірність відмінностей у вираженості тілесних маніфестацій між Гр. 1 та Гр. 2**

Назва	% в Гр.1		% в Гр.2		φ (С)	φ (В)
	С	В	С	В		
НФД	62	31	24	4	5,58**	5,51**
НБВ	56	41	22	11	5,06**	5,05**
ТВ	5	7	2	6	1,18	0,29
СМТ	28	41	8	8	3,82**	5,77**
КР	5	7	1	3	1,77*	1,34
СРА	14	19	5	6	2,23*	2,88**
ВССС	14	22	2	6	3,41**	3,40**
ПСШКТ	3	11	1	3	1,05	2,32**
ПСОД	4	17	2	6	0,84	2,51**
ПСВД	1	1	2	1	0,59	-
СП	12	17	2	1	2,99**	4,60**
ССОПР	1	3	2	2	0,59	0,71
ЗШП	1	1	1	1	-	-
СЧШП	12	27	10	8	0,45	3,67**
ПВССС	4	24	11	1	1,93*	5,83**
Н	9	32	16	12	1,51	3,51**
ОС	9	71	41	4	5,52**	11,31**
ОЕСЦ	10	11	11	1	0,23	3,37**
З	9	38	8	5	0,25	6,20**
ОМ	11	6	1	2	3,37**	1,49
ЗОПС	17	24	36	2	3,09**	5,23**
ОП	3	16	1	4	1,04	2,97**
ОУ	1	24	3	6	1,05	3,74**
К	1	8	1	1	-	2,64**
РП	2	21	1	1	0,59	5,32**
ЯПД	4	23	24	4	4,39**	4,22**
СРПШН	12	34	1	1	3,58**	7,39**
ЧВСН	42	28	19	2	4,10**	5,88**
ТСН	46	25	7	1	6,75**	5,99**
ЗСВН	53	22	5	1	11,31**	5,49**
НПН	34	29	17	9	2,79**	3,73**

Примітка: НФД – наявність фізичного дискомфорту; НБВ – наявність больових відчуттів; ТВ – температурні відчуття; СМТ – стан м'язового тону; КР – координація рухів; СРА – стан рухової активності в цілому; ВССС – відчуття зі сторони серцево-судинної системи; ПСШКТ – прояви зі сторони шлунково-

кишкового тракту; ПСОД – прояви зі сторони органів дихання; ПСВД – прояви зі сторони видільної системи; СП – стан потовиділення; ССОПР – стан слизової оболонки порожнини рота; ЗШП – забарвлення шкіряних покривів; СЧШП – сприйнятливість, чутливість шкіряних покривів; ПВССС – почуття впевненості в собі, в своїх силах; Н – настрій; ОС – особливості сну; ОЕСЦ – особливості емоційного стану в цілому; З – завадостійкість; ОМ – особливості мови; ЗОПС – загальна оцінка психічного стану; ОП – особливості пам'яті; ОУ – особливості уваги; К – кмітливість; РП – розумова працездатність; ЯПД – явища психічного дискомфорту; СРППН – ступінь розповсюдження (генералізації) признаков психологічної напруги; ЧВСН – частота виникнення станів напруги; ТСН – тривалість станів напруги; ЗСВН – загальний ступінь вираженості напруги; С – середній рівень прояву тілесної маніфестації; В – високий рівень прояву тілесної маніфестації;  $\phi$  (С) та (В) – зачення критерію кутового перетворення Фішера у порівнянні зачуцості відмінностей в кількості досліджуваних Гр. 1 та Гр. 2 з, відповідно – середнім та високим рівнями прояву тілесної маніфестації; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Значущість відмінностей за тілесними маніфестаціями між демобілізованими учасниками з та без ППД виявлялася для середнього та високого рівнів їх вираженості. Визначено, що існують значущі відмінності в особливостях прояву тілесних маніфестацій та психологічних характеристик нервово-психічної напруги між групами за показниками: наявність фізичного дискомфорту; наявність больових відчуттів; стан м'язового тону; координація рухів; стан рухової активності в цілому; відчуття зі сторони серцево-судинної системи; прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту; прояви зі сторони органів дихання; стан потовиділення; стан слизової оболонки порожнини рота; сприйнятливість, чутливість шкіряних покривів; почуття впевненості в собі, в своїх силах; настрій; особливості сну; особливості емоційного стану в цілому; завадостійкість; особливості мови; загальна оцінка психічного стану; особливості пам'яті; особливості уваги; кмітливість; розумова працездатність; явища психічного дискомфорту; ступінь розповсюдження (генералізації) признаков психологічної напруги; частота виникнення станів напруги; тривалість станів напруги; загальний ступінь вираженості напруги. Лише за трьома з 30 характеристик нервово-психічної напруги не виявлено відмінностей між групами по жодному з рівнів, а саме: температурні відчуття; прояви зі сторони видільної системи; забарвлення шкіряних покривів.

Помірний чи надмірний рівні вираженості нервово-психічної напруги спостерігається у 63 % демобілізованих групи 1 та у 26 % групи 2. Отже, у демобілізованих з ППД спостерігається високий рівень нервово-психічної напруги, який, однак, не досягає клінічного рівня.

Одним з маркерів специфіки впливу тілесних маніфестацій на життєдіяльність особистості є показники якості життя. Застосування опитувальника FS – 36 дало можливість діагностувати особливості якості життя у демобілізованих з ППД. У таблиці 3.23 наведено різницю у характеристиках якості життя між Гр. 1 та Гр. 2

Таблиця 3.23

## Різниця у характеристиках якості життя між Гр. 1 та Гр. 2

Шкала якості життя	X <sub>сер.</sub>		U
	гр. 1	гр. 2	
Фізичне функціонування	53,45	65,23	1365*
Рольова діяльність (фізичний стан)	56,93	63,74	1418*
Інтенсивність болю	47,96	52,12	1792
Загальне здоров'я	62,84	64,11	1784
Життєздатність	63,42	73,23	1394*
Соціальне функціонування (емоційний стан)	54,85	72,85	1021**
Емоційний стан	62,64	72,36	1381*
Психічне здоров'я	64,64	74,28	1379*

Примітка: U - критерій Манна-Уїтні; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

У демобілізованих учасників бойових дій з ППД за всіма показниками якості життя, окрім «загального здоров'я» та «інтенсивність болю», виявлено суттєво нижчий рівень, ніж у демобілізованих без ППД. Характеристики якості життя, що належать до фізичного компоненту здоров'я, значуще нижче у Гр. 1. Отже, фізичний компонент у демобілізованих учасників бойових дій з ППД суттєво впливає на якість їх життя.

Для виявлення структурних особливостей якості життя демобілізованих з та без ППД був проведений експлораторний факторний аналіз (обертання Varimax) та визначена факторна структура параметру «якість життя», що відображено в таблицях 3.24 та 3.25. Для перевірки доцільності його застосування використовувався критерій Бартлетта ( $\chi^2=1371$ ,  $df=216$ ,  $p=0,01$ ) та критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейера-Олкіна (0,668). Таким чином, факторний аналіз є прийнятним для аналізу кореляційної матриці отриманих даних.

Таблиця 3.24

### Взаємозв'язок характеристик якості життя у Гр. 1

Елементи фактору (характеристики якості життя)	ФОЗСФ	ПЖ	СУ	ПФЗ
Фізичне функціонування	0,74	0,54	-0,53	-
Інтенсивність болю	-0,64	-0,65	-	-
Загальне здоров'я	-	-	0,49	0,49
Життєздатність	-	-0,54	-	-
Соціальне функціонування (емоційний стан)	-0,53	-	-0,62	0,52
Психологічне здоров'я	-	-	0,51	0,63
Дисперсія	24	21	17	14

Примітка: ФОЗСФ – фізично-обумовлене зниження соціальної функціональності; ПЖ – погіршена життєздатність; СУ – стратегія уникнення; ПФЗ – психо-фізичне здоров'я.

Факторна структура характеристик якості життя у демобілізованих учасників бойових дій з ППД представлена чотирма факторами, а саме: «фізично-обумовлене зниження соціальної функціональності», «погіршена життєздатність», «стратегія уникнення», «психо-фізичне здоров'я». Перші три фактори відображають гіпофункціональні варіанти поєднання характеристик якості життя, що сумарно характерно для 62 % дисперсії. Зниження якості життя у представників Гр. 1 в більшій мірі пов'язане з погіршенням фізичного функціонування. На це вказує включеність у фактори «фізично-обумовлене зниження соціальної функціональності» та «погіршена життєздатність» відповідної характеристики, прояв якої має зворотній кореляційний зв'язок з «життєздатністю» та «соціальним

функціонуванням». В факторі «стратегія уникнення» характеристики «загальне здоров'я» (фізичне) та «психологічне здоров'я» мають зворотню кореляцію з характеристиками – «фізичне функціонування» та «соціальне функціонування» (емоційний стан). Даний фактор, ймовірно, відбиває стан актуального фізичного та психологічного здоров'я, що зменшує можливість функціонувати на фізичному та соціальному рівнях. Єдиний фактор, а саме – «психо-фізичне здоров'я», відображає вдале поєднання характеристик якості життя, однак він не є ключовим в загальній структурі (дисперсія складає 14 %).

Таблиця 3.25

### Взаємозв'язок характеристик якості життя у Гр. 2

Елементи фактору (характеристики якості життя)	ПФУ	ФТФ	ЗФРД
Фізичне функціонування	0,66	0,48	-
Рольова діяльність (фізичний стан)	-	0,57	0,57
Інтенсивність болю	-	-	0,47
Загальне здоров'я	0,61	-	-
Життєздатність	0,54	0,64	-0,48
Соціальне функціонування (емоційний стан)	0,63	-	-
Емоційний стан	0,54	-	-
Психологічне здоров'я	0,49	-	-
Дисперсія	28	24	17

Примітка: ПФУ – психо-фізична узгодженість; ФТФ – фізично-тонусна функціональність; ЗФРД – знижена фізично-рольова діяльність.

Факторна структура характеристик якості життя у демобілізованих учасників бойових дій без ППД представлена трьома факторами, а саме: «психо-фізична узгодженість», «фізично-тонусна функціональність», «знижена фізично-рольова діяльність». Перші два фактори відображають конструктивні варіанти поєднання характеристик якості життя у демобілізованих Гр. 2 та сумарно мають 52 % дисперсії. В структурі обох факторів присутні характеристики – «фізичне функціонування» та «життєздатність», що робить вагомість впливу групи фізичних характеристик на якість життя ще більш очевидною. Фактор «знижена фізично-



рольова діяльність» включає в себе характеристики «рольова діяльність» та «інтенсивність болю» та «життєздатність», яка має зворотню кореляцію. Вірогідно, у демобілізованих Гр. 2 життєздатність погіршується у випадку необхідності проявляти фізичну активність, яка супроводжується больовими відчуттями. Отже, цей фактор відбиває варіант погіршення якості життя.

Таким чином, існує значна різниця у варіаціях взаємозв'язку характеристик якості життя між демобілізованими Гр. 1 та Гр. 2. Група фізичних характеристик суттєво впливає на параметр «якість життя» у демобілізованих обох груп, та має більше варіацій деструктивного впливу у демобілізованих учасників бойових дій з ППД.

### **3.5. Особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

Бек А., Елліс А., Макмаллін Р. зазначають, що існування неадаптивних структур в когнітивній сфері є головною причиною порушення «психологічного гомеостазу» (термін А. Бека). Неадаптивні когниції формуються навколо вкорінених переконань, що є базовими когнітивними утвореннями, як наслідок травматизації особистості. Саме вони обумовлюють виникнення більшості з деструктивних поведінкових моделей.

В концепції емоційної схеми якісні особливості когнітивної складової взаємопов'язані з іншими її складовими, але мають своє специфічне місце у функціонуванні травматичного досвіду. Виходячи з вищенаданих теоретичних засад Бурбо Л. (характеристики інфантильних травм), для діагностики когнітивного еквіваленту травматичного досвіду нами було сформульовано п'ятнадцять когнітивних репрезентацій травматичного досвіду (відповідно по п'ять на кожную травму). Оскільки різниця у вираженості травм між Гр. 1 та Гр. 2 була виявлена за «покинутістю», «приниженням» та «несправедливістю» (див. табл. 3.1), доцільним було формулювання когнітивних репрезентацій травматичного досвіду, характерних тільки для цих типів інфантильних травм. В подальшому проводилася експертна

оцінка цих репрезентацій. Експертами були обрані фахівці факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Кразіна та кафедри психології Національного аерокосмічного університету імені М.Є.Жуковського «ХАІ». Експертна оцінка проводилася в два етапи. На першому експерти висловлювали свої зауваження щодо коректності та точності формулювання репрезентацій. Після зібраної інформації вони були підкоректовані та повторно запропоновані експертам для оцінки. Ступінь змістовної валідності кожної когнітивної репрезентації травматичного досвіду оцінювалася за п'ятибальною шкалою лайкертовського типу. Після цього були залишені ті когнітивні репрезентації травматичного досвіду (по три за кожною з травм), за якими було отримані високі сумарні бали та значущі коефіцієнти внутрішньої узгодженості експертів. Дані наведено у таблиці 3.26

Таблиця 3.26

**Показники внутрішньої узгодженості експертів для когнітивних репрезентацій травматичного досвіду**

Травма	Когнітивна репрезентація	W
Покинутості	Періодично виникають думки, що мене всі залишили наодинці з моїми проблемами.	0,77*
	У мене періодично виникає думка, що сам я мало що можу зробити.	0,74*
	Для досягнення успіху, необхідно вислухати максимум порад від інших.	0,65*
Приниження	Вважаю, що певні умови мого життя є принизливими	0,81*
	Не завжди з цим згоден, але оточуючі кажуть, що я беру на себе занадто багато роботи	0,67*
	Якщо виникає складна життєва ситуація у спілкуванні з важливими для мене людьми (наприклад: конфлікт, сварка), щоб її швидше вирішити краще взяти, як чоловік, провину за ситуацію на себе	0,73*
Несправедливості	Вважаю, що по відношенню до мене часто вчиняють несправедливо	0,69*
	Вважаю, що у всьому завжди потрібно прагнути до досконалості	0,76*
	Якщо близька мені людина працює, а я в цей час відпочиваю, нахожжу в цьому несправедливість та свою непрощену провину	0,68*

Примітка: W – коефіцієнт конкордації Кендалла; \* -  $p \leq 0,05$ .

Демобілізованим пропонувалася оціночна шкала лайкертовського типу: 1) взагалі для мене не характерно; 2) рідко, але такі думки виникають; 3) такі думки виникають не частіше ніж інші; 4) я згоден з цим твердженням; 5) дуже характерно для мене.

При обробці результатів опитування нараховувалися бали від 1 до 5 у відповідності до варіантів відповідей, тобто, 1 бал - при відповіді «взагалі для мене не характерно» й 5 балів – при відповіді «дуже характерно для мене». В подальшому сумувалися бали за трьома репрезентаціями кожної з травм для кожного досліджуваного. Значущість різниці сумарних показників за кожною з травм між демобілізованими з та без ППД, надана в таблиці 3.26.

Таблиця 3.26

**Різниця вираженості когнітивних репрезентацій з травматичними тематиками за Бурбо Л. між Гр. 1 та Гр. 2**

Позначення репрезентацій	$X_{\text{ср.}}$		U
	Гр. 1	Гр. 2	
Покинутість	7,13	5,28	1394*
Приниження	7,25	3,65	1011**
Несправедливість	8,22	4,74	993**

Примітка:  $X_{\text{ср.}}$  – середній показник балів вираженості когнітивних репрезентацій за травматичною тематикою; U - критерій Манна-Уїтні; \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

У демобілізованих учасників бойових дій з ППД виявлено вираженість за всіма когнітивними репрезентаціями травматичного досвіду, які є за змістом близькими до тематик покинутості, приниження та несправедливості, на суттєво більшому рівні, ніж у демобілізованих без ППД. Отже, у актуальному травматичному досвіді відбиваються відповідні травми дитинства, які наповнюються новим змістовним контентом, але в цілому відповідають інфантильним травмам.

Структура когнітивних репрезентацій травматичного досвіду за вищевказаними типами травм в Гр. 1 та Гр. 2 надана в таблиці 3.27.

Таблиця 3.27

**Структурні особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду у демобілізованих Гр. 1 та Гр. 2**

Репрезентації за травмами	Покинутість	Прийиження	Несправедливість
Покинутість	1,00**	0,21**	0,20**
Прийиження	0,02	1,00**	0,18*
Несправедливість	0,05	0,16*	1,00**

Примітка: верх таблиці – результати за Гр. 1; низ таблиці – результати за Гр. 2;  
\* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Виявлено відмінності між структурами когнітивних репрезентацій травматичного досвіду демобілізовані учасників бойових дій з та без ППД (див. табл. 3.27). У демобілізованих з ППД дані особливості полягають у «злипаннях» та взаємопотенціюванні репрезентацій за тематиками травм покинутості, прийиження та несправедливості та в утворенні з них взаємопов'язаного конгломерату травматичного досвіду. Отже, виникнення в когнітивній сфері демобілізованого хоча б однієї когнітивної репрезентації травматичного досвіду за однією із зазначених травм, може актуалізувати всю структуру травматичного досвіду на когнітивному рівні. У демобілізованих без ППД відсутній аналог вищезазначеного когнітивного утворення. В Гр. 2 виявлено зв'язок між когнітивними репрезентаціями за тематиками травм прийиження та несправедливості. Оскільки вираженість за даними інфантильними травмами у демобілізованих без ППД незначна, можливо, виявлене утворення когнітивних репрезентацій травматичного досвіду має не інфантильну, а актуальну природу свого походження. Для більш детального дослідження виявленої особливості структури когнітивних репрезентацій травматичного досвіду, були відібрані демобілізовані, у яких виявлені максимально високі показники за всіма репрезентаціями (3-4 бали). Таких демобілізованих

виявилося 19 чоловік. Для них був вирахований середній показник ступеню вираженості трьох вищезазначених травм, а саме: покинутості – 23,42; приниження – 23,21; несправедливості – 25,43. Ці показники виявилися нижчими чим аналогічний показник за всією Гр. 2. Для даних 19 демобілізованих були виявлені структурні особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду. Результати надано в таблиці 3.28.

Таблиця 3.28

**Структурні особливості когнітивних репрезентацій травматичного досвіду у демобілізованих без ППД з високими показниками по репрезентаціях**

Репрезентації за травмами	Покинутість	Приниження	Несправедливість
Покинутість	1,00**	0,15*	0,14*
Приниження	0,15*	1,00**	0,23**
Несправедливість	0,14*	0,23**	1,00**

Примітка: верх таблиці – результати за Гр. 1; низ таблиці – результати за Гр. 2;  
\* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Результати, що надані в таблиці 3.28 є доказом того, що у демобілізованих без ППД з високим рівнем вираженості когнітивних репрезентацій спостерігається їх «злипання» за аналогічним варіантом, що виявлено у демобілізованих без ППД. Оскільки показники вираженості інфантильних травм покинутості, приниження та несправедливості незначні, можна припустити, що мова йде про когнітивні репрезентації, підсилені впливом актуального досвіду. Отже, вираженість когнітивних репрезентацій за тематиками травм покинутості, приниження та несправедливості у взаємодії яких виявлено феномен «злипання», не предиспонують до виникнення ППД, якщо не потенціюються відповідною інфантильною травматизацією.

### **Висновки по розділу 3:**

1. У демобілізованих учасників бойових дій з ППД в інфантильному досвіді виявлено більш високий рівень травматизації за покинутістю, приниженням та

несправедливістю, що є підґрунтям надвразливості до актуальних травм, пов'язаних з участю у бойових діях. Ці особливості структури інфантильного досвіду є підтвердженням запропонованої Кочаряном О.С. концепції «повторного удару», або, як стверджує Бурбо Л., циклічного відігрування травматичного досвіду та його зберігання впродовж життя. Тобто, військовослужбовці, які мали високий рівень травматичних переживань до потрапляння в зону бойових дій вже мали певний рівень травматизації у своєму життєвому досвіді, що стало передумовою, а, можливо, і складовою, формування в них ППД. Отже, розвитку посттравматичної психологічної дезадаптації predisponують такі типи інфантильних травм, як: покинутості, несправедливості та приниження.

2. Специфіка захисту від стресової ситуації залежать від особливостей інфантильного травматичного досвіду та характерологічних реакцій-утворень на них. Суттєво вираженішими у демобілізованих учасників бойових дій з ППД є наступні форми захисної поведінки: перебування в ролі жертви; переживання самотності; «синдром повтору» - присутність бажання повернутися до травматично забарвлених подій; небажання ділитися власними емоціями; звинувачення оточення в тому, що покинули; відповідальність за щастя та благополуччя інших людей; гостре переживання втрати близької людини; відчуття сорому та приниженості за власні вчинки; надмірне прагнення довести всім свою надійність; впевненість в тому, що зусилля не оцінені гідно оточуючими; відчуття використаності; прагнення до досконалості, відповідності правилам; категоричність; страх помилки.

3. В захисній поведінці демобілізованих учасників бойових дій з ППД виявлено феномен «злипання» стратегій, характерних для інфантильних травм покинутості, приниження та несправедливості. Ймовірно, що зазначена феноменологія, може як детермінувати виникнення постстресової психологічної дезадаптації, так і ставати її складовою (як психологічні процеси, що зменшують адаптаційний потенціал).

4. В структурі інфантильного травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з ППД виявлено феномен «взаємопотенціювання» травм покинутості, приниження та несправедливості, що пов'язано з їх «злипанням».

Феномен «злипання» проявляється у наявності значущих зв'язків між цими травмами, які створюють єдиний конгломерат травматичного досвіду. Дані результати відповідають припущенням теорії Бурбо Л., в яких пропонується ідея можливості співіснування декількох травм в травматичному досвіді однієї особистості. Більш того, кожна з травм, в залежності від специфіки життєвих ситуацій, можуть актуалізуватися більш виражено та займати домінуюче положення в цій структурі через відповідні травматичні переживання. Зазначена феноменологія обумовлює зростання стресовразливості шляхом поєднання багатьох складових емоційного досвіду, а саме: емоційний голод, безпорадність, незначимість, сум, страх, самотність, зневіра, образа, сором, нікчемність, вина, відраза, ганьба, невизнаність, утиск, приниження, бажання бути гідним, закритість, ревності, замкненість, розчарування, гнів, почуття обов'язку, провини, стрес через недосконалість, ревності. Враховуючи те, що травми, за якими знайдено різницю між демобілізованими з та без ППД, є специфічними для різних вікових етапів, а саме для одного (покинутості), трьох (приниження) та п'яти (несправедливості) років, можна припустити, що існує пошарове напластування травм, яке з часом утворює взаємоінтегровану структуру травматичного досвіду (травматичні переживання мають як горизонтальну взаємодію так і вертикальну).

5. У демобілізованих учасників бойових дій без ППД виявлено відсутність феномену злипання, а тому в інфантильному досвіді існують окремі типи травм, які не впливають одна на одну. Отже, саме ступінь вираженості травматизації за одним з типів травм покинутості, приниження та несправедливості, за наявності феноменів взаємопотенціювання та злипання між ними є важливим чинником підвищеної психонервової напруги та суттєво збільшує вірогідність виникнення психологічної дезадаптації після пережитого стресу.

6. В системі раних спогадів демобілізованих учасників бойових дій з та без ППД були виявлені твердження, що відбивають травми: 1) відкинутості, 2) покинутості, 3) особистісної незначущості, 4) придушення, 5) злиття, 6) суперництва, типологія яких запропонована Джонсоном Ст. М.. Дослідження специфіки їх структури на психосемантичному рівні привело до виявлення у

демобілізованих з ППД феномену їх «злипання», що призводить до контамінації маніфестацій даних травм (таких «злипань» значно більше саме у демобілізованих з ППД, що ще раз підкреслює взаємопотенціювання і наявність напруження в травматичному досвіді цих демобілізованих).

7. Найбільшу небезпеку на психосемантичному рівні травматичного досвіду для можливості виникнення ППД, представляє злипання таких типів травм, як: «покинутість – особистісна незначущість», «покинутість – придушення», «покинутість – суперництво», «придушення – суперництво».

8. В емоційному досвіді демобілізованих учасників бойових дій з ППД суттєво більш виражені: горе, гнів, презирство, страх, сором, провина. Виявлена «закритість» радості значно знижує ресурсний потенціал демобілізованих учасників бойових дій у зв'язку з дією принципу реципрокності у функціонуванні емоційної сфери.

9. Травматичний досвід складається з первинних та вторинних заторних переживань чи емоцій. Первинні заторні переживання є більш ранніми утвореннями, на які нашаровуються, обумовлені ними вторинні заторні переживання. У демобілізованих учасників бойових дій з ППД основу первинних заторних переживань складають ті, що утворилися разом з інфантильною травматизацією (травми покинутості, приниження та несправедливості), які було перераховано вище: самотність, нікчемність, розчарованість, невизнаність, приниження та ін. До вторинних заторних емоцій у демобілізованих з ППД належать: горе, гнів, презирство, страх, сором та провина.

10. Кочарян О.С. зазначає, що вторинних заторних емоцій мають наступні якості: 1) вони «злипаються», 2) резистентні до впливу, 3) повністю не зникають, потенціально, 4) соматизовані, 5) не текучі, 6) єдина форма руху «заторних» емоцій – порочне коло.

11. Індекси вторинних заторних емоцій, а саме: гострих негативних (горе, гнів, відраза та презирство) та тривожно-депресивних (страх, сором та провина) емоцій суттєво більш виражені у демобілізованих з ППД, що свідчить про переважання у них емоцій тривожно-депресивного та гостро-негативного спектру.



12. Специфіка організації емоційної сфери демобілізованих з ППД полягає у наступному: 1) у вираженому «злипанні» негативної емоційності стеничного та астенічного кола, що звужує можливості позитивного погляду на світ, призводить до послаблення впливу на особистість позитивних емоцій. Крім зазначеного, злипання емоційності може свідчити про незрілість даної сфери, в якій не існує повноцінних відповідних підструктур емоційності; 2) у деструктивній конатованості позитивних емоцій «радість» та «здивування». «Радість» контамінована горем («не можна радіти»), а «здивування» - «презирством» та «страхом», що відбиває загальну закритість, невключеність у світ («нема чому дивуватися»). На відміну від демобілізованих учасників бойових дій без ППД, у демобілізованих з ППД відсутня підструктура позитивних емоцій. Вона розірвана, при цьому кожна емоція цієї структури «заблокована» негативними емоціями. Фактично, мова йде про відсутність ресурсної складової в структурі емоційної сфери цих демобілізованих. 3) у нездатності відчувати «чисту» радість, як у демобілізованих без ППД, що можна розглядати, як особливість емоційної сфери, що суттєво зменшує вірогідність виникнення ППД. 4) у наявності феномену потенціювання негативної емоційності – «злипання» негативних емоцій predisponує посиленню їх деструктивної дії, загальної інфляції негативної емоційності. Виникнення однієї з емоцій негативного спектру predisponує виникненню всього комплексу негативної емоційності, що знижує стресостійкість особистості; 5) у втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом». 6) в існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери демобілізованих з ППД. Можна припустити, що відсутність компенсаторних емоційних структур безпосередньо пов'язана із злипанням емоційної сфери демобілізованих з ППД вцілому.

13. Емоційна сфера демобілізованих з ППД є недиференційованою, такою, що «злипається», та в якій чистої емоційності немає. Симптомокомплекси провідних емоцій як у демобілізованих учасників бойових дій з ППД так і без ППД, зберегли всю специфіку структури та феномени, як і в структурних особливостях емоційних рис.

14. Виявлено факторну структуру емоційного травматичного досвіду у демобілізованих з та без ППД. Вона утворена чотирма факторами: злипання негативних емоцій, астеничні негативні емоції, моральність та позитивна емоційність, за першим та останнім з яких виявлена відмінність між групами, що підкреслює вище надані особливості структури емоційної сфери демобілізованих з ППД.

15. У демобілізованих з ППД показники всіх сенсожиттєвих орієнтації та показників локусу нижче норми, що свідчить про суттєво нижчий рівень осмисленості власного життя та притаманність жити «вчорашнім днем», сприйняття процесу власного життя як не цікавого, не наповненого сенсом та позитивними емоціями, незадоволеність минулим та теперішнім, фаталізм, переконаність в невідповідності свідомому контролю власного життя, зневіра у тому, що можна жити вільно, та марність планування чогось на майбутнє, відсутність віри у власні сили. У демобілізованих учасників бойових дій спостерігається низька здатність визначати цілі на майбутнє та орієнтуватися на їх досягнення, розчарованість в прожитому відрізку життя, сприйняття його як непродуктивного, що знижує: часову перспективу; спрямованість та осмисленість життєдіяльності та життя в цілому, здатність сприймати процес власного життя з позитивною емоційною насиченістю, інтересом та наповненістю смыслом. Отже, для смислової сфери демобілізованих з ППД характерний феномен «смиислової дефіцитарності» (рівневе зниження смислового профіля).

16. Типи викривлень смислової сфери, за вираженістю яких виявлено відмінності між демобілізованими з та без ППД, близькі до характеристик травм покинутості, приниження та несправедливості. Більша їх вираженість у демобілізованих з ППД є підтвердженням того, що викривлення смислової сфери у них існували ще до формування ППД, що відбивається у наявності різних ознак викривлення.

17. У смисловій сфері демобілізованих з ППД виявлено феномен «тотального розчарування», адже ці демобілізовані не бачать перспектив в теперішньому та майбутньому та розчаровані в минулому. Виявлено феномен «злипання» між собою

майже всіх смислових орієнтацій, жодна з яких не є ресурсною для цієї структури. Виявлено феномен «зниження відповідальності за себе та свій життєвий процес», оскільки параметр «локус контролю – Я» у демобілізованих з ППД є непов'язаним із всіма компонентами смислової сфери, крім параметру «цілі в житті»; феномени «смислової дефіцитарності» та «контамінації мотивів».

18. Для мотиваційної сфери демобілізованих учасників бойових дій з ППД характерна низька вираженість таких мотивів: мотивація збереження/досягнення (тобто високий рівень мотивації збереження – за ключем методики), пізнання та інтерес, творчість та незалежність, взаємовідносини, подолання та зростання, престиж. Ці дані є свідченням про високий рівень демотивації демобілізованих з ППД. Таким чином, для цих демобілізованих характерний феномен «демотивації».

19. Наявність феномену «злипання» мотивацій не передиспонує до виникнення постстресової психологічної дезадаптації у разі повноцінного функціонування складових мотиваційної сфери. Таке «злипання» може бути розглянуто як полімотивованість особистості, як відсутність фіксованості на одному та легкість здатності переключатися з одного мотиву (коли він фруструється) на другий. І навпаки, збільшується вірогідність виникнення ППД навіть тоді, коли деякі мотиви проявляються в рамках норми, якщо більшість елементів даної сфери знаходяться на рівні демотивації.

20. Для мотиваційної сфери демобілізованих з ППД характерним є «феномен мотиваційного ослаблення», що полягає в контамінації мотивів з високою вираженістю тими мотивами, які мають низький рівень вираженості, позбавляючи, таким чином, ресурсності всю сферу в цілому.

21. Існують значущі відмінності в особливостях прояву тілесних маніфестацій та психологічних характеристик нервово-психічної напруги між демобілізованими з та без ППД (у останніх значення вище) за показниками: наявність фізичного дискомфорту; наявність больових відчуттів; стан м'язового тону; координація рухів; стан рухової активності в цілому; відчуття зі сторони серцево-судинної системи; прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту; прояви зі сторони органів дихання; стан потовиділення; стан слизової оболонки порожнини рота;

сприйнятливість, чутливість шкіряних покривів; почуття впевненості в собі, в своїх силах; настрій; особливості сну; особливості емоційного стану в цілому; завадостійкість; особливості мови; загальна оцінка психічного стану; особливості пам'яті; особливості уваги; кмітливість; розумова працездатність; явища психічного дискомфорту; ступінь розповсюдження (генералізації) ознак психологічної напруги; частота виникнення станів напруги; тривалість станів напруги; загальний ступінь вираженості напруги. Лише за трьома з 30 характеристик нервово-психічної напруги не виявлено відмінностей між групами по жодному з рівнів, а саме: температурні відчуття; прояви зі сторони видільної системи; забарвлення шкіряних покривів.

22. У демобілізованих учасників бойових дій з ППД за всіма показниками якості життя, окрім «загального здоров'я» та «інтенсивність болю», виявлено суттєво нижчий рівень, ніж у демобілізованих без ППД. Характеристики якості життя, що належать до фізичного компоненту здоров'я, значуще нижче саме у демобілізованих з ППД. Отже, фізичний компонент у демобілізованих учасників бойових дій з ППД суттєво впливає на якість їх життя.

23. Факторна структура характеристик якості життя у демобілізованих учасників бойових дій з ППД представлена чотирма факторами, а саме: «фізично-обумовлене зниження соціальної функціональності», «погіршена життєздатність», «стратегія уникнення», «психо-фізичне здоров'я». Перші три фактори відображають гіпофункціональні варіанти поєднання характеристик якості життя, що сумарно характерно для 62 % дисперсії. Зниження якості життя у демобілізованих з ППД пов'язане з погіршенням фізичного функціонування.

24. У демобілізованих учасників бойових дій з ППД виявлено вираженість за всіма когнітивними репрезентаціями травматичного досвіду, які є за змістом близькими до тематик покинутості, приниження та несправедливості, на суттєво більшому рівні, ніж у демобілізованих без ППД. Отже, у актуальному травматичному досвіді відбиваються відповідні травми дитинства, які наповнюються новим змістовним контентом, але в цілому відповідають інфантильним травмам.

25. У демобілізованих з ППД особливості структури когнітивних репрезентацій травматичного досвіду полягають у «злипаннях» та взаємопотенціюванні репрезентацій за тематиками травм покинутості, приниження та несправедливості та в утворенні з них взаємопов'язаного конгломерату травматичного досвіду.

26. Вираженість когнітивних репрезентацій за тематиками травм покинутості, приниження та несправедливості у взаємодії яких існує феномен «злипання» (у демобілізованих без ППД), не знижують адаптаційний потенціал, якщо не потенціюються відповідною інфантильною травматизацією.

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора: [70, 94, 98, 106, 176].**

## РОЗДІЛ 4.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ З ППД

#### 4.1. Психокорекційна робота з травматичним емоційним досвідом у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

В процесі проведення етапу тестування та інтерв'ювання в дослідженні особливостей травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, деякі (у яких була виявлена ППД) демобілізовані виявили бажання попрацювати з цією тематикою. В таблиці 4.1 надано параметри проведеної з ними психокорекційної роботи.

Для оцінки ефективності психокорекційної роботи були використані критерії, запропоновані Grawe К., а саме: 1) глобальна оцінка успіху; 2) виявлення індивідуально-диференційованої проблематики; 3) покращення емоційного стану; покращення здібностей; 4) зміни в міжособистісних стосунках; 5) зміни в використанні вільного часу; 6) зміни в роботі чи професії; 7) зміни психофізичного стану [195].

На початку психокорекційної роботи (а саме на першій зустрічі) незалежного експерта просили оцінити реалізованість за зазначеними критеріями від 1 до 10 кожного з 12 демобілізованих. Повторне оцінювання здійснювалося через місяць після останньої сесії. За допомогою Т-критерію Вілкоксона проводився порівняльний аналіз. Результати надано в таблиці 4.2.

**Параметри психокорекційної роботи з тематикою травматичного  
емоційного досвіду у демобілізованих з ППД**

Назва параметру	Характеристика	
Кількість учасників	12	
Форма роботи	Змішана (предбачалися як індивідуальні консультації так і включеність демобілізованого до групи)	
	Індивідуальна робота	Групова робота
Концептуальна основа роботи	Людино-центрований підхід	
Загальні методи	Рефлексивна техніка, емпатична техніка, психокаталіз, когнітивно-поведінкова психотерапія.	
Методи за формою роботи	Систематична дисенсебілізація у різних формах	TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises.
Загальний час роботи	10 годин	20 годин
Загальна тривалість роботи	2,5 місяці	
Частота зустрічей	1 раз на тиждень	
Тривалість зустрічі	1 година	2 години
Основні скарги (%)	Негативні почуття та думки (100); погіршений настрій (100); проблеми у спілкуванні з оточенням (83,3); зневіра у власні сили (75); недостатність мотивації (91,7); незадовільний фізичний стан (який пов'язувався з психологічними проблемами) (66,6); складнощі у можливості повернутися до «звичайного життя» (100); незадоволеність загальним психологічним станом (83,3); нічні жахіття (58,3); бажання позбутися негативних спогадів (75).	
Кількість учасників	12	12
Ефективність	Підтверджено	

Дані з таблиці 4.2 є підставою стверджувати, що експертно визначено суттєві зміни в житті демобілізованих-клієнтів за всіма критеріями, що є підтвердженням ефективності психокорекційної роботи з ними.

Психокорекційна робота, з різними тематиками, переважно поєднаними проявом травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, дала змогу сформулювати деякі рекомендації щодо психодіагностики

зазначеної сфери та особливостей реалізації самої психокорекційної роботи. Нижче надано вказані рекомендації та показано їх реалізацію на конкретних прикладах.

Таблиця 4.2

### Ефективність психокорекційної роботи

Д	ГОУ		ВІДП		ЕС		ЯМС		ВВЧ		З/ЗРП		ПС	
	До	П	До	П	До	П	До	П	До	П	До	П	До	П
1	4	7	2	6	3	5	3	6	2	4	2	4	2	4
2	3	5	2	8	2	6	2	5	3	4	1	3	3	5
3	3	4	3	5	4	7	4	7	3	4	2	4	4	5
4	6	8	2	4	3	5	5	6	2	4	3	3	4	6
5	6	7	1	7	3	6	3	7	4	6	2	2	4	7
6	2	4	2	5	4	6	2	5	3	5	1	4	3	5
7	5	7	1	6	3	5	4	6	4	6	3	5	2	5
8	4	5	3	7	3	6	3	6	2	5	2	5	3	5
9	3	6	4	6	2	7	4	7	5	6	3	4	4	6
10	5	6	3	8	2	6	1	4	3	4	3	3	2	4
11	2	5	5	9	4	8	4	5	4	6	2	5	1	4
12	6	8	2	5	2	6	3	5	2	4	2	4	2	5
X <sub>c</sub>	4,1	6	2,5	6,3	2,9	6,1	3,2	5,8	3,1	4,8	2,2	3,8	2,8	5,1
T	15*		5**		6**		8**		13*		15*		7**	

Примітка: Д – демобілізовані; До та П – оцінювання за критеріями реалізованості демобілізованих до та після психокорекційної роботи; ГОУ – глобальна оцінка успіху; ВІДП – виявлення індивідуально-диференційованої проблематики; ЕС – емоційний стан; ЯМС – якість міжособистісних стосунків; ВВЧ – використання вільного часу; З/ЗРП – задоволеність/зміни в роботі чи професії; ПС – психофізичний стан; X<sub>c</sub> – середнє значення; T – критерій Вілкоксона; \* -  $p \leq 0,05$ .

Дані з таблиці 4.2 є підставою стверджувати, що експертно визначено суттєві зміни в житті демобілізованих-клієнтів за всіма критеріями, що є підтвердженням ефективності психокорекційної роботи з ними.

Психокорекційна робота, з різними тематиками, переважно поєднаними проявом травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, дала змогу сформулювати деякі рекомендації щодо психодіагностики зазначеної сфери та особливостей реалізації самої психокорекційної роботи. Нижче надано вказані рекомендації та показано їх реалізацію на конкретних прикладах.



#### 4.1.1 Рекомендації щодо діагностики особливостей структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

Психодіагностика травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, передбачає:

- оцінку ранніх дезадаптивних схем (опитувальник Янга Дж.);
- оцінку п'яти структурних складових емоційної схеми, а саме:
  - власне травматичного переживання (шкала диференціальних емоцій за Ізардом К.; чотирихмодальний емоційний опитувальник (за Рабінович Л.А., аналіз первинного «заторного» переживання – співставлення опитувальника Янга Дж.с вище наведеними методиками),
  - систему ранніх спогадів (методика аналіз ранніх спогадів за Rule W. R.)
- тілесні маніфестації (опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (за Немчиним Т.А.), опитувальник SF – 36 (Методика оцінки якості життя));
- когнітивні реперезентації (структуроване інтерв'ю; когнітивні дезадаптивні схеми);
- система мотивації (тест індивідуальної мотивації ТІМ, тест смисложиттєвих орієнтацій (за Леонтьєвим Д. А.);
- оцінку ранніх психологічних травм - тест «П'ять травм» (за Бурбо Л.),
- оцінку рівня психологічної постстресової дезадаптації (Міссісіпська шкала (військовий варіант); шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R – IES-R), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R)).

Для більш детальної та ефективної діагностичної роботи з тематикою травматичного емоційного досвіду на структурному рівні через ідею запропонованої емоційної схеми, надані також методи та техніки, які ефективно зарекомендували себе при встановленні кола скарг та запитів демобілізованих учасників бойових дій з ППД. Пропонується перелік та коротка характеристика найбільш ефективних з них:

*Імагінальна техніка.* Є технікою когнітивної психотерапії та спрямована на виявлення неадаптивних когніцій та вкорінених переконань. Демобілізованим пропонувалося згадати проблемні ситуації з повсякденного власного життя (принциповим уточненням є недопущення згадувань ситуацій, які пов'язані з гострою травмою, особливо все те, що стосується досвіду участі в бойових діях). Створювалася максимально спокійна та сприятлива атмосфера для цього, щоб досліджуваному ніхто не заважав та щоб він був переконаний в нелімітованості часу, виділеного на проходження даної техніки. Завдання полягало в необхідності сконцентруватися на собі, на своєму житті та згадати одну чи декілька ситуацій, пов'язаних з конфліктом чи власним дискомфортом, бажанням втекти від тих чи інших умов тієї чи іншої ситуації, власною некомпетентністю та ін. Перед демобілізованим ставилося завдання згадати та уявити максимально детально цю ситуацію та проговорити її.

Під час артикуляції досліджуваним змісту ситуації, відслідковувалися та фіксувалися, а в подальшому озвучувалися самому демобілізованому, всі висловлювання, які фактично презентували собою когнітивні репрезентації травматичного досвіду.

Пропонується приклад застосування імагінальної техніки для діагностики когнітивної сфери:

Приклад: демобілізований А.М. 43 роки, розповідаючи про ряд ситуацій, які склалися з різними людьми, скаржився на те, що його не сприймають серйозно, що його не чують, не розуміють. Технічно демобілізований спочатку детально згадував, а потім відтворював в оригіналі спілкування з близькими. Він сприймав такі ситуації як спілкування з нечуйними людьми. Але під час психокорекційної бесіди він зрозумів, що «сам вигадав таке». А.М. усвідомив, що завжди сумнівається в бажанні оточуючих цікавитися саме його думками. Через певний час роботи він згадав досвід спілкування з батьком, який часто стверджував що йому не цікава думки сина. Батько залишив родину, а винним за це опинився А.М., який вважав, що це розлучення сталося через нього. Це спровокувало формування у нього дитячої травми покинутості та виникнення ряду деструктивних когнітивних репрезентацій.

Розповідаючи про спілкування з батьком, А.М. періодично застосовував висловлювання, близькі до тематики даної травми. В таблиці 3.27 наведено деякі з них.

Таблиця 4.3

**Висловлювання демобілізованого А. М., що відповідають типічним когнітивним репрезентаціям травми покинутості**

Типічні когнітивним репрезентаціям травми покинутості	Висловлювання демобілізованого учасника бойови дій з ППД, що відповідають типічним когнітивним репрезентаціям травми покинутості
«Періодично виникають думки, що мене всі залишили наодинці з моїми проблемами»	Вони не вважають за потрібне мені допомагати; мої діти мені не помічники; маю все, як завжди, все вирішувати сам (з розчаруванням).
«У мене періодично виникає думка, що сам я мало що можу зробити»	Мені здається, що я не зможу вирішити цю проблему; самому щось вирішити мало вірогідно.
«Для досягнення успіху, необхідно вислухати максимум порад від інших»	Завжди раджуся з товаришами, коли потрібно прийняти рішення; якщо я не пораджуся з оточенням, сумніваюся в своїй правоті.

Дана ситуація є типічною з точки зору характеристики протікання неадаптивних когніцій, про які в своїй концепції говорить Бек А. Він зазначає, що дані когніції мають автоматичну психологічну природу, що дає можливість залишатися психіці в нерелективному просторі. Це когніції, які часто не піддаються критиці тож залишаються непомітними чи швидко витісняються одразу після відтворення. Когнітивні репрезентації травматичного досвіду є варіаціями таких неадаптивних когніцій. Здатність відслідкувати їх шляхом застосування імагінальної техніки дала можливість відслідкувати всі неадаптивні репрезентації травматичного досвіду демобілізованого А. М. та вийти на всю структуру емоційної схеми в цілому, що обумовило подальшу ефективність роботи з даним демобілізованим.

*Сократичний діалог.* Дана техніка належить до когнітивної психотерапії, є корисною для проведення діагностичного етапу в роботі з травматичним досвідом демобілізованих учасників бойових дій.

Техніка полягає у тому, що фахівець ставить такі запитання, які фокусують увагу клієнта на найбільш проблемних та не з'ясованих аспектах досвіду. Демобілізовані можуть сприймати власні міркування та почуття, як безсумнівні, не усвідомлюючи, що вони є неправильними, дезадаптивними. Влучно поставлені запитання дають змогу перевести локус свідомості та фокус уваги саме на такі мішені подальшої психокорекції. Робота з дезадаптивними когніціями може бути початком входу у структуру ранньої дезадаптивної схеми, тобто на суто первинні «заторні» переживання.

За допомогою сократичного діалогу можливо як виявляти так і піддавати сумніву істинність тих чи інших когнітивних репрезентацій травматичного досвіду. Техніка була ефективною в психокорекційній роботі з демобілізованими учасниками бойових дій при необхідності супроводжувати досліджуваного до більш глибоких когнітивних травматичних структур. Тобто, її використання давало змогу провести ефективну діагностику та виявити мішені для психокорекційної роботи як на горизонтальному так і на вертикальному рівнях їх хронологічного утворення в генезі психики. Застосування техніки мало не тільки діагностичний результат, а й психокорекційний, оскільки демобілізовані поступово згадували характерність для себе на різних етапах життя тих чи інших переконань, уявлень та ін. Це давало змогу прослідкувати весь ланцюг когнітивних утворень та усвідомити стрижневі структури, які обумовили в подальшому житті виникнення складнощів.

*Робота з мовними предикатами.* Доповненням попередніх двох технік у виявленні особливостей структури травматичного емоційного досвіду є врахування мовних предикатів. Дана техніка передбачає фіксацію символічних слів-маркерів, прояв яких в мові досліджуваних може свідчити про ті чи інші особливості структури їх емоційної схеми в цілому. Такі предикати, як: «просто», «можливо», «типу», «здається», «ймовірно», «може бути», «насправді», «так би мовити»

«теоретично все можливо» та ін., вказують на певну специфіку зазначеної структури.

Наприклад: якщо досліджуваний часто вживає слово «просто» мова йде про спрощення значущості тієї чи іншої події, ситуації, почуття, смислу, спогаду, тілесної маніфестації травматичного досвіду та ін.. Тобто, відбувається ігнорування певного змісту, уникнення його. Слово «типу» часто свідчить про неможливість реального проживання та ідентифікації певного змісту чи емоцій. Наприклад, досліджуваний на запитання чи «злиться він?», може відповідати, що він насправді «не злиться», а лише «типу злиться». Тобто, емоція не комунікується в чистому виді, досліджуваний знаходиться не в контакті з власними емоціями та переживаннями, або уникає їх прояву, що може бути захисними механізмами, що обумовлюють дезадаптацію.

Типовим у спілкуванні з деякими демобілізованими з ППД, було уникання відповідей саме шляхом використання вищенаданих мовних предикатів, особливо коли мова йшла про почуття, спогади чи мотиваційно-сміслову сферу.

*Вільний асоціативний ряд.* Дана методика передбачає довільне транслювання певних понять стосовно слова-стимула. Створювалися максимально благоприємні умови (нелімітованість часу та конфіденційність). Методика представляє собою вільне озвучування тих понять та образів, які з'являються у свідомості досліджуваного. Вона допомагає діагностувати актуальну змістовну характеристику його свідомості. Прикладом може бути спілкування з демобілізованим учасником бойових дій П. Т. (46 років), який на пропозицію фахівця називати в довільній формі слова, назвав наступні: сім'я, земля, небо, смуток, життя, війна, горе, боротьба, смерть, втрата, помста, воля, друзі. З даного переліку можна зрозуміти, що є певна амбівалентність понять, а відповідно і станів даного досліджуваного. З однієї сторони, це ресурсні поняття: сім'я, небо, життя, боротьба, воля, друзі. Але одночасно вони співіснують з такими поняттями, як: смуток, війна, горе, смерть, втрата. Тобто, демобілізований зберігав в собі переживання, пов'язані з подіями участі в бойових діях. В певному сенсі він продовжує жити тими подіями та невивільненими переживаннями щодо них. Даний варіант допомагає досить швидко

діагностувати наявність травматичного досвіду демобілізованих. Діагностика вираженості травм за Бурбо Л. в інфантильному досвіді, дала змогу зрозуміти, чи є травматичний досвід сумою актуального та інфантильного, чи це травматичне утворення, як наслідок участі в АТО/ООС.

До суттєвих переваг зазначеного методу відноситься можливість діагностики наявності травматичного досвіду без необхідності говорити про участь в бойових діях. На діагностичному етапі це може вплинути на бажання демобілізованого продовжувати працювати над собою, адже на цей момент відносини співпраці між ним та фахівцем ще бувають нестійкими.

#### **4.1.2. Рекомендації для психокорекційної роботи з травматичним емоційним досвідом у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

На основі результатів дослідження, опису напрацювань в сфері психокорекційної роботи з травматичним досвідом військовостужбовців в науковій літературі та психокорекційної роботи, були сформовані рекомендації для психокорекційної роботи з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД. Розглянемо їх більш детально.

Існує певна специфіка психокорекційної роботи з демобілізованими учасниками бойових дій. Вони усвідомлюють наявність власних проблем психологічного характеру, однак часто позиціонують себе в психокорекційній роботі, реалізуючи те, що Кочарян О.С. зазначив, як несприятливе для терапії, а саме: 1) регресія, 2) наповнення терапевтичного контакту трансферентними відносинами, 3) стійке відтворення інфантильних когнітивних, емоційних та поведінкових паттернів, 4) резистентність до змін.

Кочарян О.С., коли вказує на несприятливі для психокорекційної роботи компоненти, звертає увагу на запропоновані Роджерсом К.Р. характеристики людей, які знаходяться на першій та другій стадіях психотерапевтичного процесу, а саме: небажання повідомляти будь-що про себе, готовність говорити тільки про зовнішні обставини, не усвідомлюються почуття та особистісний сенс, статичність

особистісних конструктів, страх психологічної інтимності, тенденція заперечувати наявність особистісних проблем, відсутність бажання змінюватися, блокування спілкування з самим собою. Оскільки ці особливості виражено проявлялися в роботі з демобілізованими учасниками бойових дій з ППД, то це враховувалося при підборі методів та технік для психокорекції травматичного досвіду. Ця інформація була долучена до виявлених особливостей структури травматичного емоційного досвіду, що, сумарно, й визначило вибір наступних методів та технік: техніки клієнт-центрованої психотерапії, психокаталіз за Єрмошиним А., TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises за David Berceci, техніки когнітивно-поведінкової психотерапії, систематична дисенсебілізація. Розглянемо детальніше кожен з них з урахуванням особливостей застосування в роботі з демобілізованими:

*Техніки когнітивно-поведінкової психотерапії.* Під час психокорекційної роботи, демобілізовані періодично зіштовхувалися з неготовністю чи відсутністю досвіду говорити про свої переживання (особливо на початку роботи), тож можливість ділитися травматичним досвідом на рівні своїх думок, уявлень, бачення, ставали часто чи не єдиною можливістю налагодити контакт з собою, фахівцем чи групою. Бек А. зазначає, що когнітивна психотерапія є психотерапевтичним методом, орієнтованим на роботу з когнітивними структурами клієнта та є мішенню в роботі. Специфіка поведінки, тілесних маніфестацій травматичного досвіду, почуттів є наслідком роботи когнітивної сфери. Для даного методу характерним є: орієнтація на проблему, необхідність чіткої ідентифікації ситуацій та проблем, емпіричність, центрованість на теперішньому.

Норкрос Дж. та Прохазка Дж. вказують на те, що застосування когнітивної психотерапії допомагає клієнтові правильно мислити, тому що всі проблеми виникають саме з порушень мислення. Психотерапія, в цьому сенсі є різновидом навчання в якому фахівець виступає в ролі вчителя. Одним з центральних понять в даній теорії є «неадаптивні когніції» під якими розуміються любі думки, які заважають вирішенню нагальних життєвих проблем та викликають порушення внутрішнього психологічного гомеостазу.

Беком А. та представниками когнітивної психотерапії, до яких належать Елліс А., Макмаллін Р. та ін., пропонується певна структура когнітивної неадаптивної сфери. Вищезазначені неадаптивні когніції надбудовуються на вкорінені переконання. Вкорінені переконання є більш стрижневими когнітивними структурами, які часто мають інфантильну природу. За своєю характеристикою дана структура є автоматичною, тобто, її досить складно відслідкувати, тому вона піддається рефлексії особистістю з суттєвими складнощами.

В роботі з демобілізованими учасниками бойових дій в Україні, використовувалося інформування про ті когнітивні репрезентації травматичного досвіду, присутність яких в когнітивній сфері особистості суттєво може змінювати зміст інформації, яка отримується з оточуючого середовища. Мова йде про виявлені в дослідженні репрезентації. Маючи за змістом близькість до типічних репрезентацій, що виявлені в дослідженні, за формою ці когнітивні структури можуть набувати тих викривлень, про які говорять в своїх підходах представники когнітивної психотерапії. Оскільки вони виявлялися в когнітивній сфері кожного демобілізовано, зупинимося на них детальніше:

- Довільний висновок. Особистість робить висновки не опираючись на факти. Більш того, висновки можуть робитися навіть всупереч цим фактам.
- Вибіркове абстрагування. Орієнтуючись на певну деталь із загального об'єму інформації, як правило вихваченої із контексту, клієнт робить висновки стосовно всієї ситуації. Як правило контекст не враховується, тож висновки, звичайно, стають викривленими.
- Надгенералізація. На підґрунті однієї чи декількох ситуацій, клієнт може робити висновки відносно всього кола подій, які так чи інакше схожі на вказані. Досвід від однієї події розповсюджується як принцип на всю їх сукупність. Наприклад: демобілізований отримавши інформацію про те, що хтось конкретно не сприймає ситуацію на Сході та його участь у врегулюванні конфлікту як щось важливе і суттєве. Як наслідок, робить висновок, що всі хто продовжують жити цивільним життям не розуміють його, не поважають та не цінують те що він робить. Насправді ж демобілізований має усвідомити існування когнітивної репрезентації



травматичного досвіду, яка була сформована як наслідок формування когнітивної сфери особистості з травмою покинутості чи приниження.

- Мінімізація та перебільшення. Обидва варіанти є континуальними варіантами одного й того ж викривлення дійсності та пов'язані зі штучною зміною ступеню значущості чогось (це може бути подія чи почуття) в житті.

- Персоналізація. Цей варіант викривлення полягає в надмірній відповідальності. Особистість бере відповідальність за все, що відбувається навколо, виключно на себе, не піддаючи це жодній об'єктивній критиці. Прикладом може бути ситуація, в якій демобілізовані звинувачують себе в загибелі товаришів по службі, хоча жодної об'єктивної обставини для цього не має.

- Дихотомічне мислення. Когнітивне викривлення реальності, при якому не існує проміжних варіацій дійсності, а лише крайнощі. Наприклад: демобілізований вважає, що він має воювати до перемоги і не має жодного права повертатися до родини чи професійної діяльності раніше. Коли термін служби закінчується, фізично повернувшись до дому, демобілізований психологічно продовжує жити внутрішнім конфліктом незавершеності ситуації, тому що не закінчилася війна.

- Прийняття на свій рахунок. Близьке викривлення до персоналізації, але основна особливість даного варіанту полягає в міркуваннях стосовно того, що оточення все помічає, що відбувається з особистістю, навіть коли та цього не хоче. Прикладом може бути ситуація, в якій демобілізованому може здаватися що він якимось не таким повернувся після участі в бойових діях і всі це помічають. Дані міркування провокують постійний контроль за своєю поведінкою, виникнення тривоги, злості, гніву та ін.

Діагностика зазначених когнітивних викривлень дійсності дуже важлива, особливо на початкових етапах діагностики та психокорекції з демобілізованими учасниками бойових дій з ППД, оскільки мають як корисний інформаційний характер для самого факівця, так і допомагають встановленню того, що Бек А. назвав коллаборативними відносинами. Демобілізований на прикладі аналізу власних думок отримує підтвердження існування певних особливостей сприйняття

реальності. Представники когнітивної психотерапії вказують на важливість для ефективності роботи можливості знаходження прикладів особливостей прояву когнітивних структур та інформування клієнта про шляхи їх подолання. Не менш важливим є інформування про результати, які можна отримати в кінці психокорекційної роботи. Клієнт отримує мотивацію в бажанні стати партнером для фахівця у роботі з конкретними власними проблемами.

Робота з демобілізованими з використанням когнітивної психотерапії передбачала три етапи роботи, а саме:

1. Розпізнавання неадаптивних когніцій. Даний етап передбачав застосування технік «сократичний діалог» та «імагінальна техніка» для виявлення когнітивних репрезентацій травматичного досвіду.

2. Дистанціювання. З демобілізованими проводилася робота, орієнтована на здатність усвідомити деструктивність природи даних когнітивних структур. Довгий час не помічаючи в собі цих думок чи вважаючи той чи інший зміст фактом, досить складно отримати такий результат. Після першого етапу демобілізовані учасники бойових дій з ППД усвідомлювали наявність в когнітивних структурах репрезентацій травматичного досвіду, проте повірити в їх неістинність чи неадаптивність їм було досить складно. Тому в роботі з ними даний етап було розподілено на три складові:

А) В першу чергу, робота вибудовувалася з ціллю усвідомлення демобілізованим автоматичності неадаптивної когніції, її спонтанної характерності. Тобто, періодичне звернення уваги на однотипну фразу в мові демобілізованого, яка з'являлася в різних контекстах та змістах, вела до усвідомлення її постійності присутності у власних когнітивних структурах. Завершенням першої складової другого етапу вважалося усвідомлення не тільки автоматичності, та самодовільності цієї когніції, але й чужості «Я».

Б) Друга складова другого етапу передбачала можливість демобілізованого усвідомити те, що саме деструктивність змісту цієї когніції, її неадаптивність, викликають страждання. Тобто, дуже багато демобілізованих не співставляли неадаптивність певної когнітивної репрезентації травматичного досвіду з певною

емоцією, проживання якої обумовлювало дискомфорт, «душевний біль», почуття втрати та ін. Ці думки та зазначені переживання існували, так би мовити, окремо одні від одних, що підкреслювало розірваність структури емоційної схеми та неінтегрованість когнітивної складової до неї.

В) Третьою складовою третього етапу було отримання результату у вигляді усвідомлення демобілізованими (як правило, у вигляді сумнівів) неістинності даних когніцій. На цьому етапі характерним було підвищення мотивованості демобілізованих в бажанні більш активно працювати над собою, оскільки вони усвідомлювали конкретну психотерапевтичну мішень. Тож з'являлося бажання та надія позбавитися не тільки когнітивних репрезентацій травматичного досвіду, а й тих переживань, що його наповнюють. Перехід до третього етапу передбачав суттєве зміцнення колаборативних відносин між демобілізованим та фахівцем.

3. Перевірка на істинність. Виникнення в кінці другого етапу бажання перевірити на істинність когнітивну репрезентацію ставав основним завданням третього етапу. Для цього застосовувалося декілька технік когнітивної психотерапії. Далі надається їх перелік та коротка характеристика з прикладами застосування:

- *Перевірка обґрунтованості неадаптивної когніції наслідком з неї самої.*

Ця техніка також називається декатастрофізація або техніка «а що, якщо...». В разі очікування занадто тяжких наслідків якоїсь події для демобілізованого, йому пропонувалося змодельювати ситуацію, в якій оцінювалися ймовірні наслідки цієї події, що часто вело до переконання стосовно невідповідності ступеню реальних можливих наслідків по відношенню до очікуваних.

- *Заохочення до перевірки істинності неадаптивної когніції шляхом реальної дії.*

Коли, наприклад, демобілізований був впевнений в байдужості до його переживань зі сторони близьких, йому пропонувалося перевірити це шляхом спілкування на цю тему. Звичайно були ситуативні обмеження у зв'язку з мінімальним досвідом говорити про свої почуття, але, в той же час демобілізований переконувався, що справа не в байдужості а в звичці в родині взагалі не спілкуватися на певні тематики, особливо ті, що стосувалися переживань демобілізованого.

- *Порівняння з другими.* Демобілізованому наводилися приклади з життя інших військових, які вирішували ситуацію, що могла здатися йому, як бизвихідь.
- *Виявлення логічної невідповідності.* Деструктивна когніція піддавалася логічній перевірці, що допомагало виявити певні абсурдні переконання, які між собою не погоджені.
- *Відволікання.* В якості рекомендацій демобілізованим пропонувалося повернути в свою життєдіяльність ті розваги та хоббі, які допомагали відволікатися від «важких думок»: масаж, басейн, спорт, рибалка, збирання грибів, прогулянки, відвідування закладів для відпочинку, зустріч з друзями та розмови з ними на вільні теми (пропонувалося не повертатися до тем, пов'язаних з участю в бойових діях – тобто можливість повернутися до «звичайного» життя).
- *Імагінальність результату.* У випадках, коли демобілізовані зазначали відсутність рішення тієї чи іншої життєвої проблеми, їм пропонувалося уявити ситуацію, що містить в собі рішення. Це допомагало зіп'явставити реальну ситуацію та очікувану та зрозуміти чого саме не вистачає, щоб отримати бажаний результат.
- *Реатрибуція.* Аналіз можливих інших причин, які могли обумовити виникнення тієї чи іншої ситуації.

Таким чином, когнітивно-поведінкова психотерапія зарекомендувала себе як дуже ефективний метод в психокорекційній роботі з демобілізованими учасниками бойових дій в Україні з ППД. Суттєвою перевагою по відношенню до інших методів, у технік когнітивної терапії, була можливість не проявляти прямо емоції, почуття, з рефлексією та артикуляцією яких, у зазначених демобілізованих в більшості випадків виникали проблеми, особливо на початку терапевтичної роботи. До переваг також належать домашні завдання, які полягали в можливості демобілізованому самостійно відслідковувати неадаптивні когніції, що пришвидшувало необхідний результат.

*Техніка систематичної десенсибілізації.* У зв'язку з тим, що дана техніка виявилася однією з найбільш ефективних з когнітивно-поведінкового напрямку, її розглянуто окремо. В даній техніці використовувався принцип реципрокності емоцій, тобто бзаємовиключення емоцій з емоційної сфери. Тобто, демобілізованим

учасникам бойових дій пропонувалися ситуації, в яких вони почували себе гарно, прикладом чого могли бути розмови про щось суттєве та приємне для них. Проживаючи приємні емоції, звичайно, одночасно, вони не могли проживати негативні, тому перехід на незначний прояв тематики, яка була стресовою чи продукуючою неприємні емоції, супроводжувалася приємними емоціями. Таким чином, поступово, робота із залученням даної техніки, вела до здантості спокійно реагувати на раніше стресогенні стимули. Тобто поступово демобілізований ставав емоційно більш стійким до тематик, які раніше викликали страх, гнів, біль та ін. Важливим при цій роботі є правильне структурування стресогенних стимулів. Тобто, якщо у демобілізованого виникав сильний гнів по відношенню до супротивників, з якими він воював, то одразу переходити від розслабленості та радості до даної тематики, безперспективно. Необхідно було поетапно проводити десенсибілізацію. Тому початком роботи могло бути проговорювання того, що люди схильні помилятися та обирати не правильну сторону у з'ясуванні тих чи інших питань. Коли демобілізований міг конструктивно реагувати на такий зміст і позитивні емоції зберігалися, в діалогі з фахівцем пропонувалося формулювання більш близьке до супротивника, наприклад, тема про цивільних громадян, які мають погляди відмінні від поглядів демобілізованого. Тобто, завдання полягало не в тому, щоб переконати демобілізованого погодитися з можливістю існування точки зору «іншої сторони», а в тому, щоб емоції втратили саморуйнівний вплив.

Таким чином, систематична десенсибілізація є ефективною в психокорекційній роботі з травматичним досвідом демобілізованих без необхідності постійної артекуляції цих емоцій. Техніка допомагає послабити напруженість емоційної складової в структурі емоційної схеми, особливо в підструктурі емоції – мотиваційно-сенсова сфера. Ефективним результатом її застосування було те, що при збереженні власних переконань, військовослужбовець менш інтенсивно проявляв спектр негативних емоцій.

*Психокаталіз за Єрмошиним А. Ф.* Метод орієнтований на регуляцію психічних процесів та відновлення саморегуляції організму через занурення уваги особистості в тілесні та просторові відчуття, які пов'язані з переживаннями. Автор

методу зазначає, що у особистості частіше всього стихійно формується спосіб сприйняття реальності. Результат застосування методики передбачає формування конструктивної здатності сприймати реальність, яка, безумовно, може бути різною. Метод є близьким до аутогенного тренування та медитативних технік.

Технічно, перший етап роботи передбачав консультативний етап з можливістю з'ясувати основне коло запитів демобілізованих. Коли робота переходила на етап проговорювання тих чи інших станів чи переживань, пропонувалося розслабитися та сфокусувати увагу на відчуттях та почуттях в тілі. Часто даний метод застосовувався при алекситимічності у спробі виразити свої почуття або бажанні позбутися певних емоцій не поглиблюючись у причини їх виникнення. Важливою складовою реалізації цього методу є каталізація цих переживань. Тож демобілізовані вчилися концентрувати увагу на тілесних проявах цих переживань. Вони також встановлювали, де ці переживання «живуть» в тілі. Після вирішення цього завдання, демобілізованим пропонувалося трансформувати переживання в конкретну субстанцію.

Злість могла уявлятися як полум'я, що горить в грудях, чи страх, який, як холодна вода відчувається в животі. Всі ці елементи реалізуються дуже повільно, щоб демобілізований зміг відчутти та ідентифікувати негативні переживання. Він мав дійсно відчутти та повірити в зустріч в собі саме з цими переживаннями. Тобто це не тільки робота уяви. Це певне проживання в собі цього травматичного досвіду.

Наступним етапом було дренажування цієї субстанції з організму. Наприклад, полум'я злості могло перетворитися на чорний дим та вийти з тіла. Тобто демобілізований мав відчутти, як злість покидає тіло-організм-психіку-досвід. Ця дія відбувалася до моменту, доки у демобілізованого не з'являлася впевненість в тому, що дані переживання дійсно залишили його. Часто демобілізовані, як результат дренажування певного стану, говорили про порожнечу, що в медитативному стані пропонувалося «наповнити» чимось приємним. Прикладом може бути наповнення цієї порожнечі радістю. Цей процес мав відбуватися аналогічно попередньому але в зворотньому напрямку. Тобто демобілізований мав уявити, як радість наповнює все тіло. В цьому стані демобілізований міг знаходитися суб'єктивно необхідний час.

Систематичне використання даного методу робило рівень емоційної напруженості суттєво нижчим. Деякі демобілізовані на повторних зустрічах ділилися досвідом самостійного проходження всіх етапів психокаталізу, що визначало покращення настрою.

Отже, психокаталіз зарекомендував себе, як ефективний метод в роботі з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій. Особливо в корекції негативних емоційних симптомокомплексів. Однак необхідно зазначити, що не для всіх психокаталіз «підійшов». Троє демобілізованих сприймали дані інструкції скептично та проходили даний вид психокорекційної роботи поверхнево, тому їм пропонувалися більше сконцентруватися на проходженні інших методів та технік.

*TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises* за David Berceli. Даний метод використовувався в психокорекційній роботі з більшістю демобілізованих учасників бойових дій. Демобілізованому пояснювалися 8 вправ, реалізація яких дозволяла знімати напруженість в тілі. Через тремтіння, яке виникає в наслідок проходження цих вправ, вивільняється та напуга, яка могла накопичуватися тривалий час. Для дренування цієї напруженості достатньо навчитися активізувати точки в тілі в яких сходиться перехід роботи м'язів згибачів та розгибачів. Регуляція даного механізму здійснюється на рівні стовбура мозку та спинного мозку. Коли психіка витісняє не пережиті повноцінно емоції, почуття, стани, еквівалент не відреагованої енергії «замерзає» в тілі, створюючи хронічну втому, напруженість, дискомфорт. Тож важливо вивільнити з тіла дану енергію, що суттєво покращує загальний стан організму та самопочуття вцілому.

Отже, метод TRE рекомендується як дуже ефективний в роботі з травматичним емоційним досвідом демобілізованих, адже не потребує повернення до гострих переживань тих подій, які виникали під час служби. Демобілізовані вільно та досить швидко оволодівали даним методом, а часте його практикування давало швидкий результат. Значна кількість демобілізованих, з якими вдалося налагодити більш плідну співпрацю в процесі проведення дослідження та які погодилися включитися в психокорекційну роботу над власними незадовільними

психологічними станами, особливо на початковому етапі, не мали бажання працювати в класичному розумінні, а хотіли позбавитися напруження, яке заважало їм повноцінно жити, тож даний метод при такому запиті був дуже ефективний.

*Техніки клієнт-центрованої психотерапії за Роджерсом К.Р.* Техніки даного підходу використовувалися в тому випадку, коли з демобілізованим встановлювалися довірливі відносини й з його сторони виникало бажання більш детально попрацювати з емоційною складовою травматичного емоційного досвіду. Слід зазначити, що демобілізованих, які бажали працювати зі своїми емоціями відкрито, маючи готовність та бажання проговорювати свої почуття, було не більше четвертої частини від тих, хто погодився працювати взагалі. На зазначеному рівні, робота здійснювалася з допомогою основних технік клієнт-центрованої психотерапії, а саме:

*Повтор.* Коли демобілізований проявляв бажання поспілкуватися про почуття, які він переживає чи переживав в умовах бойових дій, фахівець повторював саме ті слова, які були ключовими, тобто мали найбільш значуще емоційне навантаження.

*Парафраз.* Перефразування одного й того ж змісту, сказаного демобілізованим, допомагало створити атмосферу довіри та можливості демобілізованого усвідомити що його розуміють, що фахівець його чує, підтримує, бажає допомогти.

*Узагальнення.* Техніка полягає в можливості не втрачати жодної складової змісту, наданого демобілізованим (особливо в ситуації надання ним великої кількості інформації, при неможливості визначити найважливішу її частину в даний момент роботи). Такий супровід допомагав відчувати підтримку зі сторони фахівця і, одночасно, не вибирати за демобілізованого той шлях роботи, який для нього був найбільш актуальним.

*Рефлексивні запитання.* Дана техніка застосовувалася тоді, коли демобілізований не міг вірно та чітко ідентифікувати певну емоцію чи стан, але відчувалося що він її усвідомлює і щиро бажає зрозуміти, що саме відчуває в даний момент. Влучне запитання допомагало демобілізованому відрефлексувати дане переживання, емоцію, стан чи почуття.



*Емпатичні відповіді.* Дана техніка допомагала демобілізованому отримати влучну рефлексивну відповідь. Фахівець ділився своїми переживаннями, які відчував при роботі з тією чи іншою тематикою демобілізованого.

*Принцип урівноваження емоцій.* «Заторна» емоція доводиться до межі, що робить її очевидно травматичною. Це актуалізує контрарну емоцію та запускає механізм урівноваження емоцій. Кочарян О.С. зазначає, що технічно актуалізація «заторних» емоцій проходить через ампліфікацію та фокусування.

Для більш чіткого розуміння дії цього принципу слід згадати принцип реципрокності, за яким одне переживання не може протікати в психіці одночасно з іншим. Тобто, одне з них має змінювати інше. Тож доведення до межі «заторного» переживання спрямоване на перспективу зміни його на конструктивне. Це можливо при повному варіанті актуалізації та проживання першого. Даний принцип в роботі з демобілізованими застосовувався лише у випадках готовності до такого рівня роботи чи можливості дійти до етапу, на якому б було доцільно його застосовувати.

Робота в ключі клієнт-центрованої психотерапії передбачала створення довірливої атмосфери, що сприяло отриманню потрібного результату. Слід зазначити, що даний підхід застосовувався не зовсім в класичному варіанті. Техніки реалізовувалися більш директивно та з певним техніцизмом, оскільки класичний варіант застосування наврядче міг би бути зрозумілим та близьким демобілізованим після звички до певної субординації та уставних відносин на службі.

## **4.2. Приклади психокорекційної роботи з тематикою травматичного емоційного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД**

### **Приклад застосування технік когнітивної психотерапії.**

Демобілізований учасник бойових дій в Україні з ППД П.Р. 46 років. Вважав «катастрофою для себе» неможливість знайти роботу протягом двох місяців після демобілізації. Скаржився на постійну тривогу та думки про зазначену ситуацію. Оскільки більш детально говорити про свої почуття стосовно даної ситуації демобілізований відмовився, фахівцем було прийнято рішення застосувати техніки

когнітивної психотерапії для корекції когнітивної структури, припускаючи, що у демобілізованого є когнітивні репрезентації травматичного емоційного досвіду, через які можна «вийти» на всю схему вцілому.

Першою була застосована техніка «перевірки обґрунтованості неадаптивної когніції наслідком з неї самої». На уточнення чи переконаний він в тому що так чи інакше знайде роботу, він відповів, що так. Тоді йому було поставлено запитання, що трапиться, якщо він не зможе знайти роботу ще протягом декількох місяців. Що трапиться реально? Чи піде від нього жінка, чи осудять його діти чи знайомі? Звичайно процес передбачав певний час, за який демобілізований мав можливість ґрунтовно все обміркувати. Певний час він перебував у тиші, не говорячи майже нічого. Наглядною була внутрішня робота, як спроба переоцінити ситуацію, змодельовати її для себе по справжньому. Після певних роздумів, він сказав що ніколи не помічав, що дружина та оточуючі постійно його підтримують й що це нормально. Також він поділився виникаючими періодично думками, як проявами певних побоювань, що втратить родину, а точніше, що його «залишать наодинці рідні у вирішенні актуальних проблем, якщо він певний час буде не успішним». Таким чином, вдалося вийти на неадаптивні когніції, що за змістом відповідають когнітивним репрезентаціям травматичного досвіду за типом травми покинутості. А саме: «Періодично виникають думки, що мене всі залишили наодинці з моїми проблемами», «У мене періодично виникає думка, що сам я мало що можу зробити». Інформування демобілізованого щодо існування певних інфантильних травма та можливості їх репрезентації на когнітивному рівні дало змогу зміцнити колаборативність спілкування та вийти на зміни у всіх складових емоційної схеми, які надано в таблиці 4.4.

**Зміни складових емоційної схеми у демобілізованого П.Р.**

Назва складової емоційної схеми	Зміни (терапевтичні мішені)
Інфантильні травми (в системі спогадів)	Покинутість
Переживання (емоції)	Страх, сором, презирство, провина
Мотиваційно-сміслова сфера	Відсутність віри у власні сили, сприйняття життя як не цікавого.
Тілесні маніфестації травматичного досвіду та психологічні характеристики нервово-психічної напруги	Наявність фізичного дискомфорту, наявність больвих відчуттів, особливості сну, погані настрої, низький рівень загальної оцінки психічного стану.
Когнітивні репрезентації травматичного досвіду	«Періодично виникають думки, що мене всі залишили наодинці з моїми проблемами», «У мене періодично виникає думка, що сам я мало що можу зробити».

Результатом застосування когнітивних технік та усвідомлення наявності та причин виникнення когнітивних репрезентацій травматичного емоційного досвіду, стало відкриття того, що демобілізований боїться того, чого не існує. Через чотири зустрічі демобілізований повернувся до даного питання та зазначив що йому стало суттєво краще.

Для закріплення проміжного результату, була застосована техніка «порівняння з другими» в якій фахівець розповів про декілька реальних аналогічних випадків, які виникали в житті інших демобілізованих, але ті шукали роботу значно довше, після чого вирішили це питання і нічого жахливого не відбулося. Для демобілізованого-клієнта це був цінний досвід, він подякував фахівцеві, зазначаючи, що раніше був певен, що це тільки з ним могло таке трапитися й не помічав «нормальність» цієї ситуації. В той же час він поділився спогадами про те, що його батько завжди вимагав від нього виконувати будь-яке завдання одразу та ефективно, а в іншому разі ображав його та називав невдахою.

Вищезазначений інсайт допоміг вийти на ще одну тематику інфантильного травматичного досвіду, а саме травму приниження та, пов'язаного з ним сформованого вкоріненого переконання про власний внутрішній образ «невдахи»,

тікаючи подумками від якого, він відчував постійну тривогу. Напластування травм покинутості та приниження повністю відповідають виявленій в дослідженні специфіці інфантильного травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з ППД, а саме утворення конгломерату з інфантильних травм. Усвідомлення цього стало максимумом в роботі з даним демобілізованим. Він не захотів йти в роботу з травматичними переживаннями, але усвідомлення причин своїх станів та поведінки дали хороший результат.

Даний фрагмент психотерапевтичної роботи наглядно демонструє ефективність даної техніки в можливості діагностувати когнітивні репрезентації травматичного досвіду та їх нівелювання. В даному прикладі наглядною є й робота зі всією структурою емоційної схеми, виявити особливості якої стало можливим починаючи з роботи з когнітивною схемою. Виявлення специфіки цієї схеми самим демобілізованим мало саногенний ефект.

#### **Приклад застосування методу TRE за Берцелі Д.**

Застосування виключно даного методу проводилося в тих випадках, коли демобілізований йшов мінімально на контакт, але бажав позбавитися психологічної та фізичної напруженості. Демобілізований учасник бойових дій в Україні С.О. (40 років) погодився пройти тестування для дослідження, в процесі якого поцікавився, як можна позбавитися постійної напруженості в організмі, але включався в роботу дуже обмежено. Тобто, результатом діагностування, наприклад, емоційної сфери, була інформація про високий рівень прояву болю, гніву, страху, сорому, вини, але мінімальні спроби поговорити про емоції та почуття викликали супротив такого ступеню, що подальша робота в конструктивному ключі ставала мало ймовірною.

Розмовляти про думки чи, тим більш, проводити психокаталіз теж було мало ймовірно. Враховуючи те, що гіпотетично, мова йшла про симптомокомплекс негативних емоцій, ступінь прояву яких та небажання взагалі розбиратися з цим в собі, блокували роботу, й збільшували вірогідність завершення спілкування в цілому, демобілізованому було запропоновано фахівцем комплекс вправ з TRE.

Виражаючи певний скептицизм та іронічно висловлюючись стосовно даних вправ, демобілізований після певного інформування про методику та пояснення

того, що вона розроблена для зняття напруженості в організмі та застосовувалася у багатьох військових конфліктах, які відбулися в різних країнах світу та давала хороший результат, все ж погодився спробувати вправи цієї методики. Лише на четвертій зустрічі демобілізований повідомив, що йому вдалося досягти тремтіння при проходженні цих вправ і що (не знає чи саме з цим це пов'язано) йому стало трішки краще, а саме: він став більш розслаблений.

Через певний час демобілізований зателефонував та повідомив, що коли йому стає складно і він відчуває напруженість в тілі, тоді робить зазначені вправи і йому стає краще, за що й подякував фахівцеві. На пропозицію можливості більш детально попрацювати з собою в психокорекційному ключі – відмовився, мотивуючи тим, що не має для цього достатньої кількості часу, але повідомив, що коли вирішить що готовий до цього, - повідомить.

Даний випадок не є виключенням. На жаль певна кількість демобілізованих настільки буває неготовою до психокорекційної роботи, що максимумом може бути лише можливість навчити їх дренувати прояви тілесних маніфестацій травматичного емоційного досвіду чи наслідки впливу на загальний психологічний чи фізичний стани змін у роботі будь-якої зі складових емоційної схеми. В той же час, були випадки, коли ефект від застосування вправ TRE ставав тим достатнім аргументом для демобілізованого, який обумовлював продовження роботи та психокорекційну роботу з цими складовими та отримання результату в роботі з кожною з них.

**Приклад комплексного застосування методик в роботі зі всіма складовими емоційної схеми травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією.**

Надзвичайно сильно напружені емоційні структури не дають можливості клієнту рефлексувати ті почуття та емоції, які необхідно вивільнити для гармонізації цієї структури. Дану особливість можна розглянути на конкретному прикладі: чоловік К.П. 47 років, демобілізований, звернувся за проханням дружини, яка помітила виражені зміни в поведінці чоловіка, а саме: замкнутість, часта зміна

настрою, сновидіння-жахіття, спалахи гніву, періодичні панічні атаки, хронічна напруга.

До проходження служби в зоні АТО подібних особливостей поведінки у чоловіка не спостерігалось. Сам чоловік до психотерапевтичної роботи спочатку ставився досить скептично. В більшій мірі, з його слів звернувся до терапевта, бо дружина сподівається, що терапевт зможе допомогти. При найменших спробах говорити про події, які він пережив за час участі в бойових діях, у чоловіка спостерігався сильний емоційний спротив, впевненість в тому, що його ніхто не зрозуміє, гнів щодо того, що цивільне населення не розуміє, наскільки тяжко тим чоловікам, які отримали бойовий досвід, відчуття болю та втрати, пов'язане з загибеллю товариша.

До зазначеної скарги додалася також алекситимічність висловлювань. Тобто чоловік часто міг говорити про деякі відчуття в тілі, а не про почуття та емоції, що теж є досить характерною особливістю для комбатантів. В той же час, зазначені відчуття, чоловіком ніяк не виражалися конструктивно, що обумовлювало хронічну напругу в тілі та періодичні сновидіння-жахи.

Емоційна напруга була настільки сильною, що витіснялася зі свідомості, а найменша спроба психокорекційної роботи викликала сильну фрустрацію і, як наслідок, - бажання залишити роботу з фахівцем. Виникає ідея схожості даного травматичного досвіду із запропонованою ідеєю «заторних» емоцій О.С. Кочаряном.

В наведеному випадку спостерігалися прояви когнітивних репрезентацій травматичного досвіду за тривими покинутості приниження та несправедливості, що проявлялося в висловлюваннях, типічних до виявлених в дослідженні. Уточнення скарги в процесі спілкування допомогло діагностувати типічні особливості емоційної сфери демобілізованих з ППД, що проявлялося у: 1) вираженому «злипанні» негативної емоційності стенічного та астеничного кола; 2) у деструктивній конатованості позитивних емоцій «радості» та «здивування». 3) у наявності феномену потенціювання негативної емоційності – «злипання» негативних емоцій predisponує посиленню їх деструктивної дії, загальної інфляції негативної емоційності; 4) у втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом»;

5) в існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери. Тобто існує певна емоційна складова як пласт, який блокує прояв звичайних емоцій, таким чином обумовлюючи певну ригідність та періодичну фрустрацію до певних станів. Кочарян О.С. підкреслює необхідність вивільнення “заторних” емоцій та підвищення емоційного тону та врівноважування емоцій як терапевтичного механізму, що й було однією з основних цілей психокорекційної стратегії. Складовою скарги також були тілесні маніфестації травматичного досвіду, які ускладнювали загальний психологічний стан.

Клієнт-центрована психотерапія була основним вектором в роботі з комбатантом, адже саме її концептуальні засади орієнтовані на можливість відреагування тих “заторних” емоцій, які представляють собою майже всю сумарність клієнтських запитів комбатантів. Була застосована техніка емоційного зрівнювання.

В роботі з даним демобілізованим учасником бойових дій виникла проблема “фасадної” неготовності, відсутності досвіду на початковому етапі роботи працювати на рівні почуттів, бути в контакт з своїми емоціями, звичка раціоналізувати дійсність, звичка до директивності в компетентній комунікації, а відповідно і очікування допомоги від того, хто позиціонує себе в рамках даної специфіки комунікації, що суперечить традиційному розумінню позиції психотерапевта в клієнт-центрованій психотерапії по відношенню до клієнта, що, в свою чергу, могло призвести до знецінення фігури психотерапевта цим клієнтом. Тож виникла необхідність створення оптимальної моделі психотерапевтичної роботи з клієнтом, враховуючи специфіку травматичного емоційного досвіду, а, відповідно, і клієнтських запитів, в якій клієнт-центрована психотерапія виступила стрижневою складовою терапевтичної стратегії у взаємодії з іншими терапевтичними напрямками, які допомогли ефективно подолати зазначені вище загрози для ефективної роботи.

В рамках оптимізації та адаптації клієнт-центрованого напрямку для роботи з комбатантами було запропоновано доповнення класичного уявлення про роботу в

рамках даного підходу, деякими іншими терапевтичними методами. Так, у вищезазначеному прикладі з психокорекційної практики, для початкового етапу роботи була залучена когнітивна психотерапія у роботі з когнітивними репрезентаціями, які звучали в оригіналі наступним чином: «не зрозуміють», «не підтримають», «не оцінять», «це нікому не потрібно крім мене», «я ніколи з цим не зможу нічого зробити», «ці спогади завжди будуть мене переслідувати», «те що відбувається в моєму житті не справедливо», «це принижує мене» та ін. Кожне з цих висловлювань є варіацією когнітивних репрезентацій за вищезазначеними травмами.

На початковому етапі було створення колаборативних відносин, тобто, відносин партнерства, консолідації зусиль у роботі над проблемою. Саме такий початок психокорекційної роботи й був реалізований з зазначеним клієнтом.

Інформування клієнта про хід роботи, важливість поетапності роботи, розкриття суті застосування тих чи інших технік, розвінчування клієнтських міфів за допомогою технік когнітивної психотерапії (наприклад, порівняння з іншими, перевірка логічності, реатрибуції, децентрації, три колонки та ін.), допомогло встановити довірливі відносини з клієнтом. На цьому етапі було мінімально задіяно роботу з почуттями, що зменшило вірогідність втрати клієнта для можливої терапевтичної роботи. Це допомогло позбавитися від когнітивних репрезентацій травматичного досвіду та напрацювати більш адаптивні когнітивні структури.

Важливою, у вищезазначеній роботі, також є можливість фахівця займати не характерну для клієнт-центрованого методу більш батьківську чи братерську позицію. Тобто не безумовно приймаючу, емоційно наповнену, емпатичну, конгруентну позицію, а більш раціональну, в першу чергу компетентну, директивну позицію, в якій клієнт має бачити позицію «рівного». Це більш знайома та зрозуміла для чоловіків-військовослужбовців, модель взаємодії, в якій більше вірогідність побудувати спілкування, в якому можлива довіра та порозуміння, що, власне і виникло в психотерапевтичній роботі в описаному випадку.

Виникнення довіри та готовності працювати над собою, звичайно не змінює інтенсивність переживань, які були пов'язані у клієнта з травматичним емоційним



досвідом, які він отримав під час служби, а саме – бойових дій. Розуміння клієнтом присутності тієї фігури, з якою стає пов'язаною надія на зміну свого психічного стану не дає самих змін і залишає мало можливою конструктивну роботу з даними емоційними структурами, про важливість якої говорить багато психологів. Тож на даному етапі необхідним було зниження афективності напруги для можливості продуктивної роботи (для якої потрібне напрацювання ресурсу), а не повторної травматизації та постійного тримання в дистресі клієнта, в якому він й так знаходився довгий час, що часто спричиняє ПТСР. Більш того, про що говорилося раніше, зменшення напруги у демобілізованих необхідно проводити “в обхід” усвідомлення.

Тілесні маніфестації свідчили про високий рівень напруги в тілі, з якими було складно працювати на початкових етапах роботи, тож для цього етапу конструктивним було залучення методу запропонованого Berceli D., а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises. Berceli D. вказує на те, що під час стресової реакції, на досить глибокому рефлексинному та інстинктивному рівні, запускаються програми роботи організму, а, зокрема, і певних груп м'язів, орієнтованих на захист. Прикладом може бути так звана “поза ембріона”, яку займають люди інтуїтивно, коли їм потрібен захист, коли на них діє певний стресовий фактор.

Berceli D. також зазначає про важливість пам'яті м'язів, яка відіграє важливу роль в адаптації, в накопиченні досвіду реагування, але може відігравати і негативну роль, адже при довготривалому впливі на організм певного подразнювача, впливає і на виникнення хронічної напруги, при відсутності можливості її дренажу, що, власне і відбувається з комбатантами під час бойових дій. Тобто, після різкої зміни стану м'язів під час стресу, необхідне відпускання, яке веде до гомеостазу. Саме цієї складової повноцінного циклу реагування на стрес не відбувається у багатьох із комбатантів. В той же час, Berceli D. вказує на виникнення психологічного еквіваленту реагування на стрес, в рамках якого травма залишається жити в психіці, часто не помітно зовні для оточуючих. Виникає її “замерзання”, що детермінує і одночасно являється психологічною напругою, разом з описаною м'язовою напругою.

Чоловікові було запропоновано робити ті вправи, які передбачено в підході Bergeli D., систематичне виконання яких дало можливість зняти цю напругу, без необхідності вербалізації змісту травматичного досвіду чи усвідомлення емоцій та почуттів. Важливо зазначити, що даний метод пройшов апробацію в роботі з військовослужбовцями в багатьох країнах, в яких виникали військові конфлікти, а саме: Ливані, Палестині, Ізраїлі, Судані, Ємені, Ефіопії, Уганді, Афганістані та Сирії.

Після двох місяців клієнт повідомив, що почав краще себе почувати і відчувати. Стало менше сновидінь-жахіть, знизилася дратівливість, він менше став думати про пережиті події, знизилася кількість панічних атак. Отже, можна було стверджувати про отримання певного результату. Потрібно також зазначити, що даному комбатантові пропонувалася техніка психокаталізу по Єрмошину А.Ф., суть якої полягає в роботі з відчуттями в тілі. Ця техніка допомагає візуалізувати дискомфортні відчуття в тілі та дренувати їх, таким чином, не маючи необхідності знаходити емоційне підґрунтя даних відчуттів, що було дуже актуальним для алекситимічності клієнта.

В комплексі когнітивна складова початку терапевтичної роботи, техніки TRE та психокаталізу, дали можливість через 2,5 місяці отримати той результат, який зробив можливим застосування клієнт-центрованого підходу в більш класичному варіанті. Покращення як психологічного так і фізичного станів стало вдалою передумовою до бажання продовжувати терапію та виводити її на більш довірливий рівень, що обумовило можливість клієнта розповідати про різні сфери життя, в тому числі (поступово, спочатку фрагментарно, а далі все більш чітко), й про емоційний досвід в бойових умовах, що супроводжувалося підтримкою фахівця, про важливість чого говорять багато хто з психологів, працюючих в даній сфері. Безумовність прийняття фахівцем клієнта, конгруентність та емпатія, довіра в роботі спонукали клієнта до поетапного вивільнення емоцій, які заважали повноцінному психологічному функціонуванню клієнта.

В роботі виникали такі тематики, як почуття провини по відношенню до загиблих, одночасний страх і бажання (з яким пов'язана ця вина) бути на їх місці,

тематика безпорадності, страх смерті, невивільнений гнів, пов'язаний з необхідністю та вимушеністю брати участь в бойових діях, почуття самотності, нерозділене почуття слабкості, невпевненості в собі, ненависті, відрази до тих картин та ситуацій, які довелося бачити, почуття безвиході, ідеї очікування загрози кожної секунди, зневіра в перспективах майбутнього, незадоволеність теперішнім та майбутнім, зневіра у власній силах та здатності бути «господарем» власного життя.

Позиція психотерапевта на цьому етапі вже більш в традиційній ролі клієнт-центрованого терапевта, дала можливість пройти рекапітуляцію травматичного досвіду та отримати ту підтримку та віру, яку було складно отримати під час травматичних подій, враховуючи те, що більшість із зазначених тематик не були озвучені. Під час роботи спостерігалися фрагментарність спогадів, “склеювання емоцій та почуттів”, втрата зв'язку між змістом та самою емоцією, дисоціація від певних емоцій (страх, відраза, плач), виникнення “заторних” емоцій, алекситимічність та усвідомлення емоцій лише на рівні відчуттів, ригідність емоційної сфери, високий рівень роботи таких захисних механізмів, як психологічне витіснення, заперечення, ізоляція афекту. Ускладнювали дану феноменологію скарги неконструктивно сформована мотиваційно-сміслова сфера, неадаптивні когніції, ранній травматичний досвід, який потенціював травматичність проживання актуальних подій та соматичні маніфестації. Всі ці особливості травматичного емоційного досвіду в різній мірі вдалося пропрацювати, надавши, таким чином, можливість клієнтові вийти на інший рівень взаємодії з оточенням, що допомогло в конструктивній інтеграції в соціум та повернення до звичного образу життя. Для підтримки та закріплення отриманих результатів, клієнтові було запропоновано групову форму роботи зі збереженням практики психокаталізу та TRE та перенесення в повсякденне життя досвіду конструктивного емоційного прояву та реагування. Лише комплексний підхід роботи із кожною зі складових емоційної схеми дали якісно високий загальний результат.

### **4.3. Перелік рекомендацій щодо психо- діагностичної та -корекційної робіт з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.**

1. Психокорекційна робота зі скаргами демобілізованих учасників бойових дій в Україні, які пов'язані з проявом в них травматичного емоційного досвіду, має бути спрямована на комплексну роботу з урахуванням всіх складових емоційної схеми, а саме: системою ранніх та актуальних спогадів, мотиваційно-сисловою та емоційною сферами, тілесними маніфестаціями та когнітивними репрезентаціями травматичного досвіду. Саме комплексний підхід дає максимальний ефект в психокорекційній роботі, що обумовлює якісний результат.

2. Оскільки всі складові емоційної схеми демобілізованих учасників бойових дій з ППД мають свої особливості, що було доведено в дослідженні, кінцевий результат психокорекційної роботи полягає в заміні існуючої схеми другою, більш конструктивною. Нова емоційна схема передбачає структуру, не обтяжену інфантильним травматичним досвідом та передбачає виключення всіх деструктивних компонентів з кожної із складових цієї схеми.

3. Психокорекційна робота з тематиками, обумовленими впливом на особистість травматичного емоційного досвіду, мають бути спрямовані на трансформацію кожної із складових емоційної схеми та інтеграцію щойно утвореної складової в загальну структуру. Важливою умовою є саме даний аспект, оскільки, в іншому випадку схема цілісно не буде змінюватися та виникне ризик повернення до попереднього варіанту функціонування. Тобто, корекція передбачає врахування роботи з тією чи іншою сферою як складовою єдиної системи-схеми. Поетапне переструктурування всіх складових схеми при інтеграції кожної з них в єдину систему може мати циклічний характер з покращенням якості функціонування емоційної схеми вцілому на кожному з циклів.

4. Для оптимізації та покращення ефективності роботи зі структурами емоційної схеми важливо використовувати такі механізми, як емоційне зрівнювання, усвідомлення, рефлексію. Актуалізація даних механізмів в психіці особистості

демобілізованих безумовно сприяє та суттєво покращує рівень саногенності в психокорекційній роботі.

5. В психокорекційній роботі з травматичним емоційним досвідом у демобілізованих учасників бойових дій з ППД, необхідно уникати ймовірності ретравматизації. Оскільки структура травматичного досвіду зазначених демобілізованих включає в себе прояв інфантильних травм, існує висока ймовірність актуалізації травматичних переживань, з якими особистості буде складно впоратися, як наслідок неспіврозмірності ресурсу психіки відносно цих переживань. Відповідно мова йде про реалізацію технік з урахуванням зазначеної специфіки. Прикладом може бути реалізація техніки катарсису без включення особистості в проживання травматичного болю, гніву та ін. в первинному їх травматичному прояві.

6. До рекомендованих в роботі з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД, рекомендуються: техніки клієнт-центрованої психотерапії, психокаталіз за Єрмошиним А., TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises за David Berceli, техніки когнітивної психотерапії, систематична дисенсебілізація.

7. В роботі з демобілізованими учасниками бойових дій з ППД зі скаргами рівня травматичного емоційного досвіду рекомендується робота на початковому етапі зі встановленням колаборативних, інформуючих, ділових, регламентованих форм взаємодії з поступовим переведенням їх в традиційні для клієнт-центрованої психотерапії, що суттєво збільшує вірогідність зберегти довготривалість та, як наслідок, ефективність роботи. Дана специфіка обумовлена неготовністю більшості демобілізованих спілкуватися відверто, виражати емоції та почуття, довіряти та ін. На початковому етапі саме інформування та обхід необхідності прямо проявляти почуття, зберігає атмосферу зацікавленості та безпеки перебування в роботі з даною тематикою, тож для початку роботи пріоритетними є психокаталіз, когнітивні техніки, TRE, застосування яких не передбачає актуалізацію та артикуляцію почуттів.

8. Зміна дезадаптивної емоційної схеми на більш функціональну, прикладом якої є структура схеми у демобілізованих учасників бойових дій без ППД, передбачає профілактичну роботу протягом 2-3 місяців, спрямовану на закріплення психокорекційної роботи.

#### **Висновки по розділу 4:**

1. Для проведення діагностики особливостей структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих в Україні з ППД рекомендовано використання наступних технік: імагінальна техніка, сократичний діалог, робота з мовними предикатами, вільний асоціативний ряд. Надано рекомендації щодо їх застосування та приклади з їх використанням.

2. Для психокорекційної роботи рекомендуються техніки клієнт-центрованої психотерапії, психокаталіз за Єрмошиним А., TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises за David Berceli, техніки когнітивно-поведінкової психотерапії. Надано приклади з психокорекційної роботи з тематиками травматичного емоційного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій з ППД.

3. Сформульовані рекомендації для психокорекційної роботи з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД.

**Основні положення цього розділу викладені у публікаціях автора: [94, 98, 106, 176].**

## ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення проблеми структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з ППД. Структурні компоненти травматичного досвіду розкриті з позиції концепції «емоційної схеми». Результатами дослідження є наступні висновки:

1. У зв'язку з тим, що на Сході України п'ятий рік триває АТО/ООС, спостерігається значна кількість демобілізованих учасників бойових дій з клінічним та субклінічним рівнем дезадаптації. Постстресова психологічна дезадаптація є субклінічним рівнем реагування на стресову ситуацію, що призводить до виникнення поведінкових, емоційних та соціальних проблем особистості. В літературі вказується на те, що реакція на актуальну травму в деякій мірі обумовлюється раннім травматичним досвідом, але до сьогодні не з'ясовано характер й механізми такого впливу, структуру травматичного досвіду військовослужбовців в контексті інтеграції актуальної та інфантильної травматизації. Останнім часом розвинуто концепції «емоційної схеми» та «ранньої дезадаптивної схеми», які пояснюють роль саме ранніх інфантильних травматичних структур психіки у формуванні психоемоційних та соціальних проблем особистості. Проте, досліджень, що спираються на вказане теоретичне підґрунтя замало й вони знаходяться поза мейн-стріму відповідних досліджень психологічної дезадаптації військовослужбовців.

До структури «емоційної схеми» входять: власне первинне «заторне» переживання, на яке нашаровуються вторинні «заторні» переживання; система ранніх спогадів, у основі якої лежить первинна травма; тілесні маніфестації травматичного досвіду; когнітивні репрезентації травматичного досвіду; мотиваційно-сміслова система, що відбиває травматичний досвід.

2. Для травматичного інфантильного досвіду демобілізованих з ППД притаманна наявність травм покинутості, приниження та несправедливості, які є взаємозв'язаними та утворюють єдиний конгломерат травматичного досвіду.

Захисна поведінка демобілізованих з ППД характеризується наявністю «злипання» різних її форм, що за рахунок потенційної патогенності захисних утворень переважує адаптаційний потенціал. Виявлено феномени «злипання» та взаємопотенціювання первинних травм у досвіді військовослужбовців, які призводять до зростання рівня стресовразливості, *контамінації маніфестацій травм на рівні суб'єктивної семантики*. Визначено, що найбільш вразливими є «злипання» (поєднання) таких травм у досвіді військовослужбовців, як «покинутість – особистісна незначущість», «покинутість – придушення», «покинутість – суперництво», «придушення – суперництво».

3. У демобілізованих учасників бойових дій з ППД значно виражені емоції горя, гніву, презирства, страху, сорому та провини, що суттєво відрізняє їх від демобілізованих без ППД та обумовлює переважання емоцій тривожно-депресивного та гостро-негативного спектру. Специфіка організації емоційної сфери демобілізованих з ППД полягає у наступному: 1) вираженому «злипанні» негативної емоційності стеничного та астенічного кола; 2) деструктивній конатованості позитивних емоцій «радість» («горем») та «здивування» («презирством та «страхом»); 3) нездатності відчувати «чисту» радість. Здатність відчувати «чисту» радість демобілізованими гр.2 можна розглядати, як особливість емоційної сфери, що суттєво зменшує психоемоційне напруження у зв'язку з механізмом реципрокності емоцій; 4) наявності феномену потенціювання негативної емоційності; 5) втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом»; 6) існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери.

4. У мотиваційній сфері демобілізованих з ППД існують феномени: «демотивації» - загальне зниження мотиваційного профіля; «мотиваційного ослаблення» - при наявності мотиву його психодинамічна сила знижується за рахунок позитивного зв'язку з мотивами, що мають низький рівень вираженості; «контамінації мотивів» - недиференційованість мотиваційної сфери за рахунок загального феномену «злипання» (в даному випадку мотивів). Наявність феномену «злипання» мотивацій спостерігається й у демобілізованих без ППД, але відсутність



в них демотивованості не призводить до значного зниження адаптаційного потенціалу.

5. Демобілізовані з та без ППД розрізняються за тілесними маніфестаціями, попри те, що обидві групи досліджуваних були психічно та соматично здоровими. Визначено, що існують значущі відмінності між групами за деякими показниками шкали нервово-психічної напруги, а саме: «наявність фізичного дискомфорту»; «стан м'язового тону»; «відчуття зі сторони серцево-судинної системи»; «прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту»; «прояви зі сторони органів дихання»; «настрій»; «особливості сну»; «особливості емоційного стану в цілому»; «загальна оцінка психічного стану»; «розумова працездатність», «явища психічного дискомфорту»; «ступінь розповсюдження (генералізації) ознак психологічної напруги»; «частота виникнення станів напруги»; «тривалість станів напруги»; «загальний ступінь вираженості напруги» тощо.

6. В когнітивних репрезентаціях травматичного досвіду демобілізованих з та без ППД існує суттєва різниця. Вона полягає у значно більшій вираженості репрезентацій, близьких до тематик інфантильних травм «покинутості», «припинення» та «несправедливості». У взаємодії когнітивних репрезентацій у демобілізованих з ППД існують феномени «злипання» та взаємопотенціювання за тематиками зазначених травм. Виникнення хоча б однієї репрезентації за будь якою із зазначених травм, може актуалізувати весь виявлений когнітивний травматичний комплекс. «Злипання» когнітивних репрезентацій актуальної травми, якщо вони не лежать на тлі відповідної інфантильної травми, не знижують адаптаційний потенціал.

7. Розроблено комплекс рекомендацій для оптимізації психодіагностичної та психокорекційної роботи з тематикою травматичного емоційного досвіду демобілізованих з ППД. Для діагностики структурних особливостей травматичного емоційного досвіду рекомендовано використання: імагінальної техніки, сократичного діалогу, вільного асоціативного ряду, роботи з мовними предикатами. Для психокорекційної роботи рекомендується використання полімодального

підходу (клієнт-центровані, емоційно-фокусовані, когнітивно-поведінкові техніки, психокаталіз, TRE). Рекомендована форма роботи - індивідуальна і/або групова.

Перспектива подальших досліджень полягає у створенні типології емоційних схем, що ґрунтується на осі «травма – захисний механізм – характер – емоційна схема», у поглибленні теоретичних уявлень щодо зв'язку актуальної та інфантильної травматизації, визначенні «внутрішніх» умов, що сприяють резистентності або, навпаки, більшої сенситивності до травматичного впливу, у створенні програми психологічної корекції ППД, мішенню якої є дезадаптивна емоційна схема.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Badiuk M. I., Shevchuk O. S., Gutchenko K. S., Biryuk I. G., Moldovan T. E. The combat stress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences // Клінічна та експериментальна патологія, 2016. № 4. Р 11-14.
2. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Н. Ф., Лінський І. В., Підкоритов В. С., Ліпатов І. І., Бучок Ю. С., Заворотний В. І. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації // Харків, ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
3. <https://www.unn.com.ua/uk/news/1688458-psykholohichnoi-reabilitatsii-potrebuiut-90-demobilizovanykh-z-ato-viiskovykh>.
4. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадптації учасників антитерористичної операції // Наука і оборона, 2016. №1. С. 66–65.
5. Зубовський Д.С. Особистісне зростання учасників ато у посттравматичний період // Молодий вчений, 2018. № 8 (60). Серпень. С. 47-52.
6. Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. Vol. 15. № 1. P. 1-18.
7. Linley P., S. Joseph A. Positive Change Following Trauma and Adversity // Journal of Traumatic Stress. 2004. Vol. 17, № 1. P. 11-21.
8. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Методичні рекомендації. Харків: Гуманитарний центр, 2002. 47 с.
9. Маркова М.В, Козира Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін. // аналіз проблеми. медична психологія. 2015. №1(37). С. 8-13.
10. Психогении в экстремальных ситуациях: монография / Александровский Ю.А. Москва: Эксмо, 1991. 115 с.
11. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва: Эксмо, 2006. 960 с.

12. Булан А.А. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки, Харків: Гуманитарний центр, 2015. №4 (29). С. 9-12.
13. Загуровский В.М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений // Збірка наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ: 2014. Вип. 23. кн. 2. С 180-187.
14. Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. С-Петербург: Невский институт управления и дизайна. 2010. 175 с.
15. Психология переживаний : учебное пособие / А. С Кочарян, А. М. Лисеная, Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2011. – 224 с.
16. Elliot R., Watson J. C., Goldman R.N., Greenberg L.S. Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change. American Psychological Association, 2004. 366 p.
17. Епанчинцева Е.М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты): Автореф. дис. . канд. мед. наук. Томск, 2001. - 24 с.
18. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger after the 1988 earthquake in Armenia /Goenjian Armen K., Najarin Louis M., Pynoos Robert S. et al. //Amer. J. Psychiat. 1994. Vol. 151, № 6. -P. 895-900.
19. Josef Breuer / Sigmund Freud: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mittheilung. In: Neurol. Zbl. 12 (1893), S. 4-10, 43-47.
20. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Эксмо, 1991. – 448 с.
21. Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / уклад. О.А. Резнікова. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.
22. Титаренко Т.М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей. Київ.: феникс, 2015. 150 с.

23. Рупперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки: понять и исцелить душевные раны. М.: институт консультирования и семейных решений, 2012. 264 с.
24. Возрастная психология. Феноменология развития. Мухина В.С.. 10-е изд., перераб. и доп. М.: 2006. 608 с.
25. Child trauma exposure and subsequent emotional functioning in El Salvador. Johnco, Carly; Salloum, Alison; McBride, Nicole M.; Cepeda, Sandra; Gutfreund, Daniel; Novoa, Juan Carlos; & Storch, Eric A. *Traumatology*, Apr 11, 2019. P 34-39.
26. Felman Sh., Laub D. Op. cit.; Felman Sh. *Writing and Madness: Literature / Philosophy / Psychoanalysis*. *Cinema Journal* 2004. Vol. 43. № 2. P. 96-99.
27. Felman Sh., Laub D. *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis and History*. NY.: Taylor & Francis. 1992. 314 p.
28. Psychological well-being in Iraq and Afghanistan veterans: Risk and protective factors. Bergmann, Jeffrey S.; Renshaw, Keith D.; & Paige, Lauren *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019. Vol 11(4), P. 434-441
29. Killing during combat and negative mental health and substance use outcomes among recent-era veterans: The mediating effects of rumination. Kelley, Michelle L.; Bravo, Adrian J.; Hamrick, Hannah C.; Braitman, Abby L.; & Judah, Matt R. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019. Vol 11(4), May. P. 379-382.
30. Зингл Э., Волкман В. *Жизнь после утрати. Психология горевания* М: Когито-центр, 1993, 235 с.
31. Ранк О. *Травма рождения и её значение для психоанализа*. М.: «Когито-Центр», 2009. 237 с.
32. Боулби Джон. *Привязанность*. М.: Гардарики, 2003. 477с.
33. Боулби Джон. *Создание и разрушение эмоциональных связей*. М.: Академический проект, 2004. 232с.
34. Винникотт Д.В. *Семья и развитие личности. Мать и дитя*. М.: Литур, 2004. 128 с.

35. Райкрофт Ч., Критический словарь психоанализа. СПб.: изд-во: Восточно-Европейский Ин-т психоанализа, город, 1995. 288 с.
36. M. M. Stern, L. B. Stern Repetition and Trauma: Toward A Teleonomic Theory of Psychoanalysis // Routledge, 2013. 192 p.
37. Wilson J. P., Friedman M.J., Lindy J. D. Treating psychological trauma and PTSD // Guilford Press. 2012. 470 p.
38. Kaplan S. Children in genocide: Extreme traumatization and the «affect propeller» // The International Journal of Psychoanalysis. 2006. Vol. 87. № 3.. P. 725-736.
39. Young A. Remembering the evolutionary Freud // Scirnce in context. 2006. Vol. 19. №. 01. P. 180-185.
40. Kahn C. Some Determinants of the Multigenerational transmission process // The Psychoanalytic Revier. 2006. Vol. 93, № 1. P. 76-98.
41. Jeffry E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar // Schema therapy: A practioner's guide, 1995. Vol. 54, № 4. P. 34-46.
42. Chiara Simeone-DiFrancesco, Eckhard Roediger, Bruce A. Stevens Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships. 2015. Vol. 24, № 2. P. 68-82.
43. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice. – 2012 Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Ger Schurink Mindfulness and schema therapy: A practical guide. 2014. Vol. 27, № 3. 23 p.
44. Robert L. Leahy Emotional schema therapy. 2015. Vol. 48, № 5. 45 p.
45. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. Boterhoven de Haan, Katrina L.; Fassbinder, Eva; Hayes, Chris; & Lee, Christopher W. // Journal of Psychotherapy Integration, 2019. Vol 29(1), Mar, P. 54-64.
46. Лиз Бурбо Пять травм, которые мешают быть самим собой. Перевод В.Трилица К, М.: "Гелиос", 2001. 224 с.
47. Стивен М. Джонсон “Психотерапия характера”. Методическое пособие для слушателей курса “Психотерапия”. М.: Центр психологической культуры, 2001. С 36-57.

48. Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. Інтерв'ю провела Кеті Карут / Пер. з англ. Катерини Диси. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, 2017. 496 с.
49. Women's self-perceptions in the aftermath of trauma: The role of trauma-centrality and trauma-type. Keshet, Nadar; Foa, Edna B.; & Gilboa-Schechtman // *Eva Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Jul 16, 2018. P 23-56.
50. Correlates of current and heavy smoking among U.S. soldiers returning from combat. Lopez, Alexa A.; Toblin, Robin L.; Riviere, Lyndon A.; Lee, James D.; & Adler, Amy B. // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2018. Vol 26(3), Jun, P. 215-222.
51. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (АТО) *Вісник Національного університету оборони України* 2015. Т 2 (45). С. 280- 285.
52. Зайцев А.А., Т.Е. Левицкая, Е.Н Дмитриева Проблема здоровья и адаптации военнослужащих, принимавших участие в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. // *Психология и педагогика Томск*, 2008. Т. 2 №1, С. 165–168.
53. Лесной Н. После войны // *ГЕО*, 2006. № 2. С. 104–108.
54. Підчасов Є.В., Г.І. Ломакін Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. // *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2011. Вип. 10. С. 86–98.
55. Цыбаева Л. Личность в экстремальных условиях. // *Развитие личности* М.: Наука, 2007. №1 С. 165–171.
56. Люмберг Л. Стресс: его военные последствия, медицинские аспекты, проблемы // *Эмоциональный стресс*, Ленинград: Медицина, 1970. С. 250-260.
57. Военная психиатрия: учебник/ под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург, ВМедА. ЕЛБИ. 2001. 236 с.
58. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патологическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1997. - 48 с.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

68. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 915-934.



69. Bryant R.A. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder: a systematic review // *J. Clin. Psychiatry*. 2011. Vol. 72. P 212-235.
70. Кочарян О.С. Специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм / Кочарян О.С., Барінова Н. В., Харченко А.О. // *Психологічне консультування і психотерапія*, 2018. Том 2, Вип. 9. С. 34-56.
71. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А.С. Кочарян // *Психологічне консультування і психотерапія*, 2014. випуск 1-2. С. 24-36.
72. Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография / [А.С. Кочарян, И.А. Кочарян, М.Е. Жидко, Н.Н. Терещенко, А. М. Лисеная, Л.П. Рогулева, С.А. Кочарян]; под ред. д. психол. н., проф. А.С. Кочаряна. Х.: ХНУ имени В.Н Каразина, 2014. 260 с.
73. Изард К.Е. Психология эмоций / К.Е.Изард. Спб.: Питер, 2000. 454 с.
74. Ольшанникова А.Е. Эмоции и воспитание / А. Е. Ольшанникова. М.: Знание, 1983. 83 с.
75. Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // *Progress in Behavior Modification*. 1996. N 30. P.165-189.
76. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості: навч. посібник / Булах І.С. – Вінниця, ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 110 с.
77. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // *Психологический журнал*. т. 16, 1997, № 3 С. 82-99.
78. Review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. Lanius RA, Bluhm R, Lanius U, Pain C. *J Psychiatr Res*. 2006 Dec; Vol. 40, № 8. P. 709-29.
79. Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic resonance imaging investigation. Lanius RA, Williamson PC, Bluhm RL, Densmore M, Boksman K, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS. *Biol Psychiatry*, 2005. Vol. 57, № 8. P. 873-84.

80. Default mode network connectivity: effects of age, sex, and analytic approach. Bluhm RL, Osuch EA, Lanius RA, Boksman K, Neufeld RW, Théberge J, Williamson P. *Neuroreport*. 2008. 19, № 8. P. 887-91.

81. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // *Психологический журнал*, 1992. Т. 13, № 2. С. 17-25.

82. Assman A. *Das kulturelle Gedächtnis an der Millenniumsschwelle. Krise und Zukunft der Bildung*, Konstanz: UVK, 2004. 234 p.

83. Элленбергер Г. Пьер Жане и психологический анализ // *Открытие бессознательного: История и эволюция динамической психиатрии* М.: Академический проект, 2018. Т. 1. 550 с.

84. Малкина-Пых И.Г. *Экстремальные ситуации* М.: Эксмо, 2006. 960 с.

85. Огієнко В. І. Історична травма Голодомору: проблема, гіпотеза та методологія дослідження / В. І. Огієнко // *Національна та історична пам'ять*. 2013. Вип. 6. С. 145-156.

86. Horowitz M. J. Stress-response syndromes: A rewiring of posttraumatic and adjustment disorders // *Psychiatric Services*. 1989. Vol. 37, №. 3 P. 245-250.

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

88. Alexander Lowen *Physical Dynamics of Character Structure: Bodily Form and Movement in Analytic Therapy*. New York: Grune & Stratton, 1958. 358 p.

89. Райх В. Анализ характера / Пер. с англ. Е. Поле. М.: «Апрель Пресс», «Эксмо-Пресс», 2000. 528 с.

90. Ермошин Е. Ф. *Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями*. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. 320 с.

91. Janov A. *The new primal scream: Primal therapy 20 years on.* – Chicago, 1991. 239 p.

92. Janov A., Holden E. *The primal man*. Ailuros Publishing, New York: 1975. 172 p.

93. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Санкт-Петербург : Медицина, 1970. 208 с.

94. Харченко А.О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 58. С. 67-79.

95. Діденко, Г. О. Вплив травматичних подій на особистість : історичний аспект / Г. О. Діденко, В. І. Шебанова // Матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. "Соціальні трансформації у кризовий період". Вінниця : ТОВ "Нілан-ЛТД", 2017. С. 52-55.

96. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору [пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак] / Д. Герман. Львів : Старого Лева, 2015. 416 с.

97. Кикозашвили Д. Л. Психологические основы реабилитации инвалидов военной службы / Д. Л. Кикозашвили, О. И. Петрова, Н. Ю. Сысоева, Н. Б. Шабалина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 1. С. 3-6.

98. Харченко А.О. Структурні особливості мотиваційно-сенсової сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 59. С. 119-130.

99. Овчаренко А.І. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. / А.І. Овчаренко. К.: нац. акад. внутр. Справ, 2014. 160 с.

100. Мюллер Мартіна Якщо Ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер // Пер. з англ. Діана Бузько; наук. ред. Катерина Явна (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Вида-во Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.

101. Егоркина Т.В. Опыт ранних травматических переживаний в системе отношений личности подростков - свидетелей и участников межэтнического

конфликта Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук.– РГПУ. - Санкт-Петербург, 2009. 20 с.

102. Warner, M. (2000) Person-centered psychotherapy: One nation, many tribes. *Person-Centered Journal*. 2015. P. 28-39.

103. Warner, M. (2002) A Client-Centered Approach to Therapeutic Work With Dissociated and Fragile Process In Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G. (Ed.) *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press. 2013. P. 368-387.

104. Сірий І. Мотивація військово-професійної діяльності військовослужбовців за контрактом, її психологічна структура та методика дослідження / Сірий І. // *Військово-спеціальні науки* 2015. №2 (33). С 39-43.

105. Такйун Ч. Д. Індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, які хворі на atopічний дерматит. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04. – медична психологія – Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, Харків, 2016 р. 24 с.

106. Харченко А. Особенности организации травматических эмоций // *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. Вып. 17, № 5. С. 54-60.

107. Півень М. А. Структурні особливості емоційної зрілості особистості : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Півень Маргарита Анатоліївна ; Харків. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. – Харків, 2017. 18 с.

108. Доценко О. Ю. Особливості сімейної соціалізації жінок із симптомокомплексом «емоційного холоду» : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец. 19.00.01 "загальна психологія, історія психології" / Доценко Олександра Юріївна – Харків, 2017. 18 с.

109. Markova M.V., Kozira Poststresovi dezadaptivni stani na tli sotsialnih zmin: // *problem analysis // medical psychology*, 2015. № 1 (37). P. 8-13.

110. Кутько И. И., Панченко О.А., Рачкаускас Г. С., Линев А.Н. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение // *Новости медицины и фармации*. 2014. № 16. С. 15-20.

111. Военная психиатрия: учебник / под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург, ВМедА. ЕЛБИ. 2001. 236 с.
112. Тарабрина Н. В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал 1992. Т. 13, № 2. С. 14-27.
113. Андриященко А.В. К построению модели ПТСР при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости //XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). М.: Экстра, 2000. С. 100.
114. Бакунец А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе //Обозрение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. № 2. С. 77-79.
115. Бекер Д.Л. Клинико-социальная характеристика, терапия и профилактика психических расстройств, связанных со стрессом: Авто-реф. дис. канд. мед. наук. М., 2001. 24 с.
116. Брызгунов И. Посттравматическое стрессовое расстройство // Журн. ЦЭМП информ, 1999. № 4. С. 19-22.
117. Бухановский А.О., Галкин К.Ю. Модель «единого психогенного посттравматического расстройства» //Материалы 3-ей международной научной конференции, 18-21 сентября 2001г. Ростов на Дону: изд-во «Феникс». 2001. С. 97-100.
118. Воробьев А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму //Военно-медицинский журнал, 1991. № 8. С. 71-74.
119. Галкин К.Ю. Острые стрессовые расстройства и посттравматические стрессовые расстройства у жертв теракта //Материалы 3-ей международной научной конференции, 18-21 сентября 2001г. Ростов на Дону: изд-во «Феникс». 2001. С. 97-100.
120. Гаспарян Х.В. Посттравматические реакции, связанные с землетрясением в Армении //Журнал практического психолога, 1998. №4. С. 47-51.

121. Доровских И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжёлые ранения в военном конфликте //Мед. катастроф. 1997. № 1. С. 48-52.

122. Идрисов К.А. Динамика посттравматического стрессового расстройства у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта // Соц. и клин, психиатр. 2002. №3. С. 34-37.

123. Каган В.Е., Креславский Е.С. Медико-психологическая оценка посттравматических стрессовых расстройств у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС //Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М.Бехтерева 1993. № 4. С. 132-134.

124. Киндрас Г.П., Туроходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане //Соц. и клин, психиатр. 1992. №1. С. 33-36.

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

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

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

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

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

130. Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorder resulting from military operations // *Mil. Med*, 1994. № 12. P. 739-746.
131. Baker M.S., Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorder in military medical personnel // *Mil. Med*, 1996. № 5. P. 262-264.
132. Bell Meisenhelder Terrorism J. Posttraumatic stress, and religious coping. *Issues // Ment Health Nurs*, 2002, 23(8) P.771-782.
133. Blake D. D., Cook J.D., Kean T.M. Post-traumatic stress disorder and coping in veterans who are seeking medical treatment // *J Clin. Psychol*, 1992. Vol. 48, №. 6. P. 695-704.
134. Boehnlein J.K., Sparr L.F. Group therapy With WWII ExPOWs: Long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population // *Am. J. Psychother*, 1993. Vol. 47, №2. P. 273-282.
135. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse /Bremner Douglas J., Southwick Steven M., Darnell Adam et al. // *Amer. J. Psychiat*, 1996. Vol. 153, №3. P. 369-375.
136. Elevated Serum Lipids in Veterans with Combat-related Chronic Posttraumatic Stress Disorder Solter V., Thaller V., Karlovic D, et al. // *Croat Med. J.* 2002, Vol. 43 № 6. P. 685-689.
137. Franklin C.L., Sheeran T., Zimmerman M. Screening for trauma histories, posttraumatic stress disorder (PTSD), and subthreshold PTSD in psychiatric outpatients // *Psychol Assess*, 2002. Vol.14, № 4. P. 467-71.
138. Смирнова Л.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия) Томск: Экстра, 2003. 240 с.
139. Korolenko T.P., Zagoruyko E.N. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo u lits s psihicheskoy travmoy v detstve // XIII congress of psychiaters in Russia, 10-13 october 2000y. (congress proceeding). M., 2000. P. 103-104.
140. Mak Glinn T.D., Metkalf G.L. Diagnostika i lechenie trevozhnyih rasstroystv. «American Psychiatric Press» 1989. 119 p.

141. Posttraumatic stress symptom severity, prevalence and impact in ambulance clinicians: The hidden extent of distress in the emergency services. Davis, Katie; MacBeth, Angus; Warwick, Ross; & Chan, Stella W. Y. *Traumatology*, Mar 07 , 2019. P 34-45.

142. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. Meyer, Eric C.; La Bash, Heidi; DeBeer, Bryann B.; Kimbrel, Nathan A.; Gulliver, Suzy B.; & Morissette, Sandra B. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019. Vol 11 № 4, May, P. 383-390.

143. Safety planning to prevent suicidal self-directed violence among veterans with posttraumatic stress disorder: Clinical considerations. Holliday, Ryan; Rozek, David C.; Smith, Noelle B.; McGarity, Suzanne; Jankovsky, Molly; & Monteith, Lindsey L. *Professional Psychology: Research and Practice*, Apr 11 , 2019. P 34-78.

144. Epanchintseva E.M. Posttravmaticheskie stressovyye rasstroystva u kombatantov (kliniko-dinamicheskii i reabilitatsionnyiye aspektyi): abstract dis . cand. med. sc. Tomsk, 2001. 24 p.

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

146. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / М. : Наука, 1983. 370 с.

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

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

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

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

151. PTSD treatment response and quality of life in women with childhood trauma histories. Bosch, Jeane; Mackintosh, Margaret-Anne; Wells, Stephanie Y.;



Wickramasinghe, Induni; Glassman, Lisa H.; & Morland, Leslie A. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019. May 13, P. 34-48

152. Therapeutic alliance across trauma-focused and non-trauma-focused psychotherapies among veterans with PTSD. Chen, Jessica A.; Fortney, John C.; Bergman, Hannah E.; Browne, Kendall C.; Grubbs, Kathleen M.; Hudson, Teresa J.; & Raue, Patrick J. *Darryl Traumatology*, 2018. Vol 25(4), Okt P. 221-234.

153. Evidence-based psychotherapy completion and symptom improvement among returning combat veterans with PTSD. Myers, Ursula S.; Haller, Moira; Angkaw, Abigail C.; Harik, Juliette M.; & Norman, Sonya B. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019. Vol 11(2), Feb P. 216-223

154. Parenting with posttraumatic stress disorder: A veteran's experience. McGaw, Violette E.; Reupert, Andrea E.; & Maybery, Darryl *Traumatology*, 2018. Vol 24(4), Dec P. 255-262.

155. Козира П.В., Маркова М.В. Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // *Український вісник психоневрології*. 2015 Том 23, вип. 3 (84). Тези доповідей наукового симпозиуму з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1 2.10.2015, м. Дніпро. С. 130-131.

156. Halligan S.L, Clark D.M, Ehlers A. Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. 2002. Vol. 33 № 2. P.73-89.

157. Actuarial prediction of psychotherapy retention among Iraq–Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. Fleming, CJ Eubanks; Kholodkov, Tatyana; Dillon, Kirsten H.; Belvet, Benita; & Crawford, Eric F. *Psychological Services*, May 2018, Vol 15(2), P. 172-180.

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

159. Posttraumatic stress symptoms and marital adjustment among Israeli combat veterans: The role of loneliness and attachment. Itzhaky, Liat; Stein, Jacob Y.; Levin, Yafit; & Solomon, Zahava *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2017. Vol 9(6), Nov P. 655-662.

160. Козира П.В., Феноменологія психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників в АТО // *American Scientific Journal*. 2016. № 8(8). Р 40-46.

161. Козира П.В. Механізми психологічного захисту в генезі психологічної дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО // *Психіатрія, неврологія, та медична психологія*. 2016. Т. 3, № 2(6). С. 85-92.

162. Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Гузенко К.В., Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації в учасників АТО: клінікосоціальна характеристика та практика психофармакотерапії // *Україна. Здоров'я нації*. 2016. №4 (1). С. 69-73.

163. Особистісний симптомокомплекс стресостійкості/стресовразливості у військовослужбовців служби правопорядку [Текст] : дис... канд. психол. наук: 19.00.09 / Мозговий Віктор Іванович ; Харківський національний ун-т ім. В.Н.Каразіна. Х., 2006. 186 арк.: рис., табл. арк. 163-183. 22 с.

164. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / *Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И.*. М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. 480 с.

165. Турецька Ж. І. Психотерапія ПТСР в учасників бойових дій із застосуванням імагінальних тенік Психологія і особистість 2016. № 1 (9). 342 с.

166. 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.

167. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків: ХУПС, 2005. 84 с.

168. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.
169. Ващенко І., Антонова О. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Київ : Знання, 1998. 289 с.
170. Військове виховання: історія, теорія та методика : навчальний посібник / за ред. В. Ягупова. Київ : Graphic & Design, 2002. 560 с.
171. Ениколопов С. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. Российский психиатрический журнал. 1998. № 3. С. 50–56.
172. Галацан О.В., Сіроштан Г.М., Михайлов Б.В., Кришталь Є.В., Маркова М.В., Марута Н.О., Лінський І.В., Шестопалова Л.Ф., Кожина Г.М., Федак Б.С., Сарвін І.М., Медикопсихологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщені осіб. Методичні рекомендації – арків. МОЗ України. ДОЗ ОДА. 2016. 27 с.
173. Мушкевич М.І. Практична психологія в роботі із учасниками АТО // Психологія: реальність і перспективи. 2016. №. 6. С. 136-142.
174. Бек Аарон // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. Изд. 2-е, доп. И перераб. Спб.: Питер, 2000. С. 81-82.
175. Техники психотерапии при ПТСР: Практическое пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская. Киев: Украинская военно-медицинская академия, 2014. 144 с.
176. Харченко А.О. Особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів // Психологічне консультування і психотерапія. 2017. Том 1, Вип.8. С. 66-72.
177. Interpersonal psychotherapy for PTSD: Treating trauma without exposure. Bleiberg, Kathryn L.; Markowitz, John C. Journal of Psychotherapy Integration, Mar 2019. Vol 29(1), P. 15-22
178. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
179. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия / О.В. Бермант-Полякова. СПб.: Речь, 2006. 248 с.

180. Психосоціальна допомога жертвам війни: беженцям і членам їх сімей / Под ред. Меббі Тата Арсел, Вера Фолнегович-Шмальц, Драгица Козарич-Ковавич, Анна Марушич. Київ, изд.: «Сфера», 1998. 163 с.

181. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

182. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах. Методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця . Київ : Академвидав, 2014. 34 с.

183. 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.

184. David Berceci: "The Revolutionary Trauma Release Process (Transcend Your Toughest Times)" - Namaste Publishing, Vancouver, Canada 2009. 165 p.

185. Treatment choice among veterans with PTSD symptoms and substance-related problems: Examining the role of preparatory treatments in trauma-focused therapy. Wiedeman, Laura D.; Hannan, Susan M.; Maieritsch, Kelly P.; Robinson, Cendrine; & Bartoszek, Gregory Psychological Services, Nov 26 , 2018. P. 34-65.

186. Longitudinal effects of deployment, recency of return, and hardiness on mental health symptoms in U.S. Army combat medics. Krauss, Stephen W.; Russell, Dale W.; Kazman, Josh B.; Russell, Cristel A.; Schuler, Eric R.; & Deuster, Patricia A. *Traumatology*, Sep 24 , 2018. P. 26-34.

187. Кокуна О.М.ста співавт. [Кокун О.М. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська // Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 20. Харків: НУЦЗУ, 2016. С. 84 – 93.

188. Hovens J., van der Ploeg M. Posttraumatic stress disorder in Dutch psychiatric in-patients // *Journal of traumatic stress*. 1993. Vol. 6. P. 91-102.

189. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : Учебное пособие / А. Д. Наследов. СПб.: Речь, 2004. 392 с.
190. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. С. 125-136.
191. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Макаручук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчан З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И. Практическое руководство по психологии пост-травматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. С. 143-148.
192. Johnson St. Przemiana charakterologiczna cud ciezkiej pracy. Warszawa: Agencja Wydawnicza "Jacek Santorski & Co", 1993. 225 p.
193. Адлеа А. Практика и теория индивидуальной психологии. Москва: Академический проект, Гаудеамус, 2015. 164 с.
194. Ранк О. Миф о рождении героя. М.: «Рефл-бук», «Ваклер», 1997. 214 с.
195. Лаутербах В. Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки // Психотерапия: От теории к практике. Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб., изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. С. 28-41.
196. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатр, журн, 1998. № 3. С. 50-56.
197. Луньов В. Є. Становлення та розвиток професійного мислення особистості у системі органів внутрішніх справ України: Монографія. Макіївка: МЕРІ, Донецьк: Донбас, 2014. 350 с.
198. Психологія особистісної події : навчальний посібник / Вірна Ж.П. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 146 с.
199. Schmidt N.B., Joiner T.E. Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004. № 26. P. 65-72.

## ДОДАТОК А

### Список публікацій здобувача за темою дисертації:

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:*

1. Kharchenko, A. Features organization of traumatic emotions // Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools. 2016. № 17(5). 54-60.

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у фахових виданнях України:*

2. Кочарян О.С., Барінова Н.В., Харченко А.О. Особливості структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. // Психологічне консультування і психотерапія. 2018. Том 1, Вип. 9. С. 34-41. (Особистий внесок автора: добір й обробка емпіричного матеріалу)
3. Харченко А.О. Особливості психотерапевтичної роботи з травматичним емоційним досвідом комбатантів // Психологічне консультування і психотерапія. 2017. Том 1, Вип.8. С. 66-72.
4. Харченко А.О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 58. С. 67-79.
5. Харченко А.О. Структурні особливості мотиваційно-сенсової сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 59. С. 48-55.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

7. Харченко А.О. Особливості структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією // «Проблеми оптимального функціонування особистості в сучасних умовах»: Матеріали Міжнародної науково-практичної

конференції, 25 жовтня 2018 р. Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, Харків. С. 204-206.

## ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Результати дослідження доповідалися на семінарах для аспірантів кафедри психологічного консультування і психотерапії факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, зборах ГО Дергачівської районної спілки ветеранів АТО при ГО Харківської обласної спілки ветеранів АТО, наукових конференціях всеукраїнського та міжнародного рівнів: Науково-практична конференція студентів і молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків, 2017); Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми оптимального функціонування особистості в сучасних умовах» (Харків, 2018); XIII науково-практичний семінар «Актуальні проблеми практичної та клінічної психології» (Луцьк, 2018); Науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Психологія в сучасному світі» (Харків, 2018).



# АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

ВСЕУКРАЇНЬСКА  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
«ІНСТИТУТ КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНОЇ ТА ЕКСПЕРІМЕНТАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ»

м. Харків, вул. Суздальські ряди, 12. Тел. 095 8606393 E-mail://info@psa.kh.ua

17.12.2018 № 0536

на № \_\_\_\_\_

## АКТ

### впровадження результатів наукового дослідження

Даним актом підтверджується, що результати дисертаційної роботи Харченка Андрія Олександровича «Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з посттравматичною психологічною дезадаптацією» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01. – загальна психологія, історія психології, науковим керівником якої є д. психол. н., проф. Кочарян Олександр Суренович, впроваджено у практичну діяльність Інституту клієнт-центрованої та експериментальної психотерапії.

Термін впровадження листопад 2017 р. – травень 2018р.

Форма впровадження результатів: використання комплексу рекомендацій з діагностики та корекції травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з ППД, у базових курсах психотерапії для професійної підготовки та у навчальних курсах рішення особистісних проблем.

Характеристика масштабу впровадження: впроваджено у практичну діяльність Інституту клієнт-центрованої та експериментальної психотерапії в групову та індивідуальну психотерапевтичну практику.

Новизна впроваджених результатів: вперше розкрито структурні особливості травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій з позиції концепції «емоційної схеми». Розроблено комплекс рекомендацій щодо психодіагностики та психокорекції зазначених особливостей.

Ефективність впровадження: в Інституті клієнт-центрованої та експериментальної психотерапії проведено методичні семінари, на яких розглядалися результати дисертаційної роботи, групову та індивідуальну психотерапевтичну роботу з використанням комплексу рекомендацій з діагностики та корекції травматичного емоційного досвіду.

Заступник директора  
Всеукраїнської громадської організації  
«Інститут клієнт-центрованої  
та експериментальної психотерапії»  
к. психол. н., доцент

Вчений секретар  
Всеукраїнської громадської організації  
«Інститут клієнт-центрованої  
та експериментальної психотерапії»  
к. психол. н., доцент



І.О. Кочарян

Н.М. Терещенко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Голова Ради  
 громадської організації «Чернігівська  
 міська асоціація «Конкордія»  
 м. Чернігів  
 Кандидат психологічних наук,  
 Мозговий В.І.  
 « 20 » серпня 2018 р.



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 12/11

1. **Найменування пропозиції для впровадження.** Рекомендації щодо психокорекційної роботи за тематикою особливостей структури травматичного емоційного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією.
2. **Ким запропоновано:** Харченко А.О., викладач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.
3. **Джерело інформації.** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – «Загальна психологія. Історія психології» «Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією» (здобувач – Харченко А.О.).
4. **Де та коли впроваджено.** У соціально-психологічну роботу громадської організації «Чернігівська міська асоціація «Конкордія» м. Чернігів з комбатантами.
5. **Термін впровадження:** січень-вересень 2018 р.
6. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Фахівець  
 ГО ЧМА «Конкордія»  
 Психолог

Степанов С.М.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Голова  
громадської організації «Дергачівська  
районна спілка ветеранів АТО»  
м. Дергачі, Дергачівського р-ну,  
Харківської обл.

Густілін С. В.  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 02 45/307

1. **Найменування пропозиції для впровадження.** Рекомендації щодо психокорекційної роботи за тематикою особливостей структури травматичного емоційного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією.
2. **Ким запропоновано:** Харченко А.О., викладач кафедри психологічного консультування і психотерапії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.
3. **Джерело інформації.** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – «Загальна психологія. Історія психології» «Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією» (здобувач – Харченко А.О.; науковий керівник – д. психол. н., проф. Кочарян О.С.).
4. **Де та коли впроваджено.** У соціально-психологічну роботу громадської організації «Дергачівська районна спілка ветеранів АТО» м. Дергачі з комбатантами.
5. **Термін впровадження:** січень-вересень 2018 р.
6. **Зауваження, пропозиції:** немає.



УКРАЇНА  
 МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
 ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
 імені В. Н. КАРАЗІНА

61022, м. Харків, пл. Свободи, 4, факс +38 (057) 705-02-41,  
 тел. +38(057) 707-52-70, +38(057) 707-55-00, E-mail://info@karazin.ua

05.06.2019 № 0501-89

на № \_\_\_\_\_

**АКТ**

**впровадження результатів наукового дослідження**

Даним актом підтверджується, що результати дисертаційної роботи Харченка Андрія Олександровича «Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією» на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології впроваджено у навчальний процес факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Термін впровадження: вересень 2018 р. – квітень 2019 р.

Форма впровадження результатів: складові частини навчальної дисципліни «Основи психотерапії» (освітньо-кваліфікаційний рівень «Бакалавр»).

Характеристика масштабу впровадження: впроваджено у навчальний процес факультету психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна на постійній основі у вигляді лекційних та практичних занять. Розроблені рекомендації для психокорекційної роботи з травматичним емоційним досвідом демобілізованих учасників бойових дій в Україні.

Новизна впроваджених результатів: вперше визначено структурні особливості травматичного емоційного досвіду на рівні складових «емоційної схеми» у демобілізованих учасників бойових дій.

Ефективність впровадження: на кафедрі психологічного консультування і психотерапії виконуються курсові роботи у зазначеному напрямку, проводяться аспіранські семінари, на яких розглядаються результати дисертаційної роботи.

Проректор по науково-педагогічній роботі

А.В. Пантелєймонов

Декан факультету психології

Н.П. Крейдун

Завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії

О.С. Кочарян

