Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЇХ СІМ'ЯМ

Колективна монографія

Луцьк
Вежа-Друк
2025

УДК 364.62:159.96-057.36
П 86

Рекомендовано до друку вченою радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 2 від 25 вересня 2025 року)

Рецензенти:

Потапчук Є. В. – доктор психологічних наук, професор кафедри психології та педагогіки Хмельницького національного університету;

Гошовський Я. О. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри педагогічної та вікової психології Волинського національного університету імені Лесі Українки.

П 86 **Психологічна** допомога учасникам бойових дій та їх сім'ям : кол. моногр. / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]. – Луцьк : Вежа-Друк, 2025. – 512 с.

ISBN 978-966-940-670-5

Видання презентує розширений і доповнений варіант комплексної програми «Психологічна допомога учасникам бойових дій та їх сім'ям». Представлені пріоритетні теоретико-емпіричні дані монографії пропонують інноваційну розробку різноманітних заходів, які спрямовані на суттєві та швидкі зміни в особистісному функціонуванні осіб, які переживають ознаки посттравматичних стресових станів внаслідок бойових дій. У монографії пропонуються практичні розробки засобів допомоги як самим учасникам, так і особам з їх найближчого оточення. Пропонується широкий спектр діагностичного інструментарію, практичних технік і вправ, які успішно можуть використовуватись в роботі з даною категорією осіб.

Для психологів, практичних психологів, інших фахівців, які залучені та зацікавлені в психологічній допомозі учасникам бойових дій та членам їх сімей.

УДК 364.62:159.96-057.36

ISBN 978-966-940-670-5

© Мушкевич М. І., Федоренко Р. П.,
Мельник А. П. та ін., 2025

ЗМІСТ

Передмова 7

РОЗДІЛ 1. Психологічні особливості переживання ПТСР у осіб, які перебували в умовах бойових дій (Мушкевич М. І.) 10

1.1. Психологічні реакції особистості на екстремальну ситуацію ...10

1.2. Симптоми та особливості проявів посттравматичного стресового розладу 14

1.3.Теоретичні підходи до психосоматичних розладів осіб, які перебували в умовах бойових дій 20

1.4. Діагностичний інструментарій для дослідження ПТСР в учасників бойових дій 25

РОЗДІЛ 2. Психологічний супровід та профілактика ПТСР у військовослужбовців (Магдисюк Л. І.) 39

2.1. Чинники, які сприяють прояву структурно-динамічних особливостей ПТСР у військовослужбовців 39

2.2. Психологічна характеристика структурно-динамічних особливостей ПТСР у військовослужбовців 48

2.3. Особливості профілактики й подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців 59

2.4. Модель медичного та медико-психологічного супроводу військовослужбовців з ПТСР 63

РОЗДІЛ 3. Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки військовослужбовців (Федоренко Р. П.) 80

3.1. Психологічні особливості прояву суїцидальних намірів серед військовослужбовців 80

3.2. Бойові психічні травми і розлади у військовослужбовців 97

3.3. Профілактика суїцидальної поведінки у військовослужбовців ..107

3.4. Вплив сім'ї на прояв суїцидальних тенденцій військовослужбовців 116

3.5. Аналіз результатів дослідження впливу сімейної ситуації на суїцидальні наміри учасників бойових дій 126

РОЗДІЛ 4. Психологічний аналіз шлюбно-сімейних взаємин учасників зони бойових дій (Мушкевич М. І., Федоренко Р. П.) 146
4.1. Постановка проблеми сімейних взаємин у сучасній психології 146
4.2. Вплив батьківської сім'ї на подальший розвиток подружніх взаємин 151
4.3. Особливості функціонування сім'ї бійців після їхнього повернення із зони бойових дій 156

РОЗДІЛ 5. Теорія та практика діагностичної, корекційної та терапевтичної роботи з дітьми й підлітками (Грицюк І. М., Дучимінська Т. І.) 192
5.1. Психологічні підходи до корекційної роботи з дітьми військовослужбовців та дітьми, що пережили травму війни 192
5.2. Особливості психологічних реакцій на психотравмуючі події у дітей військовослужбовців 246
5.3. Психологічні техніки і вправи в роботі з дітьми військовослужбовців 251
5.4. Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей учасників бойових дій 274

РОЗДІЛ 6. Теоретико-методологічні засади реабілітаційного процесу з військовослужбовцями (Мельник А. П., Коширець В. В.) 293
6.1. Сучасні наукові підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців у вітчизняній та зарубіжній літературі 293
6.2. Структура психологічної реабілітації військовослужбовців ...312
6.3. Психокорекційний тренінг «Формування особистісного простору військовослужбовців»: діагностичні засоби та вправи 329

РОЗДІЛ 7. Психодіагностичний практикум (Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І.) 349
7.1. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків *(І. Котеньова)* 349

7.2. Шкала оцінки впливу травматичної події
(IMPACT OF EVENT SCALE-R – скор. 1ES-R) 354
7.3. Особистісний профіль кризи *(ТАРАС, 2003)* 356
7.4. Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР *(PCL-5)* 361
7.5. PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я ..363
7.6. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій
(цивільний варіант) 365
7.7. Опитувальник особистісної та соціальної ідентичності 368
7.8. Опитувальник депресивності Бека
(BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI) 373
7.9. Шкала базових переконань
(WORLD ASSUMPTION SCALE– WAS) 377
7.10. Карта ризику суїцидальності *(Н. Конончук)* 380
7.11. Тест незакінчених речень *(варіант Л. Сакса та В. Леві)* ...381
7.12. Тест незакінчених речень *(авторська версія)* 383
7.13. Методика визначення схильності
до суїцидальної поведінки *(М. Горська)* 385
7.14. Тест-опитувальник батьківського ставлення
(А. Варга, В. Столін) 387
7.15. Тест-опитувальник «Задоволеність шлюбом»
(В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко) 390
7.16. Методика «Розподіл ролей у сім'ї» 393
7.17. Методика «Спілкування у сім'ї» 398
7.18. Методика «Типовий сімейний стан» 404
7.19. Опитувальник «Конструктивно-деструктивна сім'я» *(КДС)* 406
7.20. Тест діагностики самотності
(Д. Расел, Л. Пепло, М. Фергюсон) 407
7.21. Тест «Кактус» *(М. Панфілова)* 408
7.22. Тест «Баранчик у пляшці» 409
7.23. Проективна методика «Мої страхи» *(О. Захаров)* 415
7.24. Методика «Визначення рівня самооцінки» *(Г. Казанцева)* 416
7.25. Методика «Страхи в будиночках» *(М. Панфілова)* 417
7.26. Методика первинної діагностики та виявлення
дітей «групи ризику» *(М. Рожков, М. Ковальчук)* 419

7.27. Колірний тест взаємин *(А. Еткінд)* 424
7.28. Методика на визначення самооцінки *(Дембо-Рубінштейн)* 427
7.29. Тест на виявлення підліткової депресії *(В. Казанська)* 427
7.30. Тест на визначення акцентуації характеру *(К. Леонгард)* ..429
7.31. Піктографічний експрес-тест «Ризик суїцидальної дії» 438
7.32. Проективна методика «Людина під дощем» *(Є. Романова, Т. Ситько)* 440
7.33. Опитувальник «Осада» *(С. Яковенко)* 449
7.34. Шкала безнадійності Бека *(HOPELESSNESS SKALE A.BECK)* 454
7.35. Особистісний опитувальник індивідуальної суїцидальної спрямованості (ІСС) 458

РОЗДІЛ 8. Психотехнології реабілітаційної діяльності в роботі з учасниками бойових дій та членами їх сімей (Мельник А. П., Магдисюк Л. І.) 468
8.1. Порадник військовослужбовцям та членам їх сімей: «Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до цивільного життя» 468
8.2. Психотехніки саморегуляції внутрішнім станом та покращення якості життя у військовослужбовців та членів їх сімей 470
8.3. Техніки для управління своїм внутрішнім станом та покращення якості життя 476

Термінологічний словник 491

ПЕРЕДМОВА

З 24 лютого 2022 року в Україні триває повномасштабна війна, яка стала випробуванням для всіх українців. Різка зміна способу життя, емоційна виснаженість, тривожність, постійний страх і невпевненість у завтрашньому дні – це ті труднощі, які переживають мільйони людей. Війну можна вважати психотравмуючим фактором, що зачіпає кожного: як дорослих, так і дітей. Пережитий досвід війни в процесі психологічного розвитку може призвести до виникнення цілої низки психологічних проблем.

Українське суспільство переживає важкі часи, які мають значний вплив на психічне здоров'я, фізіологічний та емоційний фон громадян України. Створюється ситуація постійної напруги, тривоги, фрустрації. Ситуація виявилась досить складною, адже на передовій наша армія з перших днів повномасштабної війни зазнавала значних втрат, так як на початку бойових дій мобілізованих бійців зазвичай готували експрес-методом та відправляли на фронт значно раніше, аніж це передбачалось навчальною програмою підготовки військовослужбовців. Тому вони не завжди встигали адаптуватись психологічно та емоційно до умов нечесної війни, насилля та смерті. Ці та інші чинники, як і сама ситуація війни, призвели до того, що більшість бійців, котрі повертались із зони бойових дій, отримували на передовій травматичний стрес. Останній виникає як затяжна або відстрочена реакція на ситуації, пов'язані із серйозною загрозою життю або здоров'ю.

Зрозуміло, що наявність такого масового травматичного досвіду на теренах сучасної і незалежної України є новим і нетиповим явищем. Більшість бійців, що повертаються із зони бойових дій і мають яскраво виражений стресовий розлад, здебільшого не можуть, та і не знають, як впоратись зі станами та відчуттями, які вони переживають. До того ж, цей феномен має вплив безпосередньо не лише на учасника зони бойових дій, а й на його близьке оточення – сім'ю, друзів, знайомих, які досить часто не знають, як себе поводити і реагувати.

Але, незважаючи на достатній акцент психологів-науковців щодо особливостей розвитку стресових розладів, його основних критеріїв,

психологічної допомоги, сучасна українська психологічна служба потребує певних уточнень та узагальнень відповідно до тієї ситуації, що склалася в країні. Також актуальність дослідження цієї теми зумовлена тим, що на даний момент в регіоні гостро постає питання діагностики, корекції та психологічної допомоги бійцям, що повернулись із зони бойових дій, пережили емоційні потрясіння та характеризуються яскраво вираженими ознаками ПТСР.

Представлена монографія включає в себе сім розділів, кожен з яких спрямований на аналіз теорії та практики психологічної допомоги учасникам бойових дій та їхнім сім'ям. **Перший розділ** розкриває суть, поняття та психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу тими людьми, які перебували в умовах бойових дій. Параграфи розділу містять теоретичний аналіз, описуються результати практичної роботи попередніх досліджень як зарубіжних, так і вітчизняних психологів щодо переживання посттравматичних стресів осіб, які перебували в зоні бойових дій, представлені концептуальні підходи щодо процедур психодіагностики та психокорекції дисфункції в особистісних сферах, виділені методи та методики, які використовуються нами в роботі як з учасниками бойових дій, так і членами їхніх сімей. **Другий розділ** представляє опис чинників, які сприяють прояву структурно-динамічних особливостей ПТСР у військовослужбовців, їх характеристика та особливості профілактики й подолання.

Третій розділ описує психологічні особливості прояву суїцидальних намірів серед військовослужбовців та представляє психодіагностичні матеріали суїцидальних тенденцій військовослужбовців і результати дослідження впливу сімейної ситуації на суїцидальні наміри учасників бойових дій. **Четвертий розділ** присвячений сім'ї як системі, окреслено проблеми, які можуть виникати у сімейних взаєминах, розкрито вплив батьківської системи на подальший розвиток подружніх взаємин, проаналізовано особливості функціонування сім'ї бійців після їхнього повернення із зони бойових дій. **П'ятий розділ** спрямований на розкриття теорії і практики діагностичної, корекційної та терапевтичної роботи з дітьми та підлітками, розкриває суть психологічних реакцій

на психотравмуючі ситуації дітей учасників бойових дій, представляє техніки роботи з дітьми військовослужбовців та емпіричне дослідження психологічних особливостей дітей учасників бойових дій. **Шостий розділ** розкриває теоретико-методологічні засади реабілітаційного процесу військовослужбовців – учасників бойових дій, де описані наукові підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців, виділена структура реабілітаційного процесу. **Сьомий розділ** представлений психодіагностичними методами і методиками, які застосовуються в роботі з військовослужбовцями та членами їх родин. **Восьмий розділ** підводить підсумок та рекомендує психотехнології реабілітаційної роботи з військовослужбовцями та членам їх сімей.

Колектив авторів щиро сподівається, що запропоновані дослідження в комплексі теоретичних знань та прикладних розробок з проблеми надання психологічної допомоги учасникам бойових дій та їх сім'ям, складуть єдину систему повноцінної допомоги і підтримки військовослужбовців та їхніх сімей, а також сформують готовність у практичних психологів та фахівців суміжних професій щодо вирішення різноманітних практичних завдань корекції особистісної сфери бійців та функціонування їхніх сімей в цілому.

Бажаємо успіхів!

РОЗДІЛ 1
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПТСР У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Психологічні реакції особистості на екстремальну ситуацію

Після таких вражаючих і страшних подій, як повномасштабна війна з російським агресором, куди для захисту нашої країни більшість юнаків і чоловіків було мобілізовано без належної фізичної та психологічної підготовки, зрозуміло, що більшість бійців зазнають стресу, погано сплять і не можуть позбутися спогадів про травматичний досвід. Подібний стан може тривати в кожного по-різному, від декількох днів до декількох тижнів. Впоратись із травматичним досвідом людина може і сама або за допомогою близьких, друзів чи сім'ї. Але якщо людина не здатна впоратись зі своїми переживаннями, і ніхто із близького оточення їй не може допомогти, то пізніше пережитий травматичний досвід, матиме вплив на все майбутнє життя і може призвести як і до особистісних деформацій, так і до розладу особистості.

Бійці, що перебувають на війні, переживають травматичний стрес, спричинений такими факторами, як:

- чітко усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болі, інвалідизації;
- ні з чим не порівнюваний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою: у зв'язку з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів чи з необхідністю вбивати;
- вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, пришвидшення темпів дій, раптовість, невизначеність, новизна);
- проблеми із задоволенням необхідних потреб (повноцінний сон, дефіцит води і харчування тощо);
- незвичний для учасників війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція, вітер, мороз та ін.).

Для українських військовослужбовців та бійців Національної гвардії (далі НГ) чинниками психічної травматизації є:

– реальна загроза життю, яка виникала при пересуванні на позиції без відповідного захисту;
– загроза підриву на вибухових пристроях;
– загроза загибелі під вогнем снайперів;
– постійне очікування загострення ситуації;
– необхідність бачити тіла загиблих та торкатися до них;
– спілкування з важко пораненими.

У тих осіб, які були у полоні, можуть проявлятися інші психотравмуючі чинники у вигляді:

– стану невизначеності та невідомості, відсутності вірогідної інформації;
– небезпеки непередбачуваних дій терористів, тяжких побутових умов, відсутності їжі, води, можливостей задовольнити природні потреби;
– чутки про значну кількість загиблих у полоні;
– загроз, що спричиняли думки про розправу та загибель.

Для родичів військовослужбовців ЗС та бійців НГ патогенними виступають наступні фактори:

– побоювання за життя близьких, які безпосередньо беруть участь у бойових діях;
– інформація про поранених та загиблих бійців, що несли службу разом з їх родичами.

Описані психогенії впливають на клінічну симптоматику психічних розладів та їх перебіг. Пережитий стрес, що був отриманий несподівано, стає настільки сильним, що звичайного психічного резерву людини не вистачає, щоб впоратися із переживанням. І в цьому випадку через деякий час (4 і більше тижнів), може розвиватись посттравматичний стресовий синдром, або як його по іншому називають – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

В науковій літературі реакцію на психотравмуючу ситуацію класифікують за тривалістю її переживання:

Травматичний стрес – це переживання події під час критичного інциденту і одразу після нього – до 2 діб.

Гострий стресовий розлад – це переживання події під час критичного інциденту і протягом 1 місяця після критичного інциденту – від 2 діб до 4 тижнів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це переживання події під час критичного інциденту і через місяць після критичного інциденту – більше 4 тижнів.

Звернемось до історії опису ПТСР, як наслідку військових дій. Хоча симптоми ПТСР і його ознаки в медицині та психіатрії були давно відомі, проте такий термін, як посттравматичний стресовий розлад є поняттям сучасним. Його появу пов'язують із іменем американського психоаналітика А. Кардинера, завдяки якому цей вид порушення з'явився в класифікації. У той же час Х. Каплан і Б. Седок у 1991 році описували, що дуже подібне на ПТСР порушення було зареєстровано у солдатів під час американської Громадянської війни. Я. Да Коста у 1871 році вживав термін «солдатське серце», у зв'язку із наявністю у солдат кардіальних вегетативних («автономних») порушень. У роки Першої Світової війни синдром отримав назву «снарядного шоку» (shell shock). Висловлювалось припущення, що він є результатом мозкової травми від вибухів снарядів. У Другу світову війну посттравматичне стресове порушення спостерігалося у осіб, які пережили атомні бомбардування Японії. Відповідно до цього в медичній практиці відомо декілька назв ПТСР: «окопний синдром», «синдром серце солдата», «снарядний шок», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром».

Проте, як власне самостійну нозологічну форму, посттравматичний стресовий розлад почали виділяти набагато пізніше. Першопочатковою причиною актуалізації проблеми стали наслідки війн в Кореї та В'єтнамі. Саме у 1960–1970 роках утворився такий термін, як «посттравматичний стресовий розлад», який пізніше, у 1980 був включений у DSM III до групи тривожних розладів, і лише у 1995 році ПТСР і його діагностичні критерії ввели в десяту редакцію Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10.

Вивчення та аналіз доступних теоретичних джерел унеможливлює встановлення єдиного визначення поняття посттравматичного стресового розладу ні в зарубіжній, ні у вітчизняній психології та психіатрії.

Зокрема, Оксфордський тлумачний словник вказує, що це *«розлад, який виникає внаслідок психологічного стресу чи травматичної події»*. Д. Палмер та Л. Палмер вказують, що ПТСР – це саме *психоемоційний стан, обумовлений перенесеним важким стресом, при якому індивід відчув або виявився свідком психотравмуючих подій*.

За МКХ-10, ПТСР належить до розділу «F40-F48 Тривожно-фобічні розлади». *Це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиничної або повторюваної психотравмуючої події* (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, роль жертви, знущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину), а також як «відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), що має суб'єктивний характер загрози або катастрофи, які викликають загальний дистрес, майже у кожної людини. Визначення ПТСР за МКХ-10 є найбільш точним та вказує конкретні випадки, що зазвичай стають його причинами.

У DSM-IV-TR підкреслюється, що це *особистісна відповідь на стресор яка включає інтенсивний страх, безпорадність або жах*. ПТСР повністю розвивається через деякий час після травми. Затримка у часі його розвитку може бути короткою, наприклад, один тиждень, і дуже довгою, що затягується на роки, а за Х. Капланом і Б. Седоком – до 30 років.

Отже, ***при розвитку ПТСР головну роль відіграють ті стресові події, які є найбільш значущими для людини і носять екстремальний характер, тобто виходять за межі звичайних людських переживань і викликають відчуття безпорадності та страху за своє життя***. На появу симптоматики посттравматичного стресу можуть вплинути і уповільнені, розтягнуті в часі події, що не мають зовнішнього яскравого вираження. Варто також зазначити, що симптоми ПТСР на певний період часу можуть повністю зникати, але під впливом найменшого стресора, знову з'являтися. Це є особливістю ПТСР, а саме його хвилеподібним характером протікання.

У наступному параграфі монографії ми описуємо симптоматику ПТСР та розлади адаптації (далі РА), як наслідків екстремальних та надзвичайних ситуацій.

1.2. Симптоми та особливості проявів посттравматичного стресового розладу

На сьогоднішній день досить часто робота психолога оцінена неналежним чином, так як у контексті посттравматичного стресового розладу не завжди визнається важливість усвідомлення учасниками бойових дій наявності психологічної травми. Як визначають науковці, психологічна травма – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування людини і призводить до глибокого психологічного переживання. При цьому, *виникнення психологічної травми розглядається як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію.* Внаслідок психологічної травматизації виникають захисні механізми трьох груп:

- *«фізіологічного збудження» (безсоння, дратівливість, спалахи гніву, вибухові реакції, перебільшене реагування, агресивність);*
- *«уникання» (уникнення думок і спогадів про пережите);*
- *«вторгнення» (спогади про травмуючу подію, нав'язливі думки, сновидіння, що викликають емоційне переживання)*.

Проте, зазвичай наявність психологічної травми та захисних механізмів не є першопочатковою ознакою наявності симптомів ПТСР. Здебільшого дана симптоматика проявляється у:

- ***психосоматичних порушеннях різного типу:***
  - *підвищена тривожність;*
  - *загальна напруженість і неможливість розслабитися.*
- ***специфічних тілесних реакціях:***
  - *надпильність;*
  - *перебільшеної реакції на зовнішні стимули;*
  - *готовність до негайного захисту або навіть нападу.*
- ***вегетативних розладах:***
  - *частішають дихання та пульс;*
  - *почервоніння шкірних покровів;*
  - *посилення потовиділення у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією*.

Повний список симптомів ПТСР складається з 13 пунктів:

– *невмотивована пильність;*
– *«вибухова» реакція;*
– *притупленість емоцій;*
– *агресивність;*
– *порушення пам'яті на концентрації уваги;*
– *депресія;*
– *загальна тривожність;*
– *напади люті;*
– *зловживання наркотичними та лікарськими речовинами;*
– *небажані спогади;*
– *галюцинаторні переживання;*
– *безсоння;*
– *думки про самогубство.*

Оксфордський тлумачний словник подає такі загальні показники, як:

– *повторне переживання травми у снах;*
– *повернення думок і образів;*
– *психологічне оніміння, із ослабленим відчуттям співпричетності зі світом;*
– *підвищена пильність;*
– *перебільшена реакція переляку*.

Проаналізувавши та узагальнивши різні джерела інформації щодо діагностики та симптоматики ПТСР, ми виокремили та визначили найважливіші з них:

– *повторні нав'язливі спогади про події, включаючи думки або відчуття;*
– *спогади часто повторюються і викликають значне занепокоєння;*
– *дії або відчуття, що створюють враження ніби подія сталась знову;*
– *сильний психологічний дистрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про аспекти травмуючої події;*
– *фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про аспект психо-*

травмуючої події (почервоніння, збліднення, тремтіння, підвищене серцебиття);

- *флешбеки;*
- *постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою: загальне заціпеніння, втрата активності;*
- *гіперактивність, яка включає в себе дратівливість або вибухи гніву, труднощі під час засинання та порушення тривалості сну, труднощі концентрації уваги, надпильність, посилену реакцію на сильні сигнали.*

В залежності від особливостей домінуючої клінічної симптоматики можна умовно виділити 2 основні клінічні варіанти розладів адаптації (далі РА): афективний і поведінковий. Афективний варіант РА містить три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний.

Депресивний підваріант характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи. Періодично виникають відчуття пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності, залежності від оточуючих людей і обставин. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки значну частку часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки можуть набувати відтінку пасивності і байдужості. Періодично особи із ПТСР можуть скаржитись на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня мотивації. В клінічній картині також мають місце в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

Тривожний підваріант – характеризується розладом адаптації з перевагою порушень інших емоцій, таких як: відчуття психічного і фі-

зичного дискомфорту, немотивована напруженість, нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані у майбутнє, загальна стурбованість та нервозність, неможливість розслабитись, відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях. Може відмічатись епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи провокують розлади сну, труднощі із засинанням, порушення його глибини й тривалості.

Змішаний підваріант, або тривожно-депресивний – це поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучість щодо прийняття рішень тощо. Поряд з цим може спостерігатися більша питома вага соматовегетативних порушень, ніж при тривожному варіанті РА.

Варіанту РА з *порушеннями поведінки* відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дизсоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов'язані із часом психотравмуючої події. Такий варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. В клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їх вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що ці порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони були непритаманні особам до факту психотравмуючого впливу, проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу.

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації виділяють такі типи їх перебігу: **прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний**.

Перший тип характеризується прогресуючим ускладненням клінічної симптоматики з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми. Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптомів. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності і спектру проявів, в першу чергу, афективних порушень. Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості. Це супроводжується зростанням емоційної нестійкості, фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних, міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням в клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості. Динаміка тривожних проявів, таких, як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного і фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які спрямовані не лише у минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних, у вигляді зростання їх частоти та інтенсивності протягом 6 місяців і більше дозволяє говорити про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади. Прогресуючий тип перебігу РА з домінуванням в клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формуванням дезадаптивної і дизсоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливою несприятливою динамікою даних порушень є їх трансформація або в хронічні зміни особистості, або, за наявністю попередньої психологічної уразливості у вигляді відповідної акцентуації характеру, в специфічні або змішані розлади особистості.

Домінуючою характеристикою *рецидивуючого типу* перебігу РА є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії, які характеризуються практично повною відсутністю ознак розладу, є різними за своєю тривалістю, як і тривалість рецидивів. Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають

зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує первинні прояви розладу. Проте, деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Окрім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (здебільшого це стосується «пролонгованої депресивної реакції». Однак найчастішим варіантом динаміки цього типу перебігу РА є одужання хворого.

Особливістю *регредієнтного типу* перебігу РА є виражена редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень: зниженого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується підвищенням емоційної стабільності й впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, немотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, що спрямовані, в першу чергу, в майбутнє, зникає відчуття тривоги. При регредієнтному типі перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання і повернення до попереднього соціального статусу.

Отже, можемо узагальнити, що диференційно-діагностичними критеріями ПТСР та РА є:

- час їх формування (при ПТСР – через 1 місяць, при РА – протягом 1 місяця);
- існування латентного періоду (при ПТСР він обов'язковий, при РА – можливий);
- їх тривалість (при ПТСР вона необмежена, а при РА – не більше 6 місяців, за винятком пролонгованої депресивної реакції).

ПТСР і РА можуть трансформуватися в інші нозологічні одиниці. Так, ПТСР може перетворитися на хронічні зміни особистості, а РА –

на невротичні і соматоформні розлади, депресивний епізод, специфічні і змішані розлади особистості.

Основними клінічними і клініко-психологічними діагностичними критеріями ПТСР є: *наявність симптомів вторгнення, уникання і гіперактивації, виражений/помірний ступінь депресивності. Для РА ці критерії наступні: наявність окремих симптомів афективних, невротичних, соматоформних, постстресових розладів і порушень соціальної поведінки, помірний/легкий ступінь депресивності.*

При ПТСР обов'язково мають місце ознаки соціальної дезадаптації, в той час як для РА вони є можливими.

Але у випадку із ПТСР, так і з РА поряд із психічними дисфункціями проявляються психосоматичні розлади, що і стало темою нашого наступного параграфу.

1.3. Теоретичні підходи до психосоматичних розладів осіб, які перебували в умовах бойових дій

У сучасних психологічних дослідженнях тематика ролі, яку відіграють складні екстремальні ситуації або травмуючі події в розвитку психосоматичних розладів є надзвичайно актуальною. До таких ситуацій можна віднести бойові дії, умови проживання військовослужбовців під час виконання ними службових обов'язків, коли на людину протягом тривалого часу впливає цілий комплекс несприятливих соціально-психологічних, клімато-географічних і фізичних факторів, які найбільш негативним чином впливають на функціональний стан, професійну працездатність і здоров'я. Вітчизняні військові психологи на основі вивчення та аналізу причин виникнення психосоматичних розладів у військовослужбовців в екстремальних ситуаціях виділяють наступні групи психотравмуючих чинників: ситуаційно-психогенні, специфічно-професійні, особистісні. Досвід ведення бойових дій в Афганістані показує, що на військовослужбовців також впливають і еколого-професійні фактори, що включають вплив екологічних, регіональних, кліматичних і соціальних особливостей разом з професійними. У результаті сформувалося поняття «синдром хронічної еколого-професійної напруги», що викликає довготривалу дезадаптацію і тягне за собою порушення в системі життєзабезпечення організму.

Незалежно від ступеня участі у веденні бою практично всі учасники подібних подій відчувають на собі наслідки впливу різних психотравмуючих чинників. Високі вимоги, пропоновані військово-службовцям, схильність до стресів також можуть призводити до різних психосоматичних розладів. Найважливішою особливістю військових конфліктів є те, що, як правило, з припиненням впливу травмуючих факторів нормалізація функціонального стану бійця настає не відразу. Наслідки психосоматичних порушень, які виникли в ході участі у військовому конфлікті, зберігаються ще досить довго, а іноді і протягом усього життя людини. Подібні явища пов'язані з наявністю цілого ряду факторів, що викликають підвищене емоційне напруження і призводять до розвитку психогенних порушень, серед яких інформаційна невизначеність, реальна загроза для життя, ломка системи функціонування психофізіологічної організації, зміна основних життєвих стереотипів і цінностей. Ці психогенні порушення можуть проявлятися в стані гострого страху, астено-депресивних станах, істеричних реакціях, тимчасовому розладі свідомості і різноманітних психосоматичних розладах.

Вплив ситуації війни на психосоматичний стан людини здійснюється безліччю факторів. Солдат відчуває під час бою фізіологічний, емоційний і соціальний стрес. За важкістю класифікують такі ***бойові психосоматичні травми:***

- *легкого ступеня, що проявляються у надмірній дратівливості, замкнутості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності;*
- *середнього ступеня, які характеризуються легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, сильним страхом, втратою почуття реальності дій, що відбуваються;*
- *тяжкого ступеня, що проявляються порушеннями слуху, зору, координації рухів і психоруховими розладами від безглуздих вчинків до ступору*.

Відповідно до ступеня вираженості наслідків впливу травматичних подій виділяють таку типологію:

«Зламані». Головна їх особливість – страх. Він перестав бути острахом, переляком, жахом. Він став мукою, тугою, соромом через страх, болем душі і болючою вагою в тілі. Страх гнітить. Він і вдень, і в сні, у сновидіннях жаху смерті, своїх злочинів. Сни з кошмарами. Вони будять вночі і не йдуть з пам'яті вдень, плутаючись з військовою реальністю. «Зламаним» минуле, мирне життя здається таким далеким, ніби його і не було, тому що його не можна рівняти з жахом боїв. Думок про майбутнє у них немає, вони його бояться, так як попереду лише Смерть. Намагаючись не думати про неї, ці люди позбавляють себе уявлень про майбутнє. У такого солдата обличчя «вбитого горем» через зниження тонусу лицьових м'язів. Через ослаблення тонусу м'язів тіла виникає зовнішній прояв «смутку»: пониклі плечі, сутула спина, нетвердий крок. Перед поверненням додому до мирного життя «зламані» повинні пройти психологічну реабілітацію. Але навіть після реабілітації (і особливо, якщо її не було) «зламані в боях» приносять додому у своїх душах (у своїй психіці) біль війни, пам'ять про жахи боїв. Їх стан психологи (і психіатри) у міських поліклініках діагностують (називають): невроз, невротичний стан, реактивна депресія. Ці болючі повоєнні стани виліковуються набагато важче, ніж з такими ж назвами хвороби «мирного» походження».

«Дурашливі» – ще один тип солдатів з неблагополучними психологічними змінами. Ці солдати схильні постійно жартувати, як правило, недоречно. Їх жарти частіше є необразливими, часто еротичними (нецензурні). Вони жартують про своє, не вникаючи в зміст запитань, не відповідаючи серйозно на них. Наполегливість розпитувань вводить «дурашливих» в похмурий настрій. Прикриваючись іронічністю, вони уникають напружуючих тем про їхнє минуле і майбутнє. Недоречна жартівливість таких людей не веселить і не підбадьорює, а дратує оточуючих. Потім на «дурашливих» перестають звертати увагу». Психологи називають цей вид стресової поведінки реактивною інфантилізацією. У бойовій обстановці «дурашливі» дуріють і під кулями, і на мінних полях, не здатні ні оцінити небезпеку, ні сховатися від неї. Це у них не сміливість, а хворобливий стан. У безпечній обстановці, в госпіталі «пустотливість» швидко зникає, поведінка стає нормальною.

Однак, повернувшись з війни до мирного життя, цей тип людей деякий час виявляє психологічну слабкість в життєвих стресових ситуаціях: іноді може знову виникати надмірна жартівливість, або, навпаки, похмурість. Суїцидальна поведінка у людей цього типу малоймовірна, але можлива. Це треба враховувати, надаючи їм дружню (і психологічну) допомогу».

«Оскаженілі». За час боїв вони стали відрізнятися стійкою злостивістю, неадекватно агресивні по відношенню до інших солдатів, до старших за званням, до місцевих беззбройних жителів та полонених. Злість, витісняючи страх, позбавляє «оскаженілих» обережності в бойовій обстановці. Їх, відчайдушних, легко підстрелити, у них більше шансів наткнутися на ворожу кулю, на осколок снаряда, на міну. Гнів мобілізує фізичні сили, концентрує увагу на противника, зменшує чутливість до болю. Повернувшись до мирного життя, вони досить скоро звільняються від постійної озлобленості. Але раптовий гнів і вдома може вибухати у них у будь-якій стресовій, нервово-перенапружуючій обстановці. Після таких спалахів цих людей мучить каяття. Воно може торувати доріжку до накопичення психічної депресії і через неї до суїциду (самогубства)».

І саме такі бійці, які перебувають у тривожно-депресивному стані, переживають сомато-вегетативні порушення, де до найбільш характерних симптомів можна віднести вазомоторну лабільність у вигляді почервоніння або блідості обличчя, похолодання або підвищеної пітливості кінцівок, відчуття перебоїв у серці або нестатку повітря, дискомфорту в епігастральній зоні, запаморочення, відчуття «втрати ґрунту під ногами». Порушення сну характеризуються тривалим періодом засинання, коли особи з ПТСР не можуть позбавитися неприємних і тривожних думок, частими пробудженнями серед ночі. У цьому випадку мають місце і деякі прояви порушення поведінки, які можна було б визначити як агресивно-гіперстенічні. Однак у повсякденному житті така «гіперстенічність» виявляється малопродуктивною і більше спрямова на сварки та загальний неспокій, ніж пошук реальних можливостей їх уникнення та розв’язання складних життєвих ситуацій.

У інших військовослужбовців, які переживають тривожні стани, поряд з нерішучістю можуть спостерігатись спалахи нервозності та дра-

тівливості, що спрямовані, як правило, на самого себе. Значне місце в клінічній картині у цих осіб посідають виражені соматовегетативні порушення. Найбільш часто виникають скарги на запаморочення, головний біль, блідість або почервоніння шкіри, лабільність артеріального тиску, тахікардію, відчуття оніміння або похолодання кінцівок, приливи жару або холоду, підвищену пітливість, ускладнення під час дихання, відчуття клубка у горлі, нудоту. Також має місце виражена астенічна симптоматика, яка проявляється у вигляді неуважності й незібраності, розбитості та дратівливої слабкості, а також швидкій виснажливості.

Психосоматичні розлади часто проявляться у вигляді *хронічного м'язового напруження, підвищеної стомлюваності, м'язово-суглобового, головного, артрито-подібного болю, виразки шлунку, болю в області серця, респіраторного синдрому, коліту*.

Дослідженнями виявлено, що у 75 % пацієнтів спостерігаються *головні болі і відчуття слабкості в різних частинах тіла, у 56 % відзначалися нудота, болі в області серця, у спині, запаморочення, відчуття тяжкості в кінцівках, оніміння в різних частинах тіла, «ком у горлі» і, нарешті, 40 % обстежених турбувало утруднення дихання*. Тривала і виражена стрес-реакція супроводжується стійкою і значною деполяризацією нейронів лімбіко-ретикулярного комплексу. Даний механізм призводить до утворення в лімбіко-ретикулярній системі генератора патологічно посиленого збудження (ГППЗ). Обов'язковою умовою утворення і діяльності ГППЗ є недостатність гальмівних механізмів в популяції його нейронів, яка пов'язана з тривалим надмірним напруженням і відносним дефіцитом, що розвивається внаслідок цього, пептидергічних систем. Формування ГППЗ має значення універсального патогенетичного механізму розвитку патологічного процесу в нервовій системі, що реалізується через утворення патологічних систем. Клінічні ознаки патологічної системи визначаються ступенем залученості в її архітектоніку структур ЦНС і проявляються різноманітними психовегетативними симптомами. Гіперактивність норадреналінергічних нейронів при тривалому стресі закріплюється у вигляді сформованої патологічної системи, гіперчутливої до стресорних факто-

рів, особливо пов’язаних тією чи іншою мірою з війною. Гіперактивність норадренергічної системи може бути зумовлена повторним переживанням травматичних подій. Коли настає стан гіперзбудливості, то виникає реактивація механізмів пам’яті, пов’язаних з війною. Такою є фізіологічна основа психосоматичних розладів, що пов’язані з стресовими впливами.

На завершення параграфу до нинішньої ситуації в Україні. Згідно досліджень учасників зони ООС Дніпропетровською медичною академією МОЗ України після їх перебування в зоні бойових дій у бійців з’явився *головний біль, погіршилась пам’ять, вони стали регулярно вживати алкоголь і снодійне.* Серед усіх досліджуваних лише 26 % військовослужбовців відмітили, що після перебування в зоні ООС ніяких змін в своєму психологічному та фізичному стані вони не відмічають. Серед цих осіб домінують контрактники, офіцери займають друге місце, на третьому – солдати. Саме тому психологу важливо всесторонньо вивчити загальний психічний стан учасника бойових дій. У наступному параграфі ми пропонуємо опис того діагностичного інструментарію симптоматики ПТСР та РА, який був досить ефективним у нашій психологічній роботі.

1.4. Діагностичний інструментарій для дослідження ПТСР в учасників бойових дій

Дослідження психологічних дисфункцій учасників бойових дій передбачає такі методи, як: бесіда, анкетування, тестування та проективний метод.

Бесіда включає в себе запитання, що стосуються хронологічних та демографічних даних, уточнення психологічного запиту, виділення типу скарги тощо. Анкетування дає змогу отримати інформацію про події, що відбувалися із бійцями в гарячих точках. Це сприяє кращому розумінню об’єктивності ситуації та є доповнюючою і важливою складовою для діагностики учасників бойових дій. Анкета включає як загальні запитання (час перебування в зоні бойових дій; чи отримав боєць посвідчення учасника бойових дій; чи був добровольцем – чи мобілізованим тощо), так і спеціальні, що потребують висловлення власної

позиції респондента з приводу ситуації, що склалася нині в Україні. При тестуванні основним психодіагностичним інструментарієм є комплекс методик що, на нашу думку, дає змогу діагностувати наявність ПТСР чи окремих його ознак різнопланово та достовірно.

До основних методик діагностики ПТСР ми віднесли: «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І. Котенев, 1996), «Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВСТ) (Impact of event scale – R-1ES-R)» (D. Weiss, C. Marmar, T. Metzler, 1995), «Опитувальник перитравматичної дисоціації (ОПД)» (В. Агарков, Н. Тарабрина, 1998),

«Особистісний профіль кризи» (Тарас, 2005), «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (Т. Кеапе, et al. 1987, 1988).

«Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І. Котенев, 1996) призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних факторів, а саме – знаходження в екстремальних умовах. Опитувальник визначає наявність в учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як немотивована пильність, «вибухова» реакція, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон).

Опитувальник включає 110 тверджень і 13 шкал. Основними шкалами опитувальника є: немотивована пильність; «вибухова» реакція; притупленість емоцій; агресивність; порушення пам'яті та концентрації уваги; депресія; загальна тривожність; напади люті; зловживання наркотичними і лікарськими речовинами; непрохані спогади і галюцинаторні переживання; проблеми зі сном; «провина того, хто вижив»; оптимізм. Респондент повинен, читаючи кожне твердження, вибрати варіант відповіді, яка найбільше описує його стан або думки в даний момент. Відповіді методики позначені відповідною цифрою: 5 – абсолютно вірно; 4 – скоріше вірно; 3 – частково вірно, почасти невірно; 2 – швидше невірно; 1 – абсолютно невірно. Окрім того, до опитувальника включені резервні та маскуючі твердження, що перешкоджають мимовільному розумінню респондентом основної спрямованості тесту.

Оцінка вираженості симптомів постстресових порушень проводиться на основі критеріїв, що містяться в DSM-IV і побудований за критеріями МКХ-10 для ПТСР (класифікаційна система МКБ-10, на відміну від американської класифікаційної системи DSM-IV, розрізняє дисоціативні (конверсійні) (F44) та соматоформні розлади). Обробка результатів відбувається шляхом сумування відповідей та переведення їх у бали. Інтерпретуються результати за допомогою ключа за відповідними 13 шкалами. ПТСР та тенденція до його розвитку діагностується за умови високих показників шкал даної методики – 5 балів і вище.

Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) (Impact of Event Scale – R-1ES-R)» (D. Weiss, C. Marmar, T. Metzler, 1995). Перший варіант ШОВТП (Impact of Event Scale – IES) був опублікований в 1979 р. Горовіцем та співавторами (Horowitz, Wilner et. al, 1979). Опитувальник складається з 15 пунктів, які ґрунтуються на самозвіті і виявляють переважання тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події. Симптоми вторгнення – термін «вторгнення» (intruision – англ.) іноді перекладають як «нав'язування» – включають нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи або думки. До другої категорії належать симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з травматичною подією, зниженням реактивності. Зміст самозвіту був прив'язаний до специфічних життєвих подій, а також до специфіки вимірюваних показників.

Далі, Д. Вейс з колегами (Weiss, Marmar, Metzler 1995) прийшли до висноску, що IES може бути кориснішою, якщо вона буде здатна діагностувати не лише такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, але і симптоми гіперзбудження, які входять в діагностичний критерій DSM – 1V і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, «Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута» (IES – R) стала містити 22 пункти. Метою додавання нових 6 пунктів (субшкала «гіперзбудження») являється опис наступних властивостей: злість і дратівливість; гіпертрофована реакція переляку; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами; безсоння. Один новий пункт вторгнення виявляє стани, які

знову переживаються, схожі з дисоціативними. До симптомів («нав'язування») відносяться нічні кошмари, нав'язливі відчуття, образи чи думки. До формування групи симптому «уникнення» відносяться ознаки, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із травматичною подією, зниження реактивності. Шкала «гіперзбудження», включає в себе такі показники, як: злість, дратівливість, гіпертрофована реакція переляку, труднощі із концентрацією, психофізіологічне збудження, зумовлене спогадами, безсоння. Методика складається із 22 пунктів та 3 шкал: вторгнення, уникнення та фізіологічна збудливість. Респондент повинен читаючи кожне твердження, вибрати варіант відповіді, яка найбільше описує його стан або думки в даний момент і дати відповідь «ніколи», «рідко» чи «інколи». Обробка результатів відбувається після підрахування відповідей та переведення їх у бали. Результати інтерпретуються за допомогою ключа у відповідності 3 субшкал: «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічна збудливість».

«Опитувальник перитравматичної дисоціації (ОПД)» (В. Агарков, Н. Тарабрина, 1998), призначений для дослідження вираженості дисоціації в момент переживання психічної травми. Методика складається із 9 запитань, які описують різні дисоціативні стани, такі як: дереалізація, деперсоналізація, досвід виходу із тіла та ін. Запитання стосуються переживань суб'єкта щодо того моменту, коли відбувалася психотравмуюча подія. Відповіді на запитання даються у форматі п'ятибальної шкали Ліккерта. Обробка та інтерпретація результатів відбувається після підрахування відповідей за допомогою відповідного ключа. Наявність дисоціації діагностується, якщо досліджуваний набрав 36 балів і вище.

Методика «Особистісний профіль кризи» А. Тараса дозволяє визначити особистісний профіль пережитої кризи. Теоретичною основою даної методики є положення про комплексний характер переживання кризи, що стосується, як правило, наступних сфер: функціональні проблеми (порушення функціонування вегетативної системи, серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, проблеми зі сном); порушення пізнавально-аналітичної діяльності (уваги, сприйняття, мислення, пам'яті та ін.); порушення емоційного реагування (тривога,

генералізовані емоційні реакції – гнів, сором, вина, або емоційна тупість, або слабкодухість, підвищена емоційність); депресивний настрій; зміни в поведінці і діяльності (проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків, або спроби піти від проблеми, або поглиненість проблемою і ін). Методика містить 60 тверджень, які групуються за такими шкалами:

1. загальний стан;

2. функціональні проблеми;

3. ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності;

4. порушення емоційних реакцій;

5. депресивний настрій;

6. зміни в поведінці і діяльності. Респонденту необхідно обрати ті твердження, які описують його стан і поведінку на момент проведення дослідження.

Обробка результатів відбувається за рахунок підрахунку відповідей за кожною шкалою. Інтерпретація проводиться за таблицею-ключем, де відображаються набрані бали за наведеними 6 блоками, що включає 17 позицій.

Методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакції» дозволяє оцінити ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій та була створена на основі MMPI. Це клінічна тестова методика, спочатку розроблена 1987 року для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. 1995 року був розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб з установленим діагнозом ПТСР. Опитувальник складається з 35 питань у «військовому» і 39 питань в «цивільному» варіантах.

30 запитань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». 5 питань, що залишилися, описують симптоми, які стосуються почуття провини і суїцидальних схильностей. Градація даної шкали адаптована Н. В. Тарабриною.

Відповідно до цієї шкали сумарний бал до 70 свідчить про мінімальний вплив травматичного досвіду або про його відсутність. Понад 70 балів – помірно сильний вплив події, а понад 153 балів – сильний вплив травматичного досвіду. Також всі питання спрямовані на виявлення таких симптомів посттравматичного стресового розладу, як надпильність (така людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, немов їй постійно загрожує небезпека. Але ця небезпека не тільки зовнішня, але і внутрішня – вона полягає в небажані повторення травматичних вражень, що володіють руйнівною силою, прориваються в свідомість. Часто надпильність проявляється у вигляді постійного фізичного напруження, яке не дозволяє розслабитися і відпочити); перебільшене реагування (при найменшій несподіванці людина робить різкі рухи – падає на землю при звуку вертольота, який низько пролетів, різко обертається і приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї зі спини, раптом здригається, кидається бігти, голосно кричить тощо); притупленість емоцій (іноді людина повністю або частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі і дружні зв'язки з оточуючими, недоступні радість, любов, творчий підйом, дух гри і спонтанність); агресивність (прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового впливу, але трапляється також психологічна, емоційна і вербальна агресивність. Людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих кожного разу, коли хоче домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою); порушення пам'яті і концентрації уваги (відчуття труднощів зосередитися або щось згадати, принаймні, в певних обставинах. В інші моменти концентрація може бути нормальною, але варто з'явитися будь-якому стресовому фактору, як людина втрачає здатність зосередитися); депресія (у стані посттравматичного стресового розладу депресія посилюється, доходячи до стану відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Її супроводжують нервове виснаження, апатія і негативне ставлення до життя); загальна тривожність (проявляється на фізіологічному рівні (ломота у спині, спазми шлунку, головний біль), в психічній сфері (постійне занепокоєння і стурбованість, «параноїдальні» явища – наприклад, необґрунтований

страх переслідування), в емоційних переживаннях – постійне почуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини); проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон. Коли у людини нічні кошмари, є підстави думати, що вона сама мимоволі противиться засипанню, і саме в цьому причина її безсоння: вона боїться заснути і знову побачити жахливий сон. Регулярне недосипання, призводить до крайнього нервового виснаження, що доповнює картину симптомів посттравматичного стресового розладу); думки про самогубство (така особа часто думає про самогубство або планує будь-які дії, які в кінцевому підсумку повинні привести його до смерті); «вина того, що вижив» (почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, що забрали життя інших, нерідко притаманне тим, хто страждає від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, любов, співчуття та ін.) після травмуючих подій. Сильне почуття провини іноді провокує напади самопринижуючої поведінки). Шкала характеризується 87 % чутливістю і 63 % специфічністю діагностики ПТСР у контингенту психічнохворих. Нами був пропонований для досліджуваних опитувальник в «цивільному варіанті». Відповіді на запитання даються за шкалою Ліккерта. Респонденту пропонується обрати, за шкалою від 1 до 5, оцінку ступеня своєї згоди або незгоди навпроти кожного твердження. Незважаючи на групування питань в чотири субшкали, вираховується тільки один підсумковий коефіцієнт. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити рівень установок досліджуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Респонденту необхідно обрати ті твердження, які описують його стан і поведінку, що виникали під час перебування в зоні бойових дій за спадаючою шкалою: 5 – повністю підходить, 4 – підходить, 3 – не можу сказати точно, 2 – не підходить та 1 – повністю не підходить. Обробка результатів здійснюється підсумовуванням балів за кожним критерієм. Інтерпретація проводиться за відповідною таблицею-ключем.

У своїй роботі ми також використовували ***опитувальник «Особистісної та соціальної ідентичності»*** (К. Урбанович, 1998, 2001). Даний опитувальник відноситься до методик так званого «раннього виявлення», дозволяє діагностувати перші ознаки, що вказують на

психологічний дискомфорт та неблагополуччя і визначає рівень особистісної та соціальної ідентичності, виявляючи перші ознаки розладу з самим собою і зі своїм соціальним оточенням. При цьому під *особистісною ідентичністю* розуміється самовизначення в термінах фізичних, інтелектуальних і моральних рис індивіда; під *соціальною ідентичністю* – самовизначення в термінах віднесення себе до певної соціальної групи. На основі різних психологічних досліджень можна зробити висновок про те, чи прагне людина до збереження позитивної ідентичності. Її наявність сприяє сприйняттю навколишнього світу як стабільнішого, надійнішого, справедливішого, збалансованого. Навпаки, втрата позитивної ідентичності дезорганізує внутрішній світ людини. Виникає дисгармонія образу свого Я і образу навколишнього світу, що перешкоджає адекватній поведінці у цьому світі. Особливо масового характеру ці процеси набувають в умовах радикальної соціальної трансформації. Відповіддю людської психіки на різкі зміни у соціальному світі і є криза ідентичності. Важливо вчасно визначити як наближення людини до цієї кризи, так і сам факт її переживання. Ця методика дозволяє виявити, наскільки і в яких сферах у людини настає розлад з собою і з соціальним оточенням. Для діагноста важливий не лише підрахунок балів, але й якісний аналіз відповідей опитуваних. Опитувальник дозволяє здійснити аналіз особистісної та соціальної ідентичності за наступними восьма позиціями:

1) служба;
2) матеріальне становище;
3) внутрішній світ;
4) здоров’я;
5) сім’я;
6) оточення;
7) майбутнє;
8) суспільство.

Кожній позиції відповідають 12 затверджень опитувальника. Ствердна відповідь на кожне питання оцінюється в один бал і, в цілому, підвищує показник особистісної і соціальної ідентичності, почуття самоідентифікації.

Опитувальник Бека для оцінки депресії (Beck Depression Inventory – BDI). У світовій психологічній практиці при обстеженні осіб, що пережили екстремальні ситуації, використовується великий психометричний методичний комплекс, за результатами застосування якого можна судити про особливості психологічного стану обстежуваних суб'єктів.

Опитувальник репресивності Бека є важливою складовою цього комплексу, що показала свою діагностичну значущість при роботі з особами, що пережили травматичний стрес. BDI призначений для оцінки наявності депресивних симптомів у обстежуваного на поточний період. Опитувальник ґрунтується на клінічних спостереженнях і описах симптомів, які часто зустрічаються у депресивних психіатричних пацієнтів на відміну від недепресивних психіатричних пацієнтів. Систематизація цих спостережень дозволила виділити 21 твердження, кожне з яких відображає окремий тип психопатологічної симптоматики і включає наступні пункти:

1) печаль;
2) песимізм;
3) відчуття невезіння;
4) незадоволення собою;
5) відчуття провини;
6) відчуття покарання;
7) самозаперечення;
8) самозвинувачення;
9) наявність суїцидальних думок;
10) плаксивість;
11) дратівливість;
12) почуття соціальної відчуженості;
13) нерішучість;
14) дисморфофобія;
15) труднощі в роботі;
16) безсоння;
17) стомлюваність;
18) втрата апетиту;

19) втрата у вазі;

20) заклопотаність станом здоров'я;

21) втрата сексуального потягу.

Виділені шкали дають можливість виявити міру вираженості депресивної симптоматики, оскільки кожна з них є групою питань, що складається з чотирьох тверджень, які відповідно оцінюються у балах від 0 до 3. Максимально можлива сума – 63 бали. Нині опитувальник Бека широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях і в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії. Коли сумарний бал за шкалою – менше 9, це розглядається як відсутність депресивних симптомів; сума балів від 10 до 18 характеризується як «помірно виражена депресія», від 19 до 29 балів – «критичний рівень» і від 30 до 63 балів – «явно виражена депресивна симптоматика».

Методика «Шкала базових переконань» (World Assumption Scale – WAS). Концепція базових переконань, що стосуються доброти і розумності навколишнього світу, доброзичливості або ворожості людей і цінності власного «Я». Вона розроблялася на основі висловлювань людей, що пережили травму про себе, про навколишніх людей і про те, як вони розуміють устрій світу. Шкала базових переконань – опитувальник, що складається з 32 тверджень, які відображають оцінку восьми основних категорій:

- доброта навколишнього світу (BW, benevolence of world);
- доброзичливість людей (BP, benevolence of people);
- справедливість світу (J, justice);
- контрольованість світу (З, control);
- випадковість, як принцип розподілу подій (R, randomness), що відбуваються;
- цінність власного «Я» (SW, self-worth);
- рівень самоконтролю (SC, self-control);
- ступінь удачі, або везіння (L, luckiness).

З метою виявлення суїцидальних намірів та впливу на них аспектів сімейних взаємин проводились наступні методики: ***«Карта ризику суїцидальності» (автор Н. Конончук)***, і колірний тест відносин Еткінда – відносно недавній винахід, оскільки з'явився тільки в кінці

минулого століття. Колірний тест відносин А. Еткінда успішно використовується в консультативній роботі з дорослими і дітьми. Ця методика передбачає зіставлення кольору і персонажів та об'єктів реального життя і до самого себе, а також колірну шкалу переваг, подібну до тієї, що створюється в колірному тесті відносин Люшера. Результати свідчать, що задоволеність мотиву, позитивні очікування викликають позитивні емоції. З іншого боку, незадоволеність значущих потреб, неможливість реалізувати реалізувати домінуючі прагнення викликають фрустрацію, роздратування, негативні емоції, спрямовані на запобігання або подолання перешкод. Особлива увага під час проведення тесту приділяється ставленню до партнера, майбутнього, сексуальних стосунків, життя в цілому.

Проективна методика «Неіснуюча тварина» (М. Друкаревич) призначена для діагностики загальних закономірностей психомоторного зв'язку та несвідомих імпульсів, а також для діагностики особливостей емоційної та особистісної сфери. Досліджуваному дається наступна інструкція: «Вам потрібно намалювати неіснуючу тварину, яка раніше не існувала та не існує взагалі. Придумайте їй назву». Психолог-дослідник відмічає всі реакції досліджуваного, такі як: вербальні, невербальні, стирання та підтирання окремих частин тіла неіснуючої тварини. В інтерпретації малюнку експериментатор враховує розміщення малюнку, положення та розміри малюнку, тематичне зображення малюнку. Також враховуються особливості зображення центральної частини фігури та голови, деталей голови, шиї, опорної частини фігури, частин, що піднімаються над рівнем фігури, хвоста, функціональних доповнень, видів, направленості та проявів захисту. Інтерпретується також назва неіснуючої тварини. В результаті проведення даної проективної методики дослідник отримує дані досліджуваного за такими діагностичними показниками: самооцінка, агресивність, імпульсивність, астенічність/стенічність, незрілість (емоційна, інтелектуальна тощо), інфантильність, особливості мислення (конкретність, банальність, символізм тощо) та творчі можливості досліджуваного.

Проективна методика «Автопортрет» (О. Кандауров, адаптація Р. Бернса) застосовується з метою діагностики несвідомих та

емоційних компонентів особистості (самосвідомість, самоставлення, самооцінка тощо). Діагностичними показниками методики можна вважати: відчуття нестабільності; наявність психосоматичних проявів; впевненість/невпевненість; підозрілість, недовіра до оточуючого світу; труднощі у встановленні контактів та взаємодії з іншими людьми; наявність невротичних проявів; наявність проявів тривоги, страху тощо. Досліджуваному дається завдання намалювати самого себе. В інтерпретації малюнку враховується наступне: загальне зображення фігури (графічне, символічне, схематичне, метафоричне тощо); розмір зображення; висота зображення; ступінь натиску олівця, товщини ліній; наявність штриховки; емоційна виразність зображення; ступінь промальовування обличчя.

Проективна методика «Людина під дощем» (О. Романова, Т. Ситько) застосовується для оцінки адаптивних можливостей та стійкості людини до впливу стресових факторів. Методика орієнтована на діагностику сили Его людини, її здатності переборювати несприятливі ситуації, опиратися ним. Вона дозволяє також здійснювати діагностику особистісних резервів та особливостей захисних механізмів людини. Досліджуваному пропонується на одному аркуші паперу намалювати людину, а потім, на іншому, – людину під дощем. Співставлення двох малюнків дозволяє визначити, як людина реагує на стресові, несприятливі ситуації, що вона відчуває у випадку труднощів та проблемних ситуацій. Велике значення у ході інтерпретації мають наступні моменти: положення фігури на малюнку; трансформація фігури; характер ліній; напрям фігури людини; наявність одягу, парасолі, хмар, калюж, бруду тощо. Діагностичними показниками методики можна вважати наступні: труднощі у спілкуванні; наявність депресивних тенденцій; ригідність мислення; наявність ознак напруження та стресового стану; порушення в соціально-психологічній адаптації; відчуття дискомфорту; стійкість до стресів; схильність до уникання вирішення конфліктних ситуацій; конфліктність; наявність проблемних ситуацій

Усі методики у комплексі їхнього використання засвідчують високу діагностичну ефективність, прогностичний потенціал і вказують на необхідність їх диференційованого використання до потреб кожної

окремої особистості в системі психологічної допомоги учасникам бойових дій та членам їхніх сімей.

Список використаної літератури

1. Корольчук М. С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності: навч. посіб. Київ: КВГІ, 1996. 164 с.
2. Корольчук М. С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Київ: ІНКОС, 2002. 272 с.
3. Панько Т. В. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: клінічний посіб. / [Т. В. Панько та ін.] (під ред. П. В. Волошина). Харків: Арсіс, 2001. 303 с.
4. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб. / упорядники: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
5. Мушкевич М. І. Супервізія: навч. посіб. до курсу «Супервізія». Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 188 с.
6. Мушкевич М. Теорія і практика психологічного консультування сімей. *Психологічні перспективи*. Луцьк: ВНУ імені Лесі Українки, 2022. Вип. 39. С. 291–305.
7. Мушкевич М. І., Мушкевич В. О., Білан К. В. «Копінг-стратегії та психологічне здоров'я військовослужбовців». *Психологічні студії*. Вип. 4, 2025. С. 66–75.
8. DSM-IV. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. [4-th ed.]. Washington, DC: APA, 1994. 399 p.
9. Horowitz M. J. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder / [M. J. Horowitz, N. Wilner, N. Kaltreider, Ets]. *Archives of General Psychiatry*. New York, 1980. Vol. 37. P. 85–92.
10. Kaplan. H. Synopsis of Psychiatry and Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry 6th Edition / H. Kaplan, B. Sadock. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991. 230 p.
11. Mushkevych, M., Mushkevych, V., Fedorenko, R., Duchyminska, T. & Mahdysiuk, L. (2024). The Relationship Between the Adaptive Capabilities of the Individual and the Risk of Suicidal Behavior in Modern Youth. *Youth Voice Journal*, 14(3), 140–149.

12. Xue C, Ge Y, Tang B, et al. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120270.
13. Yehuda, R. and McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and it's original conceptual basis. A*merican Journal of Psychiatry.* Vol 152. P. 1705–1713.
14. Yehuda, R., Teicher, M. H., Trestman, R. L., Levengood, R. A., and Siever, L. J. (1996). Cortisol regulation in post-traumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis. *Biological Psychiatry.* Vol 40. P. 79–88.

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ТА ПРОФІЛАКТИКА ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Чинники, які сприяють прояву структурно-динамічних особливостей ПТСР у військовослужбовців

Війна в Україні, яка триває вже більше 10 років, призводить до зростання числа військовослужбовців, які мають досвід впливу травматичних подій і ризикують розвитком ПТСР. Зрозуміння особливостей цього розладу у військовослужбовців є критичним для надання ефективної допомоги та підтримки цій групі. Військовослужбовці мають унікальний травматичний досвід, такі як бойові дії, втрати товаришів по зброї, робота в стресових умовах тощо. Цей досвід може впливати на структуру і динаміку ПТСР у них, що робить цю тему особливо актуальною для дослідження.

Військовослужбовці часто стикаються з особливими стресовими факторами, пов’язаними з їхньою професійною діяльністю. Розуміння, як ці фактори можуть впливати на розвиток та прояви ПТСР, дозволяє розробляти більш ефективні стратегії для подолання цього розладу в цій групі.

Розвиток ПТСР є складним і індивідуальним процесом, і не всі, хто переживає травматичну подію, стикаються з цим розладом. Саме тому важливим є дослідження чинників, які викликають ПТСР. ПТСР спочатку концептуалізувався як безпосередній наслідок впливу травматичної події на нормальних осіб. Першопочатково наголошувалося на встановленні примату травми як етіологічного агента, а не індивідуальних факторів вразливості. Однак відразу стало зрозуміло, що не всі люди, які вижили після травми розвивають стійкий розлад.

Вивчення особливостей ПТСР у військовослужбовців також сприяє розробці більш індивідуалізованих та ефективних підходів до лікування та підтримки цієї групи осіб.

Сьогодні на науковому полі відсутня єдина думка, що саме викликає розвиток ПТСР. Більшість людей відчуватимуть низку емоцій і

реакцій після травматичного досвіду. Однак більшість тих, хто зазнав травми, одужують від цих реакцій природним шляхом. В осіб, які продовжують відчувати ці симптоми та реакції після початкового періоду, можливо, розвинувся ПТСР.

Отже, розвиток ПТСР є складним і індивідуальним процесом, і не всі, хто переживає травматичну подію, стикаються з цим розладом. Саме тому важливим є дослідження чинників, які викликають ПТСР.

ПТСР спочатку концептуалізувався як безпосередній наслідок впливу травматичної події на нормальних осіб. Першопочатково наголошувалося на встановленні примату травми як етіологічного агента, а не індивідуальних факторів вразливості. Однак відразу стало зрозуміло, що не всі люди, які вижили після травми розвивають стійкий розлад. Фактично, багато людей відновлюються.

Пошук факторів ризику, які збільшують вразливість до хронічного ПТСР, відбувався на ранніх стадіях історії дослідження розладу. Фой, Сіппрелл, Ругер і Керрол (1984) опублікували одне з перших формальних досліджень, спрямованих на виявлення факторів ризику для ПТСР і повідомили, що характеристики впливу травми мають центральне значення. Багато досліджень з того часу спостерігали дозову залежність між серйозністю травми і ПТСР.

Однак ознаки травми завжди пояснюють невелику частку варіації симптоматики ПТСР (Йегуда та Макфарлейн, 1995). Епідеміологічні дослідження показали, що частота впливу травми значно переважає випадки розвитку ПТСР, що вказує на те, що в більшості людей ніколи не розвинеться ПТСР після травматичних поді. (Бреслау, Кесслер, Чілкоут, Шульц, Девіс і Андрескі, 1998). Крім того, ПТСР – це не єдиний можливий психологічний наслідок травми. Підвищені ризики депресії, панічних розладів і зловживання речовинами також часто спостерігаються в тих, хто пережив травматичний досвід (Шалев, Фрідман, Брандес, Сагар, Орр і Пітман, 1998), що знову порушує природу відносин між травмою та ПТСР.

На даний момент деякі дослідники вимагають перегляду посттравматичного стресового розладу за моделлю стрес-діатезу, де характеристики травми і індивідуальні фактори ризику взаємодіють для визначення того, у кого розвинувся цей розлад.

Модель стрес-діатезу або стрес-діатезова модель – це теоретичний підхід в психології і психіатрії, який пояснює, як психічні розлади розвиваються на основі взаємодії генетичних факторів та стресових чинників.

У цій моделі «стрес» вказує на зовнішні фактори, такі як травматичні події, життєві стреси або негативні життєві події, які можуть вплинути на психічне здоров'я людини. «Діатез» означає внутрішні чинники, які роблять людину більш схильною до розвитку психічного розладу. Діатез може включати генетичні фактори, особливості особистості або інші біологічні або психологічні особливості.

Модель стрес-діатезу стверджує, що розвиток психічних розладів, таких як депресія, тривожність або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), вимагає наявності як стресових чинників, так і певного рівня внутрішнього схильності (діатезу). Ця модель допомагає розуміти, чому не всі люди, які переживають стресові ситуації, розвивають психічні розлади, і чому генетичні чинники можуть впливати на схильність до розладу.

Вивчення факторів ризику стає все більш популярним, наголошуючи на екологічних та демографічних факторах, особистісних та психіатричних анамнестичних даних, дисоціації, когнітивних і біологічних системах, а також генетичних або родинних ризиках (Йегуда 1999). Усі ці підходи є важливими для спрямування та розвитку цієї галузі в цілому.

Крім характеристик важкості стресору, історія впливу травми також є важливим фактором ризику. Історія впливу перед травмою також є важливим фактором ризику для ПТСР (Девідсон, Х'юз, Блейзер та Джордж, особливо, якщо це сталося в ранньому віці (Бремнер, Саутвік, Джонсон, Йегуда та Чарні, 1993). Крім того, Бреслоу, Чілкоут, Кесслер і Девіс (1999) встановили, що тип попереднього впливу травми є важливим, особливо потужним ризиковим фактором для розвитку ПТСР при наступній травматизації. Соціальні чинники також можуть впливати на ризик. Історія нестабільності в сім'ї пов'язана зі збільшеним ризиком розвитку ПТСР (Кінг, Кінг, Фой та Гудановскі, 1996), тоді як гарна соціальна підтримка виявилася засобом зниження ризику розвитку розладу (Соломон, Мікулінцер та Авіцур, 1988).

Бреслоу та ін. (1998) ідентифікували кілька демографічних факторів ризику для розвитку ПТСР. Стать є надзвичайно важливим ризиковим фактором, навіть при урахуванні різниці в типах подій, з якими зіштовхуються чоловіки порівняно з жінками. При цьому значна кількість досліджень підтвердили факт, що поширеність ПТСР у жінок практично вдвічі вища, ніж у чоловіків. До цього часу відсутнє наукове обґрунтування цих результатів, хоча стать є ризиковим фактором для інших психіатричних розладів. Бреслоу, Чілкоут, Кесслер, Петерсон і Люсія (1999) встановили, що вищий ризик ПТСР у жінок передусім пов'язаний з особливою вразливістю до насильства з боку інших. Бреслоу та ін. (1999) вказують на те, що насильство з боку інших є більш загрозливим і травматичним для жінок, оскільки більшість злочинців є чоловіками і, отже, мають більшу фізичну силу.

Низький рівень освіти та доходу, а також розлучення або втрата партнера, є ризиковими факторами для ПТСР. Крім того, поширеність ПТСР може бути вищою серед афроамериканців і латиноамериканців порівняно з іншими етнічними групами (Норріс, 1992). Бреслоу та ін. (1998) відзначають, що кілька демографічних факторів також впливають на ризик впливу травми, включаючи стать, вік, етнічну належність та соціальний статус. Ця остання спостереження є важливим для розгляду ризику, оскільки вплив травми не відбувається у вакуумі. Деякі з названих факторів ПТСР можуть фактично бути прогностичними факторами впливу травми.

Попередня історія поведінкових чи психологічних проблем також пов'язана із розвитком ПТСР після травми (Макфарлейн, 1989). З багатьма різними психіатричними розладами пов'язують минулі психологічні проблеми, що вказує на те, що цей фактор ризику може бути неспецифічним для непридатних стратегій справляння, а не передбачати певний розлад. Насправді, Бреслоу та ін. (1998) встановили, що попередні афективні, тривожні розлади або досвід залежностей від вживання речовин представляють ризикові фактори для розвитку ПТСР, і прийшли до висновку, що наявність психіатричної історії, як такої, була сильнішим прогностичним фактором для ПТСР, ніж наявність випадку будь-якого зі специфічних розладів.

При цьому належну увагу також варто приділити рисам особистості як чиннику, що впливає на розвиток ПТСР. Дорослі особи з уникаючими, антисоціальними (Schnurr, Friedman і Rosenberg, 1993) або невротичними особливостями (Бреслоу та ін., 1998) перед травматичною подією мають підвищений ризик розвитку ПТСР.

Тобто попередні характеристики особистості також можна визначити як фактори ризику та захисні фактори розвитку ПТСР або посттравматичних симптомів.

Існує невизначеність щодо того, чи слід розглядати дисоціацію як стійку особистісну рису чи станову когнітивну реакцію на травму. Тим не менш, дисоціація під час травми здається важливим ризиковим фактором для розвитку ПТСР (Купман, Классен і Спігель, 1994), і особи з ПТСР показують підвищені показники за симптомами дисоціації (Бремнер, Саутвік, Бретт, Фонтана, Розенгек, і Чарні, 1992). У перспективному дослідженні постраждалих від травми, Шалев, Пері, Канетті і Шрайбер (1996) встановили, що дисоціація під час травми є найкращим прогностичним фактором симптоматики ПТСР через 6 місяців після травми, пояснюючи 30 % варіації симптомів. Дисоціативні реакції можуть бути прийняті як немалопридатна стратегія у відповідь на травму в дитинстві або хронічний стрес (Спігель, 1991). Таким чином, вони можуть частково посередньо впливати на відносини між попереднім травмуванням і збільшеною вразливістю до ПТСР. Майбутні дослідження дисоціації в групах з високим ризиком проллють світло на це питання.

Низький рівень інтелектуальних функцій також можна назвати чинником розвитку ПТСР. Маклін, Мецгер, Ліц, МакНаллі, Ласко, Орр і Пі (1998) оцінили рівень інтелектуального розвитку військовослужбовців перед відправленням на бойовий фронт і виявили, що нижчий рівень інтелекту до війни пов’язаний зі збільшеним ризиком розвитку ПТСР при контакті з бойовими діями. Цей взаємозв’язок залишався незмінним навіть після коригування ступеня бойового впливу. Контроль за ступенем бойового впливу важливий, оскільки особи з нижчими рівнями інтелекту часто знаходяться в більш інтенсивних бойових ситуаціях, ніж інші.

Особи з ПТСР виявляють підвищені ознаки нейрологічних розладів, які свідчать про помітні розлади нервової системи. Крім того, вони також повідомляють про більшу кількість проблем розвитку, що свідчить про наявність попередніх порушень нейророзвитку як ризикових факторів для розвитку ПТСР (Solomon,Z., Mikulincer,M., and Avitzur,E. (1988)).

ПТСР також пов'язаний з конкретними порушеннями пам'яті. Зокрема, було виявлено дефіцити пам'яті у ветеранів бойових дій з ПТСР порівняно з невоєнними контрольними особами (Йегуда, Кахана, Байндер-Бринс, Саутвік, Мейсон і Гіллер, 1995), а також у жертв насильства, які мають ПТСР, порівняно з жертвами насильства без ПТСР (Дженкінс, Лангле, Деліс і Коен, 1998). Досі функцію пам'яті не оцінювали до впливу травми. Однак слід розглядати можливість того, що (подібно до інтелекту) низька здатність до запам'ятовування передує травмі, особливо в світлі висновків про попередні порушення функціонування гіпоталамус-гіпофіз-надниркової системи, ця нейроендокринна система має добре документовані впливи на функцію явної пам'яті.

Вивчення біологічних аспектів посттравматичного стресового розладу виявило кілька аномалій, які присутні у постраждалих після травм. Оскільки ці зміни не спостерігаються в осіб без посттравматичного стресового розладу, які зазнали аналогічного впливу, вони, ймовірно, пов'язані з патофізіологією посттравматичного стресового розладу, а не з впливом травми як такої. Теоретично будь-яка з цих аномалій може означати вже існуючу вразливість до наслідків травми. Дійсно, останні дані свідчать про те, що принаймні деякі з спостережуваних біологічних аномалій є факторами ризику розвитку ПТСР (Yehuda, 1999).

Shalev, Sahar, Freedman, Peri, Glick, Brandes, Orr та Pitman (1998) оцінювали частоту серцевих скорочень у 86 осіб, які пережили травму, під час звернення до відділення невідкладної допомоги. Суб'єкти, у яких пізніше розвинувся посттравматичний стресовий розлад, мали вищу частоту серцевих скорочень на момент звернення порівняно з тими, у кого не розвинувся посттравматичний стресовий розлад, що

відповідає посиленій або тривалій катехоламіновій відповіді на травму в цій групі. Частота серцевих скорочень більше не розрізняла групи посттравматичних стресових розладів і відсутність посттравматичних стресових розладів під час спостереження через місяць. Pitman (1989) припустив, що підвищений рівень норадреналіну під час травми може призвести до надмірної консолідації пам'яті та подальшого розвитку інтрузивних симптомів.

Нейрогормональні дослідження також виявили потенційний фактор ризику розвитку ПТСР. Як пов'язаний із бойовими діями, так і цивільний ПТСР пов'язаний із хронічно низьким рівнем кортизолу, глюкокортикоїду, що виділяється гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової віссю (HPA). В основі цього спостереження лежать систематичні зміни загальної активності осі HPA, які, здається, є унікальними для ПТСР. Yehuda, Teicher, Trestman, Levengood і Siever (1996) представляють переконливі докази того, що такі зміни є симптомами посилення негативного зворотного зв'язку, що виникає в осі HPA, опосередкованого підвищеною чутливістю глюкокортикоїдних рецепторів, і діє, щоб підтримувати хронічно низький рівень кортизолу.

Пряма підтримка ідеї про те, що аномалії осі HPA є фактором ризику ПТСР, була надана дослідженням рівня кортизолу одразу після зґвалтування (тобто протягом кількох годин від події) (Resnick, Yehuda, Pitman, and Foy, 1995). Нижчий рівень кортизолу спостерігався у жінок, які раніше зазнавали зґвалтування або нападу, і попередній контакт був фактором ризику розвитку ПТСР. Це свідчить про те, що зміни осі HPA можуть лежати в основі зв'язку між попереднім впливом і підвищеною вразливістю до ПТСР. Крім того, друге дослідження показало, що особи, у яких розвинувся посттравматичний стресовий розлад після автомобільної аварії, продемонстрували нижчу реакцію кортизолу на аварію порівняно з тими, у кого не розвинувся посттравматичний стресовий розлад (Yehuda, McFarlane, and Shalev, 1998).

Єгуда, Шмайдлер, Арферіат, Бреслау, Бірер і Долан ствердували про попередні дослідження біологічних змін у групі, яка, як відомо, має високий ризик розвитку ПТСР після травми – дорослих дітей тих, хто пережив Голокост (Єгуда, Шмайдлер, Вайнберг, Біндер- Brynes,

and Duvdevani, 1998). В ході цього метадослідження з'ясувалося, що нащадки жертв Голокосту мали нижчий рівень кортизолу порівняно з дітьми без психіатричних розладів, батьки яких не постраждали від травм. Низький рівень кортизолу був особливо очевидним у тих нащадків, які зазнали травми, але ті, хто не зазнав травматичної події, що загрожує життю, також демонструють дещо знижений рівень кортизолу. При цьому спостереження біологічних змін у потомстві тих, хто пережив Голокост, можуть бути предметом різних інтерпретацій і не стосуватися безпосередньо екологічних або генетичних факторів.

Цікавим видаються дослідження щодо спадкових та генетичних факторів розвитку ПТСР. Спігель (1993) досліджували поширеність посттравматичного стресового розладу в парах монозиготних і дизиготних близнюків і продемонстрували, що майже 30 % деяких симптомів посттравматичного стресового розладу мають генетичну основу. Девідсон, Сварц, Сторк, Крішнан і Хаммет (1985) виявили, що у тих, хто пережив травму з посттравматичним стресовим розладом, більше шансів мати батьків і родичів першого ступеня, у яких будуть розлади настрою, тривожність та зловживання психоактивними речовинами порівняно з тими, хто пережив травму і у яких не розвинувся посттравматичний стресовий розлад. Зовсім недавно Єгуда, Шмайдлер, Гіллер і Зівер (1998) продемонстрували, що ті, хто пережив Голокост з посттравматичним стресовим розладом, мають більше шансів народити дітей з посттравматичним стресовим розладом, ніж ті, хто пережив Голокост без посттравматичного стресового розладу.

Оскільки всі вищезазначені дослідження змішують генетичну та екологічну узгодженість, ступінь, в якій результати свідчать про справді генетичні явища, ще не зрозуміла. Однак, навіть за відсутності генетичної спадковості факторів ризику посттравматичного стресового розладу, сімейні дослідження можуть остаточно продемонструвати взаємодію між поколіннями стресу та травми як найпотужніших факторів ризику через постійні когнітивні та нейробіологічні зміни, які вони викликають.

Для наочності вказаних факторів ризику варто звернути увагу на табл. 2.1, опубліковану Міріам Рейсмен у 2016 році.

Значні фактори ризику ПТСР, пов’язаного з бойовими діями, у військовослужбовців та ветеранів.

Таблиця 2.1

Фактори ризику ПТСР та їх вплив

Фактори	Співвідношення шансів (95 % ДІ)
Претравматичні фактори	
Жіноча стать	1,63 (1,32–2,01)
Небіла раса	1,18 (1,06–1,31)
Нижчий рівень освіти	1,33 (1,14–1,54)
Нижче звання	2,18 (1,84–2,57)
Армія як вид служби	2,30 (1,76–3,02)
Бойова спеціалізація	1,69 (1,39–2,06)
Кількість розгортань (≥ 2)	1,24 (1,10–1,39)
Більша тривалість розгортання	1,28 (1,13–1,45)
Несприятливі життєві події	1,99 (1,55–2,57)
Попередня травма	1,13 (1,01–1,26)
Психологічні проблеми	1,49 (1,22–1,82)
Фактори перитравми	
Бойове викриття	2,10 (1,73–2,54)
Розрядив зброю	4,32 (2,60–7,18)
Бачив пораненого/убитого	3,12 (2,40–4,06)
Важка травма	2,91 (1,85–4,56)
Стресовий фактор, пов’язаний з розгортанням	2,69 (1,46–4,96)
Посттравматичні фактори	
Підтримка після розгортання (так)	0,37 (0,18–0,77)

CI = довірчий інтервал; ПТСР = посттравматичний стресовий розлад.

При цьому необхідними видаються додаткові дослідження, щоб краще зрозуміти ці та інші фактори ризику посттравматичного стресового розладу та допомогти клініцистам та іншим медичним працівни-

кам запропонувати необхідне лікування до того, як симптоми стануть хронічними.

2.2. Психологічна характеристика структурно-динамічних особливостей ПТСР у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психіатрична конструкція, яка стосується трьох кластерів симптомів, які іноді розвиваються після впливу травматичної події. Діагностичний і статистичний посібник для психічних розладів, четверта редакція тексту (DSM-IVTR; Американська психіатрична асоціація, 2000) вказує, що особа повинна пережити травматичну подію, критерій A, і повідомити про три окремих кластери симптомів, критерій BD. Критерій A визначає, що певні події, що загрожують життю (A1) та емоційні реакції (A2), повинні передувати та призводити до розвитку симптомів ПТСР. Більш конкретно, DSM-IVTR вимагав, щоб людина емоційно реагувала на потенційно травматичну подію «страхом, жахом та/або безпорадністю». Симптоми посттравматичного стресового розладу включають повторне переживання події в тривожному стані (критерій B), уникнення або придушення нагадувань про подію (критерій C) і тривале та стійке гіперзбудження після того, як подія закінчилася (критерій D).

Діагностичний і статистичний посібник для психічних розладів, п’яте видання (DSM-5; APA, 2013) вніс значні зміни в діагностику посттравматичних стресових розладів, які важливо враховувати. Щоб підкреслити центральну роль стресу в етіології кількох розладів, розлади, пов’язані з травмою та стресором, було додано як категорію. ПТСР було переміщено з тривожних розладів у цю нову категорію не лише для відображення того, що симптоми є реакцією на переживання травматичної події, але й для того, щоб вказати, що страх не завжди є центральною ознакою розладу. DSM-5 зазначає, що люди, які пережили травматичні події та розвинули посттравматичний стресовий розлад, натомість можуть мати депресивний настрій і негативні моделі мислення або дисоціацію та дереалізацію як переважаючі симптоми (APA, 2013). Інші важливі зміни включають усунення пери травматичних емоційних реакцій з критерію A, додавання кластера симптомів,

що представляють неприємні емоції та когнітивні функції, і включення специфікатора для переважно дисоціативних симптомів. У цьому дослідженні розглядається часовий зв'язок між симптомами ПТСР.

Таким чином, усі стани, включені в цю класифікацію, вимагають впливу травматичної або стресової події як діагностичного критерію. DSM-5 класифікує симптоми, які супроводжують ПТСР, на чотири «групи» (кластери):

- Втручання – спонтанні спогади про травматичну подію, повторювані сни, пов'язані з нею, спогади або інший інтенсивний або тривалий психологічний стрес
- Уникнення – тривожні спогади, думки, почуття або зовнішні нагадування про подію
- Негативне усвідомлення та настрій – безліч почуттів, включаючи спотворене відчуття провини себе чи інших, постійні негативні емоції (наприклад, страх, провина, сором), почуття відстороненості чи відчуженості та обмежені афекти (наприклад, нездатність відчувати позитивні емоції)
- Гіпербудження – агресивна, безрозсудна або саморуйнівна поведінка; порушення сну; підвищена пильність або пов'язані з нею проблеми.

Проаналізувавши існуючу літературу, слід звернути увагу на один з головних підходів до аналізу темпоральної дії симптомів ПТСР. В цьому випадку звертається увага на симптоми даного розладу та їх проявленість протягом певного відрізку часу. В цій сфері було проведено значну кількість досліджень, які відслідкували взаємозв'язок тривалості певних симптомів від характеристик впливу травматичної події.

Частота, інтенсивність і тривалість посттравматичних симптомів після впливу надзвичайно стресових життєвих подій можуть сильно відрізнятися. Деякі люди не відчувають жодних симптомів або ж відчувають незначні, інші стикаються з миттєвими помітними симптомами, які з часом зменшуються, а треті страждають від важких і постійних симптомів (Кінг, Кінг, Сальгадо і Шалев, 2003; Косс і Фігередо, 2004). Приблизно у кожної сьомої особи, яка зазнала травматичної

події, розвиваються симптоми, які зберігаються принаймні 1 місяць і відповідають діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу. Приблизно одна третина цих осіб відчуває симптоми, які залишаються підвищеними або погіршуються протягом багатьох років (Freedman, Brandes, Peri, & Shalev, 1999; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Shalev et al., 1998).

Для аналізу структурно-динамічних особливостей розвитку ПТСР у військових важливим є аналіз динамічної взаємодії симптомів ПТСР у групі ветеранів. Поглиблене розуміння перебігу симптомів ПТСР і особливо того, як симптоми впливають один на одного на підтримку розладу, є важливим для профілактики та лікування ПТСР.

Хронічний ПТСР визначено в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (4-е видання, DSM-IV; Американська психіатрична асоціація, 1994) як тривалість 3 місяці або більше. Хоча визначення хронічного посттравматичного стресового розладу не було включено в DSM-5 (APA, 2013), у посібнику зазначено, що симптоми посттравматичного стресового розладу, як було задокументовано, зберігаються значно більше ніж 3 місяці, навіть протягом 50 років або більше після впливу травми (APA, 2013). Оприлюднені у 2015 році дані Національного довгострокового дослідження ветеранів війни у В'єтнамі (Marmar et al., 2015) підтверджують думку про те, що частина ветеранів бойових дій тієї війни продовжує страждати від тривалої тяжкості симптомів приблизно через чотири-п'ять десятиліть після того, як вони пережили бойову зону. Рівень довготривалого хронічного посттравматичного стресового розладу може бути вищим серед ветеранів бойових дій, які зазнали кількох травматичних стресових факторів у зоні бойових дій, що характеризується загальною небезпекою протягом багатьох місяців служби, ніж серед осіб, які зазнали однієї травматичної події (Hoge та ін., 2004; King, King), Foy, Keane & Fairbank, 1999; Schnurr, Lunney, Sengupta & Waelde, 2003). Хронічний посттравматичний стресовий розлад пов'язаний із значними витратами як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому, оскільки люди з посттравматичним стресовим розладом частіше страждають від подружніх і сімейних труднощів, безробіття та фінансової нестабільності, а також проблем з фізичним здоров'ям.

Кластери симптомів посттравматичного стресового розладу були визначені по-різному, оскільки посттравматичний стресовий розлад був вперше кодифікований у DSM-III (APA, 1980). Три кластери симптомів посттравматичного стресового розладу, вперше визначені в діагностичних критеріях, були повторне переживання, оніміння та кластер, який включав симптоми гіперзбудження, уникнення та реактивності. DSM-III-R і DSM-IV (APA, 1987, 1994) визначили три кластери: повторне переживання, уникнення (включаючи емоційне заціпеніння) і гіперзбудження. Багато досліджень наголошують на цих трьох кластерах. Однак емпіричні висновки щодо основної структури показників посттравматичного стресового розладу дали докази чотирьох (King et al., 1998) – і, можливо, п’яти – фактори або кластери симптомів, кожен з яких відрізняє набір симптомів уникнення від набору симптомів емоційного заціпеніння. Публікація DSM-5 формалізувала поділ на переглянутий кластер уникнення та інший кластер, який посилається на негативні зміни в пізнанні та настрої, що включає емоційне заціпеніння.

Існуюча література про функціональні зв’язки між кластерами симптомів посттравматичного стресового розладу з часом свідчить про те, що симптоми гіперзбудження можуть відігравати особливо важливу роль як у розвитку, так і в підтримці ПТСР. При цьому Рейсман використав проспективний дизайн для вивчення часової динаміки серед кластерів симптомів ПТСР після травматичного досвіду. У своїх дослідженнях молодих дорослих, які пережили насильство, здійснювалась оцінка незабаром після травми та знову через 3 і 12 місяців. Дослідник аналізував вплив кластерів посттравматичних стресових розладів один на одного в двох інтервалах за допомогою панельного аналізу з перехресним відставанням. За словами Рейсмана, підвищене збудження «…відіграє вирішальну роль у формуванні природного перебігу посттравматичного дистресу після впливу травми».

У лонгітюдному дослідженні, яке охоплювало два десятиліття, Соломон, Хореш і Ейн-Дор (2009) також використали проспективний дизайн і застосували панельний аналіз із перехресним відставанням до трьох кластерів симптомів ПТСР DSM-IV. Ізраїльські ветерани Ліван-

ської війни 1982 року були оцінені через 1, 2 і 20 років після війни. Дослідження виявило, що симптоми підвищеного збудження при початковій оцінці передбачають повторне переживання та симптоми уникнення/емоційного заціпеніння в обох наступних точках часу. Враховуючи вплив кластера симптомів підвищеного збудження на інші симптоми протягом 19-річного періоду, Solomon et al. (2009) назвали підвищене збудження «двигуном», який керує іншими симптомами.

На додаток до симптомів підвищеного збудження, про які вони повідомляють самі, дані свідчать про різницю деяких фізіологічних показників збудження відразу після травми у людей з ПТСР і без нього. Наприклад, Коронас та інші (2011) оцінювали тих, хто вижив у ДТП під час рятувальної допомоги каретою швидкої медичної допомоги та у відділенні невідкладної допомоги, і виявили, що частота серцевих скорочень на місці травми передбачила стан ПТСР через 4 місяці. Крім того, Д. Спігель (2010) досліджував частоту серцевих скорочень і шкірну провідність людей, які вижили в аварії, протягом 1 місяця після аварії, коли вони переглядали стандартизовані травми, загрозливі та нейтральні зображення. Відповіді частоти серцевих скорочень на зображення, пов’язані з травмою, передбачали тяжкість симптомів ПТСР через 6 місяців після травми, навіть після врахування ранніх симптомів ПТСР.

Гіперзбудження – не єдиний кластер симптомів ПТСР, який, як виявилося, суттєво впливає на пізніші симптоми. У дослідженні, план якого дозволяв досліджувати симптоми посттравматичного стресового розладу як до, так і після стресу, пов’язаного з військовими діями, емоційне заціпеніння виявилося найсильнішим провісником наступних симптомів посттравматичного стресового розладу (Solomon Z., Mikulincer M., and Avitzur E. (1988). Дослідники виявили, що емоційне заціпеніння перед відправленням в зону бойових дій було пов’язане з усіма кластерами симптомів ПТСР після відправлення на службу (включаючи наступне емоційне заціпеніння), тоді як гіперзбудження до відправлення на службу було пов’язане з трьома з чотирьох кластерів симптомів після відправлення на службу (усі, крім уникнення). У вибірці осіб симптоми емоційного заціпеніння відрізняли постійні

симптоми посттравматичного стресового розладу від менш серйозних посттравматичних розладів (Breslau, Reboussin, Anthony, Storr, 2005). Серед ветеранів війни в Перській затоці 1991 року емоційне заціпенін-ня та підвищене збудження, але без повторного переживання чи уник-нення, посилювалися після відправлення на службу та були пов'язані з іншими симптомами психологічного дистресу. Ці дослідження надають більш обмежену підтримку концепції переваги симптомів гіперзбу-дження та підкреслюють потенційний внесок симптомів емоційного заціпеніння в наступні симптоми ПТСР.

Аналіз емпіричного дослідження. Наше дослідження було прове-дено протягом 2022-2025 років на базі науково-методичного центру «Ментальне здоров'я», що діє при кафедрі практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки та у Волинському обласному госпіталі ветеранів війни. Вибірка становила 60 військовослужбовців віком від 23 до 56 років. Усі військовослужбовці, які були включені до цієї вибірки, знаходи-лися у зоні конфлікту або «гарячих точках» протягом певного часу під час своєї служби. Ми також не враховували такі фактори, як демогра-фічні показники та військовий досвід.

Обрання вибірки військовослужбовців для дослідження струк-турно-динамічних особливостей ПТСР є важливим і обґрунтованим кроком у проведенні такого дослідження. Військовослужбовці, особ-ливо ті, які брали участь в бойових операціях, стикаються зі значно вищим ризиком розвитку ПТСР порівняно з цивільним населенням. Бойовий досвід, пов'язаний з військовими подіями, може створити сприятливі умови для розвитку цього розладу.

Вивчення ПТСР у військовослужбовців є важливим для покращен-ня їхнього здоров'я та надання ефективної психологічної та медичної допомоги. Дослідження структурно-динамічних особливостей ПТСР може призвести до розробки кращих методів діагностики, лікування та попередження цього розладу.

На сайті Департаменту США у справах ветеранів, Національний центр ПТСР важливими для скринінгу називає: Beck Anxiety Inventory – Primary Care (BAI-PC); The Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD); Short

Form of the PTSD Checklist – Civilian Version; Short Screening Scale for PTSD; SPAN; SPRINT; Trauma Screening Questionnaire (TSQ). Крім цього згадуються Brief Trauma Questionnaire (BTQ); Combat Exposure Scale (CES); Evaluation of Lifetime Stressors (ELS); Life Stressor Checklist – Revised (LSC-R); Potential Stressful Events Interview (PSEI); Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ); Trauma Assessment for Adults – Self-report (TAA); Trauma History Questionnaire (THQ); Trauma History Screen (THS); Traumatic Events Questionnaire (TEQ); Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ); Traumatic Stress Schedule (TSS). Також важливими для визначення стану осіб, які перенесли важку травмівну подію, вважаються опитувальник депресії Бека; опитувальник оцінки вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R і шкала ПТСР з MMPI.

В «Уніфікованій клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розладі адаптації. Посттравматичний стресових розлад», що впроваджується в Україні, включили: Short Screening Scale for PTSD для скринінгу; Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) і Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) для діагностики в якості обов'язкових, а Міссісіпську шкалу ПТСР, IES-R, SCL-90-R, Шкалу депресії Гамільтона (HAM-D), Шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A) і ряд інших опитувальників, як необов'язкових.

При цьому в межах нашого дослідження були використані такі методики як

1. Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5),
2. Опитувальник життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5),
3. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale),
4. Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (Simptom Check List-90-Revised).

Вказані шкали підходять для роботи із військовослужбовцями з вибірки для дослідження, оскільки безпосередньо застосовуються при

діагностуванні ПТСР. Дані шкали були взяті в Українському інституту когнітивно-поведінкової терапії в графі «Посттравматичний стресовий розлад».

Також в ході нашого дослідження був використаний додатковий метод психодіагностики, а саме клінічне інтерв'ю, як інструмент для психологічного аналізу. Завдяки цьому методу, ми виявили певні особливості у сфері емоцій, поведінки та взаємин респондентів у їхньому колективі та родинах. Військовослужбовці надали цю інформацію під час клінічного інтерв'ю, і це послужило підставою для їх схвалення участі в нашому дослідженні. З урахуванням отриманої інформації, ми визначилися із вибором раніше згаданого набору методів для подальшого дослідження. Саме інтерв'ю включає запити про травматичні події, симптоми (наприклад, відновлюючі спогади, гіперзбудженість, ізоляцію тощо), тривалість симптомів та вплив на їхнє щоденне функціонування.

На першому етапі дослідження ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР за опитувальником PCL-M (за DSM-IV, військова версія). Діагностується загальний показник вираженості ПТСР та бали за трьома критеріями: B (вторгнення), C (уникнення) і D (збудження). У дослідженні взяли участь 60 учасників бойових дій різного віку (по 20 у кожній віковій категорії). Усі учасники дослідження – клієнти Волинського обласного госпіталю ветеранів війни. Результати за сумарним показником методики PCL-M представлено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати за сумарним показником методики PCL-M

Кількість балів	Відсоток досліджуваних
До 30	18,78 %
30–35	30,9 %
36–44	49,72 %
45–50	0,6 %

Отже, 49,72 % досліджуваних військовослужбовців віком від 21 до 53 років отримали бали у діапазоні 36–44. Відповідно до орієнтовних

граничних значень симптомів ПТСР, це означає, що такі досліджувані повинні отримувати допомогу (у тому числі й психологічну) на базі центрів первинної медичної допомоги ветеранам (у вітчизняних реаліях це Госпіталі для ветеранів війни), 49,68 % досліджуваних можуть отримувати допомогу з приводу з питань подолання наслідків психотравматичних ситуацій на базі центрів первинної медичної допомоги для цивільних (у наших реаліях ймовірно це амбулаторії сімейної медицини); лише 0,6 % досліджуваних потребують спеціалізованої допомоги на базі психіатричних відділень або амбулаторної консультації лікаря-психіатра. Вікові особливості сумарного показника методики PCL-M представлено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Вікові особливості сумарного показника методики PCL-M

Кількість балів	Вік до 30 років	30–45 років	Більше 45 років
До 30	24,8 %	34,54 %	1,81 %
30–35	68,9 %	18,19 %	38,18 %
36–44	6,3 %	45,46 %	60,01 %
45–50	0	1,81 %	0

Досліджувані віком до 30 років в середньому отримали 30–35 балів, що свідчить про невисокий рівень вираженості симптомів ПТСР і можливість отримання медико-психологічної допомоги на базі амбулаторій сімейної медицини, жоден із досліджуваних цього віку не потребує спеціалізованої психіатричної допомоги. Серед учасників бойових дій віком від 31 до 45 років найбільший відсоток (45,46 %) потребує медико-психологічної допомоги на базі госпіталів для ветеранів війни, 52,73 % можуть отримувати консультації стосовно симптомів ПТСР на базі амбулаторій сімейної медицини і лише 1,81 % досліджуваних потребують спеціалізованої психіатричної допомоги. Зазначимо, що усі досліджувані із балами вище за 45 методики PCL-M окрім бойової травми мали проблеми у мирному житті, які суттєво вплинули на симптоми ПТСР (наприклад, смерть рідних чи розлучення із дружиною за 1–2 тижні до діагностики). Учасники бойових дій старші за 45 років у 60,01 % випадках отримали сумарний показник в

діапазоні 36–44 бали, що свідчить про необхідність отримання медико-психологічної допомоги на базі госпіталів, майже 40,0 % можуть отримувати таку допомогу на базі амбулаторій сімейної медицини.

Статистичний аналіз вікових відмінностей за сумарним показником методики PCL-M (за U-критерієм Манна-Уітні) показав відсутність значущих відмінностей між учасниками бойових дій різних вікових груп. Отже, медико-психологічну допомогу за місцем проживання переважно потребують учасники бойових дій віком до 30 років, натомість у старших за 30 років виражена потреба у медико-психологічній реабілітації на базі госпіталів для ветеранів війни.

Особливості адаптованості учасників бойових дій ми визначали за методикою Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу. Результати наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Особливості адаптованості учасників бойових дій різного віку

Вік	Достатній рівень адаптації	Виражене порушення адаптації	Адаптація значно порушена, ПТСР
Всього	89,1 %	10,3 %	0,6 %
До 30 років	90,9 %	9,1 %	0
31–45 років	90,9 %	7,3 %	1,8 %
Старші 45 років	89,01 %	10,99 %	0

Отже, достатній рівень адаптованості спостерігається у 89,1 % досліджуваних учасників бойових дій, 10,3 % мають порушення адаптації та потребують медико-психологічного супроводу на базі медичних закладів непсихіатричного профілю і лише 0,6 % потребують консультації лікаря-психіатра для підтвердження діагнозу ПТСР і відповідного лікування. Серед досліджуваних віком від 31 до 45 років виявлено 1 особу з симптомами ПТСР (за методикою PCL-M), відповідно цей учасник бойових дій має й значні порушення адаптації за Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу і потребує спеціалізованої медико-психологічної допомоги. Загалом достатній рівень адаптації спостерігається у понад 90 % досліджуваних незалеж-

но від віку, однак для майже 11 % учасників бойових дій старших за 45 років характерне виражене порушення адаптації, на що варто звернути увагу при організації допомоги даній віковій групі. Статистичний аналіз вікових відмінностей в адаптації за U-критерієм Манна-Уітні показав відсутність значимих відмінностей в адаптованості учасників бойових дій різного віку (при $p>0,05$).

На другому етапі дослідження за методикою PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) визначено наявність критерію А (травматичної події). У більшості досліджуваних (82,8 %) є критерій А, травматична подія що сталася насамперед у лютому, березні та серпні 2015 року. Слід зазначити, що критерій А найчастіше зазначали учасники бойових дій молодші 30 років (88,3 %), а рідше – найстарші учасники бойових дій (71,7 %).

Результати кореляційного аналізу критерію А (травматичної події) та інших критеріїв методики PCL-5 представлено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Результати кореляційного аналізу критеріїв методики PCL-5

	A	**B**	**C**	**D**	**E**
A		0,170	0,193	0,233	0,735*
B	0,170		0,599**	0,704**	0,874**
	A	**B**	**C**	**D**	**E**
C	0,193	0,599**		0,835**	0,605**
D	0,233	0,704**	0,835**		0,680**
E	0,735*	0,874**	0,605**	0,680**	

* $p<0,001$, ** $p<0,05$.

Отже ми відзначаємо узгодженість критеріїв методики PCL-5 (між критеріями B-E існує позитивний кореляційний зв’язок при високому рівні значущості $p<0,001$). Однак критерій А статистично значуще корелює лише із критерієм Е (збудження), тобто можемо констатувати, що травматична подія зумовлює роздратованість, підвищену збудливість, настороженості і проблеми зі сном, але загалом сам факт наявності травматичної події не призводить до розвитку симптомів

ПТСР (оскільки для його діагностики одного лише критерію Е недостатньо).

За результатами діагностики за методикою PCL-5, було виявлено 4 осіб (6,7 %), яким було рекомендовано консультацію лікаря-психіатра задля поглибленої діагностики посттравматичного стресового розладу. Іншим учасникам бойових дій рекомендовано амбулаторну медико-психологічну допомогу і за потреби консультації психотерапевта в госпіталі для ветеранів війни.

2.3. Особливості профілактики й подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців

Ряд авторитетних джерел розглядає використання психологічного втручання як підхід першої лінії для лікування ПТСР. З широкого розмаїття доступних психотерапій когнітивно-поведінкова терапія вважається найпереконливішим доказом зменшення симптомів посттравматичних стресових розладів у ветеранів і виявилася більш ефективною, ніж будь-яке інше немедикаментозне лікування.

Когнітивно-поведінкова терапія є позитивним і ефективним методом лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) КПТ допомагає людям із посттравматичним стресовим розладом, кидаючи виклик нездоровим процесам мислення та емоціям, пов’язаним із травмою. Виклик цим процесам мислення дозволяє пацієнтові визнати реальність травми. Крім того, КПТ може допомогти, підвищивши чиюсь емоційну проникливість через вивчення реакції на нагадування про травму.

Збільшуючи розуміння зв’язку між реакціями та емоціями, КПТ може допомогти людям із посттравматичним стресовим розладом зменшити негативний вплив їхніх панічних реакцій у повсякденному житті та зменшити тяжкість цих реакцій. КПТ також може допомогти зменшити поведінку уникнення. Цей аспект КПТ може зменшити ізоляцію та абстиненцію, а також викликати реакцію у тих, хто страждає на ПТСР. Загалом КПТ є корисним, щоб допомогти людям із посттравматичним стресовим розладом мати вищий рівень функціонування у повсякденному житті.

Незважаючи на те, що в загальному наборі інструментів КПТ є різноманітні методи, існують спеціальні підходи, які допомагають зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як когнітивна реструктуризація та навчання стресу.

Загальні методи КПТ та втручання для ПТСР включають наступні:

Когнітивна реструктуризація. Негативні та дезадаптивні процеси мислення можуть впливати на чиїсь спогади та емоції, пов'язані з травмами, які вони пережили. Когнітивна реструктуризація є основною частиною КПТ, оскільки вона використовується для того, щоб допомогти людині дослідити, кинути виклик і, в ідеалі, почати обмінюватися цими негативними думками на більш позитивні та здорові думки, засновані на реальності.

Разом з тим людям пропонується подумати про те, як сталася подія та як вона змінила їхні думки. Їм пропонується розглянути фактичну основу цих думок або якщо в результаті вони сформували негативні або дезадаптивні думки.

Експозиційна терапія. Ті, хто переживає посттравматичний стресовий розлад, можуть часто уникати людей, місць, звуків та інших речей, які нагадують їм про попередню травму. Експозиційна терапія знайомить людей із підвищенням рівня стимулу, пов'язаного зі стресом. Вони почнуть вчитися справлятися з цим, поки рівень їх тривоги не знизиться і, в ідеалі, не зникне, коли вони зіткнуться з подразниками.

Тренування для стійкості до стресу. Тренування для стійкості до стресу для посттравматичних стресових розладів може проводитися окремо або разом з іншими методами лікування. Воно зосереджене на навчанні методам подолання стресу, які допомагають знизити тривогу, коли відчуваються стимули, пов'язані зі стресом. Інші методи боротьби зі стресом, такі як дихальні сеанси, навички прогресивної м'язової релаксації та комунікативні навички, використовуються, щоб підвищити здатність клієнтів справлятися під час стресу чи тригерів.

Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR). Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей) (EMDR) – це новітній метод лікування в світі КПТ, який спрямований на обговорення травматичної події або спогадів, обробку цієї інформації і надання

уваги рухам очей вперед і назад. EMDR «відмикає» негативні спогади та емоції, збережені в нервовій системі і пов'язані з травматичною подією, і по-друге, це допомагає мозку успішно обробити травматичний досвід.

Терапія прийняття та зобов'язання (ACT). Терапія прийняття та зобов'язання є новою моделлю КПТ. Даний метод зосереджений на визнанні та прийнятті своїх думок і емоцій, пов'язаних із стимулами, пов'язаними зі стресом, і спогадами про травми, замість того, щоб обов'язково контролювати чи кидати виклик своїм думкам.

Незважаючи на те, що дослідження когнітивно-поведінкової терапії продовжують зростати, це один із найбільш широко досліджуваних психотерапевтичних методів лікування, який був визнаний ефективним у короткострокових і довготермінових підходах, а також для різних груп населення з ПТСР.

Варто звернути увагу на такі дослідження, які підкреслюють ефективність КПТ для ПТСР:

Було досліджено та виявлено, що КПТ є настільки ж ефективним, як і ряд інших типів терапії, і дослідження показують, що його підтверджено серед різних груп населення.

Порівняно з плацебо, КПТ було помірно корисним у лікуванні розладів, пов'язаних із тривогою. Дослідники відзначили, що відсоток одужання був вищим у зразках ПТСР, особливо в групі експозиційної терапії, що свідчить про необхідність більш спеціалізованих типів КПТ для ПТСР.

Дослідження відзначили значне покращення та значне зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу, на додаток до почуття депресії та тривоги.

Після огляду клінічних випробувань з 1980 по 2005 роки дослідники відзначили, що КТП (когнітивно-поведінкова терапія) значно підтримувала здорову поведінку після лікування порівняно з ЕМДР (терапією, що використовує дезенсибілізацію та переробку за допомогою рухів очей) і терапіями, які більше спрямовані на підтримку. КПТ була рівною експозиційній терапії та когнітивній терапії в зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та збереженні здорової поведінки.

Встановлено, що КПТ є безпечною та ефективною терапією як для гострого, так і для хронічного посттравматичного стресового розладу після різноманітних травматичних переживань у дорослих і дітей та в багатьох культурах. КПТ асоціюється з кращими показниками ремісії порівняно з іншими підтримуючими методами лікування, такими як підтримуюча психотерапія, терапія вирішення проблем, терапія, орієнтована на сьогодення, психодинамічна терапія, гіпнотерапія та терапія структурованим письмом.

Проте дослідження показали, що кількість пацієнтів з ПТСР, які не реагують на КПТ, може досягати 50 %. Вибування є звичайним явищем, і багатьом пацієнтам не вдається досягти ремісії. Це може бути наслідком ряду факторів, таких як інші супутні захворювання, такі як депресія, та/або характер досліджуваної популяції (наприклад, низька освіта, нижчий рівень функціонування).

У довгостроковій перспективі КПТ полегшує загальну тяжкість симптомів у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом порівняно з іншими методами, але не обов'язково змінює загальний діагностичний статус пацієнтів. Пацієнти, які отримують КПТ, повідомляють про менш інтенсивні симптоми ПТСР, ніж пацієнти, які отримують підтримуюче консультування.

Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка (EMDR) є ще одним широко використовуваним методом лікування посттравматичних стресових розладів із подібною ефективністю до КПТ. Цей підхід спочатку був розроблений доктором Франсін Шапіро, яка помітила, що тривожні думки полегшуються певними рухами очей.

EMDR базується на ідеї, що негативні думки, почуття та поведінка спричинені неадекватно обробленими спогадами. Техніка вимагає, щоб пацієнт зосереджувався на тривожних зображеннях, залучаючи додатковий двосторонній сенсорний вхід, як правило, рухи очей з боку в бік.

Комітет з вивчення лікування посттравматичного стресового розладу, спонсорований Міністерством оборони США та Департаментом у справах ветеранів, розглянув доказову базу для численних психосоціальних терапій, включаючи психодинамічну психотерапію, коротку еклектичну психотерапію, гіпноз, релаксацію, тренінги щеплення від стресу, міжособистісну терапію, навчання навичкам афекту та міжосо-

бистісної регуляції та групову терапію. Зокрема, групова терапія на основі КПТ вивчалася в ряді рандомізованих контрольованих досліджень, які вказують на її ефективність у зменшенні симптомів ПТСР. Ефективність інших психосоціальних терапій підтверджується лише кількома рандомізованими контрольованими дослідженнями або в деяких випадках лише одним невеликим рандомізованим контрольованим дослідженням. Також були проведені невеликі рандомізовані контрольовані дослідження та відкриті випробування терапії прийняття та зобов'язання, оскільки вона часто використовується для лікування хронічного посттравматичного стресового розладу, який переживають ветерани в багатьох медичних центрах, і вимагає подальшого перегляду. Програми експонування віртуальної реальності інтегрують комп'ютерну графіку та візуальні дисплеї, встановлені на голові, як інструмент для надання пролонгованих експозицій. Наприклад, програма «Віртуальний Ірак/Афганістан» розроблена спеціально для посттравматичних стресових розладів, пов'язаних з бойовими діями, і складається з низки віртуальних сценаріїв, призначених для імітації досвіду військовослужбовців під час розгортання в Іраку чи Афганістані та слугують цифровими контекстами для проведення поведінкових експериментів.

2.4. Модель медичного та медико-психологічного супроводу військовослужбовців з ПТСР

В результаті нашого емпіричного дослідження, ми здобули обов'язкову інформацію про структурно-динамічні прояви ПТСР у військовослужбовців. Участь у бойових діях виступають провокуючими факторами та каталізаторами виникнення симптоматики даного розладу. Тому надзвичайно важливо стабілізувати їх стан, з метою зниження ризиків та подолання вже існуючих виявів розладу.

Ці дані були використані для створення програми, яка базується на вікових та професійних особливостях розвитку особистості військовослужбовців і призначена для запобігання та подолання структурно-динамічних проявів ПТСР.

Складена програма профілактики та подолання структурно-динамічних проявів ПТСР була протестована на 25 військовослужбовцях, які проходили усі методики, передбачені програмою.

Завданням роботи є розроблення та впровадження програму для військовослужбовців з метою ідентифікації, розуміння та подолання структурно-динамічних проявів Посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Програма має на меті покращення психічного стану та зниження впливу ПТСР на повсякденне функціонування військовослужбовців».

Це завдання передбачає розробку комплексного підходу до ідентифікації і лікування структурно-динамічних аспектів ПТСР та покликане допомогти військовослужбовцям впоратися з цими складними емоційними проявами.

Метою програми подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців є:

1. Діагноз та оцінка: визначення та оцінка структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців.
2. Розуміння ПТСР: надання учасникам програми глибшого розуміння Посттравматичного стресового розладу, включаючи його причини та вплив на фізичне та психічне здоров’я.
3. Сприяння емоційному відновленню: надання підтримки та інструментів для покращення емоційного стану та допомоги у відновленні психічного здоров’я.
4. Розвиток копінг-навичок: навчання ефективним стратегіям для управління стресом та реагування на тригери, пов’язані з ПТСР.
5. Підвищення якості життя: покликана покращити якість життя учасників, дозволяючи їм більш ефективно функціонувати в повсякденному житті та в армійському оточенні.
6. Зниження впливу ПТСР: мінімізація впливу структурно-динамічних проявів ПТСР на соціальні, професійні та особисті аспекти життя військовослужбовців.
7. Попередження подальших травматичних наслідків: забезпечення, щоб військовослужбовці отримали необхідну допомогу для запобігання подальших травматичних подій та рецидивів ПТСР.
8. Ресоціалізація військовослужбовців: сприяння процесу інтеграції військовослужбовців назад у військове та громадське життя після подолання ПТСР.

9. Підтримка і самодопомога: надання засобів для підтримки та самодопомоги, які можуть бути використані після завершення програми.

Використання комбінації цих методів і стратегій може бути ефективним для досягнення цілей програми подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців

При цьому можна проілюструвати етапи роботи подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців за допомогою табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Мета та техніки роботи подолання структурно-динамічних проявів ПТСР

Мета	Методи та техніки
Діагноз та оцінка структурно-динамічних проявів ПТСР	Психологічні тести та анкети
	Клінічне інтерв'ю
Розуміння ПТСР	Аналіз медичної історії
	Просвітницька робота
	Інформаційні брошури та семінари
Сприяння емоційному відновленню	Індивідуальні консультації
	Групові тренінги
Розвиток копінг-навичок	Тренування релаксації та медитації
	Навчання ефективним стратегіям управління стресом
	Розвиток навичок адаптації та впорядкування емоційних реакцій

Ця таблиця надає загальний огляд програми для подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців та методів, що можуть бути використані для досягнення кожної мети. Зверніть увагу, що програма може бути адаптована та розширена відповідно до конкретних потреб та ресурсів військового підрозділу.

При цьому дану програму можна умовно розділити на два етапи: індивідуальний та груповий. Обґрунтування вибору індивідуального та групового етапів програми подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців може базуватися на наступних аргументах:

1. **Індивідуальний Етап:**
   - **Персоналізація та діагноз:** Під час індивідуального етапу можна провести глибший діагноз стану кожного військовослужбовця. Це допоможе визначити унікальні потреби кожного клієнта та визначити індивідуальний план лікування.
   - **Конфіденційність та безпека:** Деякі військовослужбовці можуть відчувати більшу комфортність і відкритість під час індивідуальних сесій, оскільки це створює приватну обстановку та забезпечує конфіденційність.
   - **Спеціалізований підхід:** Індивідуальний етап дозволяє психологу або психіатру зосередитися на конкретних симптомах і потребах кожного військовослужбовця, що дозволяє надати індивідуальний підхід до лікування.
2. **Груповий Етап:**
   - **Взаємна підтримка:** Групова терапія дозволяє військовослужбовцям відчути підтримку та взаємне розуміння від однодумців, що може бути особливо корисним для людей з ПТСР, які відчувають, що їх розуміють ті, хто переживав схожий досвід.
   - **Вивчення інших стратегій:** У групі військовослужбовці можуть вивчати різні стратегії для подолання ПТСР, адаптувати їх та навіть відзначити ті, які їм найкраще підходять.
   - **Зниження стигми:** Груповий підхід може сприяти зниженню стигми навколо ПТСР та сприяти відкритому обговоренню та усвідомленню проблеми.

Об’єднання індивідуального та групового підходів дозволяє забезпечити комплексний підхід до лікування військовослужбовців і враховувати їхні особисті потреби та структурні особливості ПТСР. Під час програми важливо постійно відстежувати прогрес та внести корекції в плани лікування, враховуючи реакцію кожного учасника на обрані етапи.

Перебіг індивідуального та групового етапів програми для подолання структурно-динамічних проявів ПТСР у військовослужбовців може мати деякі особливості, і ось загальна інформація щодо цих етапів:

Індивідуальний Етап:

1. *Діагноз та оцінка структурно-динамічних проявів ПТСР:*
   - Військовослужбовець зустрічається із психологом або психіатром для проведення структурованого інтерв'ю та заповнення психологічних тестів і анкет для діагностики ПТСР.
   - Психолог або психіатр аналізує результати інтерв'ю та тестів, встановлює наявність та рівень ПТСР та розробляє індивідуальний план лікування.
2. *Розвиток індивідуальних копінг-навичок:*
   - Військовослужбовцю надаються індивідуальні сесії терапії, де він навчається технікам, таким як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або емоційно-фокусована терапія (ЕФТ).
   - Проводяться індивідуальні тренування з релаксації та дихання для керування стресом.
3. *Підтримка і планування:*
   - Визначаються індивідуальні цілі та план реабілітації.
   - Встановлюються регулярні індивідуальні сесії для відстеження прогресу та корекції лікування.
4. *Фармакотерапія (за потреби):*
   - Якщо психотерапевт або психіатр вважає, що ліки можуть бути корисними для лікування симптомів ПТСР, вони призначаються і ретельно контролюються. Проте в цьому випадку приписування фармацептичних засобів здійснюється виключно лікарем, який може це робити.

Опираючись на попередній аналіз методів психотерапії, які вважаються найбільш ефективними для подолання ПТСР у військовослужбовців, варто створити загальний план індивідуальної терапії, який поєднує Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та EMDR (ЕМДР) для лікування даного розладу.

Вибір протоколу для лікування ПТСР є важливим і повинен базуватися на кількох факторах, включаючи індивідуальні потреби та характеристики клієнта.

КПТ та EMDR є двома з найбільш досліджених та доказано ефективних підходів до лікування ПТСР. Обидва протоколи мають наукову

підтримку та багато клінічних досліджень, які підтверджують їх ефективність у зменшенні симптомів ПТСР та покращенні якості життя пацієнтів.

Поєднання КПТ та EMDR може бути ефективним, оскільки вони доповнюють один одного. КПТ допомагає клієнту аналізувати та змінювати негативні переконання та стресові реакції, тоді як EMDR спрямована на обробку травматичних спогадів безпосередньо.

Разом з тим кожен клієнт має унікальні потреби та реакції на терапію. Поєднання двох протоколів дозволяє терапевту індивідуалізувати підхід і вибирати ті техніки, які найкраще підходять конкретному клієнту. Деякі клієнти можуть краще реагувати на один підхід, тоді як інші можуть відчути користь від поєднання різних терапевтичних методів. Об'єднання протоколів дозволяє більшу гнучкість у лікуванні.

Загальний план індивідуальної терапії для ПТСР з використанням КПТ та EMDR:

1. Оцінка та діагностика:
   - Клінічне інтерв'ю: Терапевт проводить докладне інтерв'ю для збору історії травматичних подій, визначення симптомів та їх впливу на психічний стан клієнта.
   - Шкала самооцінки важкості симптомів ПТСР: Клієнт може використовувати шкали для оцінки важкості симптомів.
2. Розробка стосовно КПТ:
   - Когнітивні перетворення: Клієнт розглядає та аналізує свої негативні переконання та думки та працює над їх перетворенням у більш позитивні та реалістичні.
   - Тренування копінг-навичок: Клієнт навчається стратегіям управління тривогою, наприклад, глибоке дихання, релаксаційні вправи, медитація.
3. Застосування EMDR:
   - Обробка рухів очей: Клієнт фокусується на травматичних спогадах під час якого терапевт керує рухами очей або іншими стимулами, що допомагають обробити ці спогади.
   - Десенсибілізація травматичних спогадів: Клієнт веде діалог з терапевтом щодо травматичних подій та їх впливу на нього, поступово знижуючи емоційну реакцію на ці спогади.

4. Інтеграція КПТ та EMDR:
    - Тренування КПТ навичок під час сесій EMDR: Клієнт може використовувати набуті стратегії з КПТ під час сесій EMDR для зменшення тривоги під час обробки травматичних спогадів.
5. Експозиція та тренування:
    - Експозиція до травматичних стимулів: Клієнт поступово викладається травматичним стимулам, знижуючи ступінь тривожності.
    - Тренування стратегій для управління тривогою під час експозиції: Клієнт навчається технікам релаксації та копінгу для підтримки під час експозиції.
6. Підсумок та підтримка:
    - Рефлексія та обговорення: Клієнт та терапевт обговорюють досягнення, рефлексію над процесом та плани на майбутнє.
    - Створення плану підтримки: Розробка плану для подолання ПТСР у майбутньому та уникнення повернення симптомів.

При цьому варто зазначити, що це лише загальний опис можливих технік та вправ на кожному етапі терапії. Індивідуальний план терапії повинен бути розроблений терапевтом з урахуванням конкретних потреб та реакцій клієнта.

Поєднання індивідуальної та групової терапії для лікування ПТСР може бути корисним підходом, оскільки кожен з цих видів терапії має свої переваги. Це дозволяє клієнтам отримати індивідуалізовану підтримку та працювати над своїми унікальними потребами в індивідуальній терапії, а також сприяє взаємодії та підтримці з іншими, які пережили подібний травматичний досвід у груповій терапії.

Терапевт може проводити окремі індивідуальні та групові сесії з клієнтом. На індивідуальних сесіях працюється над особистими питаннями та потребами клієнта, тоді як на групових сесіях спільно розглядаються загальні теми та спільні стратегії для подолання ПТСР.

Що стосується переваг групової терапії, то клієнти можуть брати участь в групах підтримки, які допомагають їм обговорювати свій досвід з іншими, які переживають схожі проблеми. Це може сприяти взаємній підтримці та відчуттю спільноти.

Аналізуючи груповий етап варто виділити такі етапи:

1. *Групова терапія:*
   - Військовослужбовці об’єднуються в групу для групової терапії, де вони обговорюють свій досвід, відчуття та реакції на травматичні події.
   - Групова терапія може включати сесії спільного вирішення проблем, взаємну підтримку та вивчення корисних стратегій від інших учасників.
2. *Групове тренування та вправи:*
   - В групі проводяться тренування з релаксації, дихання та медитації, спрямовані на зниження стресу та покращення емоційного стану.
   - Група може використовувати методи та вправи для розвитку копінг-навичок та покращення взаємодії.
3. *Підтримка та обмін досвідом:*
   - Учасники групи надають один одному підтримку та можливість обміну корисними стратегіями для подолання ПТСР.
   - Група створює позитивне та взаємопідтримуюче оточення.
4. *Планування післяпереломного періоду:*
   - В групі розглядаються стратегії для підготовки до переходу в цивільне життя, а також плани та підтримка для майбутньої інтеграції.

Ці два етапи спільно сприяють покращенню психічного стану військовослужбовців, надаючи їм індивідуальну підтримку та можливість спільного дослідження та вирішення проблем, пов’язаних із ПТСР.

При цьому варто звернути увагу на планування групових сесій для подолання структурно-динамічних особливостей ПСТР у військовослужбовців.

Групова сесія Когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) зазвичай складається з різних етапів, які спрямовані на досягнення певних цілей і розвиток учасників. Ось загальна структура групової сесії КПТ:

1. **Привітання та знайомство:**
   - Сесія розпочинається зі збору всіх учасників в одному приміщенні. Терапевт привітає групу та перевірить, чи всі готові до участі.

- Зазвичай проводиться короткий етап знайомства, де учасники представляються, називаючи своє ім’я та можливо розповідають трохи про себе.

2. **Введення теми сесії:**
   - Терапевт пояснює тему або цілі сесії. Наприклад, введення теми може включати в себе короткий огляд того, що буде розглядатися під час сесії та які цілі покладаються перед групою.
3. **Вправи та дискусія:**
   - Це головна частина сесії, де проводяться вправи, обговорення та інші активності, спрямовані на досягнення цілей сесії.
   - Вправи можуть включати в себе рольові гри, групові вправи, обговорення казок або ситуацій, де учасники можуть застосовувати навички, набуті під час КПТ.
4. **Діагностична та планувальна частина:**
   - У деяких сесіях, терапевт може провести індивідуальні або групові діагностичні вправи, щоб зрозуміти, як учасники реагують на певні ситуації або теми.
   - На основі цієї інформації, можуть розроблятися індивідуальні плани для кожного учасника або визначатися напрямки для подальших сесій.
5. **Рефлексія та обговорення:**
   - Після виконання вправ та діалогів, проводиться рефлексія, під час якої учасники можуть поділитися своїми враженнями та спостереженнями.
   - Обговорення важливе для розуміння та усвідомлення процесів, які відбуваються в групі.
6. **Завершення сесії:**
   - Сесія завершується завдяки словам подяки та підтримки від терапевта.
   - Учасники можуть залишати сесію з позитивними враженнями та знаннями, які можуть використовувати в повсякденному житті.
7. **Післясесійна робота:**
   - Після завершення сесії, учасники можуть мати завдання або домашні завдання для зміцнення набутих навичок та рефлексії над обговореними темами.

Кожна сесія може мати свою унікальну структуру відповідно до поставлених цілей та теми. Важливо, щоб терапевт керував сесією та створював безпечне середовище для учасників, де вони можуть відкрито обговорювати свої емоції та думки. Групова терапія має численні переваги, такі як підтримка від інших, спільнота та можливість поділитися досвідом.

Важливо пам'ятати, що план групової терапії повинен бути індивідуалізованим для кожної групи та враховувати їхні потреби та цілі. Він може включати в себе різні техніки, вправи та теми для обговорення, такі як робота з травматичними спогадами, тренування стратегій управління стресом та тривогою, а також розвиток соціальних навичок.

План групової терапії має сприяти створенню позитивного та довірчого середовища, де учасники можуть відчути підтримку один одного та розвивати навички для подолання ПТСР. Важливо також забезпечити безпеку та конфіденційність у групі.

Групова терапія є потужним інструментом для лікування ПТСР, і її успіх залежить від якості та індивідуалізації плану терапії, підтримки та фаховості терапевта, а також активної участі учасників групи.

Діагноз ПТСР, як це зазначено у DSM-5 (2013), передбачає повне виконання групи критеріїв (A-H) – наявність факту психотравми (критерій A), одночасну наявність симптомів із всіх чотирьох кластерів (B-E), тривалість понад 1 місяць (критерій F), значне страждання людини або порушення її діяльності (критерій G), відсутність іншої причини розладу (критерій H).

Що стосується симтомів ПТСР, то DSM-5 поділяє їх чотири «групи» (кластери):

- втручання – спонтанні спогади про травматичну подію (флешбеки), повторювані сни, пов'язані з нею, спогади або інший інтенсивний або тривалий психологічний стрес (B);
- уникнення тривожних спогадів, думок, почуттів або зовнішніх нагадувань про подію (C);
- негативні думки та настрій – безліч почуттів, включаючи спотворене відчуття провини себе чи інших, постійні негативні емоції

(наприклад, страх, провина, сором), почуття відстороненості чи відчуженості та обмежені афекти (наприклад, нездатність відчувати позитивні емоції) (D)

- гіпербудження – агресивна, безрозсудна або саморуйнівна поведінка; порушення сну; підвищена пильність або пов'язані з нею проблеми (E).

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів стресоподолання свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й наявність навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, внаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній ситуації. Врахування зарубіжного досвіду діагностики симптомів стресових розладів дозволить оптимізувати реабілітаційні програми для учасників бойових дій та унеможливить гіпердіагностику ПТСР. За результатами проведеного нами емпіричного дослідження, у всіх досліджуваних виявлено середній рівень посттравматичного зростання, найбільший він у наймолодших учасників бойових дій, відносно нижчій – у найстарших, однак усі результати відповідають помірно вираженому посттравматичному зростанню

Ряд авторитетних джерел розглядає використання психологічного втручання як підхід першої лінії для лікування ПТСР. З широкого розмаїття доступних психотерапій когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) вважається найпереконливішим доказом зменшення симптомів посттравматичних стресових розладів у ветеранів і виявилася більш ефективною, ніж будь-яке інше немедикаментозне лікування. Загальні методи КПТ та втручання для ПТСР включають когнітивну реструктуризацію, експозиційну терапію, тренування стресостійкості.

Окремо варто виділити десенсибілізацію та репроцесуалізація рухом очей (EMDR) як один з найефективніших методів боротьби з ПТСР. EMDR – це новітній метод лікування в світі КПТ, який спрямований на обговорення травматичної події або спогадів, обробку цієї інформації з надання уваги рухам очей вперед і назад. Мета полягає в тому, щоб EMDR «відмикнути» негативні спогади та емоції, збережені

в нервовій системі і пов’язані з травматичною подією, і допомогти мозку успішно обробити травматичний досвід.

Ефективність інших психосоціальних терапій підтверджується лише кількома рандомізованими контрольованими дослідженнями або в деяких випадках лише одним невеликим рандомізованим контрольованим дослідженням.

Об’єднання індивідуального та групового підходів дозволяє забезпечити комплексний підхід до лікування військовослужбовців і враховувати їхні особисті потреби та структурні особливості ПТСР. Під час програми важливо постійно відстежувати прогрес та внести корекції в плани лікування, враховуючи реакцію кожного учасника на обрані етапи.

Комплексний план, який поєднує індивідуальну та групову терапію, допомагає військовослужбовцям подолати ПТСР, покращити їхнє психічне благополуччя та якість життя. Цей підхід забезпечує індивідуалізовану підтримку та можливість обговорити травматичний досвід з однодумцями.

Список використаних джерел

1. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник НАОУ*. 2006. Вип. 2. С. 118–124.
2. Борисенко Л. Л., Корват Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2022. Вип. 9 (14). С. 53–65.
3. Бриндіков Ю. Л. Сучасний стан психологічної реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Сучасні проблеми психології у контексті історикопсихологічного пізнання*: Матеріали круглого столу (Київ, 15 квіт. 2016 р.). Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2016. С. 13–14.
4. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. *Нейро-NEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. № 8. С. 27–32.
5. Гричанюк О. Л., Магдисюк Л. І. Психологічні особливості профілактики насилля в сім’ї. *Психологічні студії.* Видавничий дім «Гельветика», 2024. № 4. С. 47–54.

6. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засєкіної, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.
7. Засєкіна Л. В., Козігора М. А. Впровадження когнітивно-поведінкової програми психологічної підтримки «Дорога до себе» для осіб із моральною травмою під час війни. *Теоретичні і прикладні проблеми психології і соціальної роботи: наук. збірник*. Сєвєродонецьк. 2022. № 1(57) 2022. Т. 2. С. 167–182.
8. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. Вип. 17. С. 104–111.
9. Магдисюк Л. І., Грушецька О. В. Психотехнології у роботі з дітьми та дорослими: практикум. навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2025. 188 с.
10. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с
11. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Д. Е. Оособливості консультування клієнтів, котрі пережили подружню зраду. *Наукові перспективи: Серія «Психологія».* Київ. № 2(56) 2025. С. 1872–1881.
12. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: діагностика та консультування: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 200 с.
13. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т.І. Патопсихологія: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. 208 с.
14. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
15. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10. С. 86–98.
16. Полторак С. Т., Пасічник В. І. Сутність та особливості здійснення психологічного супроводу військовослужбовця Внутрішніх військ,

який отримав бойову психічну травму. *Вісник Національного університету оборони України*. 2012. № 2 (27). С. 223–226.
17. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. для студентів вищих медичних навчальних закладів МОЗ України / О. П. Венгер [та ін.]; Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль: Укрмедкнига, 2016. 260 с.
18. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
19. Сандал О. С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. *Серія «Психологічні науки».* 2021. Вип. 2. С. 49–62.
20. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
21. Цихоня В., Мунк Е. Пам’ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Мистецтво лікування*. 2014. Вип. 7–8. С. 113–114.
22. Andrus M, Gilbert E. Treatment of civilian and combat-related post-traumatic stress disorder with topiramate. *Ann Pharmacother*. 2010. № 44(11). P. 1810–1816.
23. Barnes H. A., Hurley R. A., & Taber K. H. Moral injury and PTSD: Often co-occurring yet mechanistically different. *The Journal of Neuro-psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2019. Vol. 31(2), P. 4–103.
24. Bisson J. I., Roberts N. P., Andrew M., Cooper R., & Lewis C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Vol. 12.
25. Bremner, J. D., Southwick, S. M., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., and Charney, D. S. (1992). Dissociation and Posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry.* Vol 149. P. 328–332.
26. Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., and Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry.* Vol. 150. P. 235–239.

27. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry*. 2019. Vol. 18(3). P. 259–269.
28. Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W., & Donahoe, C. P. (1985). Vietnam combat veterans with Posttraumatic Stress Disorder: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 94(3). P. 329–337.
29. Davidson J., Hugnes D., Blazer D., George L.K. Post-traumatic stress disorder in the community An. epidemiological study. *Psychological Medicine*. 1991. Vol. 21. P. 713–721.
30. Jenkins M. A., Langlais P. J., Delis D., and Cohen, R. (1998). Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry.* Vol 155. P. 278–279.
31. Foa E. B., Davidson I.R.T., Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IY. J. *Abnorm. Psychol.* 1991. Vol. 100, № 3. P. 346–355.
32. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. J Trauma Stress. 2010, Vol. 23. P. 537–552.
33. Horowitz M. J., Weis O. S. Mannar C. Diagnosis of postrau-matic stress disorder. *J. Nerv. Mem Dis*. 1980. Vol. 175, № 5. P. 267–268.
34. Keane N. M. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clin. Psychol*. Vol. 66. P. 914–923.
35. Keane T. M. PTSD Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clin. Psychol*. 1987. Vol. 43. P. 32–43.
36. King D. W., King L. A., Foy, D. W., and Gudanowski,D.M. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equational modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Vol. 64. P. 520–531.
37. Koopman, C., Classen, C., and Spiegel, D. (1994). Predictors of post-traumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry.* Vol. 151. P. 888–894.

38. Iribarren J, Prolo P, Neago N, Chiappelli F. Post-traumatic stress disorder: evidence-based research for the third millennium. *Evid Based Complement Alternat Me*d. 2005. Vol 2. P. 503–512.
39. McCauley J. L., Killeen T., Gros D. F., et al. Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment. *Clin Psychol Sci Prac.* 2012. Vol 19. P. 283–304.
40. Michels R. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders. J. *Clin. Psychiatry*. 1997. Vol. 58, № 13. P. 30–32.
41. Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Vol 60. P. 409–418.
42. Norris F. H., Slone L. B. Understanding research on the epidemiology of trauma and PTSD. *PTSD Research Quarterly*. 2013. Vol. 24(2–3). P. 1–13.
43. Pitman, R. K. (1989). Post-traumatic stress disorder, hormones, and memory. *Biological Psychiatry.* Vol. 26. P. 221–223.
44. Reisman M. (2016). PTSD Treatment for Veterans: What's Working, What's New, and What's Next. *Pharmasy and Terapeutics.* Vol. 41(10). P. 632–634.
45. Richardson L. K., Frueh B. C., Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010. Vol. 44. P. 4–19.
46. Schnurr, P. P. and Vielhauer, M. J. (1999). Personality as a risk factor for PTSD. In Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder, R. Yehuda, ed. (Washington, DC: American Psychiatric Press). P. 191–222.
47. Shalev, A. Y., Freedman, S., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., and Pitman, R. K. (1998). Prospective study of PTSD and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry.* Vol. 155. P. 630–637.
48. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing and the anxiety disorders Clinical and research implications an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999. Vol. 13. P. 35–67.

49. Skrypnikov A., Isakov R. Specific of social support and guilt, anxiety and stress in family relations in women with depressive disorders of different genesis and psychosocial maladaptation. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2019. № 32. P. 13–21.
50. Significant Risk Factors for Combat-Related PTSD in Military Personnel and Veterans. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047000/#b28-ptj4110623
51. Solomon Z., Mikulincer, M., and Avitzur E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 55. P. 279–285.
52. Spiegel,D. (1991). Dissociation and trauma. In American Psychiatric Press, Review of Psychiatry, A. Tasman and S. M. Goldfinger, eds. American Psychiatric Press). P. 261–275.
53. Yehuda, R. (1999). Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
54. Yehuda, R. (1999a). Biological factors associated with posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry.* Vol. 44. P. 34–39.
55. Yehuda, R., Keefe, R. S. E., Harvey, P. D., Levengood, R. A., Gerber, D. K., Geni, J., and Siever, L. J. (1995). Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry.* Vol. 152. P. 137–139.
56. Mahdysiuk L., Fedorenko R., Melnyk A., Zameliuk M., Patuta B. Analysis of socio-psychological features adaptation children of internally displaced persons and their families, *Youth Voice Journal*, Great Britain: 2022. P. 1–21.

РОЗДІЛ 3
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Психологічні особливості прояву суїцидальних намірів серед військовослужбовців

Проблема суїцидальної поведінки серед військовослужбовців привертає увагу дослідників у всьому світі. Зокрема, американський психолог Томас Джойнер (Thomas Joiner) у своїй теорії міжособистісного суїциду наголошує, що головними факторами ризику є почуття соціальної ізоляції та сприйняття себе як тягаря для оточення. У контексті військових ці фактори нерідко посилюються проблемами у сім'ї.

Згідно з науковими дослідженнями, військові після повернення з бойових дій часто стикаються з проблемою емоційної віддаленості. Родини можуть не розуміти психологічний стан військового або уникати розмов про пережите. Відсутність підтримки призводить до посилення почуття ізоляції, що, за моделлю Джойнера, є одним із ключових факторів суїцидального ризику.

Психологи зазначають, що у військових сім'ях після тривалої служби часто зростає рівень конфліктності. Психоемоційна нестабільність військовослужбовців, викликана бойовим стресом, нерідко проявляється у вигляді підвищеної агресії або емоційного відсторонення. Це може призвести до вербального, психологічного або навіть фізичного насильства, що, за дослідженнями Стенлі Котта (Stanley Cott), значно підвищує ризик депресії та суїцидальних думок.

Відповідно до теорії кризових подій Хілла (Reuben Hill), тривала відсутність одного з членів сім'ї може спричинити порушення сімейної структури, що у випадку військових проявляється через складну реадаптацію після повернення. Дослідження Лінди Скарпелли (Linda Scarpella) підтверджують, що розлучення або загроза втрати сім'ї є критичним фактором ризику суїциду серед військових, особливо в перші два роки після демобілізації.

Однією з найсерйозніших проблем є психологічні наслідки війни або довготривалої військової служби. Багато військовослужбовців зазнають посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється у вигляді тривожності, депресії, панічних атак, безсоння, підвищеної дратівливості або навіть агресії. Це може ускладнювати взаємодію з близькими, оскільки військовий може мати труднощі в контролі емоцій та адаптації до мирного життя.

ПТСР також може викликати флешбеки – нав'язливі спогади про бойові дії або стресові ситуації, що відбувалися під час служби. У результаті військовий може поводитися відсторонено або уникати близьких контактів, що створює відчуженість у сімейних стосунках.

Військовий колектив на сьогоднішній день потребує психологічного супроводу, що неодноразово підкреслюється і стає частиною загальнодержавних програм. У військовій психології під військовим колективом розуміють організоване, згідно з Конституцією України та військовими статутами, об'єднання військовослужбовців на основі спільності їх ідейних і моральних позицій, спільної служби і бойової діяльності, яку виконують з використанням зброї та бойової техніки під керівництвом командира-єдиноначальника і яке характеризується високою згуртованістю, дисципліною, боєготовністю та боєздатністю.

Настрої у військовому колективі є емоційно-оцінювальними реакціями на поведінку людей, події, явища, факти. Позитивний загальний настрій колективу пробуджує у воїнів робочу енергію, підвищує їхню активність, а також відображається на їх настрої.

Міжособистісні психологічні відносини (дружба і неприязнь, симпатія – антипатія) складаються у військовому колективі, в основному, стихійно, вони не сформовані організаційно і менш помітні, ніж службові. Ці обставини часто є причиною недооцінювання їх важливості. Насправді міжособистісні психологічні відносини відіграють вагому роль в житті колективу і вимагають дуже пильної уваги та постійного вивчення.

На думку психологів, емоційні взаємини в колективі виникають на ґрунті певних почуттів: оптимізму, вдячності, задоволення чи, навпаки, песимізму, образи, пригнічення. Перші сприяють створенню

прийнятих норм взаємин, другі, відповідно, призводять до їх порушення. До негативних психологічних явищ належать чутки, безпредметні розмови, плітки – різновиди стихійного чи запланованого, прихованого чи відкритого руху необ'єктивної інформації, яка відхиляє, підбурює або гальмує активність людей. Другою категорією негативних психічних явищ є страх і груповий його прояв – паніка. З точки зору фізіології, страх – це гальмівний стан кори головного мозку, який викликається надзвичайно сильними зовнішніми подразниками. Розрізняють такі форми страху, як неспокій, хвилювання, тривога, пригнічення, боязнь, переляк і афективний страх. Усі вони порушують психічну стійкість воїна, негативно відображаються на його поведінці і боєздатності. Під час бою під впливом раптового виникнення небезпеки, незнання обстановки, недостатності бойового досвіду, переоцінювання сил ворога і недооцінювання власних страх підсилюється. Різновидом страху є паніка. Вона виникає стихійно або викликається навмисно в умовах, коли реальних причин для страху не існує. Така форма поведінки виражається у розгубленості, яка охоплює людину чи людей в умовах вигаданої чи сильно збільшеної небезпеки.

Однією з особливостей військових колективів є те, що вони формуються з осіб, що перебували у різних колективах чи групах: шкільних, студентських, спортивних, виробничих тощо. Ці особи мають різний ступінь емоційної загартованості, загальної і професійної підготовки. Рівень розвитку таких колективістських рис також різний, що суттєво впливає на їх адаптацію у військових колективах. Відсутність взаєморозуміння в колективі призводить до конфліктних ситуацій. Під конфліктом розуміють такий спосіб спілкування, який ґрунтується на різноманітних реальних чи ілюзорних, об'єктивних чи суб'єктивних, рівною мірою суперечливих сторін, що спілкуються зі спробами їх розв'язання на фоні емоційних станів.

Серйозну стурбованість викликає велика кількість самогубств серед військовослужбовців. Актуальність цієї проблеми для Збройних сил України зумовлена тим, що кожна п'ята загибель в армії і на флоті – це самогубство. Суїцидальні випадки в умовах цілодобового спільного проживання воїнів деморалізують особовий склад, негативно

позначаються на моральному кліматі військових колективів і бойовій готовності, викликають негативне ставлення до армії батьків та цивільної громадськості. Факти самогубств серед військовослужбовців часто використовують як аргумент морального виправдання ухилянь від військової служби.

Статистичні дані щодо кількості осіб серед військовослужбовців, які покінчили з життям, наразі відсутні, однак добровольці, які працюють з ветеранами, вважають, що реальні цифри є досить високими. У багатьох частинах проявляється прагнення пов'язати самогубства лише з психічними відхиленнями осіб, які їх здійснили. Наперекір цьому поширеному судженню, дослідження показують, що більшість самогубств здійснюють психічно здорові люди. Тільки у 10 % військовослужбовців, які намагалися покінчити життя самогубством, було тверде бажання вмерти. У 90 % – це німий крик про допомогу, адресований людям, що оточують і нічого не помічають.

За даними дослідників, психологічний стан та емоційно-вольова сфера військовослужбовців можуть характеризуватися переважно тривожним та депресивним фоном, нервовою збудженістю чи апатією, зниженням стресостійкості. Відбувається певне переоцінення власної соціальної ролі та стану в суспільстві, суспільно та особистісно вагомих цінностей.

Загальна невизначеність обумовлює зниження вольової організованості та дисципліни, перевагу пасивної стратегії в поведінці. Вона може стимулювати перегляд «Я-концепції», підсилювати такі особистісні якості, як конформізм, нерішучість, підозрілість. За цими ж факторами може пов'язуватися більша, ніж раніше, піддатливість до таких масових станів, як психічне зараження, фрустрація. Якщо наведені ознаки переживань набувають поширення, то слабнуть бойові та дисциплінарні якості особового складу Збройних сил, знижується рівень керівництва військовими підрозділами та, як частковий наслідок, поширюються нестатутні відносини.

Таким чином, ситуаційні особливості життєдіяльності військовослужбовців, пов'язані з різними проявами відхиленої поведінки, являють собою своєрідні проекції наявних у державі моральних, політичних і

правових відносин. Однак ідеалізувати цей висновок буде помилково, як і переоцінювати риси характеру у виникненні різних форм девіацій оскільки провідна роль у виникненні відхилення у поведінці військовослужбовців, безперечно, належить постійно діючим мікросоціальним факторам, які загалом характеризують специфіку життєдіяльності в системі Збройних сил. Тому адаптація до цих умов відповідно до нормативної поведінки набуває певного психофізіологічного значення. Актуалізація потреб, обумовлена факторами мікросередовища, вимагає їх задоволення, що в наявних умовах здійснюється, як правило, за рахунок відступу від статутних норм. При цьому велике значення в проявах відхиленої поведінки надається типу акцентуації, також попередньому та наявному впливу макросередовища.

Військові експерти значну увагу при вивченні суїцидальних вчинків у військових колективах приділяють нестатутним взаєминам серед військовослужбовців. Встановлюючи поняття нестатутних відносин, слід враховувати, що вони можуть у чомусь доповнювати, а в чомусь бути альтернативними відносинам, визначеним статутом Збройних сил. Як протилежні статутним відносинам, нестатутні відносини можуть розглядатися і в негативному, і в позитивному аспекті. У негативному – як такі, що суперечать статутам, підривають їх основи, отже й боєздатність армії, а в позитивному – як такі, що узгоджують норми з ситуацією, внаслідок чого статутні відносини набувають можливості саморозвитку, саморуху в напрямку їх вдосконалення, оновлення.

Нестатутні відносини набирають сили і масштабу саме тоді, коли статути не відповідають новим умовам, що виникли в армії, гальмують розвиток армійських структур, потребують перегляду, а статутні відносини втрачають юридичну силу, силу закону і починають трактуватися залежно від динаміки умов чи уподобань тих чи інших військовослужбовців. Ілюстрацією до цього може бути проникнення ринкових відносин у їх нестатутному варіанті в армійське середовище. Ці, непередбачені статутом, але загалом прогресивні стосунки набувають іноді злочинного характеру: незаконний продаж військової техніки, пального тощо.

Позитивний аспект нестатутних відносин полягає в їх покликанні компенсувати, доповнити, концептуалізувати стосунки, визначені статутами, оскільки останніми не може враховуватися специфіка різноманітних ситуацій, індивідуальні, вікові, статеві, психологічні та інші відмінності військовослужбовців, рівень їх культури, в тому числі культури спілкування, виховання, освіти. Саме сфера нестатутних відносин є соціально-психологічним простором, де виникають нові норми професійно-службового спілкування та є можливість для реалізації потреб в інтерпретаційній активності, спотворенні. Певною мірою нестатутні відносини можна розглядати відповідно до відомого у соціальній психології поділу відносин на формальні та неформальні. Проте їх не варто зводити до неформальних та неофіційних. Навпаки, вони швидше є формальними, або офіційними, але з відтінком своєрідності, специфічності чи негативності, протилежності, альтернативності, заперечення, протиставлення. На думку психологів, соціально-психологічні детермінанти нестатутних відносин акумулюють різноманітні соціальні, політичні, економічні, національні та інші суперечності суспільства і трансформуються у відповідні мотиви та форми поведінки, комунікативні акти, стосунки і горизонтального, і вертикального аспектів міжособистісної взаємодії. Негативний аспект впливу соціально-психологічних детермінант виявляється у конфліктах особистості та військового колективу, командирів та підлеглих, окремих підрозділів та військовослужбовців між собою, а також у відокремленні різних груп, що конфліктують з присягою, статутами, законами.

Функціонально-психологічні детермінанти стосуються труднощів усвідомлення та дотримання статутів, які зумовлені індивідуальними відмінностями у розвитку вищих психічних функцій: сприйняття, уваги, уявлення, мислення, пам’яті, волі, почуттів. Проблема полягає в тому, що порушення статутів часто буває наслідком неуважності, несприйнятливості тощо. Трапляється, що військовослужбовець не здатен належно зрозуміти, а отже, й виконати наказ командира через низький рівень інтелектуального розвитку або емоційну незрілість, а командир виявляє недостатню витримку, імпульсивність. В іншому випадку сприйняттю наказів чи вимог командира підлеглими заважають вади

його мовної активності або ж нерозвиненість механізмів пам'яті, коли забування домінує над запам'ятовуванням, через ці індивідуальні відмінності, а іноді й конфлікти виникають реакції, які не відповідають статутним відносинам. Подекуди старшому солдату тільки здалося, що його образив молодший, а наслідком помилки у сприйнятті є знущання, моральні тортури, лайка, бійка; у випадках з командирами – позачергові наряди тощо.

Особистісно-психологічні фактори, або детермінанти, визначають залежність проявів поведінки від рис особистості військовослужбовця, характерологічних властивостей, здібностей, мотивів, установок, ціннісних орієнтацій.

Якщо для молодого бійця служба в армії є лише повинністю і не входить мотивом до структури його особистості, якщо почуття патріотизму, любові до України не трансформуються у бажання захистити її незалежність, суверенітет, – прогноз щодо дотримання ним положень статутів, відповідно, не може бути позитивним. Такий солдат навряд чи виявить старанність в оволодінні військовою спеціальністю, відповідальність, пильність, стійкість, хоробрість, мужність, а також військову чемність, колективізм, готовність до самопожертви, ініціативність та інші необхідні для військової людини якості.

Виникає певний конфлікт цінностей, мотивів, установок солдатів строкової служби, з одного боку, та офіцерів, прапорщиків, сержантів – з іншого. Не отримуючи підтвердження своїх сподівань щодо бажання новобранців служити в армії, кадрові військові сприймають це як особисту образу, виклик їх професійному і життєвому вибору, що й призводить часто до ворожнечі, агресивності, неприйняття. Кожна з сторін такого міжособистісного конфлікту вважає себе безвинною, бо керується певними нормами, і це лише поглиблює суперечність.

Небажання служити у певної частини молоді, за даними військових психологів, пояснюється ще й незадовільною фізичною підготовкою, психологічною незрілістю, соціальною інфантильністю, нездатністю до самостійної діяльності, приземленістю потреб, меркантильністю. Останнім часом до цього додалися риси, які формуються цивілізованою ринковою дійсністю в гіршому варіанті. Водночас в армії доміну-

ють інші цінності та вимоги до молодої людини, що формують відповідний соціально-психологічний портрет. Ці об'єктивні протиріччя викликають певні особистісні розбіжності, що виявляються у конфліктах, агресивних і депресивних позиціях, певною мірою провокують і нестатутні відносини.

Значний вплив на поведінку, особливо молодої людини, мають психофізіологічні чинники: специфіка розвитку, зокрема її нервової системи, позначена несталістю, що виявляється у підвищеній вразливості, швидкій виснажливості, емоційній нестабільності, загальній напруженості. Ще навіть без якихось суттєвих причин, пов'язаних з вирішенням професійних, навчальних, комунікативних та інших завдань, це може провокувати агресивність, збудливість, неадекватні реакції (захисні і наступальні).

Нерозвинена здатність до психологічної рефлексії, саморегуляції дає змогу механізмам підсвідомого виявлятися на поведінковому рівні у стосунках, у тому числі нестатутних. Це накладає певний негативний відбиток на процес спілкування, спільної діяльності у військових підрозділах, спричиняє виникнення і певну фіксацію конфліктного тіла стосунків, що досить чітко спостерігається у неадекватно підвищеному тоні, напруженості вербальної поведінки і командирів, і підлеглих. Звичайно, це є і наслідками психофізіологічної компенсаторної реакції на достатньо високий рівень невизначеності ситуації в армії та в суспільстві загалом.

Психолого-педагогічні детермінанти, що своєрідно «сприяють» нестатутним відносинам, пов'язані, насамперед, із незадовільною психологічною підготовкою командирів (як вихователів, керівників) і призовників до служби в армії (у школах, коледжах, ВНЗ). Доволі часто нетактовність, нездатність врахувати індивідуально-психологічні, вікові особливості молоді провокує прояви порушень статутів і навіть такі серйозні правопорушення, як втеча, дезертирство зі зброєю, а також низку суїцидальних спроб і вбивств.

Детермінацію відхиленої поведінки доцільно досліджувати з двох взаємодоповнювальних позицій: суспільства, соціальної ситуації, умов життєдіяльності та індивіда, його особистісно-психологічної природи,

типових рис характеру, темпераменту, вікових та статевих особливостей, сфери потреб.

Відхилена поведінка являє собою функцію як мінімум цих двох типів факторів, тобто породжена їх взаємодією. Служба в армії для юнака пов'язана з ситуаціями, щодо кожної з яких він має зайняти певну позицію. Таким чином, він опиняється або серед тих, хто відповідає вимогам статуту, або серед його порушників. Позицію військовослужбовця у відповідній ситуації можна пояснити з точки зору соціально-правових або медико-біологічних критеріїв поведінки, а саме: нормативної поведінки (адаптивної) і відхиленої поведінки (неадаптивної).

Виділяють *п'ять етапів військової діяльності*: допризовний період; призов та адаптація до армійських умов; професійне несення військової служби; очікування демобілізації; демобілізація та післядемобілізаційна життєдіяльність.

У *ситуації допризовного періоду* важливу роль у формуванні ставлення до військової служби та до необхідності виконання військового обов'язку відіграє позиція батьків і найближчого оточення. Часто батьки прагнуть зробити все можливе, аби їхня дитина уникнула служби в армії. Мотиви тут можуть бути найрізноманітнішими, але головні з них породжуються страхом або розрахунком. Одні батьки хвилюються, що їхня дитина не подолає труднощів військової служби, стане жертвою «дідівщини». Інші з кар'єристських міркувань не бажають, щоб їхня дитина марнувала роки на службу, припиняла навчання. Деякі побоюються, що армія зіпсує їх дитину, нівелює, огрубить її особистість. Трапляються випадки, коли батьки прагнуть вберегти дітей від армії з релігійних міркувань або у зв'язку з необхідністю мати помічника чи захисника, опору (якщо батьки хворі, немолоді).

Не сприяють призову часто ранні одруження або небажання залишати наречену, розлучатися з друзями, рідними місцями, свободою цивільної людини. Стимулюють негативну мотивацію також критичні судження про службу в армії тих, хто відслужив, які нерідко перебільшують факти.

Чинниками, що негативно впливають на формування ставлення до військової служби у призовників, можна вважати численні повідом-

лення у засобах масової інформації про негативні прояви функціонування армійського середовища.

Проте нерідко зустрічаються протилежні випадки, коли сім'я, педагоги з нетерпінням очікують призову підлітка на службу з надією, що армія «зробить з нього Людину». Таке «виштовхування» в армію може викликати негативні наслідки, захисну реакцію призовника. «Негативним позитивом» є прагнення окремих молодих людей потрапити в армію, щоб сховатися від покарання або одержати зброю для здійснення злочинних задумів.

Типові форми відхилень у поведінці в допризовний період – імітація фізичного чи психічного захворювання для одержання різних відстрочок або зміна місця проживання, документів. Вживання алкоголю, наркотиків, сексуальна розпуста, вчинення правопорушень як форми прояву прагнення «нагулятись на волі» перед режимним життям в армії, – з таким минулим дехто з призовників вступає в армійське життя і тому потрапляє до когорти важковиховуваних.

Важливість включення допризовної ситуації в аналіз детермінант відхиленої поведінки полягає в тому, що в армію приходять молоді люди з негативною установкою щодо служби, з «Я-концепцією», свідомо спрямованою на конфронтацію або на пристосовництво, прислужництво, байдужість, безініціативність, пасивне виконання, відбуття терміну. Суттєвим є також те, що багато призовників мають низьку фізичну підготовку, слабке здоров'я, недостатній інтелектуальний рівень, соціопатичні схильності. Аналіз ситуації допризовного періоду дає змогу зробити висновок про необхідність проведення психологічного відбору призовників у військових комісаріатах.

Після призову і відправлення в частину ситуація змінюється. Первинне включення в армійське середовище, яке формально позначається як курс молодого бійця (тривалість 14–30 днів), потребує від призовника адаптаційних змін організму на всіх структурних рівнях його біологічної та психологічної організації. Фактори, які впливають на військовослужбовця за таких незвичайних умов, за наявності слабких місць у структурі особистості, стають стресовими або психогенними і можуть призводити до виникнення психосоматичних захворювань, що не виявлялися за умов цивільного життя.

Функціональна стратегія організму за таких умов підпорядковується головній меті – «виживанню». *Пристосування до армійських умов характеризується формуванням* військово-професійної адаптації, найважливіші аспекти якої – адаптація до життя в умовах малої військової групи, до регламентованого способу життя, до вимог військової спеціальності та до нових умов харчування.

Призовнику належить за короткий термін оволодіти новими нормами армійського життя і нормами діяльності та спілкування, що суттєво відрізняються від норм цивільного життя. Якщо за умов цивільного життя молода людина може самостійно визначати просторово-часові параметри своєї активності, то в армійському житті такі можливості, як правило, обмежені «особистим часом», який змістовно також регламентований. Якщо в цивільному житті людина за власним бажанням може змінити коло спілкування, розірвати відносини керівництва-наставництва з вчителем, батьками, то в армії командирів не обирають, як і колектив, до якого потрапляє новобранець. За умов армійської служби істотно змінюється співвідношення формальних і неформальних, офіційних і неофіційних відносин на користь перших, знижується кількість «невиробничих» розмов на «вільну» тему. Психологічно незвичними є також одноманітність зовнішнього вигляду, форм звертання, колективне життя, харчування, справляння фізіологічних потреб. Важко звикнути до нового режиму сну, норм та якості харчування, до армійського лексикону, особливо призовникам з інтелігентних верств населення.

На цьому етапі психологічною підтримкою є спогади про домівку, інтенсивне листування з близькими, і особливо з друзями, доброзичливе ставлення до новобранців військовослужбовцями попередніх призовів, молодших командирів, офіцерів.

У ситуації професійного несення військової служби соціально-психологічними чинниками відхиленої поведінки є, як правило, ті, що пов’язані з недостатньою підготовкою новоприбулих до несення військової служби; відсутність необхідних умов для нормальної життєдіяльності; із залученням рядових до роботи, не пов’язаної зі службою; з неефективним керівництвом, низькою культурою стосунків у системі

керівництва-підлеглості, порушеннями вимог техніки безпеки, статутних вимог щодо зберігання зброї та боєприпасів, харчових продуктів, інших матеріальних цінностей; з недоліками в організації дозвілля, відсутністю можливості для творчих, розвиваючих видів діяльності; з використанням безглуздих форм тренувальної, виховної, загартовувальної діяльності; зі зловживанням наказових форм без пояснення суті і значення того чи іншого наказу.

Іноді військовослужбовець припускається думки про непридатність до служби. Професійно-психологічна непридатність особливо відчувається солдатами в екстремальних умовах, де вимоги командирів і товаришів різко зростають. Типові прояви такої непридатності – нездатність засвоїти положення статуту, невміння застосовувати ці положення у поведінці. Такого бійця частіше використовують на підсобних роботах, вважають другим «сортом», кепкують як з невдахи. Це може спричинити до самовільного залишення частини, іноді навіть зі зброєю для захисту від переслідувачів або вчинення злочину.

Важливим фактором, що визначає відхилену поведінку, є процеси, пов’язані з груповою динамікою, тобто з впливом мікросередовища (малої військової групи) на військово-професійну адаптацію. Військовослужбовець потрапляє в групу, де функціонує сформована система відносин: кожен має свій вольовий статус, відповідно до якого займає певний рівень у її ієрархічній структурі, де «ступінь свободи» у виборі поведінки залежить від цього статусу. Цей соціально-психологічний феномен, який одержав назву «порядок клювання», існує в усіх формальних та неформальних малих групах, у тому числі військових. Характер соціального прояву цього феномену залежить від рівня розвитку групи, що певною мірою визначається соціальними та етнічними нормами, прийнятими в суспільстві, ставленням до них та ступенем їх прийняття.

За умов емоційної напруженості, гострого чи хронічного стресу звичайний тип поведінки або реагування на зовнішні впливи може змінюватися залежно від внутрішніх умов психічної активності. Як правило, за екстремальних чи суб’єктивно екстремальних умов діапазон індивідуальних психологічних і психофізіологічних відмінностей

значно розширюється за рахунок сильних і слабких стенічних і астенічних рис особистості. Результатом цих внутрішніх особистісних процесів нерідко стає девіантна поведінка військовослужбовців.

Першим диференційним фактором, внутрішньою умовою відхильної поведінки слід визнати рівень стресостійкості особистості, адаптації солдата до нових, незвичних і часто дискомфортних умов життєдіяльності. Реакція на стрес зумовлюється особливостями взаємодії симпатичної та парасимпатичної систем. За цим показником складається діапазон індивідуальних відмінностей, на полюсах якого концентруються групи стресостійких і стресонестійких індивідів; відповідно до цього можна визначити деякі характерні типи нормативної та девіантної поведінки. Слід зазначити, що кожна якість залежно від типу особистості і ситуації матиме свої позитивні і негативні прояви, що характеризуватимуть нормативний і девіантний типи поведінки.

Детальніше розглянемо переважаючі форми поведінки щодо стресостійкості. Оскільки вона, як правило, корелює з сильною нервовою системою, то військовослужбовці цього типу відзначатимуться витривалістю, працездатністю, концентрацією уваги, стійкістю до перешкод, емоційною стійкістю. Якщо ці якості поєднуються з низькою тривожністю, такий військовослужбовець буде надійним у бойовій обстановці і добре адаптуватиметься до умов солдатської служби. Однак життєві прояви цих якостей визначатимуться ступенем нормативності поведінки. Навпаки, при девіантній поведінці, обумовленій засвоєними раніше асоціальними установками або сформованою в армії реакцією протесту на особистісно несприятливу ситуацію, військовослужбовці можуть демонструвати всі ці якості в соціально небажаному напрямку, відзначатися агресивністю, озлобністю, впертістю, нестійкістю, непокорою до статутних вимог. Якщо у людей цього типу ще й розвинене прагнення до домінування, влади, управління людьми, то вони, як правило, займають керівні або лідерські позиції, а в крайніх випадках можуть ставати ватажками асоціальних груп, бути організаторами змов, озброєних нападів тощо.

Тепер щодо поведінки стресонестійких індивідів. Передусім це люди зі слабкою нервовою системою, чутливі до зовнішніх впливів, не

витривалі, їм властиві низька працездатність, стійкість до перешкод і ступінь концентрації уваги, а також погіршення результатів діяльності в емоційно напружених і відповідальних ситуаціях. Якщо слабкий тип нервової системи поєднується в індивіда з високою тривожністю і емоційною нестійкістю, то, як правило, початок служби в армії пов'язаний зі станом фрустрації, важкою адаптацією до нових умов життєдіяльності.

При нормативній поведінці у цього особистісного типу можуть загостритися такі характерологічні риси, як нерішучість, боязкість, внутрішня емоційна напруженість від очікування виконання важких завдань. С. Маслюк вважає, що при девіантній поведінці може розвинутися депресивний стан, страх майбутньої служби, який погіршує якість мислення, уваги, швидкість сенсомоторних дій. Тому такі військовослужбовці потрапляють до розряду «тупих», «недбалих», «незграбних», «нездар». Ці ярлики надалі визначають низький соціально-психологічний статус солдатів у військовому підрозділі і спонукають або шукати захисту в окремих осіб чи груп, або замикатися в собі.

Важливим є друге джерело девіантної поведінки військовослужбовців – *акцентуації характеру*. Їх прийнято розглядати як крайні варіанти норми, що займають проміжне становище між станом психічного здоров'я та типовими психопатологіями. Відомо, що акцентуаційні риси характеру не тільки визначають психічний стан особистості, а й обумовлюють специфіку соціальної адаптації, що дуже важливо для системи Збройних сил. І хоча акцентуації характеру не є психопатологією, слід мати на увазі, що загострення негативних рис за певних умов здатне знизити адаптивні можливості особистості, бути ґрунтом внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, природа яких залежить від типу акцентуації, причому декомпенсація з адаптивною недостатністю відбувається відносно типово, даючи змогу передбачити форму психічного порушення.

У випадку експлозивного типу акцентуації характеру військовослужбовця навіть при помірних проявах цієї акцентуації дуже важко забезпечити його нормальну службу в Збройних силах. Через нестій-

кість настрою, підвищену схильність до навіювань і зниження вольової активності, що сприяють легкому виникненню у них потягу до алкоголю, наркотиків потрібен постійний індивідуальний контроль командирів і психологів.

У випадку гіпертимного типу акцентуації доцільно спрямувати увагу такого військовослужбовця на цікаве для нього заняття, суспільну роботу, де він зможе реалізувати свою енергію.

Особам, яким властивий епілептоїдний тип характеру, в армії можна рекомендувати такий вид діяльності, який потребує посидючості, акуратності, ретельності у виконанні, але не призначати їх на командні посади.

Істероїдів доцільно призначати па посади, що відповідають їхнім творчим здібностям, залучати до гуртків художньої самодіяльності, доручати проведення вечорів та концертів.

Шизоїди, як правило, важко пристосовуються до умов військової служби, але підкоряються порядку і військовій дисципліні. Однак можлива зовсім несподівана для оточення бурхлива реакція емансипації, яка виникає, коли хто- небудь зазіхне на внутрішній світ їх інтересів. Правопорушення шизоїди здійснюють, звичайно, наодинці. При цьому кримінальні акти відзначаються оригінальністю, вигадливістю і ретельністю підготовки. Невідповідність вироблених шизоїдом «схем» і «принципів» до норм реального життя нерідко наштовхує його на думку про недоцільність існування. За статистичними даними, приблизно 30 % тих, що заподіяли собі смерть або намагалися це зробити, виявляли шизоїдні риси характеру.

Особливості акцентуації циклоїдного типу вимагають до таких військовослужбовців підвищеної уваги і терплячості, особливо в періоди субдепресії. В цей період різкі зауваження, що принижують самолюбство молодої людини, невдачі на службі здатні призвести до афективних реакцій, а подекуди – і до суїцидів.

Для осіб лабільного типу деліквентна (асоціальна) поведінка не характерна, але в період дистимії вони бувають нестримані, втрачають почуття міри. Суїцидальні думки виникають часто і швидко реалізуються, але спроби самогубства мають переважно демонстративний характер.

Психастеніки, страждаючи від власної нерішучості у спілкуванні з іншими, часто вдаються до алкоголю чи наркотиків як засобів, що допомагають подолати ці труднощі. Під час військової служби психастеніків доцільно призначати в малу групу з позитивним соціально-психологічним кліматом, заохочувати їх до корисної діяльності, але постійно контролювати, не допускаючи непродуманих дій.

Особи астено-невротичного типу під час служби в армії добре справляються з роботою за фахом, якщо вона не пов'язана з великою розумовою та фізичною напругою. Бажано уникати сильних емоційних навантажень.

Для осіб нестійкого типу суїцидна поведінка не є типовою, але вони інколи можуть вчинити самогубство «за компанію», під впливом сильної особистості. В пошуках задоволення часто вдаються до алкоголю чи наркотиків. Алкоголізм і залежність від наркотиків формуються дуже швидко. При суворому контролі, постійному нагляді, жорстких вимогах такі особи справляються із службовими обов'язками і підкоряються дисципліні.

В осіб сенситивного типу акцентуації суїцидні дії позбавлені демонстративності і часто бувають цілковитою несподіванкою для оточення. За умов військової служби вони старанно виконують доручену їм справу, дисципліновані. Покарання, грубі зауваження, глузування переносять надзвичайно болісно.

Для конформних осіб великою психічною травмою є ситуація, коли звичний для них підрозділ їх чомусь виганяє. Одним із можливих наслідків цього може бути розвиток затяжного реактивного стану. Як правило, конформні особи успішно справляються з суворо регламентованою роботою, яка не вимагає прояву особистої ініціативи. Слід звернути увагу на те, щоб представники цього типу не потрапили під вплив недисциплінованих осіб.

Узагальнений аналіз ситуацій, в яких опиняється військовослужбовець, дає змогу виділити перелік найважливіших несприятливих факторів, що загалом характеризують складність і специфічність умов військово-професійної діяльності:

– суворе регламентування всіх видів взаємовідносин;

- наявна потенційна загроза для здоров’я, життя;
- інтенсивне фізичне навантаження;
- обмеження в харчуванні;
- алкогольна депривація (за наявності установок);
- обмеження матеріально-економічного характеру;
- сексуальна депривація;
- ізоляція від спілкування з рідними, близькими, друзями;
- переважно одностатеве спілкування;
- обмеженість у виборі партнера для спілкування;
- примусове спілкування;
- необхідність безумовної підлеглості старшим;
- залежність від старших;
- необхідність дотримання і формальних, і неформальних норм поведінки;
- обмеженість у виборі та прийнятті рішень;
- перебування у середовищі, бідному на інтелектуальні стимули;
- відсутність звичних подразників;
- вимушена відкритість у всіх сферах життєдіяльності (перебування під постійним наглядом, неможливість бути наодинці, постійне «втручання» в особистий простір);
- стимулювання агресивних, «чоловічих» принципів у поведінці;
- тенденція до пригнічення (нівелювання) ініціативи, індивідуальності, обмеження у самовираженні;
- середовище, яке не виключає суттєвого впливу соціопатичних особистостей.

В умовах депривації військовослужбовці потребують звичних соціальних зручностей, нормальних взаємовідносин у підрозділі, можливості усамітнення, звичних подразників, жіночого товариства, реалізації потреб біологічного характеру. Актуалізація цих потреб, з одного боку, і перешкоди для їх задоволення, з іншого, викликають у військовослужбовців стан хронічної фрустрації, що може призвести до розладу захиснокомпенсаторних механізмів. Порушення нервово-психічного балансу особистості, яке виникає внаслідок цього, може відбуватися через невротизацію, соматизацію або девіацію поведінки.

Військова служба має подвійне соціальне значення. З одного боку, вона вкладається в державну функцію захисту національного суверенітету, а з іншого, – певною мірою іноді виступає засобом самореалізації особистості.

Отже, якщо розглядати військову службу як певний етап цілісного життя людини, то одним із головних психологічних чинників ризику в соціальній самореалізації особистості завжди присутній момент невизначеності, або«недобудованості» особистісних психологічних та соціально-психологічних структур. Це дезорганізовує людину, а в крайніх проявах ставить її на межу не тільки нездійсненності життєвих планів, а й нереалізованості особистого життя загалом. Особливої гостроти ця проблема набуває під час загальної суспільної кризи і, зокрема, в її найкритичніший момент нестабільності. Одним з показників особистісної нереалізованості є прийнятий суїцид, обумовлений безпосередньо психологічними та соціально-психологічними факторами – втратою «змістовно-життєвих» цілей, розчаруванням, небажанням продовжувати життя.

3.2. Бойові психічні травми і розлади у військовослужбовців

У бойових умовах перебування психіки під постійним впливом негативних стресових чинників може перерости у бойову психічну травму з тяжкими наслідками для здоров’я людини. Як показує досвід участі бійців у воєнних конфліктах в Афганістані, Іраку, Чечні, Ізраїлі, через багато років після закінчення війни відмічаються негативні прояви у психіці військовослужбовців. У бойовій обстановці психіка воїна піддається безлічі різноманітних впливів. Одні з них сприяють мобілізації та концентрації його фізичних і духовних можливостей, підвищенню бойової активності, сміливості, самовідданості. Інші, навпаки, дезорганізовують бойову діяльність воїна, блокують доступ до наявних резервів організму, погіршують роботу нервової системи і психіки. Треті нездійснюють помітного впливу на бойову поведінку. Для вій-ськової психології важливо знати, які з цих впливів і яким чином визначають психологічніреакції,станитадіївійськовослужбовців у бою.

Дослідженням таких чинників психологи займаються давно. Аналіз психологічних досліджень бойових дій у війнах минулих століть і XXI ст. дозволив виділити дві групи чинників, що впливають на бойову діяльність військ, – зовнішні і внутрішні. У свою чергу, зовнішні чинники поділяються на соціальні, бойові й еколого-ергономічні. Соціальні чинники здійснюють вирішальний вплив на воїнів у бойовій обстановці, оскільки служать основою для формування загальних соціальних мотивів їх поведінки і бойових установок. Бойові чинники – це широкий спектр змінних, що визначають ті або інші реакції, стан, поведінку воїнів у бою.

Дані психологічних досліджень дозволили виявити особливу дієвість таких бойових чинників, як вид, умови й інтенсивність бойових дій, особливості використовуваної зброї, надійність засобів захисту, часові, природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін. Еколого-ергономічні чинники відображають специфіку впливу зовнішніх (природно-географічних, погодно-кліматичних, техніко-технологічних) обставин і режиму бойової діяльності (тривалість, режим, частота зіткнень із противником, ергономічність бойової техніки, ступінь ізольованості від головних сил тощо) на психологічний стан протиборчих сторін. Вони обумовлюють ступінь задіяності психіки військовослужбовця у процесі виконання бойових завдань. Знайомі умови і звична діяльність, добре засвоєні способи бойової поведінки дозволяють воїнам діяти на полі бою з переважним використанням підсвідомості (автоматизмів, навичок, закріплених у підсвідомості моделей), із мінімальним залученням свідомості й емоцій. І навпаки, незнайомі обставини і незасвоєні прийоми бойової діяльності обумовлюють необхідність постійного включення свідомості, виникнення негативних емоційних переживань, що знижує ефективність дій військовослужбовця.

До внутрішніх чинників належать психофізіологічні і психологічні чинники. Серед психофізіологічних чинників, що визначають характер поведінки військовослужбовців, важливе значення має тип нервової системи. Прийнято розрізняти три типи нервової системи: сильний, слабкий і середній. Сьогодні відомо, що обстановка ескалації негатив-

них чинників бою викликає серйозні психологічні розлади, що вимагають медичної допомоги і, отже, повну втрату боєздатності на певний час у воїнів із слабким типом нервової системи (серед військовослужбовців їх близько 15 %). В аналогічних умовах воїни з середнім типом нервової системи (таких близько 70 %) знизять активність бойових дій лише на короткий час. Воїни з сильним типом нервової системи (їх приблизно 15 %) не піддаються відчутному психотравмуючому впливу складної обстановки. Воїни сангвінічного темпераменту в складних умовах рішення ухвалюють швидко і діють сміливо. У разі невдачі вони втрачають рішучість лише на короткий час і швидко приходять в норму. Особи холеричного темпераменту виявляють сміливість і рішучість переважно у стані емоційного підйому. В стані занепаду сил вони здатні піддаватися несвідомому страху. Люди флегматичного темпераменту діють активно і сміливо тоді, коли ретельно підготовлені до виконання бойового завдання. Вони володіють стабільністю емоційних переживань, завзятістю і витримкою. Воїни меланхолійного темпераменту здатні виявляти рішучість й активність протягом короткого часу і при подоланні незначних труднощів. Спостереження за діями воїнів у бойовій обстановці та в інших екстремальних ситуаціях показують, що їх поведінка великою мірою залежить від типу темпераменту. Командир підрозділу повинен знати, що в тих самих умовах різні військовослужбовці будуть діяти якісно, але по-різному.

Серед внутрішніх чинників значення мають особистісні характеристики. Вони класифікуються так:

- рівень загального інтелекту військовослужбовця (інтелектуальна гнучкість, загальна обізнаність, пізнавальна гнучкість, практичне і критичне мислення, координація здібностей);
- рівень особистісної стабільності (надійність, опір до стресу, упевненість у собі, вміння діяти в команді, комунікативні здібності);
- відсутність напруженості, тривожності і психопатологічних симптомів;
- психодинамічні властивості військовослужбовців (емоційна нестійкість, тривожність, переважаюча орієнтованість людини у діях на зовнішній або внутрішній світ тощо).

Найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є постійна загроза життю військовослужбовця. В умовах цієї загрози він вимушений діяти і, цілком природно, постійно реагує на неї. Ця реакція проявляється через почуття страху, що повторюється. Усе це, за певних умов, може зломити психічний опір організму, призвести до емоційного зриву. Відомо також, що якщо стресові умови впливають на військовослужбовця під час його тривалого перебування у бойовій обстановці, то у нього може виникнути психологічне виснаження. Постійна напруга накопичується на основі страху смерті й інстинкту самозбереження. Почуття страху у бою є природним для будь-якої людини. Переживання страху є нормальною реакцією людини на чинники, що його викликають.

Емоційна напруженість, під якою розуміється психічний стан, характеризується тимчасовим зниженням психічних і психомоторних функцій, пониженням професійної працездатності та відчутно позначається на поведінці людей у бою. Причинами емоційної напруженості можуть бути:

- непідготовленість військовослужбовця до виконання конкретного завдання і невпевненість, що з'являється у зв'язку з цим, у власних можливостях;
- спогади про пережитуемоційну напругув попередніхбоях;
- невпевненістьособовогоскладув засобах захисту;
- невпевненість особового складу в надійності озброєння і техніки;
- невпевненість особового складу в компетентності командирів (начальників), недовіра до рішень і дій командування;
- нерозуміння цілей бойових дій, завдань, які стоять перед підрозділом, відсутність правдивої інформації про обстановку;
- надмірнепочуттявідповідальності;
- низькийавторитеткомандирів середособового складу;
- негативний психологічний вплив командирів на особовий склад, відсутність методики впливу;
- відсутність справжніх лідерів у підрозділі,замінаїх негативними «токсичними» лідерами;

– психологічна несумісність, що створює напружені стосунки між воїнами;
– відсутність згуртованості, злагодженості, взаємовиручки, бойового братства, довіри до товаришів, їхня ненадійність;
– постійний інформаційно-психологічний вплив противника, залякування, дезінформація тощо.

Ознаки бойових психічних травм і розладів

При неможливості організму адаптуватися до психічних стресів та обставин, що виникли під їх впливом, і виникають психічні розлади. Основою більшості психічних травм є виснаження психіки військовослужбовців, слабкість їх нервової системи. Звичайний режим бойової діяльності в результаті цього стає надважким. Навантаження, яке раніше легко переносилось воїном, вже в перші 14 годин викликає почуття втоми, слабкість, насилу вдається зосередитися.

Військовослужбовці стають дратівливими, невгамовними, конфліктними у взаємовідносинах з товаришами і колективом. Звичайна мова оточення здається до неприємності гучною, світло – дуже яскравим, відзначається слабкість процесів, що стримують людину від негативних вчинків. Кожний командир підрозділу повинен враховувати, що основою більшості психічних травм є хронічне психо-нервово-фізичне перенапруження, характерне для бойової обстановки. У бойових умовах військовослужбовці з таким станом можуть явно нехтувати власною безпекою, проявляти «байдужість» до долі своїх бойових товаришів, а іноді і здаватися в полон, припиняючи опір, коли, здавалося б, є усі засоби для продовження успішної боротьби із супротивником.

Нерідко порушення психічної рівноваги у військовослужбовців спричиняє стан надбадьорості, ейфорії, балакучості і непродуктивної діяльності. В силу своєї некритичності і нездатності реально оцінити навколишнє оточення і власні можливості, військовослужбовці часто здійснюють помилки у досить простих ситуаціях, що несприятливо позначається на діях бойових розрахунків, екіпажів, відділень, груп або інших невеликих підрозділів.

Отже, БПТ є наслідком сильного переживання воїном стрес-чинників бойової обстановки, яка викликає тимчасовий розлад психіки,

що призводить до часткової або повної втрати боєздатності. Повністю уникнути БПТ серед військовослужбовців у бойовій обстановці неможливо, проте за допомогою психопрофілактичних заходів, через своєчасне надання психологічної допомоги і можна понизити відсоток психологічних втрат.

Командиру підрозділу треба завжди пам'ятати: по-перше, важкі умови бойової обстановки характеризуються значною кількістю психотравмуючих чинників, які впливають на організм військовослужбовця, його нервову систему, призводять до великої кількості психічних розладів, істотно знижуючи боєздатність особового складу. По-друге, необхідність заповнення втрат, збереження боєздатності підрозділів і частин зобов'язує передбачати відновлення психічної рівноваги у легкотравмованих і легкопоранених військовослужбовців безпосередньо в умовах військової частини (підрозділу), а також правильно визначати доцільність і своєчасність евакуації особового складу для надання спеціалізованої психологічної допомоги у військових лікувальних установах. По-третє, якісне та ефективне вирішення цих завдань значною мірою визначатиметься знанням командирами усіх рівнів індивідуально-психологічних особливостей підлеглих, усвідомленням механізму виникнення психічних травм, розумінням основ психологічної реабілітації, навичками її організації і здатністю управляти системою реабілітаційних заходів у бойовій обстановці. Успішному вирішенню цих завдань служить психологічна підготовка, психологічна допомога та реабілітація, що є складовими частинами морально-психологічного забезпечення діяльності військ. Саме вони сприяють відновленню психічного здоров'я і боєздатності військовослужбовців.

Особливості виникнення розладівадаптації (РА) у військовослужбовців

Заслуговують на увагу науковців особливості перебування військовослужбовців у зоні бойових дій. Аналіз досвіду бойових дій, що відбуваються на території нашої країни, свідчать про значний ріст психогенних втрат серед особового складу ЗС України, у порівнянні з

війнами інших періодів та в інших державах. Як стверджують військові експерти, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат складає 10–25 %, то в даний час серед українських військових вони досягають практично 80 % і приблизно у 30–40 % випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми переходять у психіатричні. Відмічено, що максимальний термін для психологічного виснаження військовослужбовців при постійному перебуванні в зоні бойових дій складає 35–45 діб, а українські військовослужбовці перебували там по 4–5 місяців, а іноді і більше року. Тривале перебування військових в умовах специфічного бойового стресу накладає свій негативний відбиток, що, як стверджують науковці, призводить як до розвитку ПТСР, так і до розладів адаптації (РА).

В залежності від особливостей домінуючої клінічної симптоматики, умовно виділяють два основних клінічних варіанти розладів адаптації: афективний і поведінковий. Афективний варіант РА містить три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний.

Депресивний підваріант характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи.

Періодично виникають відчуття пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності, залежності від оточуючих людей і обставин.

Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки хворих значну частку часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки можуть набувати відтінку пасивності і байдужості. Періодично особи із ПТСР можуть скаржитись на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня мотивації. В

клінічній картині також мають місце в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

Тривожний підваріант – характеризується розладом адаптації з перевагою порушень інших емоцій, таких як: відчуття психічного і фізичного дискомфорту; немотивована напруженість; нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані у майбутнє; загальна стурбованість та нервозність; неможливість розслабитись; відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях. Може відмічатись епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи провокують розлади сну, труднощі із засинанням, порушення його глибини й тривалості.

Змішаний підваріант, або тривожно-депресивний – це поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучість щодо прийняттярішень тощо. Поряд з цим може спостерігатисябільша питома вага соматовегетативних порушень, ніж при тривожному варіанті РА.

Варіанту РА з *порушеннями поведінки* відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дизсоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов'язані із часом психотравмуючої події.

Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. В клінічній картині можуть бути присутні сомато-вегетативні симптоми, але їх вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що ці порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони були непритаманні особам до

факту психотравмуючого впливу, проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу.

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації виділяють наступні типи їхперебігу: **прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний**.

Перший тип характеризується прогресуючим ускладненням клінічної симптоматики з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми. Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптомів. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності і спектру проявів, в першу чергу, афективних порушень. Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості. Це супроводжується зростанням емоційної нестійкості, фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних, міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням в клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості. Динаміка тривожних проявів, таких, як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного і фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які спрямовані не лише у минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних, у вигляді зростання їх частоти та інтенсивності протягом 6 місяців і більше дозволяє говорити про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади.

Прогресуючий тип перебігу РА з домінуванням в клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формуванням дезадаптивної і дизсоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливою несприятливою динамікою даних порушень є їх трансформація або в хронічні зміни особистості, або, за наявністю попередньої психологічної уразливості у вигляді відповідної акцентуації характеру, в специфічні або змішані розлади особистості.

Домінуючою характеристикою *рецидивуючого типу* перебігу РА є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії, які характеризуються практично повною відсутністю ознак розладу, є різними за своєю тривалістю, як і тривалість рецидивів. Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує первинні прояви розладу. Проте, деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Крім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (здебільшого це стосується «пролонгованої депресивної реакції». Однак найчастішим варіантом динаміки цього типу перебігу РА є одужання хворого.

Особливістю *регредієнтного типу* перебігу РА є виражена редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень: зниженого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується підвищенням емоційної стабільності й впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, немотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, що спрямовані, в першу чергу, в майбутнє, зникає відчуття тривоги. При регредієнтному типі перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання і повернення до попереднього соціального статусу.

Слід зауважити, що у період бою дія стресу виконує певну позитивну функцію для бійця, однак після демобілізації вона стає негативним, руйнівним фактором в силу постстресових реакцій. Відсутність своєчасної медико-психологічної допомоги часто викликає суїцидальні наміри в учасників бойових дій.

3.3. Профілактика суїцидальної поведінки у військовослужбовців

Профілактика аутоагресивної поведінки містить різноманітні заходи, спрямовані на зниження рівня аутоагресивної активності, зокрема, на запобігання формуванню суїцидальних спонукань, вчиненню суїцидальних дій і рецидивування суїцидальної поведінки. Розрізняють такі види профілактики аутоагресивної поведінки:

1. За змістом:

- *спеціалізовані психіатричні* – терапевтичні (медикаментозні і немедикаментозні) заходи, спрямовані на запобігання формуванню (рецидивуванню) аутоагресивної активності, а також на лікування психічних розладів, що призводять до суїцидогенезу;
- *психологічні корекційні заходи*, спрямовані на зміну особистісних установок стосовно аутоагресивних проявів, на підвищення рівня психологічної захищеності, на формування «антисуїцидального бар'єру» (активізацію антисуїцидальних факторів особистості) і, таким чином, на запобігання формуванню (рецидивуванню) аутоагресивної активності;
- *соціальні заходи*, спрямовані на зміну соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів, і здатні попередити формування (рецидивування) аутоагресивної активності або вчинення аутоагресивних дій;
- *інформаційно-навчальні заходи*, спрямовані на поширення знань про особливості генезису і формування аутоагресивної поведінки, способи "самодопомоги" при виникненні аутоагресивних проявів, наявність і характер роботи суїцидологічних служб, спеціалізовані навчальні суїцидологічні програми для спеціалістів, які працюють у галузі суїцидології та в суміжних галузях.

2. За послідовністю:

- *первинна* – заходи, що проводяться з суїцидентами для запобігання вчиненню суїцидальних дій; інформаційно-навчальні заходи з питань суїцидології для будь-яких категорій населення;

– *вторинна* – заходи, що проводяться з суїцидентами, які здійснили суїцидальну спробу, запобігання рецидивуванню суїцидальної поведінки;
– *третинна* – заходи, що проводяться з близьким оточенням (родичі, друзі і т. ін.) суїцидентів, які здійснили суїцидальну спробу, для попередження рецидивування суїцидальної поведінки; а також спрямовані на превенцію формування суїцидальної поведінки імітаційного характеру в такому оточенні.

Основою профілактики суїцидальної поведінки є **суїцидальна превенція.** Слово «превенція» походить відлатинського «praevenire» – передувати, упереджувати. Знання соціальних і психологічних провісників суїциду може допомогти зрозуміти його і запобігти йому. Суїцидальна превенція полягає, насамперед, у здатності розпізнати ознаки небезпеки реалізації суїцидальних дій на ранніх стадіях формування суїцидогенезу. Для цього необхідне знання принципів формування аутоагресивних спонук і вміння використо- вувати цю інформацію в інтересах суїцидента.

Основне завдання превенції на початковому етапі при відсутності аутоагресивних проявів – профілактична, просвітницька робота, спрямована на руйнування соціальних міфів і помилкових суджень про самогубство, через які не запобігаються чимало суїцидів.

Міжособистісний або внутрішньоособистісний конфлікт в умовах соціальної, психологічної, екзистенціальної кризи на тлі психічної дезадаптації може набути суїцидогенного характеру. У всіх випадках вирішальним моментом формування маніфестуючих суїцидальних проявів є саме суїцидогенний конфлікт. Прийняття суїцидального рішення (поза залежністю від причин, умов, форм дезадаптації) відбувається тільки після етапу особистісного переопрацювання суїцидогенного конфлікту.

Знаходження перших ознак аутоагресивних спонук вказує на необхідність превентивного психокорекційного втручання. До ознак можливої суїцидальної небезпеки належать насамперед суїцидальні сигнали (погрози) або суїцидальні комунікації. Це характерні прояви суїцидальних намірів людини у міжособистісному спілкуванні, які

належить розглядати як попереджувальні знаки про наявність ауто-агресивних спонук і можливість вчинення суїцидальних дій.

Виділяють п'ять основнихознаксуїцидальних комунікацій:

1. Форма: вербальна, в тому числі письмова.

2. Характер: прямий (відкритий) або непрямий, побічний (замаскований).

3. Зміст: прояв афектів (почуття провини або засудження), спроба пояснити свій вчинок, доручення або прохання до оточуючих.

4. Об'єкт: певна особа або група.

5. Мета: крик про допомогу (благання про порятунок), вираження ворожості (звинувачення інших, самозвинувачення).

Крім цього суїцидальний ризик підвищується, якщо кризовому стану і актуальному суїцидогенному конфлікту передували спроби самогубства, наявність у анамнезі невротичних, особистісних розладів або депресивних станів, а також прояви безпорадності, безнадійність та соціальна ізоляція.

Наявність висловлюваних антивітальних переживань, суїцидальних фантазій, думок, намірів в умовах актуальної психотравмуючої ситуації і суїцидогенного конфлікту належить до передсуїцидального періоду суїцидогенезу і вимагає проведення суїцидальної інтервенції. Слово інтервенція походить від латинських слів inter (між) і venire (приходити).

Суїцидальна інтервенція (кризове втручання), будучи за змістом «входженням між», являє собою психіатричне або психотерапевтичне втручання (психологічну корекцію), спрямоване на купірування ауто-агресивних проявів і запобігання акту самознищення. Суїцидальна інтервенція здійснюється і в найближчому постсуїцидальному періоді, коли психологічна значимість суїцидогенного конфлікту зберігає свою актуальність. У процесі проведення суїцидальної інтервенції при необхідності використовуються психофармакологічні засоби згідно з клінічними показами і в адекватному терапевтичному обсязі.

Психологічною основою суїцидальної інтервенції є амбівалентність аутоагресивних мотивів. Це психічний стан, який характеризується одночасним існуванням і суїцидогенних, і антисуїцидальних мотивів.

Оскільки абсолютно суїцидальних особистостей не буває, то в процесі суїцидогенезу людина почуває змішані емоції. Навіть найбільш пристрасне бажання вмерти за своєю психологічною сутністю є амбівалентним.

Такий амбівалентний стан, як правило, завжди виникає у пресуїцидальному періоді. Частина особистості, що зазнає найчастіше образи і несправедливості, прагне припинити нестерпні переживання шляхом «вийняття себе» з ситуації, а інша частина – хоче жити, далеко не завжди усвідомлюючи, що вона здатна знести, перетерпіти обставини, які склались, і знайти конструктивний спосіб поведінки у психотравмувальній ситуації. Суїцидальне рішення «все закінчити зразу і остаточно» завжди минає. Суїцидальні спогади можуть з'являтися, зникати, виникати знову, але майже завжди минають. Необхідно підкреслити, що реалізація суїцидальних дій трапляється значно рідше, ніж антивітальні переживання і суїцидальні думки, фантазії. Важливо пам'ятати, що в більшості випадків суїцидальні наміри виникають імпульсивно і відсутність адекватного способу афективного відреагування потенціює необхідність реалізації суїцидальних дій. Ці закономірності суїцидогенезу використовуються під час проведення суїцидальної інтервенції, спрямованість якої – активізація антисуїцидальних факторів особистості.

Суїцидальна інтервенція спрямована на опрацювання особистісних характеристик, які зумовлюють схильність до патологічних форм аутоагресії. Це: яскраво виражена індивідуалістичність; екстернальний локус-контроль з орієнтацією на ригідні власні цінності і критерії оцінки ситуації; алекситимія – труднощі у висловлюванні власних думок та почуттів; схильність до афективно-звуженого сприймання ситуації – нездатність «приєднуватись» до думок та почуттів інших і т. ін.

Потреба в афективному відреагуванні зумовлена тим, що у потенційних суїцидентів виражені тривожність, емоційна чутливість, специфічні форми самоаналізу зі схильністю до неадекватного самозвинувачення чи самовиправдання, постійна напруженість.

До провідних мотивів аутоагресивних спонук належить прагнення до самоутвердження тільки тим способом, який задовольняє суб'єкта, внаслідок неадекватно високих домагань, на тлі високої тривожності,

невпевненості в собі, яка свідомо і несвідомо витісняється, і невдоволеності досягнутим результатом.

Оскільки поведінка потенційного суїцидента характеризується боротьбою мотивів досягнення та уникання невдач на тлі інфантильних установок, то суїцидогенного характеру набувають ситуації, що відрізняються невизначеністю, надмірністю чи тривалістю психічного навантаження, на які він реагує імпульсивними вчинками як характерним варіантом афективної «розрядки». На опрацювання цих характеристик спрямоване власне кризове втручання. Водночас метою кризової підтримки є вплив на актуальний психоемоційний стан, що безпосередньо викликає формування аутоафесивної активності. Емпатичний супровід стану психофізіологічної декомпенсації на тлі загострення тривожно-паранояльних, ананкастичних і сенситивних рис при неефективності механізмів психологічного захисту здатний дезактуалізувати суїцидогенний конфлікт і мотивувати суїцидента на проведення кризового втручання або будь-якого тривалого психотерапевтичного впливу.

Унаслідок відсутності суїцидологічної служби в нашій країні і спадкоємності між відповідними лікувальними закладами в роботі з суїцидентами, а також наявної упередженості щодо звернення за допомогою з приводу проблем, пов’язаних із суїцидальними тендерціями, суїцидальна інтервенція надається переважно у формі невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги. В реальних умовах допомога особам, які здійснили суїцидальну спробу, обмежується однією-двома зустрічами з психіатром або психологом, оскільки перебування в умовах загальносоматичного стаціонару суїцидентів є короткочасним, а критерієм їх виписки з відділення слугує їх соматичний, але не психічний стан.

Проводячи суїцидальну інтервенцію, надаючи невідкладну суїцидологічну допомогу, необхідно враховувати певні аспекти аутоагресивних проявів та особливості суїцидогенезу, що сприяє ефективності психокорекційної роботи, яка ведеться:

1. Право на смерть

Суїцидент – насамперед особистість, яка має внутрішнє право на добровільну смерть, тобто здатнавідважитися на самогубство і вчинити

суїцидальні дії. Для суїцидента саморуйнування аж ніяк не є етичною проблемою, а являє собоюрезультатнестерпного емоційного стресу.

2. Внутрішня логіка суїцидальної поведінки

Рішення про самогубство навіть при найгострішому пресуїцидальному періоді – імпульсивних суїцидальних діях – завжди мають внутрішню логіку суїцидогенезу, визначений причинно-наслідковий ланцюжок розвитку. Однак ця логіка суїцидогенезу може не усвідомлюватись і не декларуватися у скаргах. Ефективність суїцидальної інтервенції ґрунтується на розумінні психологом і усвідомленні суїцидентом логіки розвитку суїцидальної поведінки як варіанта дезадаптивного реагування в екстремальних умовах.

3. Оцінка ступеняризику самогубства

Насамперед необхідно завжди визначати серйозність суїцидальних намірів. Від швидкоплинних, розпливчастих думок про таку «можливість» до здійснення розробленого плану суїциду в умовах актуального суїцидогенного конфлікту може минути дуже короткий період. Чим більш розроблений метод самогубства, тим вищий потенційний ризик смертельного кінця. Особи з високим суїцидальним ризиком на фоні «холодного», не афектованого пресуїцидального періоду становляться до свого рішення дуже ретельно і продумано. Суїциденти з таким варіантом суїцидальної поведінки, часто зумовленим негативним життєвим балансом, завжди реалізують суїцидальні дії. Але і вони побіжними суїцидальними сигналами дають зрозуміти іншим про свої наміри.

Однак у більшості випадків схильність до саморуйнування виражена в осіб, які в умовах психотравмувальної ситуації реагують на актуальні проблеми імпульсивними, гнівними емоціями, спрямованими на значимих близьких. Зміщення, відреагування гніву з об’єкта на суб’єкт, перенесення дієвої агресії на себе трансформує її в аутоагресію. Імпульсивність та схильність до тунелізованої свідомості збільшує суїцидальний ризик. Ступінь вираженості суїцидального ризику визначає обсяг корекційного втручання та його характер.

У ситуації високого суїцидального ризику суїцидент не має залишатися на самоті. Можливість розділити тягар афективного стану з

близькою людиною чи професіоналом різко знижує вираженість аутоагресивних спонук. Це також дає змогу ситуативно упередити реалізацію суїцидальних дій. Надалі суїциденту обов'язково має бути надана кваліфікована допомога.

4. Оцінка наявності івираженостіпсихопатологічних розладів

Цей аспект важливий для психологів, у роботі яких трапляються випадки аутоагресивної поведінки. Обов'язковість психіатричного обстеження суїцидента пов'язана з тим, що характер аутоагресивної поведінки безпосередньо залежить від нозоспецифічності і ступеня вираженості психопатологічних розладів.

Розпочинаючи роботу з суїцидентом, дуже важливо виявити наявність і ступінь вираженості психічних, насамперед афективних, порушень (почуття безнадійності і безпорадності), особистісних розладів (ступеня дезорганізації поведінки), алкогольної чи наркотичної залежності. В такому разі обов'язковою є психофармакологічна терапія, спрямована на лікування основного захворювання, оскільки в основі аутоагресивної поведінки лежать його психопатологічні механізми. Іноді альтернативою допомоги суїциденту, якщо ситуація виявляється безнадійною і безпосередньо загрожує життю, стає госпіталізація у психіатричну лікарню. Але це не є панацеєю, оскільки сам факт госпіталізації не купірує аутоагресивних проявів. Самогубство може бути здійснене невдовзі після виписання з лікарні або безпосередньо під час лікування. Після з лікарні суїциденти, у яких зберігається високий суїцидальний ризик, дуже погано пристосовуються до умов життя. Деякі з них у подальшому покінчують собою, інші повторюють суїцидальні спроби, через що знову потрапляють у лікарню. Іноді наявність в анамнезі стаціонарного психіатричного лікування стає додатковим суїцидогенним фактором. Тому таким суїцидентам необхідне ретельне психіатричне обстеження та лікування, а також тривала реабілітаційна поственція.

5. Емпатичний контакт

Суїциденти особливо страждають від сильного почуття відчуження, тому дуже потребують уважного вислуховування і впевненого прийняття їх внутрішнього відчаю та безпорадності.

Якість терапевтичних взаємовідносин є запорукою успішності психотерапевтичної корекції. Суїцидент потребує обговорення свого болю та фрустрації. Але він може не прийняти прямих порад (ситуативних вказівок) психотерапевта (психолога), оскільки в кризовому втручанні більш доречним є не моралізування – раціональна оцінка неадекватності поведінки суїцидента, а людяна підтримка.

Суїцидолог має вміти розуміти невербальні «висловлювання» в процесі суїцидальної інтервенції, оскільки при збереженні актуальності суїцидогенного конфлікту суїцидент може дисимулювати аутоагресивні спонуки, що зберігаються, і здатен до повторних імпульсивних вчинків. Незважаючи на те, що основні провісники самогубства часто завуальовані, вони можуть і мають бути розпізнані.

6. Відкрита розмова про бажання самогубства

Кращий спосіб втрутитися у кризу пряма відкрита розмова про наявні суїцидальні спонуки і ступінь їх вираженості. Коли людина думає про самогубство і, нарешті, знаходить когось, кому небайдужі її переживання і хто згоден обговорити цю заборонену тему, то вона часто почуває полегшення. Це дає їй можливість зрозуміти свої почуття, відредагувати їх і досягнути катарсису, тобто якісно зменшити актуальність суїцидальних намірів. Людину в стані відчаю необхідно запевнити, що вона може говорити про почуття не соромлячись, навіть про такі негативні емоції, як ненависть, гіркота чи бажання помститись. Але необхідно пам’ятати, що суїцидент часто боїться засудження, нерозуміння і нехтування оточенням.

Відкрите обговорення теми самогубства допомагає розглянути конструктивні підходи у розв’язанні суїцидогенного конфлікту. Якщо кризова ситуація та емоції виражені, то надалі слід з’ясувати, як людина виходила з таких ситуацій у минулому. Це може бути корисним позитивним досвідом для розв’язання конфлікту.

Доцільно запропонувати суїциденту точно визначити внутрішнє джерело психічного дискомфорту і подумати про альтернативні розв’язання ситуації.

«Живильним середовищем» суїциду є секретність. Суїцидента слід підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему і якомога

точніше визначив, що її ускладнює. Принципово важливо відкрити суїцидентам закономірність внутрішньої емоційної амбівалентності. Це основа для прийняття того, що смисл життя не зникає, навіть якщо воно викликає душевний біль. Дуже важливо зміцнити їх сили в усвідомленні того, що кризові проблеми, зазвичай, минущі і рішення про самогубство не є незворотним.

7. Орієнтація на майбутнє, терапевтичне значення надії

Психотерапевтична, психокорекційна робота зі схильними до саморуйнування людьми є серйозною і відповідальною. Кризова терапія накладає на спеціаліста певну відповідальність. Для того, щоб створити суїциденту почування й усвідомлення життєвої перспективи, можливе укладання з ним суїцидального контракту – домовленості про контакт перед тим, як він відважиться на суїцидальні дії для того, щоб обговорити альтернативи поведінки. Така домовленість може виявитись вельми ефективною.

Емоційні проблеми, що призводять до суїциду, внаслідок їх глибинної особистісної основи, рідко вирішуються цілком, навіть коли уявляється, що суїцидогенний конфлікт розв'язався. Тому ніколи не слід обіцяти суїциденту цілковиту конфіденційність. Подаючи суїцидальні сигнали, людина у відчаї просить про допомогу. Завдання спеціаліста – надати суїциденту цю допомогу в найбільш повному обсязі та адекватній формі. В процесі терапії доцільно зосереджуватися більшою мірою на невербальних проявах, почуттях суїцидента, а вже потім на його словах, уявленнях, декларативному, раціональному описанні проблем. Це зумовлено тим, що суїциденти мають афективно-звужену свідомість і тунелізоване мислення, що унеможливлює самостійну адекватну взаємодію з реальністю і формування конструктивної долаючої поведінки.

Коли усвідомлюється суїцидальна амбівалентність, відбувається афективне відреагування: суїцидент почуває образу, несправедливість втрати менш фатальними, а ситуацію більш минущою і пересічною, з реальною перспективою конструктивного виходу. Орієнтація на майбутнє – переключення з "застрягання на минулому" на можливість адекватного перетворення теперішнього, надія на конструктивне

розв'язання суїцидогенного конфлікту – допомагає людині вийти з полону думок про самогубство.

Саморуйнівні дії чиняться, якщо люди втрачають надію на вихід з суїцидогенної ситуації, а їх близькі якимось чином підтверджують марність їх надій. Але надія має бути реальною і не може будуватися на пустопорожніх втішаннях. Оскільки суїциденти страждають від внутрішнього емоційного дискомфорту, все довкола здається їм похмурим. Необхідно з'ясувати, що залишається позитивно значимим для людини і використовувати це під час проведення кризової терапії.

Коли самогубство здійснено, необхідно обов'язково надати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу оточенню суїцидента, його родичам і друзям. Така кризова допомога є суїцидологічною поственцією. За своєю сутністю, це варіант третинної профілактики аутоагресивної поведінки. Надання суїцидологічної поственції запобігає розвитку аутоагресивної активності у найближчому оточенні суїцидента.

3.4. Вплив сім'ї на прояв суїцидальних тенденцій у військовослужбовців

Різноманітність тенденцій, помічених психологами в галузі міжособистісної взаємодії та психології сім'ї, розмаїття теоретичних припущень, що породжує спектр концептуальних моделей міжособистісних стосунків, свідчить про актуальність осмислення психології сімейних взаємин.

Сімейні взаємини **–** це складний феномен, складна психічна реальність, що включає як міфологічні, так і сучасні рівні свідомості, а також індивідуальні й колективні, онтогенетичні, соціогенетичні та філогенетичні передумови.

Поняття сімейних взаємин як стан належності індивіда деякому надіндивідуальному сімейному цілому охоплює суб'єктивний час, особисту життєдіяльність, національну культуру й традиції. Однак розробленого та достатньо завершеного гносеологічного поля не склалося, оскільки в міру розвитку наукового пізнання з основоположним принципом об'єктивності неформальні взаємини, емоційна близькість, любов, симпатія всемірно виживалися з цього процесу, а «подружні

взаємини» і в цілому сімейні взаємини як психологічні феномени постійно «вислизали» від чіткого визначення.

Постановка проблеми сімейних взаємин, трактування психологічних передумов їх розуміння та дослідження – актуальні завдання не лише за умови вказаної дослідниками кризи сучасної сім'ї назрілими у зв'язку з цим психотерапевтичними завданнями, – психологічне розуміння сімейних взаємин матиме теоретичне та практичне значення як у плані досягнення благополуччя й стабільності сімейних взаємин, – так і для реалізації евристичних цілей наукового пошуку у ситуації влади інформаційних технологій, кризи суспільних систем.

У багатьох психологічних дослідженнях розкривається глобальний злам соціальних стереотипів, індивідуальна ідеологія лихоліть, дезінтеграції, зміна соціально-психологічного статусу сім'ї, особливо багатодітної, у деяких випадках виявляється його деформація, невизначеність та навіть часткова втрата в результаті зміни відпрацьованих ритуалів, трансляції ЗМІ інформації, побудованої на принципах іронії, безглуздої жорстокості, індивідуалізму й містицизму, зміни практики повсякденного звичного спілкування та неадекватності життєвого досвіду членів родини наявній соціальній ситуації.

Науковці роблять спробу поєднати різноманітні інтереси сім'ї й сімейних взаємин. Така установка припускає аналітичну роботу в різноманітних галузях психологічної теорії: психоаналізі, інтеракціонізмі, біхевіоризмі, психосинтезі, соціальній психології тощо. На їхню думку, взаємини між людьми в системі психологічного знання розуміємо, по-перше, як деяку системну взаємодію контактів, зв'язків, по-друге – оцінка суб'єктом цих самих взаємодій і контактів, а також партнерів, які беруть у них участь. Ці два аспекти – об'єктивний та оцінний, – являють собою дві сторони реальності сімейного життя. Для сім'ї частота контактів, їх зміст визначаються тим, як її члени ставляться один до одного, тобто емоційний компонент міжособистісних взаємин, що суб'єктивно й об'єктивно визначає стан і розвиток взаємодії.

При дослідженні емоційних взаємин учені розв'язували завдання з пояснення закономірностей виникнення, розвитку, стабілізації й розладу емоційних і значимих стосунків у парі або «подійній» групі. Стосовно сім'ї – це явне звуження предмету аналізу.

Якщо ж виходити вцілому з міжособистісних взаємин як найбільш дослідженої теми соціальної психології, то за глобальністю теоретичних моделей утрачається феномен власне сімейних стосунків.

Водночас, у сучасній психології відомі масштабні роботи, об'єктом яких є родина. Історично склалося так, що у вітчизняній психологічній науці найбільш розробленими виявилися проблеми сім'ї «як ланки суспільства». Власне сімейні взаємини є в них маргінальними.

Психологи виокремлюють в емоційних взаєминах три іпостасі: емоцію, що має своїм предметом іншу людину, атитюд на іншу людину й емоційний компонент міжособистісного сприйняття.

Виходячи з цієї позиції, об'єктивація сімейних взаємин можлива через аналіз як області емоційних відносин членів сім'ї один до одного, так і об'єктивно існуючого процесу розвитку сімейних взаємин на різних стадіях життєвого циклу родини. Повноцінне вивчення сімейних стосунків передбачає їх розгляд у контексті умов і факторів, що впливають на них. Подружні відносини як мистецтво жити в шлюбі визначають взаємини, дуальні за формою, універсальні за значенням та специфічні за інтенсивністю й силою.

Дуальність сімейних відносин обумовлена статевим деморфізмом, з одного боку, та подвійністю цілей шлюбу – продовженням роду й дружнім спільним життям – з іншого. Універсальність шлюбу та сім'ї пов'язана з потребою будь-якої людської істоти, яка бажає жити відповідно до природи та водночас до потреб індивіда, який намагається вести життя, корисне для оточуючих і людства загалом. Матримоніальний зв'язок являє собою універсальний закон.

Унікальність сімейно-шлюбних взаємин прихована в їх емоційному та кровно-родинному потенціалі. Подружні відносини, що вважаються найбільш важливими й тісними з усіх можливих взаємин, повністю визначають спосіб існування, що потребує певного мистецтва буття разом.

Сімейні взаємини, в нашому розумінні, осмислено як феномен, у якому злиття *Я* та *Значимих Інших* відбувалося б таким чином, що розв'язка життя людини наступала б як результат розвитку характеру й особистості людини на фоні гармонійного, могутнього та розумного

«єднання» з близькими, рідними людьми завдяки оволодінню всіма членами сім'ї мистецтвом бути разом, а не просто як фінал, обумовлений самою життєвою ситуацією.

На думку психологів, «основними координатами» простору міжособистісних взаємин є статусно-рольові відмінності, психологічна дистанція, валентність відносин і вільний або вимушений спосіб створення сімейної пари. Вони вважають, що аналіз сімейних взаємин пов'язаний із низкою об'єктивних та суб'єктивних труднощів, які надалі позначаються проблемним полем.

Емоційні взаємини не є постійними й незмінними. Тому дослідники підкреслюють необхідність докладання певних зусиль для збереження стабільних гармонійних стосунків між партнерами.

Науковці стверджують, що чинники, які «об'єднують подружжя в їх союзі, розподіляються так (по низхідній лінії): спільність духовних інтересів і подружня любов; сексуальна сумісність; любов до дітей; подружній обов'язок; сімейний затишок і матеріально-житлові умови». При цьому, вони відмічають деякі несприятливі психологічні моменти, які руйнують стабільність емоційних взаємин:

- відсутність віри в любов, у можливість постійності подружньої любові;
- неправильні уявлення про фактори сімейного благополуччя та ігнорування таких із них, як взаємоповага, здатність до взаємної довіри й розуміння;
- незнання та відсутність інтуїтивного відчуття основних закономірностей статевої любові й найбільше – нездатність уловлювати та розуміти почуття партнера, його характерологічні особливості й звички, нездатність контролювати та регулювати свої власні емоції й почуття, прояв споживчо-егоїстичного ставлення до любові в цілому.

Важливий вплив на емоційні взаємини в шлюбі роблять культура спілкування та дозвілля, спільне ухвалення рішень подружжям, сімейно-побутове самообслуговування сім'ї, створення сімейної субкультури. Стабілізація емоційних відносин залежить від рівноправності її членів, індивідуальних потреб, які задовольняють шлюб і сімейне життя в цілому. Почуття провини руйнує шлюб.

Особистісні характеристики партнерів роблять свій внесок у розвиток подружніх взаємин, більше того, за їх порушеннями прихований внутрішньоособистісний конфлікт одного з подружжя. До сприятливих якостей партнерів слід віднести:

- відсутність страху й тривоги, адекватну самооцінку; врівноваженість;
- орієнтацію на пошук і помірну схильність до ризику, що дає змогу емоційним стосункам розвиватися;
- компетентність у часі (жити «тут і зараз», бачачи при цьому зв'язок подій);
- високий рівень самоприйняття, що проявляється в природності поведінки та відкритості досвіду, у ставленні до іншого як до себе.

Відсутність самоприйняття породжує інструментальне ставлення до себе та інших, яке, зі свого боку, неминуче призводить до нестабільності в емоційних відносинах, оскільки завжди знайдеться хтось, хто краще здатний виконувати що-небудь.

Імовірність збереження емоційного компонента сімейних відносин й успішного розвитку шлюбу зростає, якщо подружжя здатні:реально дивитися на протиріччя; не будувати ілюзій і надій на випадок; не уникати труднощів і не впадати у відчай; цікавитися психологічними особливостями партнера; знати ціну дрібницям; бути терпимим, уміти попереджувати бажання й потреби партнера; контролювати свою поведінку та мову; володіти почуттям міри; усвідомлювати причини й наслідки подружньої невірності; прагнути до єдиних підходів у вихованні дітей.

На думку психологів, якщо в міжособистісних стосунках із близькою людиною є складнощі, то справжня причина цього прихована у власних особистих проблемах, які можуть бути пов'язані з: очікуваннями; почуттям безпеки; контролем; потребою в любові й схваленні; моральним засудженням; відносинами з іншими людьми. Авраам Лінкольн якось сказав: «Не вистоїть будинок, розділений зсередини». Якщо люди в шлюбі займають «бойові позиції»у ставленні один до одного, їхній шлюб довго не протримається.

На думку багатьох подружніх пар, часті сімейні конфлікти виникають через те, що обоє партнерів претендують на лідерство. Але ці «рольові конфлікти» – усього лише поверхня реальних відносин. Як правило, основною причиною напруги в подружніх стосунках є охолодження почуттів між партнерами. Заслуговує на увагу той факт, що часто подружжя мало цікавляться внутрішнім світом того, хто постійно перебуває поруч, при цьому вважаючи, що добре знають один одного. І лише загострення протиріч між партнерами, утрата почуттів спонукають до переосмислення стосунків. Тоді виявляється, що партнер, який постійно перебував пліч-о-пліч з іншими членами родини, практично почувався самотнім та ізольованим від близького оточення. Саме аналогічна ситуація й спонукає партнерів до пошуку позитивних емоційних стосунків, що часто завершується зрадою чи розпадом подружніх взаємин.

Унаслідок різноманітних обставин можуть відбуватися різні порушення функцій сім'ї. Існує значна кількість факторів, які можуть сприяти подібним порушенням: особливості особистості членів родини, характер взаємин між ними, певні умови життя сім'ї та ін.

Дослідники сімейної проблематики зауважують, що досить важливими характеристиками родини є не лише її функції, а й структура та динаміка. На їх думку, структура сім'ї включає чисельність і склад родини, а також сукупність взаємин між її членами. Аналіз структури сім'ї дає змогу виділити такі родини, де керівництво й організація всіх її членів зосереджені в руках одного члена сім'ї. Відмінною може бути структура родини й стосовно того, як у ній розподілено обов'язки: більшість із них виконуються одним із членів сім'ї чи обов'язки розподілені рівномірно.

За визначенням науковців, порушення структури родини – це такі особливості структури, які утруднюють чи перешкоджають виконанню сім'єю її функцій. Із цієї причини порушенням структури взаємин у родині слід визнати сімейний конфлікт, який є перепоною у виконанні родиною її різноманітних функцій. Унаслідок розлучення подружжя, наприклад, може виявитися порушеною емоційна функція сім'ї: дитина не отримує емоційної підтримки батька чи отримує, але недостатньо.

Отже, для успішного розвитку шлюбу суттєве значення має функціонально-рольова структура сімейних взаємин.

Сучасні норми шлюбно-сімейних стосунків передбачають диференційований спосіб побудови функціонально-рольових взаємин у родинній гнучкий розподіл обов'язків між її членами. Рольові та функціональні взаємини в сім'ї встановлюються на основі «набутих» критеріїв, таких як особисті нахили, здібності, досвід, бажання, добровільна згода, міра зайнятості у виробничій сфері тощо.

Робер і Тільман стверджують, що в сім'ї існують сили згуртування, що чинять опір зміні структури, і сили розпаду, які призводять до змін. Рівновага існує в тому випадку, якщо сили згуртування переважатимуть над силами розпаду.

Особливої уваги на сьогоднішній день потребує родина військовослужбовця. Професійна діяльність фахівців в сфері надання соціально-психологічної допомоги, як правило, оминає стороною питання внутрішньосімейних відносин офіцера, воїна контрактної служби, демобілізованого із лав Збройних Сил бійця, які відчули бойовий стрес, або незначною мірою торкається цих відносин. У цій ситуації негативним наслідкам участі у бойових діях військовослужбовця члени його сім'ї намагаються запобігти, нейтралізувати або мінімізувати на інтуїтивному рівні. Це часто призводить до сімейного дискомфорту, конфліктів, уповільнення процесу гармонійного відновлення психічного і соціального здоров'я військовослужбовця, а нерідко і до розриву сімейних відносин.

Наявність такого роду сімейних проблем в підсумку негативно відбивається на службовій діяльності військових. Тому проблема вивчення соціально-психологічних особливостей роботи з сім'ями кадрових військовослужбовців, мобілізованих до лав ЗС України, які стали учасниками бойових дій, а також практичне її вирішення в сучасних умовах військового будівництва набуває великого значення. Прояви соціально-психологічних наслідків участі в бойових діях можуть бути різними: від повної соціальної та психологічної дезадаптації і асоціальної поведінки до певної життєвої мудрості, унікальної системи моральних цінностей і значного конструктивного потенціалу,

який реалізується з максимальною користю для соціуму. Негативний вплив бойового стресу на ефективність діяльності і стан здоров'я учасників бойових дій проявляється у широкому спектрі соціально-психологічних наслідків участі в бойових діях, серед котрих можна виділити первинні, вторинні і третинні.

До *первинних* наслідків відносять негативні психічні стани, що викликані стрес-факторами бойової обстановки і бойової діяльності. Серед них: стан втоми і перевтомлення, емоційний стрес, психоневротичні реакції, гострі стресові розлади, різні форми порушення психічної адаптації. Особливістю первинних наслідків є те, що вони виникають безпосередньо як відповідь на конкретний добре ідентифікуючий стрес-фактор (або групу стрес-факторів), безпосередньо обумовлених ним. При цьому порою значну роль відіграє підвищена вразливість військовослужбовця, пов'язана з наявністю низки основних специфічних особистісних особливостей.

Вторинні наслідки виникають в результаті невдалих самостійних спроб подолання дезадаптивного стану, а також несвоєчасності (або просто відсутності) необхідних реабілітаційно-відновлювальних заходів, недостатньої психологічної допомоги з боку значущого соціального оточення (сім'я, співслужбовці, керівники). До них можна віднести стан «професійного вигоряння», зниження працездатності, посттравматичні стресові розлади, зловживання алкоголем, підвищену агресивність, депресивні стани, явища професійної деформації особистості, ауто- і гетеро-агресивну поведінку.

Третинні наслідки проявляються в широкому спектрі внутрішньосімейних проблем, неадекватній соціальній презентації, погіршенні морально-психологічної атмосфери в колективі, зниженні задоволеності службою, передчасним звільненням зі служби, дисциплінарних порушеннях, соціальній апатії і песимізму, деформації соціального сприйняття, підвищеній конфліктності і навіть суїциді.

Що стосується позитивних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях, то варто виокремити такі ефекти: підсилене почуття подяки, коли деякі ветерани бойових дій починають вбачати у своєму житті всі його кращі сторони, придають йому значущість, цінують те,

що вони живуть на світі; переоцінка цінностей, коли ветеран починає більше любити життя, усвідомлює його цінності. Подружжя, діти, партнери, друзі, співслужбовці вважаються більш значимими і близькими. При цьому ветерана навіть може обурювати той факт, що інші не цінять своє життя так високо; відчуття успіху – почуття, що власні внутрішні ресурси, а також сильні сторони починають проявлятися разом із зростаючою впевненістю в собі і інших людях; гумор – почуття легкості, інколи анекдотичності в спілкуванні з товаришами по бойовій обстановці, згадуванні минулого, труднощів і проблем, які виникли при виконанні бойових завдань; товариськість – виявлення потреби ветерана бойових дій у більшому ступені, ніж до участі в них, розмовляти і ділитися своїми переживаннями з іншими. Третій блок включає інформацію про ймовірні прояви психологічних наслідків участі військовослужбовця у бойових діях у внутрішніх відносинах. Досвід свідчить, що негативні наслідки участі чоловіка в бойових діях формує як гострі, так і в більшості випадків хронічні важкі сімейні ситуації, які інколи накладаються на внутрішньосімейні відносини кадрових військових, пов'язані зі змінами життєвого циклу сім'ї (наприклад, народження дитини) або несприятливим фоном всього життєвого циклу (у подружжя полярно протилежний світогляд). Накладання цих труднощів може привести до утворення кризи сім'ї військовослужбовця. Порушення внутрішніх відносин проявляється в усіх сферах життя сім'ї бійця: психоемоційній, сексуально-еротичній, матеріально-побутовій, репродуктивно-виховній, соціально-правовій, культурно-дозвілевій, а також у сфері здоров'я і благополуччя. В результаті основні, базові потреби членів сім'ї опиняються невдоволеними, погіршуються показники психічного і соціального здоров'я членів сім'ї ветерана.

Неоднакову стійкість сімей військовослужбовців – учасників бойових дій до джерел порушень внутрішньосімейних відносин можна пояснити з точки зору наявності або відсутності в сім'ї так званого латентного(прихованого) порушення, яке не проявляється в нормальних, повсякденних умовах існування сім'ї. Коли ж сім'я опиняється у важких умовах, викликаних участю її глави у бойових діях, здатних

активізувати негативні посттравматичні реакції, латентні порушення проявляють себе.

Таким чином, наявність або відсутність в сім'ї військовослужбовця прихованих порушень у взаємовідносинах суттєвим чином впливає на можливу реакцію сім'ї на важку сімейну ситуацію, викликану негативними наслідками участі військовослужбовця в бойових діях.

Важливою соціально-психологічною особливістю роботи з сім'ями військовослужбовців – учасників бойових дій є необхідність суворого додержання фахівцем соціально-психологічної роботи професійно-етичних норм. Робота з сім'ями повинна починатися безпосередньо при виконанні частинами бойових завдань, коли інформація, що надходить із районів бойових дій, оперативно і своєчасно у можливому обсязі доводиться до членів сімей військовослужбовців. Сім'ям повідомляється про хід виконання бойових завдань, про приклади мужності, героїзму, добросовісного виконання військового обов'язку їхніми чоловіками, синами, батьками.

Психологічна допомога учасникам зони бойових дій повинна бути спрямована, насамперед, на допомогу у відрефлексуванні тих почуттів і переживань, які були накопичені. Їм потрібно повернутись у стан до стресу. Тут головне – визволення бійців від почуття пережитого страху й провини. Якщо люди бачать смерть своїх товаришів, то почуття провини – закономірне, при цьому об'єктивні причини для нього можуть бути відсутні. Також важливо вивільнити бійця від почуття власної безпомічності, якщо він перебував в оточенні чи під обстрілом, не маючи можливості змінити ситуацію.

Перебуваючи в зоні бойових дій, бійці особливо потребували підтримки з тилу. При цьому варто зауважити, що вони намагалися мінімально ділитися своїми переживаннями з родичами й близькими, тому що, пройшовши через бій, були впевнені,що їхні рідні просто не спроможні винести весь той жах, який вони носять у собі. Оберігаючи своїх близьких від переживань, учасники бойових дій таким чином дають можливість родичам залишатися підтримуючими й забезпечувати підтримку в подальшому.

Оскільки більшість військовослужбовців потерпають від загальних стресових реакцій під час і після реінтеграції, у сім'ях з нестабільною

сімейною ситуацією психологічна напруга є значно вищою. Перебуваючи у стані сімейної напруги, учасники бойових дій не мають змоги відрефлексувати ті почуття і переживання, які були накопичені. Головним для них у цьому періоді є визволення від почуття пережитого страху й провини. Якщо люди бачать смерть своїх товаришів, то почуття провини – закономірне, при цьому об'єктивні причини для нього можуть бути відсутні. Також важливо вивільнити бійця від почуття власної безпомічності, якщо він перебував в оточенні чи під обстрілом, не маючи можливості змінити ситуацію.

Психологічна допомога військовослужбовцям повинна сприяти їх успішній адаптації до нових умов життя. Люди, котрі повернулись із війни, суттєво відрізняються від решти. У них зовсім інша система моральних цінностей, інший рівень духовного розвитку, при якому загострюються інтуїтивні відчуття нещирості взаємин, фальші, корисливих намірів стосовно них. Термін «психологічна реабілітація» найбільш точно відображає процес і результати надання психологічної допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтується на трьох основних діях – спілкуванні, прийнятті бійця таким, яким він є та допомозі фахівця.

Певних реабілітаційних заходів (насамперед, психологічної допомоги) потребують батьки й члени сімей учасників бойових дій, які самі перебували в психотравмуючій ситуації, очікуючи щоденно страшної звістки. Саме на членів сім'ї випадає багато випробувань, щоб наново відновити довіру та втрачену близькість свого захисника, котрий повернувся із зони бойових дій.

3.5. Аналіз результатів дослідження особливостей подружніх взаємин, що детермінують суїцидальну поведінку учасників бойових дій

Повернення військовослужбовців до сімейного життя після участі у бойових діях або тривалої служби є складним і багатовимірним процесом. Воно супроводжується психологічними, соціальними та побутовими викликами, які можуть впливати як на самого військового, так і на його родину.

Науковці стверджують, що участь у військових операціях зачасту призводить до психологічних травм військовослужбовців, які, як наслідок, можуть проявитися у розладах психічної діяльності, а також у неможливості соціалізуватися у мирному суспільстві при їх поверненні із зони бойових дій. Якщо фактор війни запускає нові процеси у поведінці окремої людини, то це провокує і оновлені стратегії поведінки з іншими, в тому числі і з партнерами. Нові життєві ситуації потребують пристосування, і кожен індивід реагує на ненормальні умови по-своєму.

У зв'язку із цим чи не кожна українська пара зараз зіштовхнулась із новими викликами, які породжує воєнний стан. Постійний стрес, нові умови проживання, підвищений стан тривожності, втрата відчуття безпеки, проживання на відстані, погіршені умови зв'язку провокують у пар необхідність вибудовувати свою взаємодію одне з одним по-новому.

Отже, проблема повноцінної інтеграції учасників бойових дій у суспільство є досить актуальною, а особливого значення набуває пошук методів полегшення їх соціалізації, що є пріоритетним завданням роботи сучасних психологів. Значна кількість військовослужбовців є психологічно нездатною самостійно повернутися в систему соціальних зв'язків і норм мирного життя, тому постає потреба у спеціалізованому наданні соціальної та психологічної допомоги.

Заслуговує на увагу той факт, що за неофіційними даними, з життям покінчила значна кількість військовослужбовців як під час проходження служби, так і після повернення до цивільного життя.

За час відсутності військового динаміка сімейних стосунків може суттєво змінитися. Наприклад, якщо до служби військовий виконував певні обов'язки в родині, а під час його відсутності ці функції взяв на себе інший член сім'ї, то після повернення можуть виникнути конфлікти через зміну звичних ролей. Це особливо актуально у випадках, коли дружина або батьки військового брали на себе відповідальність за прийняття рішень і можуть не бути готовими поступитися цією роллю після його повернення.

Як засвідчують дослідження, ще однією проблемою є порушення комунікації. Військовослужбовці звикають до чітких наказів та дисципліни, що може ускладнювати побудову гнучких і довірливих відносин у сім'ї. Крім того, вони можуть відчувати, що близькі їх не розуміють, або самі намагатися уникати розмов про військовий досвід, щоб не травмувати рідних.

Науковці стверджують, що деякі військові після повернення уникають соціальних контактів, включаючи взаємодію з рідними. Вони можуть почуватися «чужими» в мирному житті, оскільки їхній досвід суттєво відрізняється від повсякденних проблем цивільних людей. Це може призводити до самотності, депресії та навіть руйнування сімейних стосунків.

Повернення до мирного життя також може супроводжуватися фінансовими проблемами, особливо якщо військовий більше не може або не хоче працювати за попередньою спеціальністю. У сім'ях, де військовослужбовець є головним годувальником, його адаптація до цивільної роботи може зайняти певний час, що впливає на фінансовий стан сім'ї.

Для успішної реінтеграції важливими є психологічна підтримка, консультації сімейних психологів, участь у програмах реабілітації та соціальної адаптації. Крім того, сім'ї військових також потребують розуміння та терпіння, щоб допомогти члену родини, який повернувся з бойових дій, адаптуватися до нового етапу життя.

Реінтеграція військових у сім'ю – це двосторонній процес, що вимагає зусиль як від самого військовослужбовця, так і від його рідних. Відкритий діалог, підтримка та взаємне розуміння можуть допомогти подолати труднощі та відновити гармонійні сімейні відносини.

Як стверджують психологи, реінтеграція військовослужбовців у сімейне життя після тривалого перебування в зоні бойових дій чи військової служби є складним і багатогранним процесом. Вона включає не лише фізичне повернення додому, але й адаптацію до цивільного життя, відновлення емоційних зв'язків та налагодження побутових і соціальних аспектів. Військові та їхні родини часто стикаються з різними труднощами, які можуть впливати на їхню взаємодію та якість сімейного життя.

Ще однією суттєвою проблемою є питання фінансової стабільності після повернення. Військові, які залишають службу, можуть зіткнутися з труднощами у працевлаштуванні. Їхній попередній досвід може не відповідати вимогам цивільного ринку праці, а адаптація до нових умов може зайняти багато часу.

Фінансові труднощі можуть стати серйозним чинником стресу в сім'ї, особливо якщо військовий не знаходить роботи одразу після повернення. Це може призвести до конфліктів, невпевненості у майбутньому та почуття меншовартості у військового, що негативно впливає на його стосунки з родиною.

Багато військових повертаються додому з фізичними травмами або хронічними захворюваннями, отриманими під час служби. Це можуть бути поранення, порушення слуху, зору, опорно-рухової системи тощо. Фізичні обмеження можуть впливати на їхню самооцінку, викликати депресивні стани або призводити до конфліктів у сім'ї через необхідність додаткового догляду.

Психологи вважають, що військові, які довгий час перебували у середовищі, де панує дисципліна, чіткі накази та жорстка ієрархія, можуть відчувати труднощі у поверненні до цивільного способу життя. Вони можуть здаватися собі «зайвими» у суспільстві, особливо якщо втрачають зв'язок зі своїми товаришами по службі.

Багато військових уникають спілкування з цивільними людьми, оскільки відчувають, що їх не розуміють. Це може стати причиною депресії, самотності та відчуження навіть у власній родині. У подружжі можуть виникати непорозуміння, якщо один з партнерів не усвідомлює глибину психологічних змін, які відбулися з військовим.

Попри можливі труднощі, сім'я може виступати важливим ресурсом психологічного відновлення для ветеранів. Дослідження психологів свідчать, що емоційна підтримка з боку близьких є ключовим чинником у процесі подолання бойового стресу та адаптації до мирного життя. Підтверджено, що подружжя ветеранів, які брали участь у спеціальних програмах підтримки сімей військових, мали значно нижчий рівень конфліктності та краще справлялися зі стресовими ситуаціями.

Щоб реінтеграція військовослужбовця у сімейне життя пройшла успішно, необхідна комплексна підтримка з боку родини, суспільства та держави, яка має включати:

- психологічну підтримку – надання професійної допомоги психологами та сімейними консультантами можуть допомогти військовому та його рідним при подоланні емоційних труднощів. Програми реабілітації, групові заняття та консультації сприяють адаптації до цивільного життя;
- підтримку з боку родини – важливо, щоб члени сім'ї проявляли терпіння, розуміння та були готові до поступового налагодження стосунків. Спільне проведення часу, відверті розмови та підтримка можуть допомогти військовому відчути себе частиною сім'ї;
- соціальну інтеграцію – участь у ветеранських організаціях, зустрічі з побратимами та залучення до громадських ініціатив допомагають уникнути соціальної ізоляції;
- фінансову підтримку та працевлаштування – програми перекваліфікації та підтримки підприємницької діяльності для ветеранів можуть сприяти їхній економічній стабільності та впевненості у майбутньому;
- медичну допомогу – доступ до якісного лікування та реабілітації для військовослужбовців із фізичними травмами чи хронічними захворюваннями є важливим фактором їхнього повноцінного повернення до мирного життя.

Таким чином, реінтеграція військовослужбовців у сімейне життя – це складний процес, який потребує розуміння, терпіння та комплексної підтримки. Правильний підхід допоможе зменшити негативні наслідки служби та сприятиме гармонійному відновленню сімейних стосунків. При цьому, дослідження психологів свідчать, що у сім'ях з порушеним психологічним кліматом головними факторами ризику є почуття соціальної ізоляції та сприйняття себе як тягаря для оточення. У контексті військових ці фактори нерідко посилюються проблемами у сім'ї, де військові після повернення з бойових дій часто стикаються з проблемою емоційної віддаленості. Родини можуть не розуміти психологічний стан військового або уникати розмов про пережите. Відсут-

ність підтримки призводить до посилення почуття ізоляції, що є одним із ключових факторів суїцидального ризику.

Дослідження показують, що у військових сім'ях після тривалої служби часто зростає рівень конфліктності. Психоемоційна нестабільність військовослужбовців, викликана бойовим стресом, нерідко проявляється у вигляді підвищеної агресії або емоційного відсторонення. Це може призвести до вербального, психологічного або навіть фізичного насильства, що значно підвищує ризик депресії та суїцидальних думок. Заслуговує на увагу той факт, що тривала відсутність одного з членів сім'ї може спричинити порушення сімейної структури, що у випадку військових проявляється через складну реадаптацію після повернення. Дослідження підтверджують, що розлучення або загроза втрати сім'ї є критичним фактором ризику суїциду серед військових, особливо в перші два роки після демобілізації.

Однією з найсерйозніших проблем після повернення є психологічні наслідки війни або довготривалої військової служби. Багато військовослужбовців зазнають посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється у вигляді тривожності, депресії, панічних атак, безсоння, підвищеної дратівливості або навіть агресії. Це може ускладнювати взаємодію з близькими, оскільки військовий може мати труднощі в контролі емоцій та адаптації до мирного життя.

ПТСР також може викликати флешбеки – нав'язливі спогади про бойові дії або стресові ситуації, що відбувалися під час служби. У результаті військовий може поводитися відсторонено або уникати близьких контактів, що створює відчуженість у сімейних стосунках.

Психологічна практика також засвідчує, що під час тривалої відсутності військовослужбовця члени його сім'ї змушені пристосовуватися до нового способу життя. Дружина або чоловік можуть узяти на себе всі обов'язки щодо ведення побуту, виховання дітей і прийняття важливих рішень. Діти звикають до того, що один із батьків виконує всі функції самостійно.

Після повернення військовий може відчувати себе «зайвим» або не знати, як повернути собі звичну роль у сім'ї. Це може спричинити конфлікти, адже сім'я вже має певний налагоджений ритм життя, а

повернення ще одного члена змінює баланс. Військовий може очікувати повернення до колишнього сімейного укладу, тоді як його рідні вже адаптувалися до нового.

Як засвідчують наукові дослідження, тривала розлука може призвести до емоційного віддалення між подружжям або між батьками та дітьми. Військовослужбовець, який повернувся з фронту або тривалого відрядження, може мати труднощі у вираженні своїх почуттів і потребувати більше часу для адаптації .

Дружина або чоловік можуть очікувати, що все буде так, як раніше, однак у багатьох випадках це неможливо. Військові часто замикаються в собі, відчувають складнощі у спілкуванні, а діти можуть сприймати повернення батька або матері як щось незвичне й потребувати додаткового часу для відновлення довіри.

На думку психологів, сім'я є одним із найважливіших чинників, що впливають на психологічну адаптацію військовослужбовців як під час служби, так і після її завершення. Родина може виступати як ресурсом психологічної стійкості, так і фактором, що ускладнює адаптаційні процеси. Дослідження підтверджують, що рівень підтримки з боку сім'ї безпосередньо впливає на здатність військових справлятися зі стресом, формувати ефективні стратегії подолання труднощів і підтримувати емоційну рівновагу.

Військова служба передбачає високий рівень психологічного навантаження, що може ускладнювати адаптацію військовослужбовців до змінних умов життя. При цьому, емоційний зв'язок із близькими є фундаментальним для формування психологічної стійкості. Військовослужбовці, які отримують підтримку від родини, демонструють вищий рівень емоційної стабільності та меншу схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

За даними наукових досліджень, соціальна підтримка з боку сім'ї значно знижує рівень тривожності та депресивних симптомів серед військових, особливо після повернення із зони бойових дій. Дружини, батьки та діти відіграють важливу роль у процесі реадаптації військовослужбовців до мирного життя, створюючи відчуття стабільності та прийняття.

Попри позитивний вплив сім'ї, конфлікти в родині можуть значно ускладнити психологічну адаптацію військовослужбовців. Часті конфлікти, нерозуміння з боку рідних або відсутність емоційної близькості можуть призводити до підвищення рівня стресу, почуття ізоляції та навіть розвитку суїцидальних думок.

Учасники бойових дій часто стикаються з труднощами в сімейних відносинах через психологічні, емоційні та соціальні зміни, які виникають унаслідок військового досвіду. Бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), зміни в особистості та труднощі з реадаптацією до мирного життя можуть впливати на якість стосунків із членами сім'ї. Дослідники зазначають, що характер сімейної взаємодії визначає, наскільки успішно військовий адаптується до цивільного життя та чи отримає він необхідну підтримку для психологічного відновлення.

Виявлено, що військові, які брали участь у бойових діях, часто демонструють підвищену дратівливість, емоційну відстороненість та труднощі з вираженням почуттів. Це може призводити до конфліктів у сім'ї, зниження емоційної близькості та порушення взаєморозуміння між подружжям.

Дослідники стверджують, що партнери військових, які повернулися з бойових дій, нерідко відчувають підвищене психологічне навантаження через необхідність постійної емоційної підтримки та труднощі у спільному подоланні кризових ситуацій. Це може призводити до підвищеного рівня стресу в обох партнерів та збільшення ризику конфліктів.

Заслуговують на увагу дослідження, які засвідчують, що військовослужбовці часто стикаються з труднощами у зверненні за психологічною допомогою через стигматизацію психічних розладів у військовій спільноті. Відсутність спеціалізованої підтримки посилює проблему, оскільки військові залишаються сам на сам зі своїми травмами.

На думку сучасних науковців, сімейне середовище відіграє ключову роль у формуванні психологічного стану військовослужбовців і може як запобігати, так і сприяти розвитку суїцидальних тенденцій. Дослідження в цій галузі підтверджують, що особливості сімейного

функціонування, рівень підтримки, дитячі психологічні травми та конфліктні стосунки в родині значно впливають на психоемоційний стан особи у військовій службі.

Одним із найвагоміших факторів, що сприяють розвитку суїцидальних думок та поведінки у військовослужбовців, є дисфункціональні сімейні стосунки, оскільки відсутність емоційної підтримки в родині, жорстоке поводження в дитинстві або нехтування потребами дитини підвищують ризик психічних розладів у дорослому віці. Це, у свою чергу, може сприяти розвитку депресії та суїцидальних тенденцій у військових, які стикаються з додатковими стресовими факторами служби.

За даними психологічних досліджень, особи, які зростали в сім'ях із високим рівнем конфліктності або байдужості, частіше демонструють ознаки безнадійності, що є сильним предиктором суїцидальної поведінки. Військовослужбовці, які не мають міцного емоційного зв'язку зі своїми близькими, можуть почуватися ізольованими, особливо в умовах бойових дій або тривалої розлуки з родиною.

Психологи стверджують, що не малу роль у дорослому житті відіграють дитячі психологічні травми. Дитячі травматичні переживання, зокрема насильство, нехтування або втрату близьких, мають тривалий вплив на психологічне здоров'я особи, в тому числі підвищують ризик розвитку депресивних станів та інших психічних розладів у дорослому віці. У військових ці проблеми можуть загострюватися через інтенсивний стрес і потенційно травматичний характер служби.

На думку психологів, у роботі з військовослужбовцями в першу чергу необхідно шукати шляхи подолання проблеми. Дослідження свідчать, що зниження рівня суїцидальності серед військових можливе через:

- створення системи психологічної підтримки для військових та їхніх родин;
- запровадження програм соціальної адаптації після служби;
- покращення доступу до фінансової стабільності та кар'єрного розвитку.

Таким чином, деструктивні фактори у сім'ях військових відіграють значну роль у підвищенні ризику суїцидальної поведінки. Комп-

лексний підхід до реінтеграції військових та підтримка на рівні держави і сім'ї можуть допомогти зменшити ці ризики та сприяти їх успішному поверненню до мирного життя.

Отже, як засвідчують результати наукових досліджень, сім'я відіграє ключову роль у процесі психологічної адаптації військовослужбовців, виступаючи як джерелом підтримки, так і можливим фактором ризику. Наявність довірчих і стабільних сімейних стосунків сприяє кращій адаптації до стресових умов служби та повернення до цивільного життя. Водночас конфліктні відносини можуть ускладнювати цей процес і збільшувати ймовірність розвитку психоемоційних розладів. Саме тому важливим напрямком є розвиток програм сімейної підтримки, які допомагають військовослужбовцям та їхнім рідним ефективно справлятися з викликами, пов'язаними з військовою службою.

Вибірку нашого дослідження склало 30 сімей військовослужбовців (60 осіб), усі є жителями міста Луцька та Волинської області. Всі досліджувані перебувають у шлюбі, серед осіб чоловічої статі 26 – у першому шлюбі, четверо – у повторному; серед жінок – 24 особи перебувають у першому шлюбі, шестеро – у повторному. Дослідження проводилось протягом 2024–2025 років.

Метою дослідження було виявлення суїцидальної поведінки, вивчення сімейної ситуації досліджуваних та визначення факторів, що визначають ризик виникнення суїцидальних намірів серед учасників бойових дій.

Для дослідження сімейної ситуації було використано низку вербальних та проективних методик. Ці методики досліджують подружні стосунки з точки зору задоволеності шлюбом, сімейної комунікації, емоційного клімату в сім'ї та аналізу суїцидальних намірів досліджуваних.

Опитувальник «Задоволеність шлюбом» (В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко). Цей тест-опитувальник призначений для експрес-діагностики рівня задоволеності та незадоволеності шлюбом, а також узгодженості та неузгодженості задоволеності шлюбом у конкретної подружньої пари. Опитувальник може використовуватися як індивідуально в консультативній практиці, так і для з'ясування задоволеності шлюбом у певних соціальних групах.

Методика для визначення суїцидальних поведінкових тенденцій (М. Горська). Для кожної групи можливі бали в діапазоні від 0 до 20, при цьому «0» визначається як невиявленість даної ознаки

І. Шкала тривожності – визначає рівень здатності індивіда переживати тривогу: 0–7 балів – низький рівень тривожності, 8–11 балів – помірний рівень тривожності, 12–16 балів – високий рівень тривожності, балів і більше – дуже високий рівень тривожності, балів і більше – низький рівень тривожності. дуже високий рівень тривожності;

ІІ. Шкала фрустрації – виявляє ступінь фрустрації, що виникає внаслідок реальних або уявних перешкод, які заважають досягненню мети: 0–7 балів – низький ступінь фрустрації, 8–9 балів – помірний ступінь фрустрації, 10–15 балів – середній ступінь фрустрації: високий ступінь фрустрації; 16 балів і більше – дуже високий ступінь фрустрації.

ІІІ. Шкала агресії – виявляє підвищену психологічну активність і прагнення до лідерства через застосування сили проти інших. Для суїцидальних осіб можлива оцінка агресії від 10 до 0: 0–10 балів – низький рівень агресії; 11–12 балів – середній рівень агресії; 13–16 балів – високий рівень агресії; 17 балів і більше – дуже високий рівень агресії.

ІV. Шкала ригідності – вказує на труднощі суб’єкта у зміні визначеної діяльності, коли така зміна дійсно необхідна: 13 балів і більше: 0–10 балів – низький рівень ригідності; 11–12 балів – середній рівень ригідності; 13–16 балів – високий рівень ригідності; 17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.

Психологи підсумовують бали за всіма чотирма шкалами для визначення індексу суїцидальної поведінки:

0–38 балів – низький рівень суїцидальної поведінки;

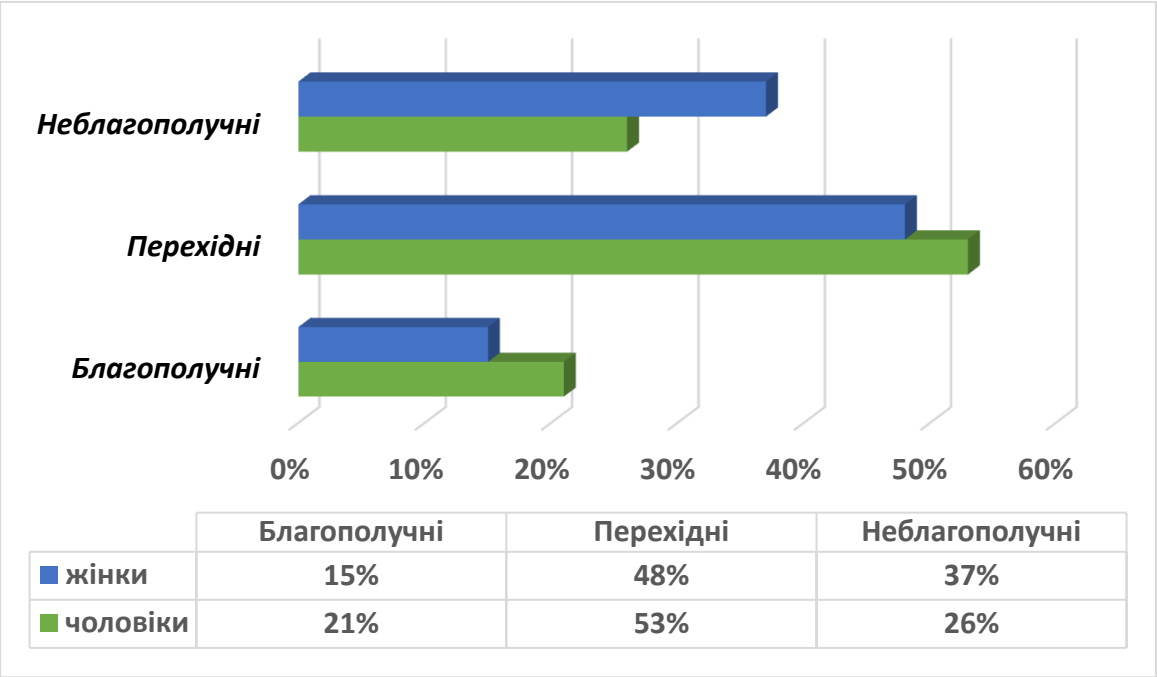
39–45 балів – рівень суїцидальної поведінки потребує уваги;

46 балів і вище - високий рівень суїцидальної поведінки і потребує корекційної роботи;

Тест психологічного клімату сім’ї (В. Бойко) (Family Bio (Польовий). Стабільне негативне біополе, стабільне або змінне біополе, невизначене біополе, стабільне позитивне біополе.

Тест незакінчених речень (авторський варіант, чоловіча і жіноча версії) – пропонується для виявлення ставлення партнерів один до одного, до сімейного життя в цілому, до життя і до себе.

Поставлені перед дослідженням завдання передбачали вивчення сімейної ситуації досліджуваних військовослужбовців. З цією метою було проведено тест на виявлення задоволеності подружніми взаєминами. Аналіз отриманих результатів представлений на рис. 3.1.



	Благополучні	Перехідні	Неблагополучні
жінки	15%	48%	37%
чоловіки	21%	53%	26%

Рис. 3.1. *Відсоткові показники задоволеності подружніми взаєминами*

Результати свідчать про те, що чоловіки більш задоволені своїм подружнім життям (21 % порівняно з 15 % жінок, які оцінили свої шлюби як хороші). Перехідними щодо задоволеності шлюбними взаєминами виявились результати 48 % жінок і 53 % чоловіків і як неблагополучні оцінили 37 % жінок і 26 % чоловіків. Як засвідчили отримані показники, задоволеність подружніми стосунками дещо вищою є у чоловіків, ніж у жінок.

Разом з тим, було проведено дослідження психологічного клімату в сім'ях пар, чоловіки яких є учасниками бойових дій, але наразі проходять реабілітацію в Медичному центрі. Результати представлені на рис. 3.2 та 3.3.

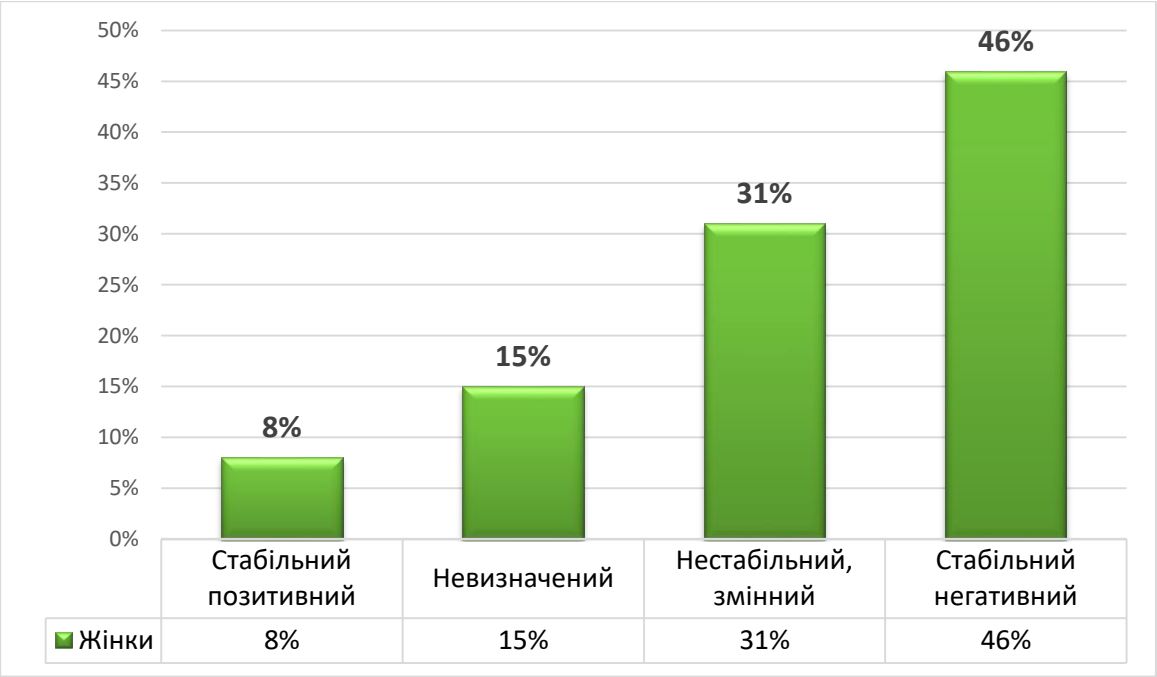


Рис. 3.2. *Відсоткове співвідношення показників психологічного клімату (жінки)*

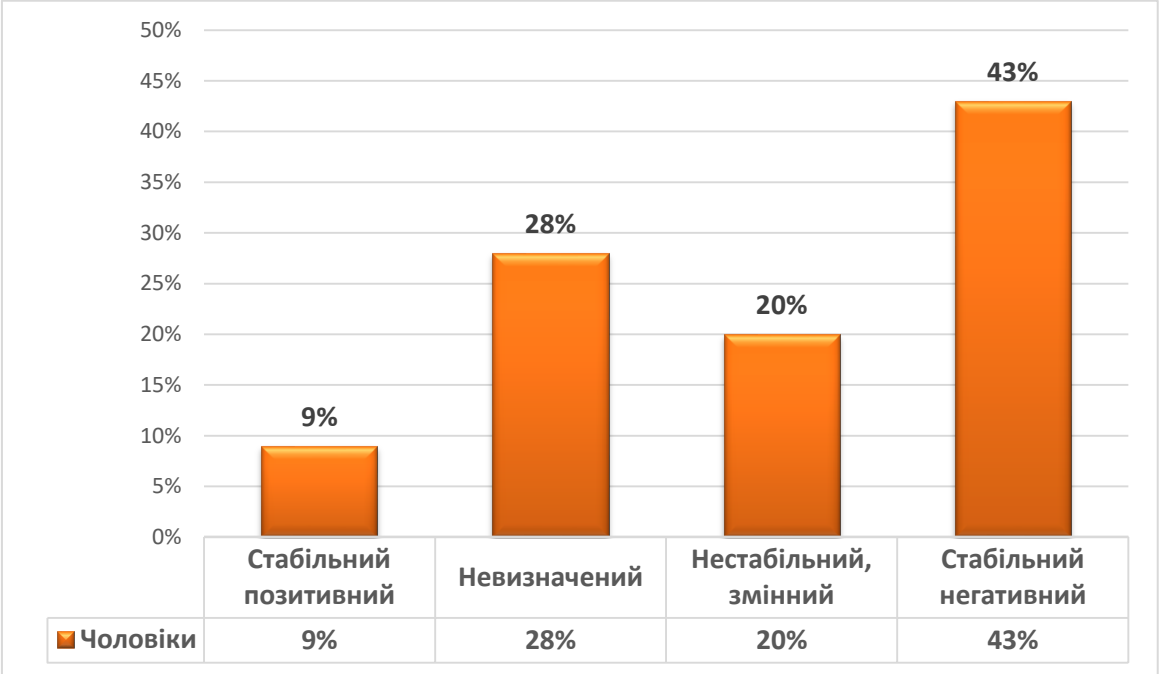


Рис. 3.3. *Відсоткове співвідношення показників психологічного клімату (чоловіки)*

Аналіз результатів показує, що 88 % пар з низькою задоволеністю шлюбом також мають низькі показники сприятливого психологічного клімату. Слід зазначити, що показники позитивного психологічного клімату у чоловіків були дещо вищими, ніж показники задоволеності шлюбом.

Наступним етапом дослідження було визначення суїцидальних тенденцій серед досліджуваних військовослужбовців. Результати, отримані в ході проведення діагностичної методики, дозволили визначити індекс суїцидальної поведінки за сумарною кількістю набраних балів (табл. 3.1; рис. 3.4).

Таблиця 3.1

Кількісні показники схильності досліджуваних чоловіків до суїцидальної поведінки, (особи)

Рівень схильності до суїцидальної поведінки	Чоловіки
Високий	4
Середній	6
Низький	20

Рис. 3.4. *Відсоткові показники схильності досліджуваних чоловіків до суїцидальної поведінки*

Як видно з представлених результатів, шестеро досліджуваних мали високі показники (від 39 до 45 балів), що свідчить про схильність до суїцидальної поведінки. Такі особи потребують постійної уваги як з боку фахівців, так і з боку найближчого оточення. Четверо досліджу-

ваних набрали 46 і 47 % балів, що є свідченням високого рівня тенденції до суїцидальних дій і необхідності подальшої корекційної роботи.

Водночас дослідження сімейної ситуації осіб з високими суїцидальними тенденціями виявило досить низький рівень задоволеності шлюбом (78 % – низький і 22 % – перехідний для чоловіків; 82 % – низький і 18 % – перехідний для жінок). Прикметно, що ні чоловіки, ні жінки в цій категорії досліджуваних не показали результатів, які б свідчили про задоволеність шлюбом. Аналіз результатів дослідження психологічного клімату в парах з високим ризиком суїцидальної поведінки партнерів показав, що як чоловіки, так і жінки в цих парах мають високі та середні показники несприятливого психологічного клімату.

Таким чином, як показують результати дослідження, існує тісний зв'язок між суїцидальною поведінкою та загальною ситуацією в сім'ї. Слід відмітити, що жоден з опитаних чоловіків, чия задоволеність подружніми стосунками була дуже високою, а психологічний клімат у сім'ї – сприятливим, не виявив схильності до суїцидальної поведінки.

Результати діагностики показали певний ступінь агресивності серед досліджуваних у вибірці. Варто зазначити, що значна кількість досліджуваних продемонструвала високий рівень (43 %), 46 % – середній рівень та 11 % – низький рівень агресії.

Рис. 3.5. *Відсоткові показники рівня агресії у досліджуваних чоловіків*

Вартує уваги те, що респонденти, схильні до суїцидальних намірів, продемонстрували низький і середній рівень агресії, що є свідченням того, що вони більш схильні до аутоагресії.

Наступним завданням дослідження було проведення тесту незавершених тверджень для з'ясування ставлення всієї вибірки до певних понять (переважно життя, партнера, сім'ї та сексуальних стосунків). Результати були проаналізовані для підтвердження суїцидального ризику певної категорії чоловіків, які брали участь у дослідженні. Це пов'язано з тим, що їхні відповіді вказували на низьку цінність життя (життя – це безрадісне існування, ... Це найменш радісна річ на даний момент, ... Це неможливість присвятити себе своїм бойовим товаришам, ... Це побутові сварки і проблеми в сім'ї; ...Ставлення до сексуальних стосунків дружини …залежить від її настрою, …часом буває незрозумілим і т.п. Важливо відмітити, що серед опитаних і чоловіків, і жінок спостерігалася певна незадоволеність як подружніми, так і сексуальними стосунками, що свідчить про низький рівень задоволеності подружнім життям. Варто зазначити, що результати дослідження з тестування незакінчених речень виявили значний вплив соціокультурних чинників на суїцидальну поведінку чоловіків. Зокрема, виявилося, що чоловіки, які дотримуються більш традиційних гендерних ролей та стереотипів маскулінності, мають вищий ризик суїцидальної поведінки. Серед відповідей чоловіків зі схильністю до суїцидальної поведінки в тесті «Незакінчене речення» були такі: На мою думку, чоловіки ... повинні брати на себе відповідальність за свої вчинки; ... ніколи не повинні нити; ... проблеми завжди потрібно вирішувати самостійно; ... які б емоції не виникали, треба вміти їх не показувати тощо. Це може бути пов'язано з труднощами у вираженні емоцій, небажанням просити про допомогу та бажанням відповідати соціальним очікуванням бути «сильним чоловіком». Водночас дослідження показали, що в сім'ях, де поєднуються певні негативні симптоми, такі як нестабільна сімейна ситуація, низька задоволеність шлюбом, емоційна нестабільність та неадекватна самооцінка, чоловіки, які зараз служать у збройних силах, частіше стикаються з суїцидальними думками та поведінкою.

Разом з тим, на думку жінок (за результатами тесту незакінчених речень), наслідками таких ситуацій є підвищене вживання алкоголю, неадекватна та конфліктна поведінка. Водночас аналіз проведеної роботи підтверджує, що чим більш дружніми є стосунки між партнерами, тим вищою є готовність прийняти ситуацію такою, якою вона є, особливо це стосується установки дружин на прийняття ситуації, в якій опинився чоловік (у тому числі його тривалої відсутності), як тимчасового явища. Вони розуміють, що гнів чоловіка спрямований не на них і не на їхніх дітей, і що з допомогою та підтримкою близьких те, що зараз його турбує, з часом зміниться. Такі сім'ї знаходять власні джерела підтримки або звертаються по допомогу, якої потребують.

Отже, аналіз проведеної роботи підтверджує, що чим більш дружніми були стосунки між партнерами до мобілізації чоловіків в армію, тим більш готові партнери, особливо дружини, прийняти ситуацію, що склалася, і тим ефективнішою є підтримка, яка надається чоловікам з урахуванням змін, що відбулися, і їхньої поведінки. Встановлено, що сім'ї з високим рівнем задоволеності шлюбом швидше, краще і з меншим емоційним напруженням справляються з труднощами, з якими вони стикаються, і разом шукають можливі рішення. У сім'ях з низьким рівнем задоволеності шлюбом партнерів часто звинувачували в пасивності та невиконанні очікуваних рольових зобов'язань. Ці чоловіки не отримують підтримки, розуміння і прийняття у своїй неблагополучній сімейній ситуації, що може загострити почуття провини і непотрібності та призвести до суїцидальної поведінки.

Теоретичне опрацювання наукового матеріалу та комплексне дослідження дозволило зробити наступні ***висновки:***

– Досліджено, що сім'ї з високим рівнем задоволеності шлюбом швидше, краще і з меншим психічним напруженням справляються з труднощами, які виникають, і разом шукають можливі шляхи їх вирішення. Дружини розуміють внутрішні переживання своїх чоловіків, вираження ними гніву та обурення, а також розуміють, що цей гнів спрямований не на них чи їхніх дітей. Такі сім'ї знаходять власні джерела підтримки і звертаються за необхідною допомогою, якщо вона їм потрібна;

– встановлено, що у сім'ях з низьким рівнем задоволеності шлюбом партнерів часто звинувачують у пасивності, у тому, що вони не виконують своїх функціонально-рольових зобов'язань, і що вони живуть минулим;
– виявлено зв'язок суїцидальної поведінки з сімейною ситуацією. У несприятливому сімейному середовищі чоловіки не отримують підтримки, розуміння чи прийняття, що загострює почуття провини та непотрібності. Прикметно, що серед опитаних чоловіків з високою задоволеністю подружніми стосунками та сприятливим психологічним кліматом у сім'ї не було осіб, схильних до суїцидальної поведінки;
– дослідженням встановлено зв'язок між високими і середніми показниками несприятливого психологічного клімату і високим ризиком суїцидальної поведінки партнера; у цих сім'ях поєднувалися певні негативні симптоми, такі як нестабільна сімейна атмосфера, низька задоволеність шлюбом, емоційна нестабільність та неадекватна самооцінка. У сім'ях з поєднанням цих симптомів чоловіки були більш схильні до розвитку суїцидальних думок і поведінки. Водночас, за словами жінок, така ситуація призводить до збільшення вживання алкоголю, неадекватної та конфліктної поведінки.

Результати дослідження подружніх пар, які опинилися в подібних ситуаціях, показали низьку мотивацію до життя опитуваних чоловіків, що без подальшої роботи з психологом може призвести до суїцидальних дій.

Результати та висновки цього дослідження мають значну практичну цінність, оскільки можуть бути використані практикуючими психологами, які працюють з військовослужбовцями та їхніми сім'ями, для надання практичної допомоги у попередженні суїцидальних думок.

Перспективою подальших наукових досліджень є розробка та впровадження програми психологічної корекції суїцидальних тенденцій у військовослужбовців. Така програма дозволить зменшити прояви суїцидальної поведінки, сприятиме більш успішній адаптації до навколишнього середовища, навчить конструктивним моделям поведінки та

надасть підтримуючу та індивідуально-орієнтовану психологічну допомогу.

Список використаних джерел

1. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод.посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с.
2. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах: методичні рекомендації / Я. В. Мацегора, І. В. Воробйова, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько. Харків: НА НГУ, 2015. 69 с.
3. Кокун О. М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. *Вісник Національного університету оборони України.* 2015. Вип. 3(46). С. 123–129.
4. Колесніченко О. С. Визначення травматичності бойового досвіду та психологічна діагностика стійкості військовослужбовців Національної гвардії України до травматизації бойовим досвідом: метод. реком. Харків, 2017. 63 с.
5. Кохан В. Г., Потапчук Є. М. Пропозиції військовому керівнику щодо збереження психічного здоров’я підлеглого особового складу. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. 2003. т. V, ч. 3.С. 154–162.
6. Радиш Я. Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади. *Економіка та держава.* 2012. № 3. С. 103–106.
7. Савченко, О., & Калюк, О. Методика діагностики когнітивних аспектів суб’єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. С. 89–101.
8. Санташов В. Психологічні особливості конфліктної поведінки військовослужбовців строкової служби: дис. канд. психол. наук 19.00.01. Київ, 2009. 19 с.
9. Скрипкін О. Г., Дейко А. Б., Еверт О. В. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особо-

вого складу Збройних Сил України: методичні рекомендації / Міністерство оборони України, наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. НДЦ ГП ЗС України, 2016, 110 с.
10. Федоренко Р. П. Практикум з психологічного консультування: навчально-методичний посібник. Луцьк: «Вежа», 2015. 105 с.
11. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Коширець В. В. Психологічне консультування та психотерапія: зміст, прийоми, технології: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 368 с.
12. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. моногр. / за заг. ред. М. Мушкевич 2-ге вид. змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 356 с.
13. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
14. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
15. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2024. 628 с.
16. Федоренко Р. П. Психологія суїциду. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк. 2023. 520 с.
17. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ: Тандем, 2004. 656 с.
18. Янковська О. Ю., Охріменко І. М. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: погляд на проблему. Забезпечення психологічної допомоги в секторі Сил оборони України: збірник тез Всеукраїнського міжвідомчого психологічного форуму (м. Київ, 30 червня 2022 р.). Київ: «Видво Людмила», 2022. С. 293–295.
19. Groc M. J., & Iacono V. I. Psychological Rehabilitation of Veterans with PostTraumatic Stress Disorder: Clinical Applications. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2019, С. 175–182.

РОЗДІЛ 4
ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ШЛЮБНО-СІМЕЙНИХ ВЗАЄМИН УЧАСНИКІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

4.1. Постановка проблеми сімейних взаємин у сучасній психології

Екстремальна загальнокризова ситуація в країні не могла не відбитися на соціальному інституті сім'ї. Катастрофічне зниження народжуваності, деформація шлюбно-сімейних процесів, економічні проблеми, безробіття знижують адаптаційні можливості сім'ї й призводять до порушення її функціонування. Це дає підставу говорити про кризу сім'ї, її руйнування. Особливих труднощів зазнає молода сім'я, яка сьогодні потребує найбільше уваги та підтримки як із боку держави, так і з боку вчених.

У контексті складних і нестабільних реалій нашого суспільства психологи відзначають розмаїття тенденцій у сфері міжособистісної взаємодії й психології сім'ї. Існує значна кількість теоретичних положень, що породжують спектр концептуальних моделей міжособистісних взаємин і свідчать про актуальність осмислення психології сімейних взаємин, зокрема особливостей гармонізації шлюбно-сімейних стосунків. Подружня гармонія складається з багатьох компонентів, серед яких визначальними вважають рівень культури та вихованість партнерів, індивідуально-типологічні якості, національні традиції, звичаї, соціальні установки й цінності тощо. Гармонія в сім'ї включає також усі сторони міжособистісних стосунків, сексуальну та поведінкову відповідність.

Поняття «сім'я» призначено для характеристики складної системи взаємин подружжя, їхніх дітей, інших родичів. Приведемо традиційне визначення цього поняття, що трапляється в багатьох довідкових виданнях. Сім'я – це найважливіша форма організації особистого життя, вид соціальної спільності, мала група, заснована на подружньому союзі, родинних зв'язках, тобто на багатогранних взаєминах між чоловіком і дружиною, батьками й дітьми, братами, сестрами, іншими

родичами, котрі живуть разом і ведуть спільне господарство. Однак життя вносить деякі корективи в таке розуміння родини. Зокрема, розвивається «гостьовий» (регулярно-роздільний) шлюб, який припускає роздільне проживання подружжя протягом досить тривалого проміжку часу.

Значна кількість фахівців використовує визначення родини, як історично-конкретної системи взаємин між подружжям, між батьками й дітьми, як «малу соціальну групу, члени якої зв'язані шлюбними чи батьківськими відносинами, спільністю побуту та взаємною моральною відповідальністю, соціальна необхідність, обумовлена потребою суспільства у фізичному й духовному відтворенні населення».

На думку психологів, в цьому визначенні варто врахувати кілька важливих моментів. Родина згодом змінюється відповідно до змін у суспільстві, хоча і є одним із найбільш стабільних соціальних інститутів. Малою групою сім'ю можна назвати тому, що вона цілком потрапляє під визначення цього вихідного елемента соціуму, відрізняючись інтимно-особистісним характером об'єднання людей. Соціальна необхідність родини обумовлена потребою суспільства у виконанні родинної, репродуктивної й виховної функцій, що гарантує продовження існування самого людства.

Отже, під родиною варто розуміти об'єднання людей із метою ефективного соціального чи регулюючого керування. У своїй основі родина є співтовариством, що припускає захист і задоволення елементарних потреб своїх членів; біосоціальною структурою, що оберігає від голоду й депривації, у формах якої розвивався людський рід. У сучасному суспільстві нормативна родина може бути описана як соціоекономічна одиниця, що існує навколо гетеросексуальної пари.

Психологи стверджують, що сім'ю створюють взаємини батьки – діти, а шлюб виявляється легітимним визнанням тих стосунків між чоловіком і жінкою, тих форм співжиття сексуального партнерства, що супроводжуються народженням дітей. Він звертає увагу на просторову локалізацію родини – житло, будинок, власність – та економічну основу родини – загальносімейну діяльність батьків і дітей, що виходить за вузькі обрії побуту й споживача.

Відомо, що в минулому шлюби здебільшого організовували батьки, котрі шукали насамперед вигоду. Обвінчавши сина чи дочку, батьки інколи рятувалися від витрат на свою дитину чи навпаки – мали можливість одержати придане, а також прийняти в родину ще одну пару робочих рук для допомоги в сімейному господарстві. Траплялися й інші міркування: зять/невістка мали стати для батьків своєрідною гарантією того, що в старості за ними буде кому доглядати.

На сьогодні також існують шлюби за розрахунком, хоча причини, що спонукають до цього, можуть відрізнятися від тих, які в минулому були характерними для їхніх предків. Деякі сучасні шлюби мотивуються почуттям соціальної вигоди чи соціальної необхідності. Трапляються люди, які вважають більш вигідним і прийнятним для себе вибрати партнера з розрахунку, ніж докладати зусиль та ставити перед собою проблему вибору за почуттям. Нерідко партнери вступають у шлюбний союз заради психологічного комфорту. Вони створюють родину для того, щоб задовольнити свою потребу піклуватися про кого-небудь і, зі свого боку, відчувати турботу про себе. При цьому не завжди усвідомлено вибирають партнера, котрий підходить для виконання очікуваної ролі. Якщо ж у наступному подружньому житті один із партнерів почне відмовлятися далі грати, на його погляд, корисну чи марну роль, то шлюб може змінитися до кращого або поступово стане розпадатися.

Психологічну вигоду шлюбу іноді люди вбачають у тому, що рятують себе від самотності. Вони намагаються одружитися через страх перед самотнім майбутнім. Нерішучій людині потрібний партнер, котрий уміє приймати рішення, що також є ще однією передумовою для створення родини з розумінь психологічного комфорту.

Серйозна мотивація при вступі в шлюб – можливість інтимних відносин. Хоча деякі чоловіки й жінки віддають перевагу періодичній зміні партнерів, смакуючи несподівані зустрічі, усе-таки більшість людей бажають мати надійні та постійні інтимні стосунки. Їм нецікаві пошуки потенційного сексуального партнера. Навпаки, їх цілком улаштовує впевненість у тому, що такий постійний партнер у них уже є.

Основною силою, яка поєднує чоловіка й жінку для спільного життя, можна вважати прагнення до створення родини. Якщо жінка, котра не перебуває в шлюбі, чекає дитину, то, як правило, згодом вона одружується з її батьком. Спонукальною причиною такого шлюбу може стати бажання чоловіка й жінки під час реєстрації дитини дотриматися тих формальностей, які дадуть змогу уникнути того, що дитина вважатиметься незаконнонародженою.

Шлюб, заснований на спільності інтересів і взаємному потягу, можна розглядати скоріше як співдружність, що не виключає активних любовних взаємин. Двоє людей можуть не весь час проводити разом, але діяти в повній згоді. При цьому їм зовсім не обов'язково займатись однією й тією самою справою. Двоє людей знаходять задоволення в загальних інтересах і поважають самостійні інтереси кожного. Такі взаємини партнерів, навіть якщо вони починалися без особливої пристрасті, часто завершуються шлюбним союзом, при цьому зберігається велика любов і відданість один одному протягом усього життя.

Шлюб-товариство нерідко трапляється між людьми, для яких романтичні взаємини самі по собі не становлять цінності, інтимні стосунки не приносять радості й задоволення, а сексуальні бажання згасли в результаті хвороби чи інших причин.

Шлюб-співдружність характерний не лише для людей похилого віку. Багато молодих пар спочатку тривалий час зустрічаються, довго перевіряють один одного, іноді навіть якийсь час живуть разом і, переконавшись, що їхні взаємини дають підґрунтя для створення родини, одружуються. У подальшому спільному житті товариські відносини для них важливіші за романтичні почуття. У них є міцний фундамент для взаємних почуттів, заснований на тонкому розумінні один одного, що є гарантією гарних сімейних стосунків у майбутньому.

На жаль, скепсис стосовно інституту шлюбу зростає, особливо серед найбільш динамічної частини населення – молоді. Очевидно, це багато в чому обумовлено досвідом, отриманим у батьківській родині, спостереженням за подружніми проблемами родичів, друзів, знайомством із численними прикладами розпаду родин. Як наслідок, формується готовність молоді шукати альтернативні форми сімейного життя.

Узагальнюючи дані європейських досліджень, фіксуємо факт «виходу» подружнього життя далеко за рамки шлюбу й перетворення шлюбного союзу в приватну угоду. Ідеться про індустріальні країни християнської орієнтації. На цьому фоні видається адекватною типологія родини та шлюбу, яка враховує обставину, що шлюб припускає юридичне оформлення (реєстрацію) відносин. Наведемо витяг зі статті 1 Сімейного кодексу: «Визнається шлюб, укладений тільки в органах запису актів цивільного стану». Його називають офіційним, формальним чи зареєстрованим. У протилежному випадку говорять про фактичний, «цивільний» шлюб чи шлюб у співжитті.

Рішення одружитися – безумовно, одне з найважливіших. На жаль, воно не завжди ретельно продумане, його мотиви не завжди усвідомлюються, а доводи раціонального мислення враховуються в малій степені. Це рішення часто ґрунтується на різних міфах про шлюб: міф про вічну любов, її чарівну силу, постійне подружнє щастя тощо. Відомі й стимульні шлюби, наприклад через вагітність жінки. Від дати реєстрації шлюбу до народження першої дитини в середньому минає шість місяців. Вагітність може прискорити правове закріплення емоційно-еротичного зв'язку. Реєстрацією шлюбу партнери намагаються додати більшої переконливості своєму вибору та забезпечити певну виваженість прийнятому рішенню. Імовірно, ними рухає страх утратити партнера й залишитися на самоті. Позначаються також розрахунок на тривалість шлюбу. Складність процедури юридичного розлучення виступає як фактор, що стримує дезінтеграцію родини.

Оформляючи шлюб, пара маніфестує суспільству свої відносини й одержує відповідні санкції. Чоловік і жінка вибирають законний шлях задоволення своїх значимих потреб, насамперед потреби в спілкуванні з протилежною статтю та пов'язаних із нею репродуктивних намірів. Офіційний шлюб обіцяє й матеріальні вигоди: зменшення перерозподілу матеріальних витрат, об'єднання для придбання житлової площі тощо.

Форма неформальних шлюбно-сімейних відносин одержала поширення в країнах під назвою «цивільний шлюб», що термінологічно неправильно, тому що саме законний, юридично оформлений шлюб і є цивільним, що й фіксує запис акта цивільного стану.

Відносини в незареєстрованому співжитті диференціюються на формальні, короткочасні, глибокі й тривалі. У випадку перших спільне життя в «пробному шлюбі» триває порівняно недовго: надалі партнери або беруть шлюб, або переривають стосунки. Водночас збільшується число випадків спільного співжиття, що відрізняється від шлюбу лише відсутністю правового оформлення, народження ж дітей у тривалих відносинах часто схвалюється.

У випадках незареєстрованого співжиття установка на шлюб не зникає. 90 % жінок і чоловіків, котрі перебувають у таких відносинах, збирались одружитися, але необов'язково з цим партнером. Імовірно, за цим прихована непевність людини, пов'язана з перенесеною психологічною травмою (факт зради, утрати коханої людини, смерть, віроломство, інтимна невдача, обман й ін.) чи страхом, пов'язаним із можливістю невідворотного її настання та, відповідно, чеканням.

У сучасній науці описано особливості людей, схильних до незареєстрованого співжиття. Узагальнений психологічний портрет цієї популяції характеризується більш ліберальними установками, меншою релігійністю, високим ступенем андрогінності, низькими шкільними успіхами в період дитинства та юнацтва, меншою соціальною успішністю, однак, як правило, ці люди походять із дуже успішних родин. «Експериментальні» форми життя вимагають більш високого рівня рефлексії й здатності до спілкування, а також, не в останню чергу, – сил, що дають змогу протистояти тиску суспільних норм.

4.2. Вплив батьківської сім'ї на подальший розвиток подружніх взаємин

Благополуччя сім'ї залежить від специфіки засвоєних ролей чоловіка й дружини, батька та матері. Знання й уявлення про себе як людину певної статі зі специфічними для чоловіка та жінки потребами, ціннісними орієнтаціями, мотивами, інтересами й формами поведінки, а також уявленнями про сімейне життя служать психологічним фоном шлюбу та впливають на міжособистісні взаємини подружжя.

На позицію молоді в ставленні до шлюбу й сімейного життя впливають:

– особливості структури сімейного життя в батьківському домі, розподіл сімейних ролей, їх виконання;
– якості особистості подружжя (характер, ціннісні орієнтації, смаки, звички, особливості потребово-мотиваційної сфери тощо);
– уявлення про ідеал дружини чи чоловіка (очікування, пов'язані зі шлюбом, вимоги до сімейного життя);
– просімейна мотивація [36].

Важливими є ще два моменти – власний приклад батьків і якість їх виховного впливу на дітей. Найбільш значуща роль у процесі формування майбутнього сім'янина належить батьківській сім'ї. За результатами наукових досліджень, батьківська сім'я займає перше місце серед елементів соціального мікросередовища (дошкільні заклади, школа, засоби масової інформації й ін.). Її структура та соціально-психологічні характеристики впливають на формування уявлень молоді про подружнє життя. Дослідження показали, що позитивну орієнтацію молоді на шлюб і сім'ю забезпечує повна родина зі сприятливим психологічним кліматом. У неповних сім'ях формування орієнтацій на шлюб та родину ускладнюється внаслідок деформації рольової соціалізації (відсутність одного з батьків як об'єкта ідентифікації). Дані соціологічних досліджень свідчать: розлучення батьків утричі збільшує вірогідність розлучення дітей, у той час як розлучення дітей, які росли в повних сім'ях, складає один із двадцяти. Для повноцінного розвитку й формування особистості чоловіка та жінки необхідний материнський і батьківський вплив із перших місяців життя дитини.

Діти сприймають від батьків форму поведінки, підсвідомі реакції, різноманітні позитивні чи негативні звички, значущі моделі подружніх відносин. На основі концепції дублювання батьківських якостей індивідуум навчається чоловічої й жіночої ролей, має тенденцію несвідомо використовувати в сім'ї модель взаємин батьків незалежно від того, подобаються вони йому чи ні. Науковцями доведено, що на врівноваженість подружніх зв'язків великий вплив мають сприятлива модель шлюбу батьків; гарні взаємини батька й матері; щасливе дитинство.

Згідно з концепцією дублювання якостей братів і сестер установлено, що індивідуум намагається в нових соціальних зв'язках реалізу-

вати свої взаємини з братами та сестрами. Більш стійкі та вдалі шлюби спостерігаються в тих випадках, коли стосунки між партнерами будуються саме за цим принципом, з урахуванням статевої приналежності. Подружні відносини можуть бути або повністю (чоловік мав молодшу сестру чи дружина – старшого брата), або частково комплементарними (обоє мали старших братів чи сестер), або ж некомплементарними. При некомплементарному шлюбі відзначається зв'язок із порядком дитини в батьківській сім'ї (коли два партнери були старшими серед дітей) або ж зі статтю (один із партнерів чи обоє мали лише братів чи сестер). Особливе місце займають діти, котрі не мали ні брата, ні сестри; для них у сім'ї була лише одна модель – батьківський шлюб.

Отже, як засвідчують результати наукових досліджень, вплив батьківської моделі на модель шлюбу молодої сім'ї відбувається таким чином: дитина навчається в батька тієї ж статі чоловічої (чи жіночої) ролі, яка в подальшому зберігається; образ батька протилежної статі має значний вплив на вибір майбутнього партнера. Якщо роль батька протилежної статі в сім'ї позитивна, то вибір подібного партнера веде до подружньої гармонії. Якщо ж батько протилежної статі грає негативну роль і дитина її не приймає, то партнер із подібними характеристиками є джерелом негативних реакцій; модель батьківської сім'ї визначає в головних рисах модель сім'ї, яку, унаслідок цього, створюють їхні діти. Установлено, що в шлюбі партнерів, котрі представляють явно протилежні моделі, постійно відбувається боротьба за владу. Вірогідність гармонійного союзу тим вища, чим ближчі моделі сімей, із яких вийшли подружні пари. Вплив власного прикладу батьків на майбутнє сімейне життя молодого подружжя часто виступає предметом наукового дослідження.

Результати досліджень засвідчують, що близько 80,7 % опитаних чоловіків хотіли б, щоб їхня дружина за своїми якостями була схожа на матір. 80,1 % жінок також висловили бажання бути подібними на свою матір. У неблагополучних сім'ях кількість респондентів, котрі оцінили якості своєї матері як ідеальні, зменшилося до 29 %. Кожен третій чоловік із благополучної сім'ї хотів би бути подібним на свого батька й кожна п'ята жінка – щоб її чоловік за своїми особистісними

якостями був схожий на її батька. 98 % жінок і 85 % чоловіків із неблагополучних сімей оцінили якості своїх батьків, як такі, що не відповідають їхньому ідеалу сім'янина. Тобто, у неблагополучних сім'ях взаємини батьків й особистісні якості сім'янина не є прикладом подружнього життя, а лише негативно впливають на дітей. Тому більшість таких молодих людей намагаються побудувати своє майбутнє сімейне життя по-іншому й виховати в собі якості сім'янина, протилежні рисам їхніх батьків. Проте, як засвідчують дослідження, у реальному сімейному житті вони їх дублюють.

Також встановлено, що більшість тих, хто оцінює свій шлюб як «ідеальний» (83 %), так само оцінює і шлюб своїх батьків. Ті, у кого виявилися труднощі в сімейному житті, вважали шлюб своїх батьків «відносно хорошим» у 69 % випадків.

Таку саму закономірність виявлено і в конфліктних ситуаціях. Чим більше було конфліктів у батьківських сім'ях, тим частіше вони виникали в сім'ях дітей.

Із числа респондентів, відносини між батьками яких були задовільними, 49 % зіткнулися з конфліктами у своєму сімейному житті. Тобто неблагополучний психологічний клімат сім'ї негативно впливає на стабільність шлюбу дітей. Взаємини між батьками, стереотипи поведінки в сім'ї, засвоєні в дитинстві та юності, у зрілому віці значно впливають на характер відносин між подружжям, на задоволеність і стійкість шлюбу.

Психологічні дослідження стверджують, що існують певні закономірності вибору саме такого, а не іншого партнера, які беруть початок у ранньому дитинстві, у батьківській сім'ї. Кожна людина, будучи дитиною, батьківський дім вважала головним джерелом любові і особистої безпеки. Навіть якщо в ньому були жорстокість чи хаос, він все ж лишався домом: саме там її годували, доглядали, там певною мірою турбувались про неї. Тому любов у подальшому житті асоціюється саме з таким домом. При цьому, дім асоціюється і з іншими характеристиками, в залежності від того, який було отримано там досвід. Наприклад, якщо в сім'ї частими були сварки між батьками, то у свідомості дитини могла закарбуватись така рівність: дім=хаос.

Якщо на долю дитини випало не надто багато любові і ласки, то рівність може мати таку форму: дім=самотність. У випадку прояву жорстокості одним із батьків можливим є варіант: дім=страх. Все, що асоціюється з батьківським домом, прирівнюється до уявлення про те, як повинна проявлятись любов.

Отже, якщо дім уявляється людиною як хаос, то не виключено, що вона буде шукати партнерів з нестійким характером, які допоможуть їй створити драматичні, сумбурні взаємини. Якщо дім асоціювався із самотністю, то, як правило, партнер буде вибиратись такий, від якого не буде отримано достатньо любові, ласки чи уваги, що, в кінцевому результаті, призведе до відчуття самотності. Якщо дім породжував страх, то не виключено, що партнер приваблюватиме саме такий, який завжди буде критикувати, погрожувати розлученням, ревнувати, тобто, доведеться перебувати у постійному страсі. Науковці зауважують, що, без сумніву, у всіх є також і позитивні асоціації з домом, які у дорослому житті людина намагається відтворити. Однак, саме болісні спогади є причиною більшості бід і неприємностей, тому що, як правило, знаходяться на рівні підсвідомості. Іншими словами, якщо в дитинстві батьки ставились з великою любов'ю, але постійно критикували один одного, то не виключено, що усвідомлено такі люди шукають дуже люблячого партнера, а підсвідомо притягують людину зі схильністю до критики.

Отже, характер взаємин подружжя багато в чому відповідає особливостям стосунків їхніх батьків, а також взаєминам з батьками у ранньому дитинстві. У тих випадках, коли конфлікти між батьками переходили певну межу, виливаючись у різні прояви взаємної неприязні, але справа не доходила до розлучення, діти нерідко сприймали такі стосунки як антимодель нормальної сім'ї й, вступаючи в шлюб, свої подружні взаємини будували по-іншому. Якщо конфлікт батьків досягав крайньої межі та ставав нестерпним для обох сторін, то інтересам дітей більше відповідає розлучення, ніж подальше спільне життя.

Гармонія сімейного життя батьків має й інші наслідки для майбутнього сімейного життя дітей. Встановлено, що молоді пари, які позитивно оцінили шлюб своїх батьків, проявляють у взаєминах з членами

своєї сім'ї більше толерантності, злагоди та розуміння. 42 % опитаних із таких родин проявляли повне взаєморозуміння в питаннях ведення домашнього господарства, у той час як ті, чиї батьки розлучилися, такі якості проявляли лише у 28 % випадків. Отож, шлюбним партнерам, сімейне життя яких склалося благополучно, батьки дали наочний приклад того, як повинне будуватися спільне життя чоловіка й дружини. Вони доповнюють один одного та тим самим забезпечують успішне виховання. Спільні дії батьків – важливе передбачення успішного формування особистості.

4.3. Особливості функціонування сім'ї військовослужбовців після їхнього повернення із зони бойових дій

Одним із аспектів нашої роботи з учасниками бойових дій та їх родинами було вивчення особливостей функціонування їхніх сімей після повернення із зони бойових дій. Дослідженням охоплено 65 подружніх пар, – учасників зони бойових дій та їхніх дружин, віком від 23 до 54 років, жителів Волинської області, які звернулись за допомогою.

Для реалізації поставлених задач було проведено комплексне психологічне дослідження.

Для діагностики ступеня задоволеності шлюбом, а також ступеня узгодженості-неузгодженості задоволеності шлюбом конкретної пари було використано тест-опитувальник ***«Задоволеність шлюбом»*** (В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко). Опитувальник є одновимірною шкалою, що складається з 24 тверджень, які належать до різних сфер: сприйняття партнера і себе, думки, оцінки, установки тощо. Кожному твердженню відповідають три варіанти відповіді: а) правильно, б) важко сказати, в) неправильно. Якщо обраний варіант відповіді досліджуваного збігається з наведеним у ключі, йому нараховується 2 бали, якщо досліджуваний обрав проміжний варіант, то він отримує 1 бал, якщо відповідь не збігається з наведеною в ключі – 0 балів. Після цього підраховується сумарний бал.

Високі бали свідчать про високу задоволеність шлюбом, при цьому за розподілом балів розрізняють такі сім'ї: 0–16 балів – абсолютно

неблагополучні; 17–22 бали – неблагополучні; 23–26 бали – скоріше неблагополучні; 27–28 балів – перехідні; 29–32 бали – скоріше благополучні; 33–38 балів – благополучні; 39–48 балів – абсолютно благополучні.

Опитувальник «Розподіл ролей у сім'ї»:

Опитувальник «Розподіл ролей у сім'ї» дав можливість визначити:

- переважну орієнтацію на почуття обов'язку або на досягнення задоволення;
- позитивне або нейтральне відношення до дітей; відношення до сімейних зв'язків як до цінності або навпаки;
- орієнтація на переважно спільну (або роздільну) діяльність подружжя в різних сферах (відпочинок, друзі й т.д.);
- позитивне або негативне відношення до кохання;
- орієнтація на традиційне або нетрадиційне ставлення до жінки;
- уявлення про важливість матеріальних цінностей у житті людини.

Друга частина опитувальника містила інформацію про реальний розподіл ролей у родині в семи сферах. У цю частину були включені шкали, призначені для виявлення наступних характеристик сімейної взаємодії: активність відстоювання своїх поглядів; оцінка активності іншої людини у відстоюванні своїх поглядів; рівень конфліктності сім'ї; конструктивність подружніх сварок; особливості примирення після конфлікту; рівень спілкування між людьми; терпимість до подружньої автономії; оцінка терпимості до автономії партнера.

Було виділено 14 параметрів, що відрізняють традиційні сім'ї від егалітарних і в такий спосіб характеризують ступінь традиційності сім'ї: орієнтація на обов'язок, а не на задоволення (1); ставлення до дітей як головної сімейної цінності (2); уявлення про необхідність спільних дій в будь-якій ситуації (3); традиційне уявлення про роль жінки на роботі та вдома (4); уявлення про те, що функції виховання дітей (5) і підтримки емоційного клімату в сім'ї (6) є переважно жіночими, а матеріальне забезпечення сім'ї (7) – чоловічим; можливість лише для чоловіка відстоювати свої погляди (8), а для дружини – підкорятися в ситуації розбіжності з ним (9); терпимість дружини до автономії чоловіка (10) і нетерпимість чоловіка до автономії дружини (11); тра-

диційний розподіл ролей у сферах: виховання дітей (12), емоційний клімат (13), матеріальне забезпечення (14).

Параметри 1–7 характеризують установки подружжя, 8–14 відображають реальні взаємини в сім'ї. По кожному з 14 параметрів партнери могли отримати 1 або 0 балів залежно від того, свідчить його (її) відповідь «за» або «проти» традиційної позиції за цим параметром; бали подружжя підсумовувалися, і в результаті виходив загальний індекс статево-рольової диференціації для кожної сім'ї, що теоретично варіюється від 0 до 28.

Окрім загального індексу, підраховувалися також 4 частки:

- тільки за відповідями чоловіка;
- тільки за відповідями дружини;
- за відповідями обох членів подружжя на шкали блоку «установки»;
- за відповідями обох членів подружжя на шкали блоку «реальні взаємини».

Колірний тест відносин Еткінда. У ході проведення тесту клієнтові пропонується перелік значущих у його житті осіб, вказується склад сім'ї, названі особи фіксуються на папері, а також іноді коло розширюється до другорядних родичів, якщо вони важливі для людини, близькі йому. Нам важливим було ставлення досліджуваного до партнера, батьків, найближчого оточення. Крім членів сім'ї, зазначаються друзі, недруг, ідеал, а також «субособистості» клієнта: «Ти в майбутньому», «Ти в минулому», «Ти на роботі», «Ти вдома», «Ти на відпочинку». Іноді до переліку вносяться інші поняття, як, наприклад, «кохання», «сексуальні стосунки», «життя», «майбутнє» і т.д. Персонажів та інших, значущих у житті клієнта понять, має бути 12–18.

Наступним етапом роботи є вибір із 8 карток основних кольорів методики Люшера кольору, що найбільш асоціюється з названим психологом персонажем чи поняттям зі складеного раніше списку. У подальшому слід викласти кольорові картки у порядку убування переваги. Щоразу людина вибирає самий приємний для неї колір, потім з решти і т.д., результати фіксуються психологом.

При проведенні інтерпретації пропонується два варіанти: запозичення із тесту Люшера значення кольорів або використання колірного

простору у ставленні до персонажів чи значущих понять. У кожному разі методика кольорового тесту відносин вимагає присутності клієнта, оскільки важливою є реакція людини на висунуті гіпотези.

Інтерпретація отриманих результатів передбачає, в першу чергу, аналіз загальної насиченості міжособистісних відносин. Якщо досліджуваний використовує 7–8 кольорів для асоціацій – його світ різноманітний і насичений. Якщо 5–6 – картина світу спрощена; всього 4 і менше – людина дуже вузька у своїх поглядах і аналізувати картину буде вкрай складно.

Заслуговує на увагу визначення самооцінки клієнта. Необхідно визначити місце на шкалі, куди помістив себе сам випробовуваний. У нормі повинно бути вище середини шкали, але не на найвищому місці, оскільки це буде свідченням завищеної самооцінки. Четверте зверху і нижчі місця виявляють занижену самооцінку.

Варто звертати увагу на наступне: якщо в шкалі переваг власне «Я» нижче недруга – можливо, результати помилкові, необ'єктивні, при цьому отримані результати будуть аналогом шкали брехні.

Щоб з'ясувати взаємини з батьками, необхідно врахувати, що у нормі батьки повинні бути на одній сходинці і вище, ніж відмітка самого клієнта. Якщо батьки нижче – це говорить про проблеми з ними.

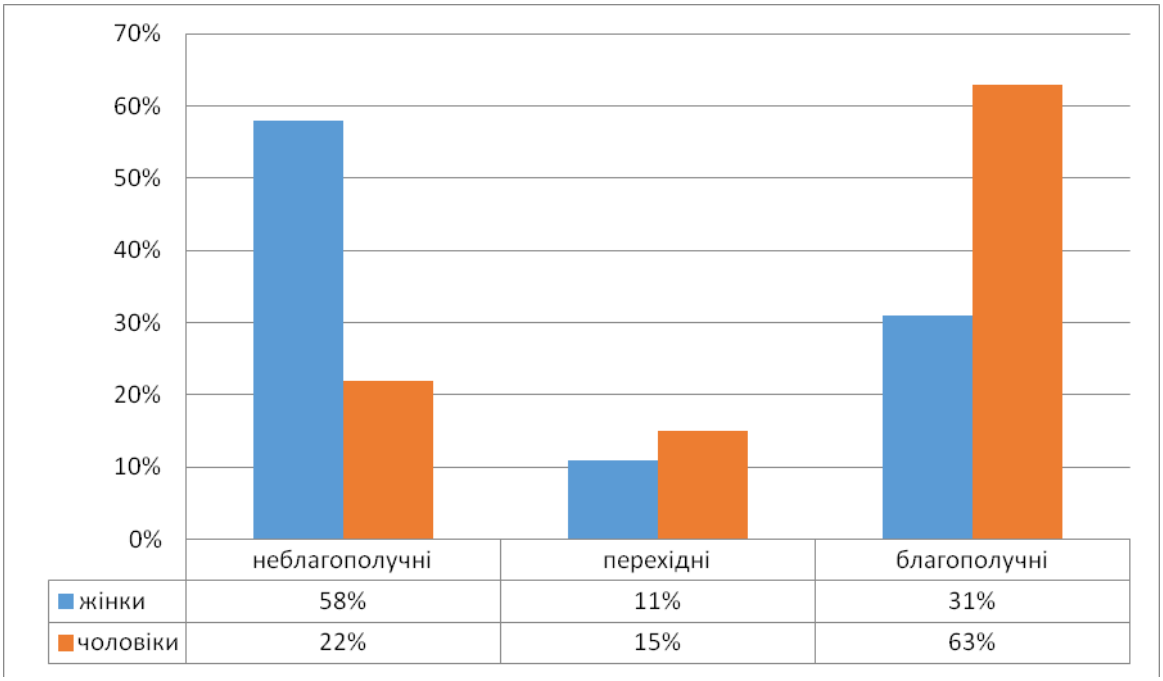
Важливим є визначення клієнтом місця ідеалу в житті клієнта. Важливо, де він перебуває на шкалі переваг і хто знаходиться на верхній сходинці. Це важливі люди в житті клієнта. Якщо ідеал на шкалі нижче самого клієнта, то він вже не спонукає на звершення.

Друзі повинні бути на одній позиції з клієнтом або з різницею в один рядок. Всі особи, які мають той же колір в шкалі, що й сам клієнт, в очах клієнта в чомусь йому рівні.

Тест діагностики самотності *(Д. Расел, Л. Пепло, М. Фергюсон*). Призначений для дослідження рівня суб'єктивного відчуття людиною своєї одинокості. Стан одинокості може бути пов'язаний з тривожністю, соціальною ізоляцією, депресією, нудьгою.

Тест незакінчених речень *(авторський варіант Р. П. Федоренко*), було запропоновано бійцям з метою отримання даних щодо оцінювання ними власної сімейної ситуації, виявлення їхнього ставлення до взаємин з колом найближчого оточення, до минулого та майбутнього.

Одним із завдань дослідження особливостей сімейної ситуації учасників бойових дій було визначення рольового розподілу між партнерами. Результати проведеної методики показали, що у більшості подружніх пар виконання значної частини ролей припадає на жінку. До таких ролей як жінки, так і чоловіки віднесли виховання дітей, забезпечення емоційного клімату в сім'ї, організацію розваг, роль господаря дому та організатора сімейної субкультури. При цьому обстежувані нашої вибірки надали перевагу таким чоловічим ролям, як сексуальний партнер та матеріальне забезпечення сім'ї.



	неблагополучні	перехідні	благополучні
жінки	58%	11%	31%
чоловіки	22%	15%	63%

Рис. 4.1. *Відсотковий розподіл задоволеності шлюбом чоловіків та жінок*

Наступним етапом нашого дослідження було вивчення задоволеності шлюбно-сімейними стосунками досліджуваних пар. Як засвідчили отримані результати, серед обстежуваних жінок задоволеність шлюбом є значно нижчою (31 %), ніж задоволеність чоловіків (63 %).

При цьому, результати за методикою Еткінда показали, що чим вищими є показники задоволеності шлюбом, тим значущими є такі поняття, як партнер, кохання, сім'я, сексуальні стосунки, майбутнє, діти. 76 % опитаних, у яких високими є показники задоволеності шлюбом, даним поняттям відвели 1–5 місця. Разом з тим, подружні партнери з низькими показниками задоволеності шлюбом у більшості випадків

(82 %) надають перевагу роботі, друзям, минулому чи близькому оточенню. Разом з тим, слід звернути увагу на відмінності у показниках чоловіків і жінок. У 69 % опитаних жінок з низькою задоволеністю шлюбом високою є позиція майбутнього, чого не можна сказати про чоловіків, 83 % яких поняття майбутнього віднесли на одну з трьох останніх позицій. Стосовно ставлення до поняття «партнер», результати методики засвідчили, що при високій задоволеності шлюбом 79 % подружніх пар ставлення до партнера продемонстрували 1–3 позиціями. При низькій задоволеності шлюбом 74 % жінок і лише 11 % чоловіків значущість партнера поставили на чотири останніх позиції.

На нашу думку, це свідчить про те, що жінки незадоволеність шлюбом тісно пов'язують з розподілом ролей і особистістю партнера. Оскільки більшість чоловіків нашої вибірки (46 осіб) продемонстрували вищу задоволеність розподілом сімейних ролей та задоволеністю шлюбом в цілому, то і задоволеність партнером у них теж є вищою. Чоловіки усієї вибірки (як задоволені шлюбними стосунками, так і незадоволені), високу позицію також відводять поняттям «сексуальні стосунки» та «діти». Жінки ж, які продемонстрували низьку задоволеність шлюбом, сексуальним стосункам відводять значно нижчі позиції. З огляду на ставлення до розлучення, результати засвідчили теж різні позиції чоловіків і жінок: чим нижчою є задоволеність шлюбом у жінок, тим вищою є позиція поняття «розлучення» (як правило, 1–4), при цьому, як ми вже відмічали, високою є позиція «майбутнього». Це є свідченням того, що жінки при низькій задоволеності шлюбом не розчаровуються у майбутньому і планують його змінити за допомогою розлучення.

У 93 % чоловіків усієї вибірки (як задоволених подружніми взаєминами, так і незадоволених), позиція поняття «розлучення» є досить низькою або відсутньою. При цьому, як ми вже зауважили, низькими та відторгненими є позиції поняття «майбутнє» у чоловіків, які продемонстрували низькі та перехідні показники задоволеності шлюбом.

Отже, як засвідчили отримані результати нашого емпіричного дослідження, задоволеність шлюбом має певну залежність від розподілу ролей. Чим адекватніше здійснюється розподіл ролей між партнерами,

тобто, чим більше їх цей розподіл влаштовує, тим вищою є задоволеність шлюбом. При цьому, слід зауважити, що чоловіки продемонстрували задоволеність шлюбом, як і задоволеність розподілом ролей, вищими, ніж жінки.

Разом з тим, заслуговує на увагу той факт, що чим вищою є задоволеність шлюбом, тим більш значущими для партнерів є такі поняття, як партнер, сім'я, кохання, сексуальні стосунки, майбутнє. При низьких показниках задоволеності шлюбом домінують поняття «робота», «друзі», «близьке оточення».

Як бачимо з результатів емпіричного дослідження щодо функціонально-рольової структури сім'ї та задоволеності шлюбно-сімейними стосунками подружжям, у більшості подружніх пар виконання значної частини ролей припадає на жінку. До таких ролей як жінки, так і чоловіки віднесли виховання дітей, забезпечення емоційного клімату в сім'ї, організацію розваг, роль господаря дому та організатора сімейної субкультури. При цьому обстежувані нашої вибірки надали перевагу таким чоловічим ролям, як сексуальний партнер та матеріальне забезпечення сім'ї.

Одне із поставлених завдань нашого дослідження подружніх пар учасників бойових дій передбачало вивчення стосунків чоловіків зі своїми матерями і батьками. З цією метою було проаналізовано результати за тестом незакінчених речень та методикою колірних взаємин Еткінда.

Аналіз отриманих даних показав, що як чоловіки, що продемонстрували високий рівень задоволеності шлюбом, так і чоловіки, незадоволені подружніми взаєминами, продемонстрували і позитивні, і негативні, такі, що не приймаються, взаємини зі своїми матерями. Результати проведених методик засвідчили, що більшість чоловіків (59 %), які показали високий рівень задоволеності шлюбом, виявили досить теплі, дружні стосунки з матір'ю. Тест незакінчених речень продемонстрував ставлення до матері наступними доповненнями: «Моя мама ... *мене розуміє*», «*…завжди мене підтримувала*», «*… завжди розділяла мій вибір*», «*…ніколи не наказувала несправедливо*», «*…за-*

слуговує на краще життя», «… *завжди була доброю і справедливою*», «…*дуже добра до всіх*».

За методикою Еткінда, мати у цієї категорії досліджуваних чоловіків займає 2–4 місце, більшість з них розташували поняття «Я-сам» на одній позиції з матір'ю чи на позицію нижче, що свідчить про шанобливе ставлення до мами та благополучні взаємини з нею.

Разом з тим, 37 % чоловіків, задоволених подружніми стосунками, та 76 % осіб, що виявили низький рівень задоволеності шлюбом, стосунки з матір'ю охарактеризували за тестом незакінчених речень наступним чином: «Моя мама…*мало розуміла мене*», «…*була несправедлива до мене*», «…*ніколи мене не чула*», «…*не вірила в мене*», «…*завжди порівнювала мене з іншими*», «…*ніколи не розуміла і не підтримувала батька*», «…*була ініціатором розлучення з батьком*», «…*мало приділяла нам уваги*», «…*була завжди зайнята*», «…*більше любила молодшого брата*», «…*часто мене наказувала*». За методикою Еткінда, мати цієї категорії осіб здебільшого займає 5–8 позиції, сам досліджуваний – 4–5, що свідчить про підсвідоме неприйняття стосунків з матір'ю та наявні конфлікти з нею.

Заслуговує на увагу той факт, що стосунки з батьком були виявлені від теплих, позитивних, до конфліктних, неприйнятних. За методикою Еткінда, батько зайняв 2–7 позиції, при цьому відмінностей у ставленні до батька у чоловіків, задоволених подружніми стосунками і не задоволених, не прослідковується. Тому, у нашому дослідженні більша увага була сконцентрована на подружніх взаєминах та стосунках з матір'ю.

Наступне завдання передбачало вивчення рівня суб'єктивного відчуття своєї одинокості досліджуваними чоловіками, оскільки попередні дослідження учасників зони бойових дій дали змогу виявити у певної кількості бійців значні показники проявів тривожності, соціальної ізоляції, депресії. Оскільки ці симптоми можуть провокувати відчуття стану самотності, нас цікавило, в першу чергу, наскільки сімейна ситуація та подружньо-родинні стосунки впливають на ці показники.

Результати показали, що серед осіб чоловічої статі, які продемонстрували задоволеність подружніми стосунками, високий рівень

самотності виявлено у 9 % осіб, середній – у 21 % і низький – у 70 % досліджуваних.

Діагностика одинокості серед чоловіків, що засвідчили незадоволеність подружнім життям, показала високий рівень самотності у 50 % осіб, середній – у 27 % і низький рівень – у 23 % осіб.

При цьому, заслуговує на увагу той факт, що серед осіб чоловічої статі усієї вибірки, що продемонстрували високий рівень самотності, у 93 % виявлено неблагополучні стосунки з матір'ю; 67 % осіб із середнім рівнем самотності показали неприйняття матері та конфлікти з нею; низький рівень самотності є характерним для осіб, які позитивно оцінюють стосунки з матір'ю, відчувають її підтримку, любов, відтворюють теплі спогади з дитинства.

Отже, аналіз результатів проведеного дослідження подружніх пар учасників бойових дій дав змогу зробити наступні висновки:

Вивчення задоволеності шлюбно-сімейними взаєминами показало вищі результати у чоловіків, ніж у жінок. При цьому, жінки незадоволеність шлюбом тісно пов'язують з розподілом ролей і особистістю партнера; чоловіки усієї вибірки (як задоволені подружніми стосунками, так і не задоволені), високу позицію відводять поняттям «сексуальні стосунки» та «діти».

Жінки, які продемонстрували низьку задоволеність шлюбом, сексуальним стосункам відводять значно меншу роль; ставлення до розлучення у чоловіків і жінок теж мають певні відмінності: чим нижчою є задоволеність шлюбом у жінок, тим більше вони схильні до розлучення, при цьому, високою є позиція «майбутнього», що свідчить про те, що жінки при низькій задоволеності шлюбом не розчаровуються у майбутньому і планують його змінити за допомогою розлучення.

У значної більшості чоловіків усієї вибірки (як задоволених шлюбом, так і не задоволених) позиція поняття «розлучення» є досить низькою або відсутньою. При цьому, низькими та відторгненими є позиції поняття «майбутнє» у чоловіків, які продемонстрували низькі та перехідні показники задоволеності шлюбом; значна кількість досліджуваних чоловіків засвідчила наявність конфліктних ситуацій з матір'ю (особливо у спогадах дитячих років) та неприйняття стосунків

з нею; високий рівень одинокості прослідковується у осіб чоловічої статі як задоволених подружніми стосунками, так і не задоволених (в останніх – у половини осіб). Разом з тим, важливим є той факт, що серед осіб, які продемонстрували наявність конфліктів з матір'ю та неприйняття стосунків з нею як таких, значна більшість характеризується високим та середнім рівнем одинокості.

Як бачимо, це є свідченням того, що на внутрішній стан одинокості (який часто пов'язаний з тривожністю, депресією) у наших досліджуваних – учасників зони бойових дій, значний вплив мають як подружні взаємини, так і стосунки з батьками, в першу чергу, з матір'ю.

Отримані результати проведеного дослідження черговий раз засвідчили, що аналіз особливостей функціонування подружньої пари слід здійснювати комплексно, враховуючи вивчення різних параметрів подружніх взаємин.

Ще одним видом психологічної роботи із сім'ями учасників бойових дій є, безпосередньо, індивідуальна робота у Психологічному консультативному центрі, який діє при кафедрі практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

У дослідженні взяли участь 20 сімей військовослужбовців. До процесу дослідження були залучені як обоє партнерів (40 % досліджуваних), так і хтось один із шлюбного партнерства (60 % досліджуваних, з них 50 % – чоловіки, 50 % – жінки). Серед учасників дослідження 25 % були із неповних сімей, 75 % – із повних сімей, з яких 53 % функційних, 40 % – псевдофункційних та 7 % дисфункційних сімей.

В першу чергу ми перед собою поставили завдання проаналізувати особистісні особливості шлюбних партнерів, використавши методику на дослідження міри вираження акцентуації характеру. За результатами методики ***«Шкала Егідеса»***, котра включає в себе 13 психотипів, у досліджуваних були виявлені виражені психотипи за такими 9 шкалами:

– *Лабільний тип* (25 %, – із них 40 % жінок та 60% чоловіків). Ці досліджувані мають часті зміни настрою (від душевного стану людини в даний момент залежить все – і апетит, і сон, загальне самопочуття, бажання спілкуватися, бажання вчитися, працездатність,

роздратованість, агресивність, слабкий самоконтроль, імпульсивність, емоційне відторгнення зі сторони важливих людей).

- *Психостеноїд* (25 % опитаних, – із них 40 % жінок та 60 % чоловіків) Людям цього типу притаманні такі риси як невпевненість, схильність до довгих роздумів, страх за своє майбутнє та майбутнє рідних, тривожність, нерішучість, формалізм.
- *Гіпотим* (20 % досліджуваних, – із них 100 % жінок). У них виражені такі риси як схильність до образ, вразливість, іпохондричність, майже повна відсутність інтересів та захоплень, низька енергійність, що виражається у швидкій втомлюваності, постійно понижений настрій.
- *Сензитив* (15 %, – із них 20 % жінок та 80 % чоловіків). Досліджувані з цим психотипом замкнуті, вразливі, недовірливі, лякливі, схильні до самопринижения та до розгубленості в складних ситуаціях, мають підвищену чутливість, образливі, а тому й конфліктні.
- *Циклоїд* (15 %, – із них 20 % жінок та 80 % чоловіків). Досліджуваним із цим психотипом характерні циклічні зміни емоційного фону (періоди піднесення настрою змінюються фазами емоційного спаду), непослідовність, неврівноваженість, байдужість, спалахи роздратованості, надмірна образливість та прискіпливість до оточуючих. Під часу спаду настрою їм важче стає навчатися, працювати і спілкуватися.
- *Істероїд* (10 % досліджуваних, – із них 50 % жінок та 50 % чоловіків). У них проявляється демонстративність, необдуманий ризик, заздрощі, лицемірність, завищена самооцінка, образливість, впертість.
- *Епілептоїд* (5 % досліджуваних, з яких 100 % чоловіків). Такі люди є суворими, жорсткими,, неемпатійними, надмірно вимогливими, що призводить до роздратованості у зв’язку з непорядком та неохайністю інших. Вони практично не переносять непідкорення собі та бурхливо реагують, коли обмежують їхні інтереси.
- *Конформний тип* (5 %, з них 100 % чоловіків). Досліджувані, котрим притаманний цей психотип повністю залежні від сім’ї,

компанії, несамостійність, майже повна відсутність критичності як до себе, так і до свого найближчого оточення.

– *Нестійкий тип* (5 % досліджуваний, з них 100 % чоловіків) демонструє, що досліджуваним характерний потяг до байдикування і розваг, балакучість, безвідповідальність, безконтрольність, вони легко піддаються впливу будь-якої людини.

Дані цього дослідження представлені на рис. 4.2.

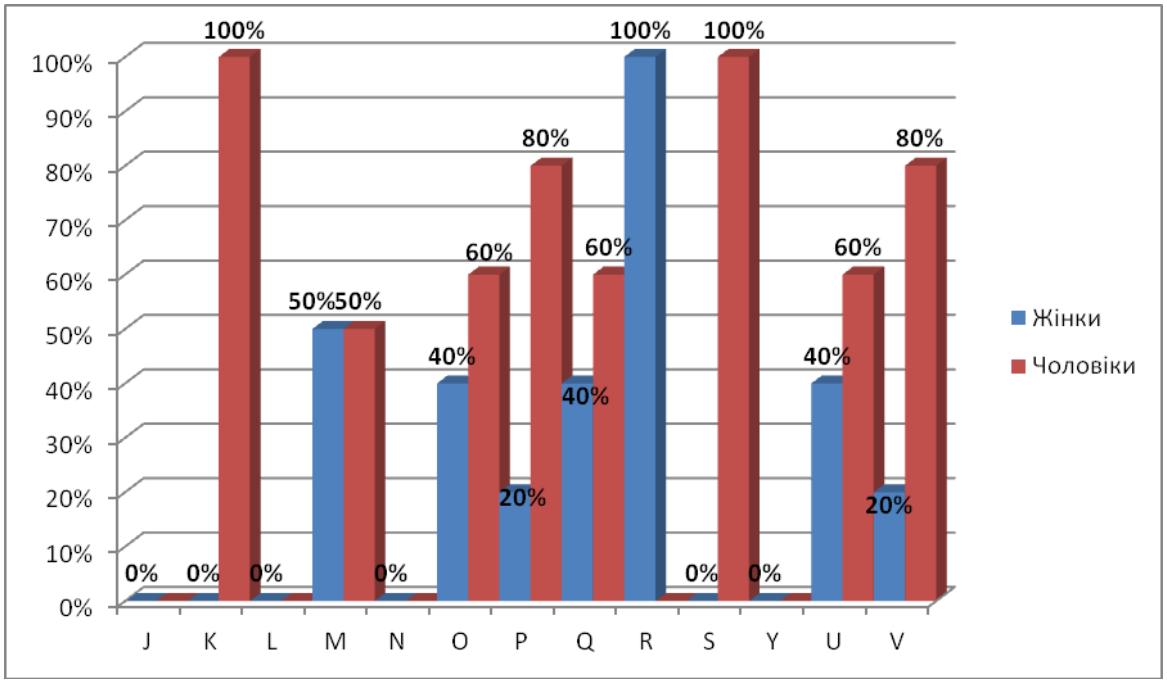


Рис. 4.2. *Гендерний розподіл виражених акцентуацій характеру шлюбних партнерів, % (Тест Егідеса)*

Прим ітка: *J – шкала параноїк; K – ш. епілептоїд; L – ш. зіпертим; M – ш. істероїд; N - ш. Шизоїд; O – ш. психастеноїд; P - ш. сенситив; Q - ш. гіпотим; R – ш. конформний тип; S – ш. нестійкий тип; T – ш. астенік; U – ш. лабільний тип; V – ш. циклоїд.*

Отже, як бачимо з рис. 4.2, досліджуваним партнерам, які звернулися за психологічною допомогою, були притаманні декілька виражених акцентуацій характеру. Вони проявляли такі риси як невпевненість, схильність до довгих роздумів, страх за своє майбутнє та майбутнє рідних, тривожність, нерішучість, формалізм, образливість, вразливість, іпохондричність, майже повна відсутність інтересів та захоплень, низька енергійність, що виражається у швидкій втомлюваності, постійно понижений настрій. Вони мають часті зміни настрою, від душевного

стану людини в даний момент залежить все і апетит і сон, і загальне самопочуття, і бажання спілкуватися, і бажання вчитися, і працездатність, роздратованість, агресивність, слабкий самоконтроль, імпульсивність, емоційне відторгнення зі сторони важливих людей.

Для подальшого вивчення особливостей особистісного функціонування шлюбних партнерів ми використовували проективну методику ***«Автопортрет»***. За результатами аналізу отриманих даних методики було виявлення домінування таких факторів як:

- *труднощі у спілкуванні та у взаємодії з ін*шими (85 % досліджуваних, – із них 47 % жінок, 53 % чоловіків) У таких людей існують перепони у реалізації цілей комунікативного процесу, у міжособистісній взаємодії;
- *невротичні риси, невроз* (85 % досліджуваних, – із них 47 % жінок, 53 % чоловіків). Досліджувані характеризуються астенічними, нав'язливими, істеричними розладами, а також такими невротичними проявами як: психогенні шокові реакції, істерія, невростенія, психостенія, невроз страху, панічні атаки, соціальні фобії;
- *тривога, страх* (75 % досліджуваних, – із них 53 % жінок, 47 % чоловіків). Їм притаманна напруга, стурбованість, хвилювання, дратівливість, почуття невизначеності, безпомічності, безсилля, незахищеності, самотності, передчуттям невдачі, неможливість прийняття рішення.
- *підозрілість, недовіра* (у 75 % досліджуваних, – із них 53 % жінок, 47 % чоловіків). Досліджувані недовірливо ставляться до чогось або когось;
- *невпевненість, зневіра у собі* (65 % досліджуваних, з яких 54 % жінок, 46 % чоловіків). Досліджувані, у яких виражений даний фактор, відчувають страх бути незрозумілим в суспільстві, знехтуваними або здатися нерозумними. Сама по собі невпевненість близька до поняття «занижена самооцінка», таке відчуття є поштовхом до утворення комплексів, замкнутості в собі, а отже, і незадоволеності власним життям.
- *відчуття нестабільності* (60 %, серед яких 50 % жінок, 50 % чоловіків). Ці досліджувані характеризуються переважним неспокоєм, неврівноваженістю, невпевненістю, нерішучістю;

– *психосоматичні прояви* (55% досліджуваних, – із них 58% жінок, 42% чоловіків), тобто у досліджуваних емоції проявляються тілесно, наслідком дисбалансу яких стають психосоматичні хвороби. Вони мають проблеми з серцево-судинною системою, шлунково-кишковим трактом, руховим апаратом, з органами дихання або сечостатевою системою.

Дані цього дослідження представлені на рис. 4.3.

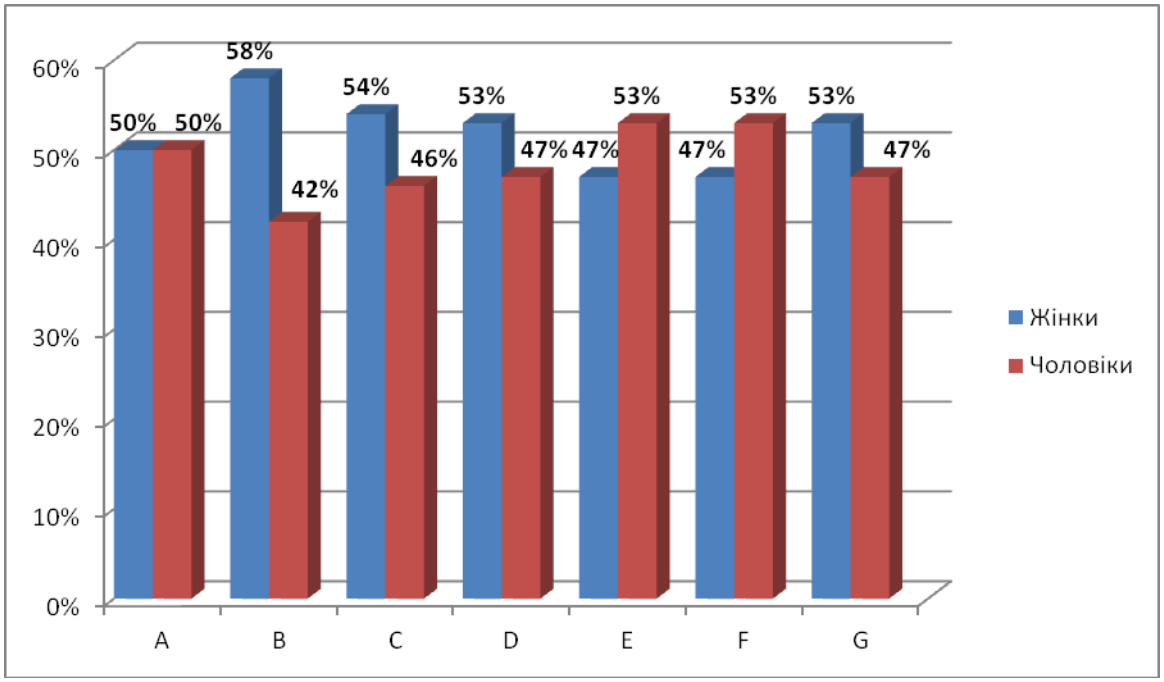


Рис. 4.3. *Гендерний розподіл переважаючих особистісних характеристик шлюбних партнерів, % (проективна методика «Автопортрет»)*

Примітка: *A - ф. відчуття нестабільності; B - ф. психосоматичні прояви; C- ф. невпевненість, зневіра у собі; D - ф. підозрілість, недовіра; E - ф. труднощі у спілкуванні та у взаємодії з ін.; F - ф. невротичні риси, невроз; G - ф. тривога, страх*

Як бачимо з рис. 4.3, більшість досліджуваних характеризуються переважним неспокоєм, неврівноваженістю, невпевненістю, нерішучістю; Вони недовірливо ставляться до чогось або когось. У таких людей існують перепони у реалізації цілей комунікативного процесу, у міжособистісній взаємодії. Досліджувані представляються астенічними, нав'язливими, істеричними, з такими невротичними проявами як: психогенні шокові реакції, істерія, неврастенія, психастенія, невроз страху, панічні атаки, соціальні фобії. Їм притаманна напруга, стурбованість,

хвилювання, дратівливість, почуття невизначеності, без помічності, безсилля, незахищеності, самотності, передчуття невдачі, неможливість прийняття рішення.

Проективний метод дозволяє виділити неусвідомлювані людиною дисфункції особистісного функціонування. За результатами проективної методики ***«Неіснуюча істота»*** у досліджуваних були виявлені особистісні характеристики за такими факторами як:

- *агресивність* (75 % досліджуваних, з них 53 % жінок, 47 % чоловіків). Такі люди схильні до агресивного реагування при виникненні фруструючої і конфліктної ситуації. Агресивність як особистісна риса входить в групу таких якостей, як ворожість, образливість, недоброзичливість;
- *пасивність* (75 % досліджуваних, – із них 53 % жінок, 47 % чоловіків).

Такі досліджувані бездіяльні, байдужі до навколишньої дійсності, мляві;

- *імпульсивність* (70 % досліджуваних, – із них 43 % жінок, 57 % чоловіків). Виражається в схильності діяти без достатньо свідомого контролю під впливом зовнішніх обставин або в силу певних переживань, необдуманого миттєвого реагування за першим внутрішнім імпульсом;
- *емоційна, інтелектуальна тощо незрілість* (65 %, – із них 54 % жінок, 46 % чоловіків). У них відсутнє адекватне емоційне реагування на травматичну ситуацію, емоції таких людей пригнічені, неусвідомлені і з ними немає контакту. Також вони нездатні сконцентрувати увагу, встановлювати зв’язки між явищами і подіями, нездатні до логічного запам’ятовування.
- *низька самооцінка* (60 % досліджуваних, – із них 33 % жінок, 67 % чоловіків). Досліджувані з низькою самооцінкою відчувають себе слабкими і не гідними успіху, у них відсутня віра у себе, яка накладає обмеження на їхні цілі та плани, роблячи їх більш скромними, але більш досяжними. Прикладені ними зусилля, часто менше потенційно можливих, відповідальність викликає у них сильну тривогу;

– *позитивне налаштування на дослідження, сім'ю тощо* (50 % досліджуваних, – із них 50 % жінок, 50 % чоловіків), що свідчить про хороше налаштування у досліджуваних на навколишню дійсність;
– *готовності до роботи над проблемами* (45 % досліджуваних, – із них 44 % жінок, 56 % чоловіків). Такі люди ефективно рухаються вперед, правильно ставлять цілі щодо подолання проблем;
– *висока самооцінка* (30% досліджуваних, – із них 67 % жінок, 33 % чоловіків). Досліджувані, у яких виражений цей фактор, вірять в свою успішність, мають високі планки та цілі, у них масштабні плани на життя, засоби відповідають цілям, відповідальність їх не лякає, зроблені ними зусилля винагороджуються, а віра в успіх дозволяє не звертати уваги на тимчасові невдачі та помилки;

Дані цього дослідження представлені на рис. 4.4.

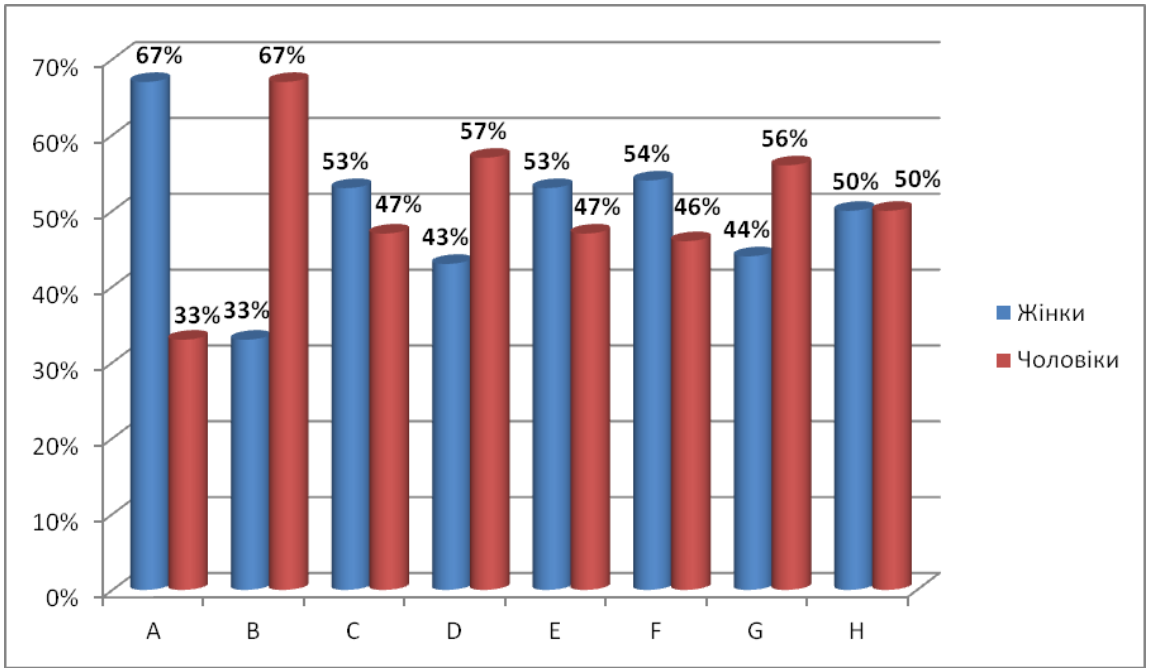


Рис. 4.4. *Гендерний розподіл особистісних характеристик досліджуваних партнерів, % (проективна методика «Неіснуюча істота»)*

Примітка: *A – ф. висока самооцінка; B – ф. низька самооцінка; C – ф. агресивність; D – ф. імпульсивність; E – ф. пасивність; F – ф. емоц., інтелектуальна тощо незрілість; G – ф. готовності до роботи над проблемами; H – ф. позитивне налаштування на дослідження, сім'ю тощо*

Отже, як бачимо з рис. 4.4, досліджувані схильні до агресивного реагування при виникненні фруструючої і конфліктної ситуації. У них

виражена схильність діяти без достатньо свідомого контролю під впливом зовнішніх обставин або в силу певних переживань, присутнє необдумане миттєве реагування по першому внутрішньому імпульсу. Такі досліджувані бездіяльні, байдужі до навколишньої дійсності, мляві.

З метою дослідження особливостей сімейного функціонування ми використовували проективну методику ***«Моя сім'я»***. За результатами методики було виявлено, що у досліджуваних спостерігаються як позитивні функціональні тенденції так і проблемні характеристики, пов'язані із:

- *сексуальними відносинами* (90 %, – із них 50 % жінок, 50 % чоловіків). Пари, які живуть із такими проблемами і при цьому у них зберігається сім'я, мають скоріше дружні стосунки, але в якийсь момент часу у них виникають конфлікти на порожньому місці;
- *холодність взаємин* (90 % досліджуваних, – із них 50 % жінок, 50 % чоловіків). Вони характеризується відсутністю емоційного зв'язку із членами сім'ї, психологічним напруженням у сім'ї. У сім'ях, у яких присутня ця проблема, немає близькості між членами сім'ї;
- *взаємодія членів сім'ї* (25 %, – із них 60 % жінок, 40 % чоловіків), тобто у них панує взаємна повага та взаєморозуміння, а в основі сімей таких досліджуваних лежить безперечне почуття любові;
- *конкуренція між батьками або сиблінгами* (30 % досліджуваних, – із них 50 % жінок, 50 % чоловіків), що свідчить, що сім'я позбавлена миру, спокою, любові та вільності, тобто найнеобхідніших умов для повноцінного духовного, психічного розвитку дитини;
- *згуртованість членів сім'ї* (20 %, – із них 50 % жінок, 50 % чоловіків), тобто у них є емоційний зв'язок, близькість або прихильність членів сім'ї, емоційне ухвалення членами сім'ї один одного;
- *позитивність сімейного клімату* (5 % досліджуваних, – із них 100 % жінок), що свідчить про позитивність, емоційність, душевні переживання, сприятливий настрій, ставлення до світу і один одного членів сім'ї у досліджуваних.

Дані цього дослідження представлені на рис. 4.5.

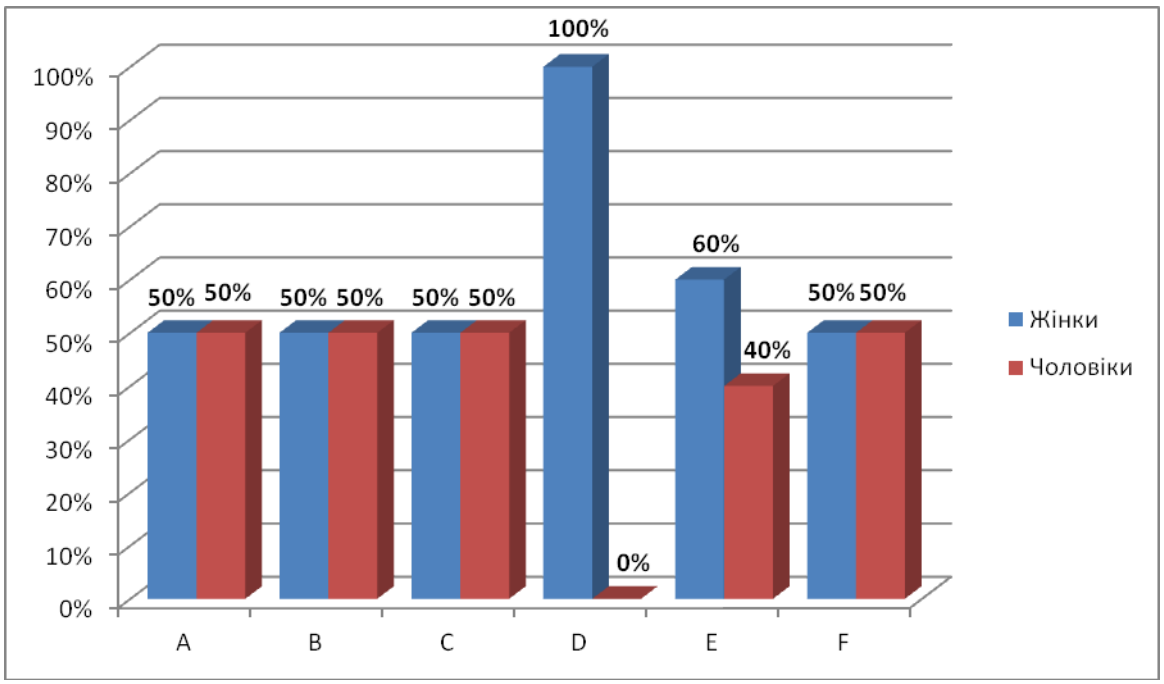


Рис. 4.5. *Особливості сімейного функціонування респондентів, % (проективна методика «Моя сім'я»)*

Примітка: *A – сексуальні відносини; B – холодність відносин; C – згуртованість членів сім'ї; D – позитивність сімейного клімату; E – взаємодія членів сім'ї; F – конкуренція між батьками або сиблінгами*

Як ми бачимо з рис. 4.5, у більшості досліджуваних присутні такі проблеми в сім'ях, які пов'язані з *сексуальними відносинами* та *холодністю в стосунках*. Пари, які живуть із такими проблемами і при цьому у них зберігається сім'я, мають швидше дружні стосунки, але в якийсь момент часу у них виникають конфлікти на порожньому місці. Вони характеризуються відсутністю емоційного зв'язку із членами сім'ї, психологічним напруженням у сім'ї, відсутністю близькості.

З метою оцінки особистості досліджуваних, рівня їхнього розвитку, працездатності та інтеграції, сфери їхніх взаємин з навколишнім світом в цілому і з конкретними людьми зокрема, ми використовували проективну методику Дім-Дерево-Людина (ДДЛ). За результатами методики «ДДЛ», у досліджуваних було виявлено наявність таких факторів як:

– *відчуття переживання неадекватності (дискомфорту, дизгармонії, неповноцінності* – 75 %, з них 47 % жінок, 53 % чоловіків). Це свідчить, що у досліджуваних є негативні переживання, які вини-

кають у результаті невдоволення яких-небудь життєво важливих потреб або конфлікту між партнерами. У таких людей спостерігається внутрішній стан незручності, усвідомлення порушень і суперечностей в ієрархії ціннісно-мотиваційної сфери, душевний розлад, стійке переконання у власній неспроможності осягнути смисл і сенс основних видів людської діяльності і мислення, здійснити їх на рівні утвердження себе в колективі як повноцінної особистості;

- *схильність до психопатій* (65 %, з них 31 % жінок, 69 % чоловіків) Такі люди характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням;
- *схильність до уникання проблем* (65 % досліджуваних, з них 54 % жінок, 46 % чоловіків), тобто актуальний чи тривалий конфлікт не вирішується, а затягується;
- *почуття провини* (60 % досліджуваних, з них 42 % жінок, 58 % чоловіків. Почуття вини, пов'язане з переживанням відповідальності за власні дії, думки і бажання, які могли нанести шкоду іншим;
- *конфліктність* (45 % досліджуваних, з них 44 % жінок, 56 % чоловіків), що свідчить про готовність досліджуваних до конфліктів, ступінь їх залучення в розвиток конфліктів;
- *страх відповідальності* (40 % досліджуваних, з них 50 % жінок, 50 % чоловіків), тобто у людей із наявністю такого факту присутня нездатність формулювати думки, відчуття страху як перед самою можливістю зробити помилку, так і перед соціальним осудом;
- *стійкість до стресів* (35 % досліджуваних, з них 29 % жінок, 71 % чоловіків), тобто у таких людей є здатність протистояти стресовим факторам за період часу, який необхідний для організації нових умов, в яких даний стресор не буде загрозливим;
- *екстраверсія* (30 % досліджуваних, з них 33 % жінок, 67 % чоловіків), можна сказати, що досліджуваним властиві імпульсивність, ініціативність, гнучкість поведінки, товариськість, адаптивність соціальна. Також вони характеризуються інтересом до зовнішнього об'єкта, чуйністю чи готовністю сприймати зовнішні події, бажанням впливати і опинятися під тиском подій, потребою вступати у взаємодію з зовнішнім світом, здатністю виносити метуш-

ню і шум будь-якого роду, а в дійсності, знаходити в цьому задоволення, здатність утримувати постійну увагу до навколишнього світу, заводити багато друзів і знайомих без особливого, втім, розбору, і, в кінцевому підсумку, присутністю відчуття величезної важливості бути поруч з кимось обраним, а отже, сильною схильністю демонструвати самого себе.

Дані результатів цього дослідження представлені на рис. 4.6.

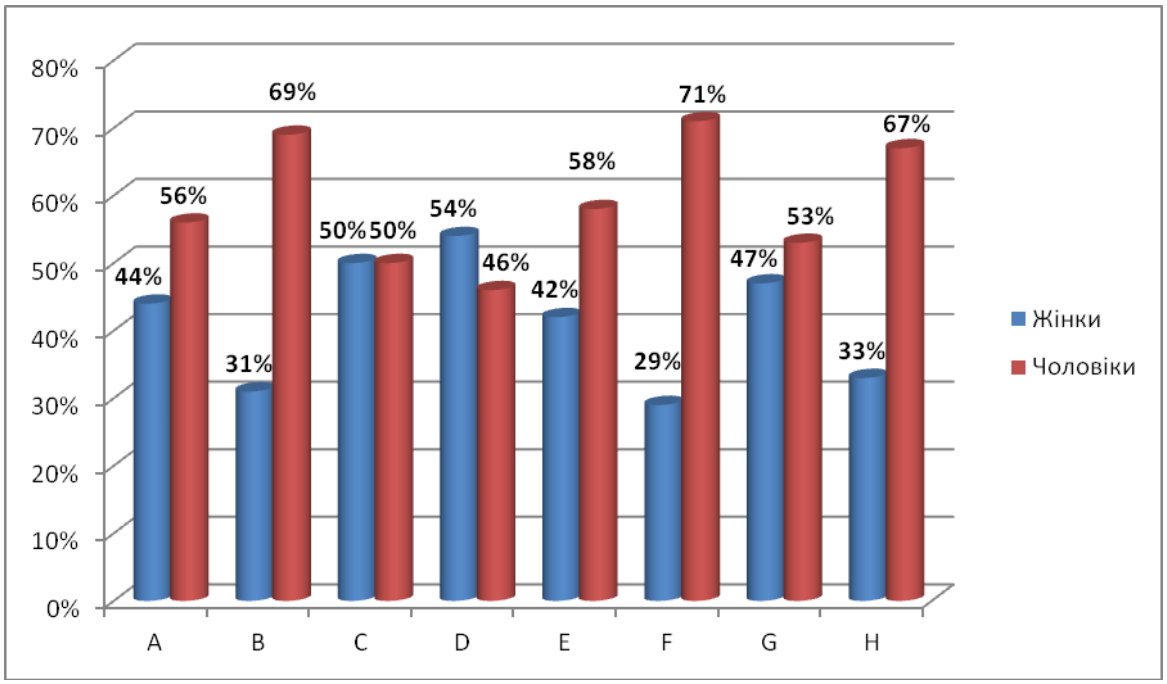


Рис. 4.6. *Гендерна диференціація показників шлюбного партнерства за проективною методикою ДДЛ, %*

Примітка: *А- ф. конфліктність; В –ф. схильність до психопатій; С – ф. страх відповідальності; D – ф. схильність до уникання проблем; Е – ф. почуття провини; F – ф. стійкість до стресів; G – ф. відчуття переживання неадекватності; Н – ф. екстраверсія*

Отже, як бачимо з рис. 4.6, досліджувані характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідним, переважно афективним мисленням, у них є негативні переживання, які виникають у результаті невдоволення життєво важливих потреб або конфлікту між партнерами. У таких людей внутрішній стан незручності, усвідомлення порушень і суперечностей в ієрархії ціннісно-мотиваційної сфери, душевний розлад, стійке переконання у власній неспроможності осяг-

нути смисл і сенс основних видів людської діяльності і мислення, здійснити їх на рівні утвердження себе в сім'ї як повноцінної особистості.

З метою діагностики сили «Его» людини, її здатності долати несприятливі ситуації, протистояти їм, дослідження особистісних резервів і особливостей захисних механізмів ми використовували проективний метод ***«Людина під дощем».*** За результатами методики були виявлені такі характеристики:

- *напруга* (95 % досліджуваних, з них 47 % жінок, 53 % чоловіків). Це свідчить про те, що досліджувані передбачають несприятливий для себе розвиток подій, що супроводжується відчуттями тривоги, страху, дискомфорту;
- *порушення у соціально-психологічній адаптації* (75 % досліджуваних, з них 47 % жінок, 53 % чоловіків), у досліджуваних порушена взаємодія із середовищем, що супроводжується міжособистісними та внутрішньо-особистісними конфліктами;
- *ригідність* (75 % досліджуваних, з них 53 % жінок, 47 % чоловіків), тобто у досліджуваних виражена складність або нездатність перебудовуватися при виконанні завдань, якщо цього потребують обставини;
- *депресивні тенденції* (65 % досліджуваних, з них 62 % жінок, 38 % чоловіків) тобто у досліджуваних присутні почуття пригніченості, безнадійності, безпорадності, провини, самокритики, зниження інтересу до зовнішньої активності;
- *інфантильність* (35 % досліджуваних, з них 57 % жінок, 43 % чоловіків). Досліджувані, у яких виявлений цей фактор характеризуються незрілістю, що виражається в затримці становлення особистості, за якої поведінка людини не відповідає віковим вимогам;

  Дані цього дослідження представлені на рис. 4.7.

Отже, як ми бачимо з рис. 4.7 у більшості досліджуваних вираженими є складність або нездатність перебудовуватися при виконанні завдань, якщо цього потребують обставини, вони передбачають несприятливий для себе розвиток подій, що супроводжується відчуттями тривоги, страху, дискомфорту, порушена взаємодія із середовищем,

що супроводжується міжособистісними та внутрішньоособистісними конфліктами.

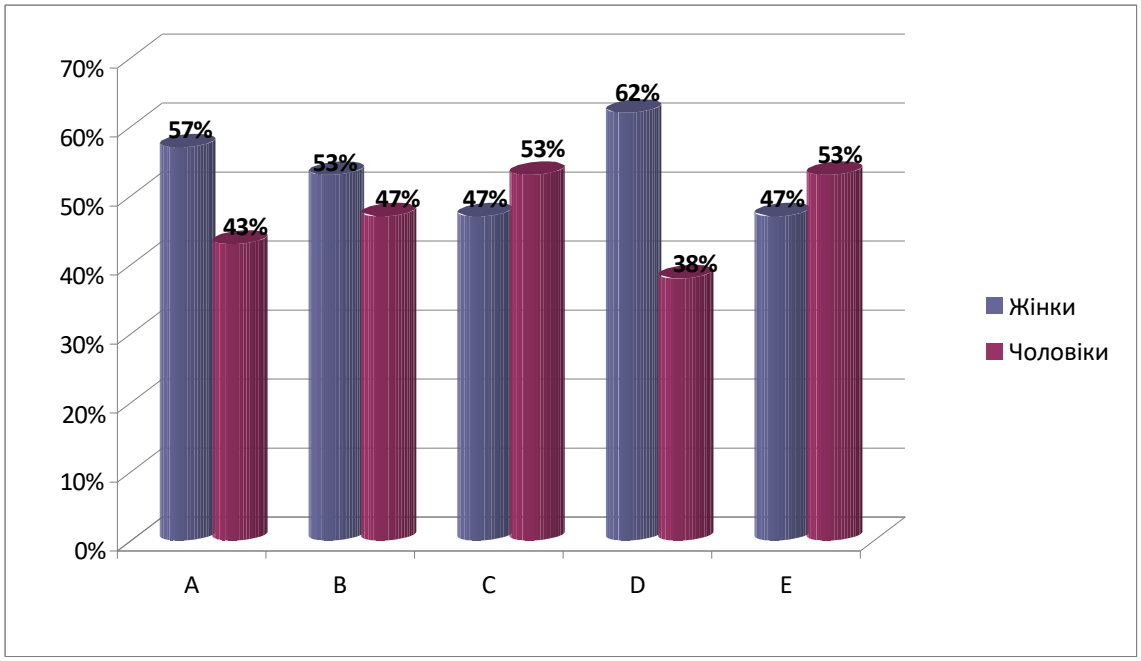


Рис. 4.7. *Психологічні характеристики досліджуваних за проективною методикою «Людина під дощем», %*

Примітка: *A – ф. інфантильності; B – ф. ригідність; C – ф. напруження; D – ф. депресивні тенденції; E – ф. порушення у соціально-психологічній адаптації*

Як психодіагностичний інструмент, орієнтований на виявлення батьківського ставлення в осіб, що звертаються за психологічною допомогою з питань виховання дітей і спілкування з ними ми використовували методику «Опитувальник батьківського ставлення». За допомогою даного опитувальника були виявлені особливості ставлення батьків до дитини за такими шкалами як:

– *прийняття-відторгнення*: (низькі – 20 %, середні – 80 %, високі – 0 %; жінки: низькі – 50 %, середні – 50 %, високі – 0 %; чоловіки: низькі – 50 %, середні – 50 %, високі – 0 %) Ця шкала відображає інтегральне емоційне ставлення до дитини. Утримання одного полюса шкали: батькові чи матері подобається дитина таким, який він є. Батьки поважають індивідуальність дитини, симпатизують їй. Вони прагнуть проводити багато часу разом з дитиною, схвалюють її інтереси і плани. На іншому полюсі шкали, батьки

сприймають свою дитину поганою, непристосованою, невдахою. Йому здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібності, невеликий розум, погані звички. Здебільшого батьки відчувають до дитини злість, образу, роздратування. Вони не довіряють дитині і не поважають її;

– *кооперація*: (низькі – 0 %, середні – 90 %, високі – 10 %. Жінки: низькі – 0 %, середні – 50 %, високі – 50 %. Чоловіки: низькі – 0 %, середні – 50 %, високі – 50 %) – це соціально бажаний образ батьківських відносин. Змістовно ця шкала розкривається так: батьки зацікавлені у справах і планах дитини, намагаються у всьому допомогти дитині, співчувають їй. Батьки високо оцінюють інтелектуальні і творчі здібності дитини, відчувають почуття гордості за неї. Вони заохочують ініціативу і самостійність дитини, стараються бути з нею на рівних. Батьки довіряють дитині, намагаються встати на її точку зору і спірних питаннях;
– *симбіоз* (низькі – 5 %, середні – 60 %, високі – 35 %). Жінки: низькі – 0 %, середні – 47 %, високі – 53 %. Чоловіки: низькі – 10 % , середні – 43 %, високі – 57 %). Шкала відображає міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною. При високих балах по цій шкалі можна вважати, що батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дитиною. Змістовно ця тенденція описується так – батьки відчувають себе з дитиною єдиним цілим, прагнуть задовольнити всі потреби дитини, захистити її від труднощів і неприємностей життя. Батьки постійно відчувають тривогу за дитину, дитина їм здається маленькою і беззахисною. Батьки не надають дитині самостійності;
– *контроль* (низькі – 20 %, середні – 25 %, високі – 55 %); жінки: низькі – 0 %, середні – 55 %, високі – 80 %; чоловіки: низькі – 35 %, середні 20 %, високі – 45 %). Ця шкала відображає форму і напрямок контролю за поведінкою дитини. При високому балі за цією шкалою у батьківському відношенні чітко проглядається авторитаризм. Батьки вимагають від дитини беззастережного послуху і дисципліни. Вони намагаються нав’язати дитині в усьому свою волю, не в змозі стати на її точку зору. За прояви свавілля дитини

суворо карають. Батьки пильно стежать за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями, звичками, думками, почуттями;

– *ставлення до невдач дитини* (низькі – 35 %, середні – 10 %, високі – 55 %); жінки: низькі – 14 %, середні – 64 %, високі – 22 %; чоловіки: низькі – 86 %, середні – 14 % , високі – 0 %) відображає особливості сприйняття і розуміння дитини батьком. При високих значеннях за цією шкалою в батьківському відношенні у батьків є прагнення інфантилізувати дитину, приписати їй особисту і соціальну неспроможність. Батьки бачать дитину молодшою в порівнянні з реальним віком. Інтереси, захоплення, думки і почуття дитини здаються батькам дитячими, несерйозними. Дитина видається не пристосованою, не успішною, відкритою для поганих вплив. Батьки не довіряють своїй дитині, нарікають на її неуспішність і невправність. У зв'язку з цим батьки намагаються захистити дитину від труднощів життя і суворо контролюють її дії.

Отже, можна сказати, що батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дитиною, відчувають себе з дитиною єдиним цілим, прагнуть задовольнити всі потреби дитини, захистити її від труднощів і неприємностей життя. Батьки в більшості випадків відчувають тривогу за дитину, вимагають від дитини беззастережного послуху і дисципліни, слідкують за соціальними досягненнями дитини, її індивідуальними особливостями, звичками, думками, почуттями.

Для вивчення досвіду батьків у вихованні дитини і пошуку помилок в батьківському вихованні, діагностики дисфункцій в системі взаємного впливу членів сім'ї, порушення в структурно-рольовому аспекті життєдіяльності сім'ї і в механізмі її інтеграції ми використовували методику АСВ. За результатами методики були виражені такі особливості виховання як:

– *гіперпротекція* (40 %, з них 50 % жінок та 50 % чоловіків), тобто досліджувані приділяють дитині вкрай багато часу, сил і уваги, виховання стало центральною справою їхнього життя;
– *недостатність вимог-обов'язків дитини* (30 %, з них 50 % жінок та 50 % чоловіків), що свідчить про те, що дитина має мінімальну

кількість обов'язків у родині. Дана особливість виховання проявляється у висловлюваннях батьків про те, як важко залучити дитину до будь-яких справ;

– *надання переваги чоловічим якостям* (30 %, з них 50 % жінок та 50 % чоловіків). У досліджуваних були виявлені зрушення в установках батьків по відношенню до дитини, залежно від її статі. В даному випадку формується тип виховання «емоційне відкидання». Можливий і протилежний перекіс з вираженою антифеміністською установкою, зневагою до матері, дитини, її сестер. У цих умовах по відношенню до самої дитини чоловічої статі може сформуватися виховання за типом «потураючої гіперпротекції»;
– *недостатність вимог-заборон до дитини* (25 %, з них 60 % жінок та 40 % чоловіків).У цьому випадку дитині «все можна». Навіть якщо й існують якісь заборони, дитина їх легко порушує, знаючи, що з неї ніхто не запитає. Вона сам визначає час повернення додому ввечері, коло друзів, ні за що не звітує перед батьками. Батьки при цьому не хочуть або не можуть встановити будь-які рамки в її поведінці. Дане виховання стимулює розвиток зіпертимного типу характеру у дитини, і особливо, нестійкого типу;
– *проекція на дитину власних небажаних якостей* (25 %, з них 60 % жінок та 40 % чоловіків). Найчастіше становить основу емоційного відкидання, сувору повдінку. Причиною такого виховання дитини часто буває те, що в ній батьки бачать риси характеру, які відчувають, але не визнають у собі. Це можуть бути агресивність, схильність до ліні, негативізм, різні протестні реакції, нестриманість та ін. Ведучи боротьбу з такими ж, істинними або уявними якостями у дитини, батьки (найчастіше батько) отримують з цього емоційну вигоду для себе. Боротьба з небажаною якістю в комусь іншому допомагає вірити, що у них самих даної якості немає. Батьки багато і охоче говорять про свою непримиренну і постійну боротьбу з негативними рисами і слабостями дитини, про заходи і покарання, які вони в зв'язку з цим застосовують. У висловлюваннях батьків присутня невіра в дитину, інквізиторські інтонації, з характерним

прагненням в будь-якому вчинку виявити «справжню», тобто погану причину;

- *надмірність санкцій* (25 %, з них 100 % чоловіків). Для цих батьків характерна прихильність до застосування суворих покарань, надмірне реагування навіть на незначні порушення поведінки. Тип виховання цих батьків «сувора поведінка з дитиною»;
- *надання переваги в дитині дитячих якостей* (15 %, з них 34 % жінок та 76 % чоловіків) коли у батьків спостерігається прагнення ігнорувати дітей, які подорослішали, стимулювати збереження у них таких дитячих якостей, як безпосередність, наївність, грайливість. Для таких батьків дитина все ще «маленька». Часто вони відкрито визнають, що маленькі діти їм взагалі подобаються більше, що з дітьми старшого віку вже не так цікаво. Страх або небажання дорослішання дітей можуть бути пов'язані з особливостями біографії самого батька (він мав молодшого брата чи сестру і на них свого часу перемістилася любов батьків, в зв'язку з чим свій старший вік сприймався як нещастя). Розглядаючи дитину як «ще маленьку», батьки знижують рівень вимог до неї, створюючи потураючу гіперпротекцію, тим самим, стимулюючи розвиток психічного інфантилізму;
- *виховна невпевненість одного з батьків* (15 %, з них 76 % жінок та 24 % чоловіків). Спостерігається найчастіше при таких порушеннях виховання, як потураюча гіперпротекція або просто знижений рівень вимог. Виховну невпевненість батьків можна було б назвати «слабким місцем» особистості самих батьків. В цьому випадку відбувається перерозподіл влади в сім'ї між батьками і дитиною на користь останньої. Батьки «йдуть на поводу» у дитини, поступаються навіть у тих питаннях, в яких поступатися, на їхню думку, ніяк не можна. Це відбувається тому, що дитина зуміла віднайти до свого батька підхід, його «слабке місце» і домагається для себе ситуації «мінімум вимог – максимум прав». Характерна ознака таких батьків – домінування в їх висловлюваннях реплік з визнанням маси помилок, зроблених у вихованні. Вони бояться упертості,

опору своїх дітей і знаходять досить багато приводів поступитися їм;

– *фобія втрати дитини* (15 %, з них 24 % жінок та 76 % чоловіків). У таких досліджуваних «слабке місце» – підвищена невпевненість, боязнь помилитися, перебільшені уявлення про «крихкість» дитини, її хворобливість і т.д. Ставлення батьків до дитини формувалося під впливом накопиченого ними страху втрати. Цей страх змушує одних батьків тривожно прислухатися до будь-якого побажання дитини і поспішати задовольнити їх (потураюча гіперпротекція), в інших – дріб'язково опікати її (домінуюча гіперпротекція). У типових висловлюваннях батьків висвітлено їх іпохондрична боязнь за дитину: вони знаходять у ній безліч хворобливих проявів, свіжі спогади про минулі, навіть віддалені за часом переживання з приводу здоров'я дитини;
– *нерозвиненість батьківських почуттів* (15 %, з них 76 % жінок та 24 % чоловіків). Цей вид виховання обумовлений порушенням виховання: гіпопротекцією, емоційним відкиданням, суворою поведінкою. Адекватне виховання дітей можлива лише тоді, коли батьками рухають будь-які досить сильні мотиви: почуття обов'язку, симпатія, любов до дитини, потреба «реалізувати себе» в дітях, «продовжити себе». Слабкість, нерозвиненість батьківських почуттів зустрічається у батьків з відхиленнями характеру. Однак це явище дуже рідко ними усвідомлюється, а ще рідше визнається як таке. Зовні воно проявляється в небажанні мати справу з дитиною, в поганому перенесенні її присутності, недостатності інтересу до її справ;
– *ігнорування потреб дитини* (10 %, з них 100 % жінок). Їм притаманне недостатнє прагнення до задоволення потреб дитини, частіше страждають при цьому духовні потреби, особливо потреба в емоційному контакті;
– *надмірність вимог-заборон до дитини* (10 %, з них 100 % жінок). У цій ситуації дитині «все не можна». Їй пред'являється величезна кількість вимог, що обмежують її свободу і самостійність. У вольових дітей таке виховання форсує реакцію емансипації, у менш

вольових зумовлює розвиток рис сенситивної і тривожно-недовірливої (психастенічної) акцентуації;

– *нестійкість стилю виховання* (10 %, з них 50 % жінок та 50 % чоловіків) дозволяє говорити про різку зміну стилю, прийомів виховання. Це свідчать про різкі зміни виховних батьків – від дуже суворого стилю до ліберального, а потім – навпаки. Характеризують нестійкість емоційних стосунків у сім'ї. Нестійкість стилю виховання сприяє формуванню таких рис характеру, як впертість, схильність протиставляти себе будь-якого авторитету;
– *винесення подружнього конфлікту в сферу виховання* (10 %, з них 50 % жінок та 50 % чоловіків). Як правило є першопричиною суперечливого типу виховання, що поєднує в собі потураючу гіперпротекцію одного з батьків з відкиданням або домінуючою гіперпротекцією іншого. Конфліктність у взаєминах між подружжям – явище, яке присутнє навіть у відносно стабільних сім'ях. Часто виховання перетворюється в «поле битви» конфліктуючих батьків. Тут вони отримують можливість найбільш відкрито висловлювати невдоволення один одним, керуючись «турботою про благо дитини».
– р*озширення сфери батьківських почуттів* (5 %, з них 100 % жінок). Зазвичай цей феномен спостерігається при таких порушеннях виховання як потурання або домінуюча протекція. Дане джерело порушення виховання виникає найчастіше тоді, коли подружні стосунки між батьками в силу будь- яких причин виявляються порушеними: немає одного з подружжя (смерть, розлучення), або відносини з ним не задовольняють батька, що грає основну роль у вихованні (невідповідність характерів, емоційна холодність і ін.). Прагнення до розширення сфери батьківських почуттів за рахунок включення еротичних потреб у відносинах матері і дитини, як правило, нею не усвідомлюється. Ця психологічна установка проявляється опосередковано, зокрема, у висловлюваннях про те, що їй ніхто не потрібен, крім сина, і в характерному протиставленні ідеалізованих нею власних відносин з дитиною, що не задовільняє її відносини із чоловіком;

Дані цього дослідження представлені на рис. 4.8.

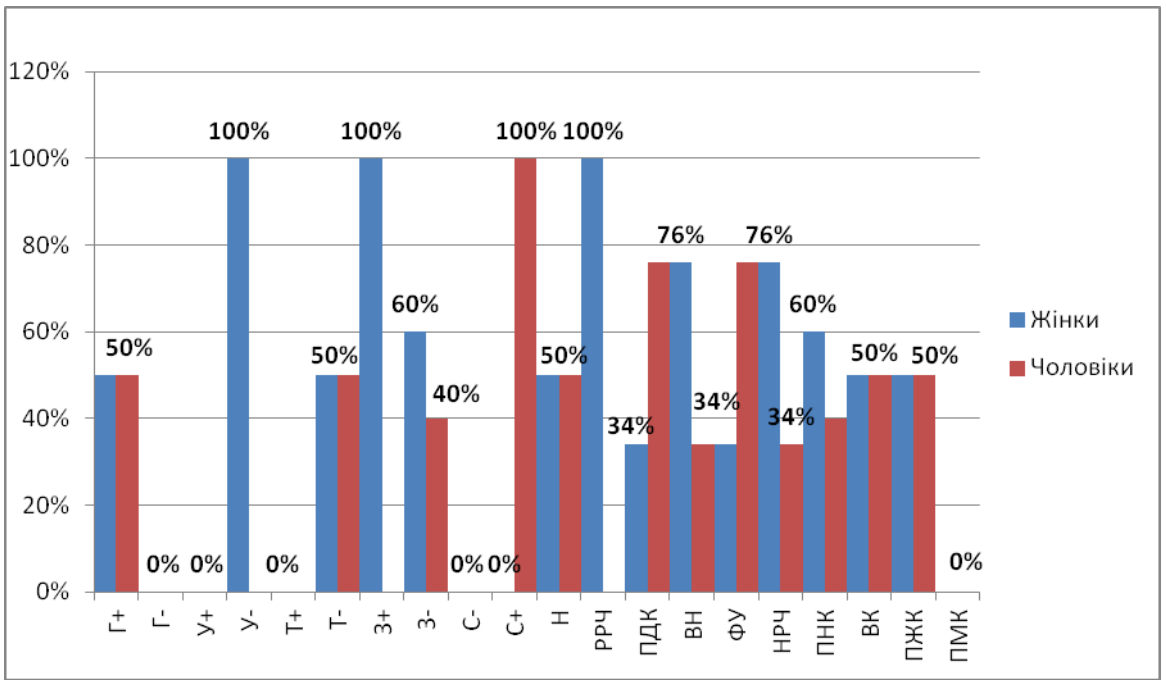


Рис. 4.8. *Виховні впливи батьків за методикою АСВ, %*

Примітка: *Г+ - Гіперпротекція; Г - Гіпопротекція; У+ - Потурання; У- Ігнорування потреб дитини; Т+ - Надмірність вимог-обов'язків; Т- Недостатність вимог-обов'язків дитини; З+ - Надмірність вимог-заборон до дитини; З- - Недостатність вимог-заборон до дитини; С- - Мінімальність санкцій; С+ - Надмірність санкцій; Н - Нестійкість стилю виховання; РРЧ – Розширення сфери батьківських почуттів; ПДК – Надання переваги в підлітку дитячих якостей; ВН – Виховна невпевненість одного з батьків; ФУ – Фобія утрати дитини; НРЧ - Нерозвиненість батьківських почуттів; ПНК - Проекція на дитину власних небажаних якостей; ВК - Винесення конфлікту в подружжі в сферу виховання; ПЖК - Надання переваги чоловічим якостям; ПМК - Надання переваги жіночим якостям*

Отже, як бачимо з рис. 4.8 досліджувані приділяють дитині вкрай багато часу, сил і уваги, виховання стало центральною справою їхнього життя, також у переважній більшості сімей, дитина має мінімальну кількість обов'язків у родині. І зокрема ця особливість виховання проявляється у висловлюваннях батьків про те, як важко залучити дитину до будь-якої справи по дому. У досліджуваних були виявлені зрушення в установках батьків по відношенню до дитини, в залежності від її статі. В даному випадку формується тип виховання «емоційне відкидання».

Проведене дослідження партнерських стосунків учасників АТО на рівні двох підсистем – шлюбної та батьківської – визначили цілі подальшої психоконсультативної та психотерапевтичної роботи. Психологічна допомога велася із врахуванням індивідуальних цілей членів та того, чого вся сім'я в цілому хотіла б досягти, з акцентом на певні зміни в стосунках сім'ї з суспільством. Так, наприклад, рішення проблем на рівні сімейної системи в цілому допомагає її членам краще працювати, вчитися і т. д. З огляду на багаторівневий характер психотерапевтичної роботи з сім'ями учасників АТО, ми використовували різні психотерапевтичні техніки та психологічні вправи, серед яких досить ефективною та результативною була ***«Година гармонізації сімейних стосунків».*** Вона стала одним з напрямків роботи з подружніми парами учасників бойових дій. Метою «Години гармонізації сімейних стосунків», є сприяння у налагодженні гармонійних подружніх взаємин. Ми передбачали проведення елементів діагностики подружніх стосунків, які дали б змогу партнерам краще зрозуміти один одного, з більшим розумінням ставитись до потреб іншого, а також ширше розкрити власні потреби та відчуття. Для цього було запропоновано наступні методики: ***«Тест самооцінки якостей», «Тест оцінки якостей ідеального партнера», «Тест оцінки якостей Вашого партнера»***. Подружжя мало змогу порівняти якості ідеального партнера і якості самооцінки. Вищий бал за якостями ідеального партнера над своїми свідчить про підсвідомі потреби у зміні власних якостей за рахунок партнера (що, як правило, є нереальним). Аналіз таких результатів дав змогу по-іншому подивитись на якості власного партнера та реально їх оцінити.

Ще одним позитивним аспектом програми була робота за напрямом ***«Дитинство у дорослому мені»***, метою якої було показати подружжю особливості їхнього ставлення до партнера, очікування, іноді нереальні, через незадоволені потреби у дитинстві. Завданням нашої роботи було знаходження основної мови любові за допомогою методики Г. Чемпен ***«П'ять мов любові»***. На нашу думку, виявлення у окремих людей потреби у словах схвалення, подарунках, наданні допомоги, прояві уваги та фізичного контакту є дуже суттєвим, оскільки

партерів можна поділити умовно на дві категорії. До першої належать ті, хто в дитинстві завжди відчував любов батьків за всіма п'ятьма параметрами. Друга категорія складається з людей, які, навпаки, ніколи не відчували на собі батьківської любові і ласки. Вони виросли у дисфункційних сім'ях, тому не знають, яка мова з боку партнера допоможе їм відчути себе коханими. Аналіз результатів за методикою дає змогу виявити потребу у конкретних мовах. Заслуговує на увагу той факт, що подружжя із задоволенням обмінювались результатами отриманих власних даних, переймалися результатами партнера, обговорювали їх, підтверджуючи фактами власних життєвих потреб.

Гарно зарекомендувала себе у роботі із дружинами учасників бойових дій та окремими військовослужбовцями, які виявили бажання взяти участь, психологічна вправа ***«Сімейна скриня»***. Важливо відмітити, що у переважній більшості із самими учасниками бойових дій проведення вправи було неефективним. Взагалі, вправи, які передбачали певне розслаблення і уяву, досить часто повертали бійців у ситуацію війни, тому ми відмовилися від такої стратегії сімейної психотерапії із чоловіками, а працювали лише із тими, хто проявляв бажання. Зате із жінками вправи на уяву щодо сімейної ситуації були дуже ефективними. При виконанні пропонується уявити сімейну скриню, де зберігається безліч таємниць, загадок, сімейних міфів, переказів, прихованих приписів, потужних послань нащадкам тощо. Усі ці «сімейні коштовності» впливають на наше становлення. Часто ми дуже схожі на наших предків не тільки зовні, але і вчинками, справами, долями. А чи хочемо ми повторювати ці долі? Щоб пошукати відповідь на це питання, ми просили учасників відкрити замок і заглянути у стару сімейну скриню. Пропонується звернути увагу, яка скриня; якого кольору; з чого зроблена; як вона відкривається; що всередині; кому що належить; які відчуття переживаються і які емоції з'являються; що б хотіли забрати із скрині; що б залишили; щоб поклали нового тощо. Вправа допомагає зрозуміти, які «підводні камені» заважають функціонувати гармонійніше, зрозуміти, що може підняти відносини на якісно новий рівень завдяки усвідомленню та інтеграції отриманих знань.

Аналіз роботи за допомогою цих трьох психологічних вправ виявив високу готовність партнерів до самоаналізу та діагностики подружніх взаємин, а також перспективи подальшої співпраці із професійними психологами.

Список використаної літератури

1. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї : курс лекцій. Київ: МАУП, 2001. 170 с.
2. Бріш К. Г. Розлади прив'язаності: від теорії до терапії: посібник. Львів, 2012. 314 с.
3. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування: навч. посіб. Київ: Четверта хвиля, 2004. 256 с.
4. Волошко Д. О. Основні чинники ефективності спілкування молодого подружжя. Вісник. Соціологія. Психологія. Педагогіка. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2006. Вип. 26. С. 40–44.
5. Говорун Т. В. Стать та сексуальність: психологічний ракурс: [навч. посіб.] / Т. В. Говорун, О. М. Кікінежді. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 1999. 384 с.
6. Грицюк І. М., Сащук Ю. В. Значення сімейного клімату для успішного навчання дитини з діагнозом ЗПР (молодший шкільний вік). *Наукові перспективи*. *Серія Психологія.* Вип. 4 (22). Київ. 2022. С. 346–356.
7. Грицюк І. М., Магдисюк Л. І. Психологічний супровід та консультування сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку (системний підхід). *Перспективи та інновації науки.* Електронний журнал. 2022. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/download/1149/1146
8. Зозуль Т. В. Психологічні особливості розподілу сімейних ролей у подружніх парах із суттєвою різницею у віці. *Психологія і особистість*. 2016. № 1(9). С. 129–138.
9. Кісарчук З. Г., Єрмусевич О. І. Психологічна допомога сім'ї: навч. посіб: у 3 кн. Київ: Главник, 2006. Кн. 1. 128 с.
10. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Г. П. Лазос [та ін.] / за ред. З. Г. Кісарчук. Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у

сучасному соціокультурному середовищі: монографія / Київ, Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.
11. Кляпець О. Феномен емоційного вигоряння в сім'ї. *Соціальна психологія.* 2006. № 4. С. 168–176.
12. Козловська Е. В. Психологічна готовність молодого подружжя до гармонізації стосунків: дис. … канд. психол. наук. Київ., 2010.
13. Комарова Н. М. Особливості консультативної роботи з сім'ями, які виховують біологічно нерідних дітей. *Соц. працівник.* 2006. № 15. С. 14–31.
14. Магдисюк Л. І. Методичні рекомендації до курсу «Психологія сімейної кризи». Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 22 с.
15. Магдисюк Л. І. Особливості шлюбно-сімейних стосунків у залежності від подружнього стажу: діагностика та консультування: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 188 с.
16. Магдисюк Л. І. Психологічна допомога дитині та сім'ї: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 324 с.
17. Магдисюк Л., Замелюк М., Безпарточна О., Борбич Н. Психологічна допомога дитині та сім'ї: практикум. навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 280 с.
18. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Основи психологічного консультування: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 360 с.
19. Максимова Н. Ю. Сімейне консультування: навч. посіб. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. 304 с.
20. Онуфрієнко Л. О. Психологічний комфорт у сім'ї – запорука успішного розвитку особистості дитини. *Обдарована дитина.* 2011. № 10. С. 59–62.
21. Пашкова Н. Психологічна допомога особам, що пережили розлучення. *Вісник Київ. ін-ту бізнесу та технологій*. Київ, 2010. Вип. 3 (13). С. 167–168.
22. Поліщук В. М., Ульїна Н. М., Поліщук С. А. Психологія сім'ї: навч. посіб. Суми: Університет. кн., 2009. 282 с.
23. Попович І. Т. Вплив гендерних стереотипів на сімейне життя молодих людей Закарпаття. Психологічні перспективи / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2010. Вип. 16. С. 241–250.

24. Потапчук Є. М. Кризи сімейного консультування та як їх подолати: довідник сімейного психолога. Хмельницький: ХНУ, 2014. 35 с.
25. Потапчук Є. М. Психологічна діагностика шлюбного потенціалу та міжособистісної сумісності з партнером : довідник сімейного психолога. Хмельницький: Вид-во «PolyLux design & print», 2020. 36 с.
26. Психологічна допомога сім'ї: навч. посіб.: у 3 кн. / за заг. ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Главник, 2006. Кн. 3. 144 с.
27. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. моногр. / за заг. ред. М. Мушкевич. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 356 с.
28. Психологія життєвої кризи / за заг.ред. Т. М. Титаренко. Київ: Агропромвидав України, 1998. 348 с.
29. Магдисюк Л. І., Головій І. І. Надання психологічної допомоги, спрямованої на покращення міжособистісного спілкування осіб пізньої зрілості та їх сімей. *Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka*. № 51 (01/2020): Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. S. 100–103.
30. Магдисюк Л. І., Цесля Т. Психологічна готовність молоді до раннього шлюбу. *Практична психологія сучасності ресурси та перспективи:* матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Луцьк, 26–27 верес. 2019 р.) / СНУ імені Лесі Українки; кафедра практичної та клінічної психології; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2019. С. 163–166.
31. Магдисюк Л. І., Блаватна О. Б. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину із затримкою психічного розвитку. *Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka*. № 52 (02/2020): Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. S. 64–66.
32. Магдисюк Л. І., Цесля Т. І. Фактори, що обумовлюють психологічну готовність молоді до шлюбно-сімейних відносин. *Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka* № 52 (02/2020): Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour». 2020. S. 67–70.
33. Помиткіна Л. В., Злагодух В. В., Хімченко Н. С., Погорільська Н. І. Психологія сім'ї: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.]. Київ: НАУ, 2011. 271 с.

34. Психологія сім’ї: навч. посібник / [Поліщук В. М. ін.; за заг. ред. В. М. Поліщука. 2-е вид. Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. 282 с.
35. Психологія сімейних взаємин: навч. посіб. / [М. С. Корольчук та ін.; за заг. ред. М. С. Корольчука. Київ: Ніка-Центр, 2010. 296 с.
36. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
37. Седих К. В. Психологія взаємодії систем: «сім’я і освітні інституції»: монографія. Полтава: Довкілля. 2006. 260 с.
38. Седих К. В. Психологія сім’ї: навч. посіб. Київ: ВЦ «Академія», 2015. 192 с.
39. Семиченко В. А. Мистецтво взаєморозуміння. *Психологія та педагогіка сімейного спілкування:* [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів] / за заг. ред. В. А. Семиченко. Київ: Веселка, 1998. 214 с.
40. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім’ї: навч. посіб. Кременчук, 2015. 135 с.
41. Федоренко Р. П. Аналіз психологічних особливостей подружньої зради на різних стадіях функціонування сім’ї. *Психологія: реальність і перспективи:* зб. наук. пр. Рівненського державного гуманітарного університету. Рівне: ВДГУ, 2018. Вип. 10. С. 146–152.
42. Федоренко Р. П. Психологічний аналіз подружніх взаємин на різних стадіях функціонування сім’ї: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 320 с.
43. Федоренко Р. П. Психологія молодої сім’ї та сімейна криза: монографія. Луцьк: «Вежа», 2007. 195 с.
44. Федоренко Р. П. Психологія сім’ї: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 364 с.
45. Федоренко Р. П. Психологія сім’ї: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 480 с.
46. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. 200 с.
47. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Психологія молодої сім’ї: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 362 с.

48. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Психологія молодої сім'ї: монографія. Вид. 2-ге, доповн. та змін. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 392 с.
49. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І., Коширець В. В. Психологічне консультування: зміст, прийоми, технології. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 368 с.
50. Федоренко Р. П. Програма сертифікатного курсу з підвищення професійної компетентності за напрямом «Сімейна психологія та психотерапія». Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 92 с.
51. Хавула Р. М. Психологічні особливості подружньої сумісності / Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський зб. наук. праць молодих учених Дрогобицького державного педуніверситету імені Івана Франка. Дрогобич: Посвіт, 2012. Вип. 3. С. 258–267.
52. Цибулько Л. Г. Криза сім'ї й сімейних стосунків як фактор соціального сирітства. *Соціальна педагогіка: теорія та практика.* 2012. 3. С. 69–74.
53. Цільмак О. М., Лефтеров В. О. Психологія сім'ї та шлюбу: таблиці, схеми, коментарі: навч.-наоч. підручник. Київ: Вид-во Ліра-К, 2020. 266 с.

РОЗДІЛ 5
ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ДІАГНОСТИЧНОЇ, КОРЕКЦІЙНОЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ Й ПІДЛІТКАМИ

5.1. Психологічні підходи до корекційної роботи з дітьми військовослужбовців та дітьми, що пережили травму війни

Військові дії, що відбуваються в Україні, мають значний вплив на усіх жителів. На сьогодні не залишилось безпечних місць в нашій державі. Тому у сучасних реаліях українського суспільства, що перебуває в умовах жорстокої війни, значна кількість дітей опинилася під впливом надзвичайно травматичних обставин. Особливої уваги потребують діти військовослужбовців – як ті, чиї батьки перебувають у зоні активних бойових дій, так і ті, хто втратив близьких на війні. А також діти, які стали безпосередніми свідками або жертвами насильства, втрати домівки, розлуки з рідними, гучних вибухів, які живуть і чують постійні звуки тривоги тощо. Психологічні наслідки таких переживань можуть бути глибокими, тривалими та різноманітними: від тривожних розладів до порушень поведінки, емоційної нестабільності та труднощів у соціалізації.

У цьому контексті особливо важливою постає корекційна робота з такими дітьми, спрямована на підтримку, психологічне відновлення та гармонізацію психоемоційного стану. Психологічна допомога має бути системною, професійною та чутливою до індивідуальних потреб кожної дитини. Залежно від віку, особистісних характеристик, обставин травмування та рівня соціальної підтримки – фахівці обирають відповідні психологічні підходи, методики та інструменти корекції.

Діти це та категорія, яка, можливо не завжди усвідомлено, але відчуває всі душевні переживання найбільш значимих дорослих. Усе це спричиняє зростання рівня тривожності, страху, а також актуалізує негативні почуття, які важко переживати, проговорювати дорослому, а надто дитині. До таких почуттів належать тривога, страхи різного рівня інтенсивності, фобії, психосоматичні розлади тощо. Робота з такими емоційними переживаннями має не лише важливе значення

для поліпшення емоційного стану дитини, а й для збереження її гармонійного життя та саморозвитку в майбутньому.

Авторка одного з доказових модулів, сфокусованих на дитячих і підліткових травмах, Дж. Коен, у своїй книжці цитує фразу психіатра Каліфорнійського університету А. Ліберман, згідно з якою, з дітьми та підлітками працює не окремо взятий якийсь метод, а «симфонія підтримки» (Cohen, 2017). Інші автори користуються такою музичною метафорою: для надання ефективної допомоги травмованим дітям і підліткам потрібні оркестровані зусилля зацікавлених суб'єктів. Тільки спільні координовані зусилля різних зацікавлених суб'єктів дадуть нам змогу задовольнити пов'язані з травматичним досвідом різноманітні потреби дітей і підлітків. Цими ключовими суб'єктами є сама дитина/підліток, її/його сім'я, школа, відповідні служби піклування, мережа переадресації, відповідні урядові установи та неурядові організації тощо.

Перенесені психотравмуючі події в дитинстві, великою мірою підвищують ризик психічних розладів у підлітків та дорослих. Частіше всього це: ПТСР, афективні та тривожні розлади, суїциди, залежна поведінка (алкоголізм, наркоманія, нехімічні форми залежності), розлади харчування та сексуальної поведінки. Важкі та тривалі травми викликають порушення особистісного розвитку: низька самооцінка, порушення міжособистісних стосунків (в тому числі подружніх та батьківства) у дорослому віці.

Перенесені травматичні події в дитячому віці викликають психічні та соматичні порушення, які можуть турбувати травмовану особу протягом тривалого часу, інколи – все життя. Як зазначає В. Гарбузов, «ідеї самознищення, неповноцінності, нездатності бути собою серед інших однолітків, виникають тоді, коли довготривалий діючий стрес перевершує адаптаційні можливості дітей, не дає їм виразити себе, своєчасно вирішити травмуючи ситуацію».

Механізм дитячого стресу полягає в тому, що щось зовнішнє, невідоме насильно приходить в життя дитини і починає у вигляді спогадів чи страхів переслідувати її. Без допомоги батьків, а часто і професійного психолога дитині неможливо подолати стрес. Варто пам'ятати,

що діти та підлітки помічають і реагують на стрес у своїй родині, а також переживають свій власний стрес. Важливо вчасно розпізнати стрес у дітей та підлітків і надати їм належну допомогу. Окрім того, діти раннього шкільного віку гостро реагують на зміни в найближчому оточенні, відчувають настрої дорослих, але не вміють висловлювати свої переживання, оформити свої відчуття через відсутність когнітивного досвіду. Навчання навичкам саморегуляції, підвищення рівня особистісної стресостійкості дітей, підлітків потребує особливої уваги, оскільки вони використовують у дорослому житті ті методи боротьби зі стресом, яким їх навчили в дитинстві.

Стрес сам по собі не є негативним явищем, стверджує дитячий психолог Б. Браянт. В дійсності, лише стан стресу примушує людину бути активною і діяти. Труднощі примушують учитися, а мозок – працювати. Основою усіх теорій навчання є стрес, але коли він порушує розвиток – це уже проблема. Коли дитина переживає багато стресових ситуацій, вона може взагалі втратити працездатність. І саме тут, з метою попередження стресового розладу повинні втрутитися батьки та психолог.

Причиною стресу у дітей та підлітків може бути що завгодно, що викликає у них страх і тривогу. Реакція на психотравмуючі переживання пов’язана з віковими особливостями дітей та підлітків, з рівнем психоемоційного розвитку, освіти та інтелектуальної діяльності, а також із їх стосунками з батьками та соціальним оточенням. У деякі вікові періоди несприятливі фактори (розлука з родиною, смерть близьких, пережита роль очевидця психотравмуючих подій) можуть значно вплинути на реакції і розвиток дітей.

На думку С. Духновського, переживання травми актуалізує трансформацію особистості, при якій вірогідність небажаної форми поведінки, наприклад девіантної, як форми компенсації і захисту від важких переживань, набагато збільшується.

Національна асоціація шкільних психологів США розробила поради для батьків і вчителів, діти яких живуть в умовах страху війни та тероризму. Дорослі повинні допомогти дітям почуватися в безпеці, коли світ здається дуже небезпечним місцем. Батьки і вчителі мають

розуміти, як правильно реагувати на емоційні реакції та стани дітей, серйозність яких варіюється залежно від особистих обставин. Діти, що пережили особисту втрату чи зазнали впливу терористичних актів і військових дій, а також діти військових та працівників служб порятунку та громадської безпеки стають особливо вразливими. Чи зможе дитина подолати травму, а чи залишиться з нею на все життя, залежить від багатьох обставин. Вчителі та вихователі можуть допомогти дитині відновити почуття безпеки, моделюючи спокійну та контрольовану поведінку. Це має вирішальне значення для того, щоб діти мали можливість обговорити свої проблеми та могли відділити реальні страхи від уявних. Також важливо обмежити «порції» травматичної інформації зі ЗМІ та соцмереж.

Слід зазначити, що підготовлений нами матеріал буде корисним як в роботі із дітьми, дистанційованими від активних місць бойових дій та терористичних актів, бо ще раз наголошуємо, що в Україні не залишилось безпечних місць проживання. Коли ж ідеться про травматичний досвід постраждалих та очевидців, знадобиться серйозніша допомога у вигляді психотерапії. При роботі з дітьми, які стали очевидцями бойових дій важливо звертати увагу на їхні емоційні реакції:

1. Домінантною реакцією є страх: за родичів і близьких в армії, а також побоювання за власну безпеку. Дитячі фантазії зазвичай перебільшені, хоча й базуються на реальних подіях. Дитина може уявляти падіння бомби на власний будинок, уявляти найгірше.

2. Втрата контролю. Військові дії – те, що діти і більшість дорослих не можуть контролювати. Відчуття втрати контролю породжує ефект, коли діти хапаються за все, що можуть контролювати: відмовляються йти у школу, слухатися, залишатися без батьків або улюблених іграшок тощо.

3. Гнів. Оскільки діти не можуть спрямувати свою злість на безпосередніх винуватців, тобто на джерело загрози, вони часто спрямовують її на тих, хто поряд: однокласників, сусідів, відсутніх батьків. Ситуація ускладнюється, якщо серед рідних є добровольці: патріотизм і обов’язок є абстрактними поняттями для дітей молодшого віку, які відчувають лише конкретну реальність розлуки з рідною людиною.

4. Втрата стабільності та впевненості в собі. Незвичні обставини порушують звичний спосіб життя. Це стає джерелом тривоги та постійної невпевненості.

5. Збентеження. Діти відчувають збентеження, не розуміючи, на що їм чекати, та коли це все закінчиться. Інший вид реакції – найменші можуть не розрізняти насилля-як-розвагу (в кіно, іграх) та реальні події з новин.

Ефективна робота подолання наслідків впливу психологічної травми у дітей та підлітків можлива лише при комплексному підході, який об'єднує в собі різні методи і способи роботи, що створені в рамках різних психотерапевтичних підходів. Як вважає Я. Овсяннікова, психологічна допомога дітям та підліткам повинна здійснюватися з урахуванням вікового, фізичного та психічного розвитку, стану фізичного та психічного здоров'я, тяжкості психотравми і сили переживання травматичного досвіду. На думку Т. Яценко робота у групі актуалізує внутрішньо детерміновані форми поведінки, стає цінною для соціального навчання. У групі виникають стосунки, які виявляють стереотипність поведінки, сформованої в процесі життя.

У своїй роботі з дітьми ми застосовуємо методи активного соціально-психологічного навчання, ігрову терапію та різні види арттерапії, тренінг тощо. При роботі ми враховуємо, що будь-який вияв психіки суб'єкта – висловлювання, невербальна поведінка, психомалюнок – несе в собі можливість актуалізації емоційних реакцій, що сприяє взаємному пізнанню.

Психокорекційна робота з дітьми та підлітками має свою специфіку у порівнянні з такою ж у дорослих. Обговорюючи можливості корекційної та розвиваючої роботи з дітьми, зарубіжні психологи відзначають великий оптимізм щодо вирішення дитячих проблем. Ці проблеми мають менш тривалу історію розвитку в силу кількості прожитих років; до того ж це молодий організм, що лише розвивається, особистість дитини має безліч компенсаторних, адаптивних можливостей, що дозволяє психологу більш гнучко підходити до питань виправлення відхилень поведінки чи розвитку: врахування вікових особливостей дітей дозволяє виявити труднощі на ранніх етапах їх

становлення або ж навіть попереджати їх появу, здійснюючи профілактичну роботу. Тому в корекційній роботі, необхідно керуватись принципами, продиктованими віковими та психологічними підходами.

Термін «корекція психічного розвитку» як і «сукупність педагогічних впливів, спрямованих на виправлення недоліків в розвитку дитини» вперше було використано в дефектології, і потім був перенесений у сферу нормального розвитку. Тут корекція розглядається як «створення оптимальних можливостей та умов для психічного розвитку в умовах норми». Значний вклад у розробку принципів організації корекційної роботи з дітьми вніс Л. Виготський. Саме він вказав на першочергову роль профілактичних заходів, спрямованих на попередження розвитку вторинних дефектів. Основними напрямками корекції психічного розвитку є: корекція відхилень в психічному розвитку та профілактика негативних тенденцій особистісного та інтелектуального розвитку. Також, ґрунтуючись на положеннях Л. Виготського про зони найближчого розвитку, можна виділити ще один рівень корекційної роботи з дітьми – загальнорозвиваюча робота. Для цього створюються психокорекційні групи.

Психокорекційна група – це штучно створена мала група, об’єднана цілями міжособистісного дослідження, особистісного навчання, саморозкриття. Ця взаємодія «тут» і «тепер», при якому учасники включаються у процеси міжособистісної взаємодії в даний момент і в даному місці. У випадку дитячих груп, які складаються у процесі реабілітації дітей, що зазнали травматичного впливу, в наслідок війни в Україні, то кількість дітей варіюється від 6 до 15 дітей у групі. Ці групи є змішаними, тобто участь беруть і хлопчики, і дівчатка. Ускладнює діяльність групи те, що діти належать до різних вікових категорій. У ці заняття є скоріше допоміжним профілактичним заходом, тому навички, які здобувають діти у процесі корекційних занять, допомагають їм подолати труднощі, а також готують до вирішення проблем, що можуть виникати в майбутньому.

Група виступає як модель реального життя, де дитина виявляє ті ж відносини, установки, цінності, ті ж способи емоційного регулювання й ті ж поведінкові реакції. Використання групової динаміки спрямова-

не на те, щоб кожен учасник мав можливість проявити себе, на створення в групі ефективної системи зворотного зв'язку, що дозволяє адекватніше і глибше зрозуміти самого себе, побачити власні неадекватні відносини й установки, емоційні поведінкові стереотипи, які проявляються у міжособистісній взаємодії і змінити їх в атмосфері доброзичливості та взаємного прийняття.

Цілі і задачі групової психокорекції – розкриття, анамнез, усвідомлення та опрацювання проблем дитини, її внутрішні та міжособистісні конфлікти, а також корекція неадекватних відносин, установок, емоційних, поведінкових стереотипів на основі анамнезу та використання міжособистісної взаємодії.

Завдання групової психокорекції фокусуються на трьох складових самосвідомості:

- Саморозуміння (когнітивний аспект);
- Ставлення до себе (емоційний аспект);
- Саморегуляція (поведінковий аспект).

У груповій психокорекції основним інструментом корекційного впливу виступає група, яка допомагає виявити і скоригувати проблеми за рахунок міжособистісної взаємодії і групової динаміки, сфокусованих на процесі «тут» і «тепер». На цій підставі іноді формується точка зору, згідно з якою групова психокорекція спрямована на опрацювання конфліктів у сфері міжособистісної взаємодії.

Розроблена нами реабілітаційна програма для дітей має ґрунтовний стержень, та все ж потребує корегування в залежності від віку дітей, від інтелектуальних особливостей, здатності до творчого самовираження, і, навіть, від погодніх умов (оскільки програма передбачає розвиваючі, рухові ігри на свіжому повітрі). Складністю роботи виступає те, що групи різновікові, тому необхідно враховувати та в певній мірі «використовувати» старших за віком дітей для допомоги меншим та навпаки.

У своїй психокорекційній роботі ми не робимо акценту на військових діях, війні загалом. Наповнюємо життя дітей позитивними моментами, грою, спілкуванням, підтримуємо їх у всіх починаннях, заохочуємо творчість. Важливим у роботі такої групи є стиль спілкування: воно

має бути активним, заохочувати дітей до самодопомоги та взаємної підтримки (дорослiші діти допомагають меншим, допомагають волонтерам, психологам; менші діти прагнуть до взаємодії зі старшими, беруть з них приклад поведінки тощо). Першочерговим завданням корекційної роботи в групах з дітьми ми вбачаємо профілактику негативних тенденцій особистісного розвитку та загальний розвиток.

Під час роботи у корекційній групі характер спілкування визначає керівник-психолог. Керівники повинні бути взірцем для дітей, виявляючи повагу та розуміння до інших, уважно слухаючи, засвідчуючи співчуття, створюючи оптимістичний настрій, заохочуючи активну взаємодію та формуючи віру у власні сили, уникаючи недооцінювання дитячих проблем, а у деяких випадках, вдаючись до гумору. Не можна допускати емоційного перенавантаження дітей. Тому керівники дитячих груп повинні мати досвід роботи з дітьми, досвід використання арттерапевтичних методик, технік тощо. Усі заняття повинні бути попередньо сплановані, визначені матеріали. Завчасно повинні бути розподілені обов'язки між керівниками-психологами, волонтерами та іншими учасниками взаємодії.

Важливим є попереднє вивчення скарг батьків щодо причин звернення за психологічною допомогою. Щодо нашої практики психологічної допомоги дітям, то найбільш частими зверненнями батьків до нас стали скарги на те, що діти стають дратівливими, неспокійними, полохливими, часто плачуть через дрібниці, не хочуть гратись, та втрачають цікавість до того, що раніше їм подобалось. Діти можуть проявляти занепокоєння та тривогу, у багатьох спостерігається напади гніву та роздратування. Вони неспокійні, їм важко зосередитись у школі. У деяких дітей виникають проблеми зі сном. Якщо ж на дитину впливає декілька негативних факторів (зокрема, коли додаються сварки у сім'ї, хтось починає зловживати алкоголем тощо), то можуть постати ще більш серйозні проблеми. Відсутність допомоги згубно впливає на життя дитини вдома та у школі. Занепокоєння, полохливість, емоційне відчуження, труднощі із зосередженням можуть викликати значні проблеми в ефективному, гармонійному становленні дитини у майбутньому.

Та крім того фахівці психологи визначають більший перелік скарг коли, діти можуть потребувати психологічної допомоги: коли вони чогось бояться; кусають нігті або постійно тримають пальці в носі; охочіше бавляться самі, ніж із друзями; немовлятами кричать і не можуть спати; вгамовують своє «горе» надмірним харчуванням або відсутністю апетиту; страждають на енурез або енкопрез; є надзвичайно неспокійними та галасливими; мають мовні проблеми; не розмовляють і деградують; мають потребу ламати і втікати; постійно думають про щось погане; є недовірливими; часто потрапляють у неприємності; почуваються виснаженими та безрадісними; надто багато часу проводять за комп'ютером або телевізором, замінюючи ними спілкування; стають залежними від медикаментів та алкоголю; мають проблеми у грі (у колективі й на одинці) або навчанні; мають постійні головні болі або болі в животі; страждають на захворювання верхніх дихальних шляхів; мають проблеми з харчуванням і травленням, розлади сну; страждають на хронічні захворювання та алергії.

Психокорекційна робота з дітьми та підлітками, які зіткнулись із важкими емоційними переживаннями, підвищеною тривогою, що пов'язано з перебуванням їх близьких у зоні бойових дій, втратами, відтермінованим горюванням та в загальному стресовими подіями, що відбуваються в Україні – має свою специфіку. На думку науковців, які працюють з дітьми в кризових ситуаціях, психологічна допомога повинна забезпечувати три основні аспекти: емоційну, екзистенційну та смислову підтримку дитини. Адже вплив таких психогенних факторів, як страх смерті близької людини, постійний стрес мають на психіку дитини значний вплив. Важкість протистояння такій психічній травмі очевидна, оскільки дитяча психіка є ще недостатньо сформованою, вольовий контроль емоційних реакцій слабкий – все це може спричиняти зміни в усіх сферах особистості.

Важливо використовувати всесвітній досвід фахівців при роботі з психотравмою та знаходити нові шляхи допомоги таким категоріям. Чим швидше допомогти дитині впоратись зі стресами, страхами та гнітючими переживаннями, тим легше буде їй уникнути проблем у майбутньому. Багато людей навіть з дуже високим рівнем інтелекту

часто не досягають кар'єрних висот і нещасливі в особистому житті, так як звикли сприймати емоції як щось, що заважає їх життю, що доставляє безліч турбот і перепон. Але це в корені неправильна думка. Адже спочатку успіх будь-якої людини залежить саме від ставлення до оточуючих людей і ситуацій, в яких людина може опинитись. Крім того, діти – повністю емоційні і їх здібності розвиваються в залежності від їх емоційного стану. В даному випадку батьки та інші значимі дорослі, і фахівці повинні об'єднати зусилля, щоб дитина не піддалась неприємним настроям, щоб життєвий тягар негативних емоцій не зламав дитину, щоб зберегти її психічне здоров'я. У людини, як істоти суспільної, емоційно-почуттєва сфера є своєрідною формою орієнтування, що виражається в потребі двостороннього емоційного контакту, у якому особистість почуває, що сама є предметом зацікавленості, і що інші співзвучні з її власними почуттями. У такому співзвучному емоційному контакті і перебуває кожна здорова людина незалежно від віку та ціннісних орієнтацій.

Емоційні тенденції відображають не лише природжені нахили, а й значною мірою культурні та соціальні впливи. І, як зазначав М. Левітов, емоційні стани, якщо вони переживаються людиною часто й довго, можуть перетворитися у властивості її характеру.

Стан визначає особливості переживань і поведінки, це тривале відчуття, що забарвлює життєві стосунки. Оскільки багато емоційних тенденцій засвоюються саме через соціум, тобто саме із сфери емоцій, то емоційно-почуттєву сферу характеризує низка властивостей, зокрема суб'єктивна забарвленість, полярність, амбівалентність, інтенсивність, тривалість, предметність. Найбільше це стосується дітей, оскільки на думку сучасних дослідників, саме в дитинстві формуються вміння усвідомлювати свої емоції, керувати своїми емоціями, що в подальшому є запорукою щастя та успіху в усіх сферах життя. Емоції та почуття допомагають особистості долати життєві та професійні труднощі, формувати суб'єктивне ставлення до тих чи інших явищ та подій, допомагають налагоджувати контакти з іншими людьми у процесі життєдіяльності, допомагають побудувати цілісний суб'єктивний образ, дають змогу краще зрозуміти внутрішній стан один одного, можуть мотивувати ту чи іншу поведінку людини та ін.

Емоційні фактори визначають структуру уявлень про себе, і ту схему, за допомогою якої особистість описує поведінку інших. Життя чи то дитини, чи дорослої особистості пов'язане з постійним проявом емоцій, їх розпізнаванням та маскуванням, адже в їх основі лежить спілкування людей. Такі типові прояви поступово стають особистісною характеристикою, яку А. Ольшаннікова називає емоційністю. Емоційність, на її думку, є однією з основних складових темпераменту і однією з центральних та фундаментальних характеристик індивідуальності.

Експериментальне вивчення особливостей емоційності виявили зв'язок з такими якостями та процесами, як: саморегуляція діяльності; комунікативність; специфіка загальної пристосованості, адаптивності в звичайних та в складних емоційних умовах; характер самооцінки; когнітивний стиль. Наслідки психологічної травми можуть проявитися у різних сферах життєдіяльності дитини. Продовжуючи тему емоцій, необхідно відзначити, що на емоційному рівні у дитини з'являються найрізноманітніші страхи. Зокрема у дітей можуть спостерігатися фобії спати на самоті, боязнь розлуки з дорослими, спостерігається емоційна нестійкість, зростає недовіра та підозріливість, пригнічений стан, тривожність.

Вченими визначається дуже багато видів дитячих страхів (патологічні, нормальні, вікові, ситуативні, природні, соціальні). Основними методами виявлення дитячих страхів є малюнок. Одним із них є тестовий малюнок.

«Квітка емоцій» (діагностує емоційний стан дитини). Для тесту необхідно підготувати додатковий матеріал: листок білого паперу та листок-шаблон із зображенням квітки. На великому аркуші зображена ромашка, на її пелюстках написані емоції (любов, ненависть, щастя, сум, страх, самотність, провина). Дитині пропонується намалювати малюнок на будь-яку тему, після чого дорослий кладе на стіл аркуш із зображенням ромашки. Дитині пропонують розфарбувати кожну пелюстку певним кольором, який, на її думку, відповідає даній емоції. При аналізі малюнка необхідно звертати увагу на те, яким кольором, як заштрихований листок. Можна запропонувати батькам зобразити палітру їхніх емоцій та порівняти з дитячим баченням.

Ще одним засобом роботи з дітьми є тест на виявлення тривожності (підходить для дітей віком 4–10 років), який дає можливість виявити рівень тривожності або можливість дослідження джерел виникнення страхів. При аналізі даного тесту визначається невротичний стан, висока вірогідність виникнення неврозу, наявність проблем, що потребують звернення до спеціалістів, страждання дитини, відсутність уваги з боку батьків тощо.

Окрім того, якщо у дитини яскраво виражені зовнішні прояви страху, психолог постійно повинен застосовувати метод спостереження. Особливо бажаним є цей метод у роботі з дітьми, які не розмовляють, не малюють, не можуть відповісти на питання дорослих. Але негативним моментом спостереження є те, що можна помилитися з емоціями та дійсними страхами. Англійський психолог Дж. Боулбі запропонував знайти в поведінці дитини «маячки» страху.

Вдалим методом роботи із страхами є експрес-тест на визначення рівня тривоги (прояв таких емоцій як страх, радість печаль у кожної дитини проявляється по різному). Підвищена тривожність є сигналом для батьків, що у дитини можуть з’явитися важкі форми страху. Протягом 3–5 днів батьки уважно спостерігають за дитиною, відмічаючи на аркуші паперу, які з проявів тривоги спостерігаються у дитини:

- тривожність, нервозність протягом дня;
- проблеми з концентрацією уваги;
- лицьові конвульсії, напруженість м’язів лиця, шиї;
- капризність, плаксивість;
- проблеми зі сном та засипанням.

Методика виявлення дитячих страхів (А. Захаров та М. Панфілова), яка призначена для виявлення й уточнення переважаючих видів страхів (страх темряви, самотності, смерті, медичні страхи). Перш ніж допомогти дітям у подоланні страхів, необхідно з’ясувати, увесь спектр страхів, і яким саме страхам вони піддані.

В процесі роботи з даною методикою у дітей запитують: «Скажи, ти боїшся або не боїшся». Бесіду слід вести неквапливо й докладно, перераховуючи страхи й очікуючи відповіді «так» – «ні» або «боюся» – «не боюся». Повторювати питання про те, боїться або не боїться

дитина, випливає тільки час від часу. При стереотипному запереченні всіх страхів просять давати розгорнуті відповіді типу «не боюся темряви», а не «ні» або «так». Дорослий, що задає питання, сидить поруч, а не навпроти дитини, не забуваючи її періодично підбадьорювати і хвалити за те, що вона говорить усе як є. Краще, щоб дорослий перераховував страхи по пам'яті, тільки іноді заглядаючи в список, а не зачитуючи його.

Також можна використовувати проективну методику «Мої страхи» А. Захарова. Вона допомагає визначити найбільш яскраві переживання почуття страху. Після попередньої бесіди, про спогади дитини про те, що її лякає, їй пропонують аркуш паперу й кольорові олівці. У процесі аналізу звертається увага на те, що дитина намалювала, а також на кольори, що використовувалися нею у процесі малювання. По закінченню малювання дитину просять розповісти про те, що вона зобразила. Таким чином, передбачається, що активне обговорення дитиною своїх відчуттів в ігровій обстановці дозволяє внутрішнім ресурсам змінити напрямок із захисту на конструктивний процес особистісних змін. Оперуючи матеріалами образотворчої діяльності, дитина відображає на ньому особливості свого внутрішнього світу. Тому проективні методики використовуються для виявлення найбільш яскравих переживань почуття страху.

На думку дослідників на когнітивному рівні також можуть спостерігатись негативні зміни, як погіршення концентрації та переключення уваги, порушення пам'яті, можлива затримка інтелектуального розвитку.

Зазнає змін і поведінкова сфера: можливий розвиток агресії, регресії, виникає дезадаптація. Звичайно, що дані реакції є індивідуальними та залежать від цілого ряду зовнішніх і внутрішніх факторів та умов.

Згідно досліджень в даній галузі, травматичний досвід, отриманий в дитинстві, впливає на загальний розвиток дитини. Тому без психологічної підтримки у таких дітей може сформуватись специфічне ставлення до себе, руйнуються цінності, ідеали, змінюється самосприйняття. Звична картина світу руйнується, що тягне за собою недовіру, невміння та небажання налагоджувати контакти, ефективно взаємодіяти з

оточуючими. Деформується система відносин з оточуючими людьми, зникає довіра до дорослих, втрачається перспектива на майбутнє. Тому, для подолання наслідків психологічної травми, необхідно застосовувати комплексний підхід.

Дослідники виділять три важливих аспекти надання психологічної підтримки у відповідності з джерелом негативних суб'єктивних переживань. Перший аспект – діяльнісний. Смисл психологічних впливів в рамках даного аспекту полягає, перш за все, в підвищенні ефективності діяльності. Для реалізації цього аспекту можна використовувати будь-які засоби оптимізації діяльності. Другим аспектом, що тісно пов'язаний з першим, є контроль та управління функціональним станом особистості, його корекція. Заходи психологічної підтримки, в такому випадку, будуть спрямовані на нейтралізацію негативних станів, що знижують ефективність діяльності та погіршують психічне здоров'я. Третій аспект – соціально-особистісний: до нього відносяться питання, пов'язані з динамікою мотивів, рівнем прив'язаності, зі специфікою міжособистісних стосунків, рівнем тривожності та схильності до страхів і ризиків, психологічним задоволенням життям.

Тому, надаючи допомогу дітям необхідно виділяти ті ситуації, в яких психологічна підтримка необхідна та використовувати той вид терапії, який буде найбільш ефективним. Надання дітям кваліфікованої психокорекційної допомоги потребує від психолога обізнаності зі специфікою несвідомого та розвитку необхідних умінь і навичок роботи з цією сферою психіки, адекватного методичного забезпечення фахівця. Важливим є використання відповідних засобів, що дають змогу об'єктивувати психологічний зміст у символічній формі (тематичному малюнку, предметній моделі, засобах арттерапії, казкотерапії, ігровій). Доцільність використання таких прийомів пов'язана зі специфікою змісту несвідомого – він має символічний характер і пізнається опосередковано.

Вони мають бути дотичними до основного виду діяльності дитини. Мета нашої програми – за допомогою слова, налагоджених взаємин та різноманітних форм гри, творчих «само виражень» вплинути на поведінку дитини та налагодити її взаємодію з людьми, які її оточу-

ють, гармонізувати емоційну сферу та налагодити поведінкові прояви. Звичайно, що важливим аспектом є також розвиток нових здібностей та умінь або активізація уже сформованих, але які дитина перестала використовувати через різні причини (страх, низьку самооцінку, тривожність, висміювання тощо).

Завдання реабілітаційної програми полягають також у максимальній здатності дитини ефективно задовольняти свої потреби, не заважаючи іншим людям, оптимізації зв'язків дитини з оточенням, вивільненні від негативних переживань, накопиченні позитивного досвіду, віднайдені власного ресурсу. Дітям важливими є увага до їх родини, з боку фахівців, що в майбутньому сприятиме адекватній адаптації в суспільстві.

Основними складниками нашої психокорекційної ситуації є:

- дитина, яка потрапила в складні життєві умови, яка зазнала переживань, страхів і потребує допомоги (нехай навіть профілактичної);
- психологи проєкту, які завдяки своїм професійним умінням та практичному досвіду здатні надати дитині підтримку та допомогу. Не виключаємо з цього процесу батьків, які в свою чергу, вносять вклад у розвиток своєї дитини. А також присутність інших дітей, які пережили схожу ситуацію;
- набір технік та методів, які застосовують для психокорекційної роботи.

У вітчизняній сучасній психології одним із засобів корекції дитячих страхів та інших негативних індивідуально-поведінкових аспектів є **ігрова терапія**. На думку А. Я. Варга, ігрова терапія – нерідко єдиний шлях допомоги тим, хто ще не засвоїв світ слів, дорослих цінностей і правил, хто ще дивиться на світ знизу вгору, але у світі фантазій і образів є володарем. На думку багатьох дослідників, гра є провідним засобом психотерапії в дошкільному віці, при цьому вона несе ще й діагностичну, і навчальну функцію. Грі, за її розвиваючим потенціалом, за кінцевим ефектом, в дошкільному віці відводиться центральне місце.

Успішність ігрового корекційного впливу закладена в діалогічному спілкуванні дорослого і дитини, через прийняття, відображення і

вербалізацію. Саме у грі дитина вільно висловлює усі почуття. Методи діагностики та лікування дітей у формі гри використовували ще З. Фройд, М. Кляйн, А. Фройд та інші відомі психологи. Вони вважали, що дитячу гру спрямовують приховані мотивації та вільні асоціації. Усе, що робить дитина під час гри є проявом перенесення. І основним завданням психолога є інтерпретація символічного контексту гри дитини на основі теорії її розвитку та походження симптомів. На переконання цих психологів, під час гри дитина демонструє основні конфлікти, а інтерпретація її почуттів, думок і мотивів прискорює набуття контролю над цими конфліктами.

Із стародавніх часів і до наших днів гра використовується людиною для розвитку творчості, фантазії, а значить для розвитку прогресу у всіх сферах життя. Людині з дитинства властиво грати. Гра є природним способом вираження думок і відчуттів. Стаючи дорослим, кожний вибудовує відносини з оточуючими, вносячи в них елементи своєї власної дитячої гри, проявляючи свою індивідуальність і, таким чином, впливаючи на загальні соціальні відносини. Ігрові групи для дітей 6–9 років також необхідні для розвитку соціальних і комунікативних навиків у дітей, для навчання ігрової діяльності і для навчання соціально-культурним нормам в ігровій формі. Гра є тією універсальною формою діяльності, в середині якої, відбуваються прогресивні зміни в психіці й особистості дитини дошкільного віку; гра визначає стосунки дитини з оточуючими людьми, готує до переходу на наступний віковий етап, до нових видів діяльності. За допомогою іграшок діти моделюють життєві ситуації, випускаючи назовні свої страхи і бажання, а значить, долають психологічні труднощі. У процесі гри активізується пам’ять, поліпшується увага, підвищується воля, яскравішою стає уява дитини і вдосконалюється здатність володіти своїм тілом.

Учені виділяють ряд ознак, за якими гру можна віднести до терапевтичного засобу: гра надає природні умови для самовираження дитини; сюжет гри, ігрові дії та ролі розкривають емоції дитини, її приховані страхи; у грі дитина несвідомо виражає емоціями те, що потім може усвідомити, вона вчиться краще розуміти власні емоції та

керувати ними; гра дозволяє дорослому (педагогу, психологу) більше дізнатися про історію життя дитини; гра – це найдоступніший спосіб формування дружніх відносин між дитиною та дорослим.

Таким чином, ігрова терапія має довгу історію і існує в різноманітних формах. На даному етапі продовжують існувати і розвиватися різноманітні види активної і пасивної ігрової терапії. Ігрова терапія як метод психологічної корекції і розвивальної роботі з дітьми вперше з'явилася в межах психоаналітичного підходу в психологічній практиці як альтернатива психоаналітичній роботі з дорослими. Термін «ігрова терапія» пов'язують з її засновниками М. Кляйн, А. Фройд, Г. Гуг-Гельмут, які застосовували у своїй роботі даний метод. На сьогодні це – найбільш популярний метод, що використовується у роботі з дітьми, так як саме цей метод найбільше відповідає завданням розвитку.

О. Карабанова в якості основних психологічних механізмів корекційного впливу гри виділяє: моделювання системи соціальних стосунків в демонстраційно-дієвій формі в особливих ігрових умовах, дослідження цих умов дитиною та її орієнтація в цих стосунках; зміна позиції дитини в напрямку подолання пізнавального та особистісного егоцентризму та послідовній децентрації, завдяки чому відбувається усвідомлення власного Я у грі, зростає міра соціальної компетентності та здатності до розширення проблемних ситуацій; формування з ігровою взаємодією реальних взаємодій, тобто партнерських стосунків співпраці та кооперації між дитиною та однолітками, що забезпечує можливість позитивного особистісного розвитку; організацію поетапного відпрацювання у грі нових, більш адекватних способів орієнтації дитини в проблемних ситуаціях, їх інтеріоризація та засвоєння; організацію орієнтації дитини на виділення тих емоційних станів, що переживаються нею, забезпечення їх усвідомлення завдяки вербалізації, усвідомлення смислу проблемної ситуації в цілому та формування її нових значень; формування здатності дитини до довільної регуляції діяльності на основі підпорядкування поведінки системі правил, що визначають виконання ролей та правил, регулюють поведінку в ігровій кімнаті.

У вітчизняній педагогіці і психології стало загальноприйнятим, що гра має виняткове значення для психічного розвитку дитини і є провідною діяльністю в дошкільному віці. Це, ймовірно, і змушує деяких дослідників переглянути статус гри в житті дітей дошкільного віку. Саме у грі відбуваються основні прогресивні зміни в психіці й особистості дитини-дошкільника; гра визначає його відносини з оточуючими людьми, готує до переходу на наступний віковий етап, до нових видів діяльності.

Про першорядне значення гри для природного розвитку дитини свідчить той факт, що ООН проголосила гру універсальним та невід'ємним правом дитини. У ряді досліджень гра визначається як робота дитини. Це, мабуть, спроба якимось чином узаконити гру, показати, що гра може бути важливою лише тоді, коли вона співпадає з тим, що вважається важливим у світі дорослих. Як дитинство має свій внутрішній зміст і не є просто підготовкою до дорослого життя, так само і гра має внутрішню цінність і значення. На відміну від роботи, яка спрямована на виконання якогось певного завдання шляхом пристосування до вимог безпосереднього оточення, гра не залежить від заохочень ззовні.

З. Фройд зазначав, що найулюбленіша і всепоглинаюча діяльність дитини – це гра. У грі кожна дитина подібна письменникові: створює свій власний світ, або, іншими словами, влаштовує цей світ так, як подобається найбільше. Було б невірно сказати, що дитина не приймає свій світ серйозно, навпаки, вона відноситься до гри дуже серйозно і щедро вкладає в неї свої емоції.

Л. Франк припустив, що гра для дітей – це спосіб навчитися тому, чому їх ніхто не може навчити, спосіб орієнтації в реальному світі, просторі і часі, спосіб дослідження предметів і людей. Включаючись в процес гри, діти навчаються жити в сучасному світі. Гра допомагає дитині розвинути свою уяву, опанувати цінностями культури і виробити певні навички. Згідно з Ж. Піаже гра є містком між конкретним досвідом і абстрактним мисленням, і саме символічна функція гри є особливо важливою.

У грі дитина на сенсорно-моторному рівні демонструє за допомогою конкретних предметів, які є символами чогось іншого, те, що вона

коли-небудь прямим або непрямим чином відчувала. Іноді такий зв'язок абсолютно очевидний, а іноді може бути не надто явним. У будь-якому випадку, гра представляє собою спробу дітей організувати свій досвід і з грою пов'язані ті рідкісні моменти життя дітей, коли вони відчувають себе в безпеці і можуть контролювати власне життя. Саме тому все більшого значення набуває ігрова терапія – спосіб корекції емоційних і поведінкових порушень у дітей, в основу якого покладено гру.

Ігрова терапія є відносно молодою галуззю сучасної психології, яка орієнтується переважно на роботу з дітьми. З'явившись у першій половині XX століття в надрах психоаналізу, ігрова терапія поступово охопила широкий спектр напрямів сучасної психології, пропонуючи теоретичне обґрунтування різноманітності своїх методів. Щоб зрозуміти дітей, знайти підхід до них, ми повинні поглянути на дитину з емоційної точки зору. Не слід розглядати їх як маленьких дорослих. Їх світ реально існує, і вони розповідають про нього в грі.

Першим, хто запропонував вивчати гру дітей з метою їх розуміння і виховання, був Ж.-Ж. Руссо. Ще у XVIII столітті він писав, що для того, аби дізнатися і зрозуміти дитину, необхідно спостерігати за її грою. Він визнав, що дитинство є певним періодом у розвитку дитини і діти – це не просто маленькі дорослі. Надалі він обґрунтував величезне значення даного періоду і особливу роль ігор у дитинстві. Ідея застосування гри в якості корекційно-розвивального методу полягає в особливостях психічного розвитку дитини, для якої провідною діяльністю виступає саме гра. Гра для дитини є інтеріоризацією соціального досвіду, так і репрезентацією внутрішнього світу дитини, її емоційної і потребнісної сфери. Гра має великий потенціал щодо гармонізації соціальних стосунків дитини, відреагування негативних емоцій і встановлення контакту з близьким оточенням, сприяє подальшій соціалізації дитини.

Започаткувавшись в психологічній практиці, ігрова терапія знайшла своє застосування в педагогіці і соціальній роботі. Практична соціальна робота на сьогодні має в своєму розпорядженні великий арсенал ігрових методик, спрямованих на різні проблемні зони дітей і

різні категорії дітей. Поруч з традиційними методиками ігрової терапії застосовуються методи арттерапії, психодрами та інші. Ігрова терапія має багато окремих напрямків, які залежать як від теоретико-методологічного підходу, так і від основних засобів, які застосовуються в практиці (пісочна терапія, мініатюра, малюнкові методи, іграшкова терапія і багато інших). Сьогодні ігрова терапія також застосовується як метод роботи з дітьми з інвалідністю, дітьми, які стали жертвами насильства (в тому числі сексуального), з дітьми з проявами дезадаптивної поведінки, асоціальної і девіантної поведінки. В роботі з дітьми (особливо молодшого і молодшого шкільного віку) ігрова терапія є одним з головних методів втручання, корекції і розвивальної роботи, тому дослідження особливостей використання ігрової терапії в соціальній роботі з дітьми має теоретичне і практичне значення.

Дитина в процесі ігротерапії набуває важливого досвіду афектної сублімації в соціально прийнятних формах за символічними каналами. Таким чином, введення обмежень в гру дитини складає важливу умову досягнення кінцевого корекційного ефекту. У зв'язку з цим велика роль в ігротерапії належить техніці формулювання заборон і обмежень в грі.

У рамках нашої реабілітаційної програми ми використовуємо розроблені ще в 30–50-х роках XX століття техніки ігрової терапії, зокрема, «структурована терапія». Головні її засади: психоаналітична парадигма; віра в катарсисну цінність гри; активна роль психолога чи психотерапевта у спрямуванні і фокусуванні гри. Ігрова терапія відреагування Д. Леві, яка призначена саме для роботи з тими дітьми, що пережили психотравмуючу подію. Ми обговорюємо з дітьми їх переживання та страхи, засобами образотворчого мистецтва допомагаємо дитині звільнитися від страхів, тривог, що були спричинені подією минулого.

Дітям дають іграшки або інші матеріали для відтворення у грі травматичної події. Ідеєю цього виду гри можна пов'язати з тезою З. Фройда про компульсії, що повторюються. В основі травматичного механізму – концепція, згідно з якою дитина в умовах безпеки, підтримки, користуючись відповідними матеріалами, знову і знову

розігрує травматичну подію, доки не зможе прийняти пов'язані з нею неприємні думки та почуття.

Техніка «активної ігрової терапії» використовується в роботі з імпульсивними дітьми, а також з дітьми, схильними до від реагування (воно полягає в тому, що негативні емоції дитини бурхливо проявляються в її поведінці). В основі її – розуміння, що допомога дитині у вираженні гніву та страхів через гру може мати ефект, оскільки вона проявляє свої емоції, не боячись наслідків. Під час взаємодії з психологом дитина вчиться скеровувати свою енергію на адекватніші ігрові типи поведінки. При застосуванні цієї техніки важливі підтримка дитини у побудові нею поняття часу, допомога у подоланні минулих травм і тривоги щодо реальності.

Ігрова терапія відносин (Ф. Алена та Д. Тафти та інших). У своїй роботі ми намагаємось роздивитись та зрозуміти внутрішній світ дитини, такий як він є, щоб дитина мала можливість залишатись самою собою. Для цього важливо створити приємну, безпечну атмосферу, в якій дитина не боїться висловлювати свої почуття, емоції та переживання.

Ігротерапія використовується як в індивідуальній, так і в груповій формі. Головним критерієм переваги групової ігротерапії є наявність у дитини соціальної потреби в спілкуванні, яка формується на ранній стадії дитячого розвитку. Висновок про наявність у дитини соціальної потреби, яка вирішальним чином визначає успіх проведення групової терапії, виноситься на підставі аналізу історії кожного випадку. Саме визначення «групова ігрова терапія» – це психологічний і соціальний процес, в якому діти природним чином взаємодіють один з одним, набувають нових знань не тільки про інших дітей, але і про себе. Групова ігрова терапія покликана допомогти дитині усвідомити своє реальне «Я», підвищити її самооцінку і розвинути потенційні можливості, відреагувати внутрішні конфлікти, страхи, агресивні тенденції, зменшити неспокій і відчуття провини. До структурованих ігор відносяться ігри в сім'ю (людей і тварин), агресивні, з маріонетками (ляльковий театр), будівельні, такі, що виражають конструктивні і деструктивні наміри. Структурований матеріал провокує вираження

агресії (вогнепальна, холодна зброя), пряме вираження бажань (людські фігури), а також комунікативних дій (ігри в телефон, телеграф, потяги, машини). Передбачається, що вік дітей від 4 до 12 років є оптимальним для застосування цього методу.

До неструктурованих ігор ігрової терапії відносяться рухові ігри і вправи (стрибання, лазіння), ігри з водою, піском, глиною, група ігор, що належать до фонду арт-терапії (малювання пальцями, кистю, пастеллю, кольоровими олівцями). До неструктурованого матеріалу відносяться вода, пісок, глина, пластилін, з його допомогою дитина може побічно висловлювати свої бажання. Цей матеріал сприяє також розвитку сублімації. Зокрема, заняття з неструктурованим матеріалом особливо важливі на ранніх фазах ігрової терапії, коли відчуття дитини ще не виділені і не усвідомлені нею. Саме ігри з водою, фарбами, глиною дають можливість виразити глибинні відчуття.

Ще одним ефективним засобом роботи з дітьми є арттерапія: дитячий малюнок та інтерпретація. З англійської мови поняття «арттерапія» можна перекласти як «лікування мистецтвом». У вузькому сенсі слова під арттерапією зазвичай мається на увазі терапія образотворчим мистецтвом з метою впливу на психоемоційний стан людини. Розрізняють наступні види арттерапії в залежності від характеру творчої діяльності та її продукту: малюнкова терапія, що ґрунтується на образотворчому мистецтві, бібліотерапія як літературний твір та творче читання літературних творів, драмотерапія, музикотерапія тощо. Основна ціль арттерапії у роботі з дітьми полягає в гармонізації розвитку здатності до самовираження та самопізнання. Розширення можливостей самовираження та самопізнання у мистецтві, у порівнянні, наприклад, з грою, пов’язане з продуктивним характером мистецтва – створенням естетичних продуктів, що об’єктивує в собі почуття, переживання, здібності дитини та полегшує процес комунікації з оточуючими людьми.

Уперше арттерапія, як засіб мистецтва був використаний британським лікарем і художником А. Хіллом у 1938 році при описі своєї роботи з хворими туберкульозом. Вчений звернув увагу на те, що під час занять творчістю пацієнти відволікалися від своїх проблем та

переживань і це допомагало їм легше й швидше одужувати. Поступово, протягом ХХ століття, арт-терапія стає невід'ємною частиною соціальних заходів профілактичного й реабілітаційного характеру, медичної, психотерапевтичної та педагогічної практики. Було помічено, що арттерапія надає можливість особистості виразити себе «іншими голосами»: рухами, кольором, формою, пластикою, глиною, ландшафтом. В наш час терміном «арттерапія» позначають усі види занять мистецтвом, що проводяться і в лікарнях, і з лікувальними цілями. Ефективність застосування мистецтва в контексті лікування ґрунтується на тому, що цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати і виражати їх на символічному рівні. Спектр проблем, які вирішуються за допомогою технік арттерапії дуже великий, а саме: внутрішні та міжособистісні конфлікти, кризові стани, травми, екзистенціальні та вікові кризи, втрати, після стресові ситуації, невротичні розлади та багато інших станів та захворювань тощо.

Малюнкові техніки використовуються в різних галузях психологічної практики і мають такі переваги, особливо в роботі з дітьми: можливість проведення дослідження при ускладненнях вербального вираження суб'єкта; активізація його творчого потенціалу, самостійності; зменшення напруженості; нівелювання психологічних опорів у процесі малювання; сприяння встановленню позитивного емоційного контакту психолога та протагоніста; здатність об'єктивувати широкий спектр особистісних характеристик суб'єкта, цілісність їхньої репрезентації в образній формі; мінімум необхідних засобів для реалізації методик.

Не кожна дитина може виразити таємні бажання, підсвідомі почуття та емоції вербально. Досить часто їй легше викласти свій внутрішній світ у творчості. Тому останнім часом великої популярності набуває метод лікування за допомогою мистецтва, або арттерапія. У своєрідній символічній формі: через малюнок, гру, казку, музику – дитина здатна дати вихід власним сильним емоціям, напруженим переживанням, отримати новий досвід у вирішенні конфліктних та психотравмуючих ситуацій. Переносячи свої переживання із реального справжнього у вигадані казкові історії, пластилінові чи глиняні

фігурки або ж на лист паперу у вигляді малюнка – можна, абсолютно інакше, через призму ірраціонального подивитися на самого себе, на інших людей та на власне життя взагалі. У процесі творчої діяльності виникає почуття емоційної насиченості, відбувається більш глибоке розуміння себе і свого внутрішнього світу.

Розрізняють директивну арттерапію, де завдання перед дитиною ставиться прямо: задається тема малюнка, відбувається керівництво пошуку кращої форми та змісту, надається допомога у малюванні. Така форма арттерапії застосовується у випадку страхів, фобій, тривожності. В не директивній арттерапії дитині дається свобода як у виборі самої теми, так і у виборі форми її вираження. Психолог емоційно підтримує дитину, при необхідності технічно допомагає. Ця форма арттерапії застосовується у випадках низької самооцінки, негативного викривленого образу.

В дошкільному та молодшому шкільному віці найбільш часто використовується малюнкова терапія (ізотерапія), казкотерапія та музична терапія. Малювання дитини прямо та безпосередньо пов'язано з грою, є розвитком сюжету та продовженням самої гри. Однак тут є своя специфіка. Малювання, як і гра, – це не тільки відображення у свідомості дітей навколишньої дійсності, але і її моделювання, вираження ставлення до неї. Тому через малюнки можна краще зрозуміти інтереси дітей, їх глибокі емоційні переживання. Також саме за допомогою методів ізотерапії (робота з малюнками), використанні різноманітних проективних технік можна здійснити аналіз стосунків у сім'ї дитини, особливості самооцінки, рівня тривожності, агресії, ставлення до оточуючих та до себе й світу вцілому..

Арттерапія – це не тільки лікування, а також і розвиток у людини властивої їй креативності, гармонізація та розвиток особистості, що допомагає при вирішенні проблем. Згідно з З. Фройдом, внутрішнє «Я» проявляється у візуальній формі кожного разу, коли спонтанно малюють чи ліплять, а образотворче мистецтво, маючи багато спільного з фантазіями та сновидіннями, виконує роль, що компенсує та знімає психічну напругу. К. Юнг наголошував на важливості використання персональних та універсальних символів. Центральною фігурою

в арттерапевтичному процесі є не особа як хвора людина, а особистість, яка прагне до саморозвитку й розширення діапазону своїх можливостей. К. Юнг вважав, що, спираючись на «трансцендентні» властивості символів і власний творчий потенціал, кожен здатен досягти самозцілення, і що символічні образи несуть у собі способи вирішення внутрішньопсихічних конфліктів.

У науково-педагогічному розумінні арттерапія розглядається як метод розвитку та зміни особистості дитини, групи чи колективу за допомогою різних видів і форм мистецтва та творчості. Хоча творчі цілі й мають велике значення, перше місце в арттерапії все ж таки відводиться терапевтичним цілям. Сучасні арттерапевтичні методи і прийоми покликані виконувати низку завдань:

- виявлення проблем психологічного характеру;
- усунення або послаблення симптомів, які є у дитини і пов'язані як з самим психічним розладом, так і з їхньою реакцією на нього, оптимізація їх психічного стану та соціального функціонування, а також досягнення седативного та активізуючого ефектів під час занять творчістю, які мають як психотерапевтичну, так і психопрофілактичну спрямованість;
- досягнення більш високого рівня психосоціальної адаптації дитини до тих умов, в яких вона знаходяться (досягнення кращого розуміння особливостей свого стану, причин та механізмів розвитку дисфункцій, формування навичок активної саморегуляції);
- розвиток здатності виражати свої почуття та думки як у вербальній, так і невербальній формі;
- можливість тривалого контакту між дитиною і арттерапевтом, що при наявності адекватної оцінки та розумінні арттерапевтом внутрішнього світу клієнта, який проявляється в його образотворчій діяльності, вносить певний сенс в його переживання;
- можливість сконцентруватися на власних почуттях і відчуттях, випустити, відпрацювати агресію і негативні емоції, розвиток самоконтролю;
- розвиток творчих здібностей; можливість тренування й вдосконалення сенсомоторних можливостей, вмінь працювати з різними

матеріалами, що може мати велике значення для активізації, збереження і вдосконалення важливих практичних навичок, включаючи й навички трудової діяльності;

– зміцнення почуття власного «Я», вдосконалення здібності до прийняття самостійних рішень, формування стійкої системи соціально-значущих зв'язків, інтересів і захоплень тощо.

Сьогодні терапія мистецтвом є надзвичайно популярним й отримала загальне поширення в усьому світі. При цьому відбувається активне вивчення її нових форм і моделей. Великий інтерес до арттерапії почали проявляти не тільки фахівці, але і самі клієнти. У порівнянні з іншими психокорекційними методами, арттерапія має свої переваги при тяжких емоційних порушеннях, при низькому рівні розвитку в дитини ігрової діяльності, несформованості комунікативної компетентності.

Як уже зазначалося, арттерапевтичний процес може відбуватися як в індивідуальній, так і в груповій формі. Малювання, таким чином, виступає як спосіб осягнення своїх можливостей і навколишньої дійсності, моделювання взаємовідносин та вираження емоцій, в тому числі і негативних. Однак це не означає, що дитина, яка активно малює нічого не боїться, просто в неї зменшується ймовірність появи страхів, що саме по собі має важливе значення для психічного розвитку. На жаль, деякі батьки вважають гру і малювання несерйозною справою і односторонньо замінюють їх читанням та іншими інтелектуальними, більш корисними, з їхньої точки зору, заняттями. Фактично ж треба, і те, й інше. Дітям з художніми задатками, емоційним і вразливим, як раз і схильним до страхів, потрібно більше ігор та малювання. У дітей більш раціональних, схильних до аналітичного, абстрактного мислення, зростає питома вага інтелектуально-розумових занять, включаючи комп'ютерні ігри і шахи. Але навіть і при так званій лівопівкульній орієнтації необхідна якомога більша різноманітність в іграх і арт-терапевтичних техніках, для розширення творчого діапазону і світу уяви дитини.

Індивідуальна арттерапія може використовуватися з широким діапазоном клієнтів. Ті з них, яким не підходить вербальна психотерапія (з розумовою відсталістю, психотики, особи з порушеннями

пам’яті та інші), у ряді випадків можуть досить успішно займатися як індивідуально, так і в групі: маючи порушену здатність до вербальної комунікації, вони нерідко здатні висловлювати свої переживання в образотворчій формі, навіть якщо деякі з них і не здатні створювати художні образи, проста маніпуляція і гра з матеріалами деколи виявляється дуже важливим чинником їх активізації, тренування сенсомоторних навичок, мислення, пам’яті і інших функцій. Це не означає, що арттерапія не може бути успішною у роботі з особами, що мають добре розвинену здібність до вербального спілкування, для них образотворча діяльність може бути альтернативною «мовою», точнішою і більш виразною за слова.

Групова арттерапія має низку переваг: вона розвиває цінні соціальні навики, вчить взаємної підтримки і спільного вирішення загальних проблем, дозволяє освоювати нові ролі і виявляти латентні якості особистості, підвищує самооцінку, розвиває навички прийняття рішень. Це дає можливість використовувати потенціал різних підходів арттерапії, адаптувавши їх до конкретних задач, умов і спрямованості роботи. У таких умовах важливо поважати особистісний простір, який пов’язаний як з процесом художньої експресії, так і з правилами використання образотворчих матеріалів, розташуванням робочих місць і самих учасників у просторі [30].

Автори виділяють провідні фактори групової роботи для аналізу різних процесів і феноменів групової арт-терапії:

- фактор художньої експресії;
- фактор внутрішньогрупових комунікативних процесів і відносин;
- фактор інтерпретації і вербального зворотнього зв’язку.

Кожен з виділених факторів може бути пов’язаний з цілою низкою підфакторів і механізмів психологічних змін.

Арттерапія має значні переваги над іншими формами психотерапевтичної роботи, що базуються виключно на вербальній комунікації. Немаючи протипоказань, арттерапія успішно використовується не лише у психотерапії, а й у педагогіці та соціальній роботі, допомагаючи дізнатись більше як про самих себе, так і про оточуючих. Види арт-терапії, представлені у психології та медицині, відповідають існуючим

видам мистецтв. У процесі арттерапії пропонуються різні види художньої творчості.

В ортодоксальному, класичному розумінні до арттерапії належать лише візуалізовані види творчості, а саме: живопис, графіка, фотографії, малювання, ліплення. Але час вносить свої корективи і сучасна арттерапія налічує велику кількість різноманітних методів і технік. Повноправними її складовими, як вже зазначалося, є казкотерапія, ізотерапія, орігамі та піскова терапія, музикотерапія, маскотерапія, драмотерапія, кольоротерапія, ігротерапія. Крім того, кожний із цих видів має безліч арттерапевтичних технік, які застосовуються для вирішення внутрішніх і міжособистісних конфліктів, кризових ситуацій, вікових криз, травм, невротичних і психосоматичних розладів тощо.

Відмітимо ще раз, що арттерапія зароджувалася й розвивалася на ґрунті психоаналітичних ідей З. Фройда й К. Юнга і розглядалася у психотерапевтичній практиці як один із методів, що за допомогою художньої творчості дозволяв психічнохворим виражати в картинах свої приховані психотравмуючі переживання, а тим самим звільнитися від них.

Саме тому хотілось би зазначити наявні переваги арттерапії поряд із іншими психотерапевтичними методами. В першу чергу, це її вищезазначена екологічність у змісті і формі психотерапевтичних впливів на клієнта. У цей метод вивільняє внутрішню енергію та дозволяє трансформувати проблему у зовнішні художньо-мистецькі продукти. Це й використання образної, візуальної експресії символів і знаків, що дозволяє досліджувати та гармонізувати ті сторони внутрішнього світу людини, які не можуть бути розкриті через пряме проговорювання, характерне для великої кількості методів різних напрямів психотерапії.

Арттерапія, через створення художнього продукту, допомагає дитині відчути себе творцем, сприяє підвищенню особистісної самооцінки, навчає її звільнятися від стереотипів, негативних емоцій та думок, дозволяє розкрити внутрішні сили людини, активізувати свій потенціал. Фантазуючи діти можуть насолоджуватись самим процесом творення, навчатися моделювати способи вирішення складних життєвих ситуацій та переносити їх у реальність, застосовуючи нові соціальні

навики налагодження взаємовідносин. Процес малювання, ліплення, створення картин на піску приносить заспокоєння і часто призводить до більш глибокого усвідомлення психологічних причин тих деструкцій, які змушують переживати дискомфорт, стреси тощо. І, ще один важливий момент, арттерапія сьогодні – це і діагностика, це і корекція, це і психотерапія, яка застосовується у форматі індивідуальної, сімейної та групової роботи психолога і психотерапевта, а також соціального педагога.

В останні роки арттерапія набула педагогічного спрямування. Вона виконує виховну, корекційну, психотерапевтичну, діагностичну та розвиваючу функції. Арттерапія для дітей сьогодні є найбільш захоплюючим, ефективним і досить економним способом психологічної допомоги дітям. Вона заснована на творчості та ігровій діяльності. Арттерапія є потужним інструментом у роботі з психологічною травмою. Вона дозволяє виражати та інтегрувати складні емоції без необхідності використовувати слова. Психіка дитини є досить вразливою, внаслідок чого дитина вимагає до себе більшої уваги. Адже вона тільки вчиться пізнавати саму себе, починає знайомитися з навколишнім середовищем та іншими людьми. Тому, на своєму, поки ще невеликому, життєвому шляху перед дітьми досить часто виникають серйозні труднощі, наприклад, в сім'ї, дитячому садку, школі тощо. Батьки часто дуже хочуть допомогти своїм малюкам, але не завжди знають як це зробити. І пояснення та переконання, читання нотацій й попередження з боку батьків не допомагають, а дитина самостійно не в змозі чітко пояснити, що стало причиною її стану, і що конкретно з нею відбувається. Саме в цих випадках будуть незамінні арттерапевтичні практики.

Тобто, можемо узагальнити, що арттерапія для дітей – це унікальний спосіб психологічної корекції, що позитивно впливає на особистість дитини: знижує тривогу, допомагає побороти агресію і негатив, навчитися виражати свої погляди і почуття, підняти самооцінку, вирішити наявні конфлікти і проблеми, а також привести свої думки і почуття до гармонії. Але арттерапія є не лише засобом для корекції емоційного стану дитини, але й ефективним видом розвитку творчого

потенціалу: дає змогу виразити себе, розвиває творчі здібності, почуття, допомагає дитині побачити світ гостинним і прекрасним. В. Сухомлинському належить вислів: «Витоки здібностей і обдарувань дітей – на кінчиках їхніх пальців». Засобами мистецтва дитина може більше довідатися як про себе, так і про інших дітей.

Арттерапевтичні заняття для дітей проходять зазвичай у більш вільній формі. Обговорення і вирішення різних психологічних труднощів і проблем відбувається в процесі ігрової або творчої діяльності. На таких заняттях дитина одночасно з отриманням задоволення від гри або творчості розкриває власні творчі здібності, є центром уваги дорослого, долає психологічні труднощі, змінює персональну психологічну реальність. Головною умовою арттерапевтичних занять для дітей є зрозумілість, безпека та привабливість. Психокорекційні заняття не повинні втомлювати дітей, працездатність і активність має зберігатися протягом усього заняття. Безперечними плюсами арттерапевтичних методів у роботі з дітьми є також їх доступність і відсутність протипоказань.

У результаті застосування арттерапевтичних методів у роботі з дітьми можна забезпечити ефективне емоційне відреагування, надати дитині, навіть у випадках агресивних проявів, соціально прийнятні допустимі форми; полегшити процес комунікації для замкнутих, сором'язливих або слабо орієнтованих на однолітків дітей; розвивати спонтанність та здатність до саморегуляції, усвідомлення дитиною власних почуттів, переживань та емоційних станів. Арттерапія суттєво підвищує особистісну цінність, сприяє формуванню позитивної Я-концепції та підвищенню впевненості в собі за рахунок соціального визнання цінності продукту, створеного дитиною.

Основні методи арттерапії, що застосовуються в роботі з травмою:

Малюнкова терапія (візуалізація почуттів). Ізотерапія або малювання – одна з основних технік арттерапії, робота, пов'язана з образотворчим мистецтвом, ліпленням і малюванням відкриває широкі межі для розвитку дитячої креативності, дозволяє розкрити творчий потенціал, позбутися комплексів, знайшовши впевненість у собі. Малювання має терапевтичний ефект, оскільки дає змогу дитині виражати свої

думки, мрії, почуття, надії, можливість позбутися страхів. Діти охоче малюють пальчиками, кулачками, долоньками, пензликами, штапиками, гігієнічними паличками, щіточками тощо. Ефективним є проведення таких занять під музичний супровід (запис звуків природи, класичну музику).

Малювати можна чим завгодно, але слід пам'ятати, коли дитина нервує краще використовувати крейду, тому що акварель, яка розтікається, може спровокувати тривогу. Крейду легше контролювати. А якщо дитина закомплексована, то краще малювати аквареллю – це допоможе їй відчути себе розкутою. Вона дає можливість виразити внутрішні переживання через колір, форми, символи та композиції. Малювання допомагає візуалізувати емоції, що складно вербалізувати, а також структурувати хаотичні відчуття та думки. Малюнкова терапія допомагає при травмі безпечно виразити та дослідити свої емоції. Дає можливість дистанціюватися від травматичного досвіду та поглянути на нього з боку. Сприяє усвідомленню внутрішніх ресурсів та знаходженню шляхів до зцілення.

Можна використати різні техніки:

1. Малюнок свого стану – клієнт малює, як почувається зараз, без обмежень у кольорах чи формах.

2. Малювання двома руками – активує обидві півкулі мозку та сприяє гармонізації емоційного стану.

3. Перетворення травматичного образу – клієнт малює свою травму, а потім трансформує її в позитивний або ресурсний образ.

Ліплення та робота з глиною (сенсорна інтеграція). При **ліпленні** використання пластичних матеріалів (глина, тісто, пластилін) має особливі можливості для вираження сильних почуттів в арт- терапії і стає ефективним при вирішенні таких проблем дитячого віку як гнів, агресивність, конфліктність, гіперактивність, прагнення до домінування. Навантаження на м'язи при роботі із глиною допомагає зняти внутрішню напругу, забезпечує вивільнення негативної енергії і при цьому сприяє розвитку дрібної моторики руки, художнього смаку, креативності, допомагає самовираженню та самоствердженню. Крім того, помічено ефективність терапевтичного сеансу із застосуванням

глини при психосоматичних, та соматовегетативних проявах невротичних станів. Створений художній продукт може подобатись або не подобатись, надихати або дратувати, прийматися дитиною як довершений, або далеко недосконалий, головне, про що бажано не забувати у роботі з ними, це про те, що за дитиною залишається право вирішувати його подальшу долю – зберегти або зруйнувати.

Ліплення є ефективним інструментом роботи з травмою, оскільки залучає тактильні відчуття та активує процеси сенсорної інтеграції. Глина, пластилін або інші природні матеріали допомагають заземлитися, відчути зв'язок із тілом та знизити рівень тривожності. Ліплення при травмі дозволяє людині повернутися до моменту «тут і зараз» через тактильний контакт із матеріалом. Сприяє зниженню напруги та агресії завдяки фізичній взаємодії з матеріалом (розминання, стискання, згладжування). Допомагає виразити та змінити емоційний стан через створення образів.

Приклади технік:

1. Ліплення «свого страху» – клієнт створює скульптуру, що символізує його страх, а потім трансформує її у щось безпечне.

2. Робота з глиною для заземлення – використання глини або піску для стабілізації емоційного стану та зниження стресу.

3. Створення «свого внутрішнього захисника» – ліплення фігури, що символізує внутрішню силу та підтримку.

Колажування та створення ресурсних образів. Колаж робиться з газетних і журнальних вирізок, природних матеріалів, фотографій, кольорового паперу. При виготовленні колажу не виникає напруги, пов'язаної з відсутністю художніх здібностей, саме тому він дозволяє кожному одержати успішний результат. Колажування є методом, що дозволяє комбінувати різні зображення, символи та кольори для створення нового сенсу. Цей метод підходить для людей, яким важко малювати, але які хочуть виразити свої почуття візуально. Колажування при травмі сприяє структуризації внутрішнього хаосу, допомагаючи впорядкувати емоції та думки. Дає можливість зосередитися на позитивних образах та знайти внутрішні ресурси. Підключає підсвідомі процеси, дозволяючи побачити нові смисли та перспективи.

Техніки:

1. «Колаж мого теперішнього стану» – створення композиції з вирізок, що відображають внутрішній стан клієнта.

2. «Колаж майбутнього» – формування позитивного образу майбутнього як способу роботи з травматичним досвідом.

3. «Дерево ресурсів» – зображення або колажування дерева, де корені символізують минулі труднощі, стовбур – теперішній стан, а гілки – ресурси та можливості.

Використовують ще тілесно-орієнтовані методи (рух, танець, дихальні практики). Тілесно-орієнтовані техніки поєднують рух, ритм і дихальні вправи для роботи з травматичними переживаннями. Вони дозволяють інтегрувати емоції через тіло, сприяючи відновленню відчуття безпеки та самоконтролю. Тілесно-орієнтовані методи при травмі дозволяють вивільнити напругу, що накопичилася у м'язах. Активують позитивні тілесні відчуття, допомагаючи відновити зв'язок із власним тілом. Використовують ритм і рух для стабілізації емоційного стану.

Танцювальна терапія. Танцювальна терапія полягає у вираженні власного настрою, емоцій, почуттів за допомогою танцю. Заняття танцювальною терапією вважається дуже дієвим так як застосовується для позбавлення від комплексів, а також в якості профілактики неврозів.

Отже, танцювально-рухова терапія – це один із сучасних методів психотерапії, який використовує рух і танець як головні стимулятори психотерапевтичної роботи. Це достатньо молода галузь психотерапії, один із творчих інструментів, який знаходить все більш широке використання в терапевтичній роботі. Практика проведення танцетерапії показує, що людина – дуже складна істота, й терапія вбачається, головним чином, як робота з розвитку ментальних уявлень.

Танце-терапія виступає в двох формах: індивідуальній та груповій. Індивідуальна форма – це дослідження клієнтом за допомогою терапевта спектру своїх рухів, завдяки чому розкриваються невиражені емоції, котрі були заблоковані в тілі, та засвоєння нових рухів, як заміна старих неадекватних форм поведінки. Групова форма – це процес танцювально-рухової терапії заснований на тому, що терапевт направляє спонтанність рухів клієнтів, розвиває їх.

Танцювально-рухова терапія виходить з припущення, що рух і танець відображають як внутрішньо психічну динаміку людини, так і її міжособистісний стиль спілкування. Тому, зміни, що досягаються через рух і танець, призводять також до перевтілення й розвитку особистості людини, покращенню Її емоційного самопочуття та більш зрілого способу побудови міжособистісних стосунків. Танцювально-рухова терапія сприяє глибинному самопізнанню, вираженню та інтеграції почуттів, психотілесній інтеграції. Танцювально-рухова терапія може використовуватись в роботі з людьми різного віку, як з різноманітними психологічними труднощами, так і зацікавлених у самопізнанні та внутрішньому розвитку.

Приклади технік:

1. «Танець емоцій» – клієнт через рух передає свої почуття та поступово змінює їх.

2. Ритмічні вправи – биття в барабан, плескання в долоні або постукування допомагають стабілізувати нервову систему.

3. Дихальні практики з рухом – поєднання глибокого дихання та плавних рухів для заспокоєння.

У своєму представленому матеріалі, ми хочемо докладніше описати основні види арттерапевтичних технік, які застосовуються у роботі з дітьми.

Бібліотерапія. Вибір книг, орієнтованих на коло проблем певної дитини чи групи. Після прочитання відбувається спільний аналіз змісту. Використовується для школярів, яким підбирають спеціальну літературу для відволікання від негативних думок, боротьби з неврозами та іншими проблемами емоційного плану.

Фототерапія. Робиться серія авторських фотографій, які потім аналізуються. Важливе використання сімейних фотографій, оскільки зображені події хоча й залишились у минулому, але підсвідомо вони продовжують впливати на людину. Фотографії допомагають пригадати минуле, усвідомити помилки, побачити образи, здійснюють позитивний вплив на особистість та її взаємини з навколишнім середовищем.

Маскотерапія. Маска ліпиться на обличчі. Спочатку на шкіру наноситься крем, на який викладається перший шар паперу, а зверху

приклеюється другий. Потім вона знімається й висушується, а далі розмальовується.

Казкотерапія. Знайомство з казками допомагає дітям позбутися комплексів, знайти вихід зі скрутного становища, не втрачати сили і віру, вірити в добро, яке завжди перемагає зло. Казки викликають інтенсивну емоційну реакцію. Казкові образи звертаються одночасно до свідомості та до підсвідомості. Казка дозволяє вийти за рамки звичайного життя, в доступній формі вивчати світ почуттів і переживань, ідентифікувати себе з певним персонажем і таким чином подивитись на свої проблеми зі сторони.

Привабливість казки як засобу психолого-педагогічного впливу для дитини обумовлена її властивостями:

1. Відсутність прямих повчань; події казкової історії логічні, природно витікають одна з одної, що дозволяє дитині засвоювати причинно-наслідкові зв'язки і спиратись на них.

2. Через образи казки дитина знайомиться з досвідом багатьох поколінь. У казкових сюжетах зустрічаються ситуації і проблеми, які переживає кожна людина (відділення від батьків, життєвий вибір, взаємодопомога, кохання, боротьба добра і зла).

3. Перемога добра забезпечує дитині відчуття психологічної захищеності. Дитина засвоює, що випробування сприяють внутрішньому росту людини; відсутність фіксації імені головного героя та місця подій; головний герой – це збірний образ, з яким дитина може ідентифікувати себе; цікавий сюжет, наповнений загадками, чарами, неочікуваними перетвореннями героїв забезпечує активне сприйняття і засвоєння інформації.

Корекційні функції казки: психологічна підготовка до напружених емоційних ситуацій; символічне відреагування фізіологічних та емоційних стресів; усвідомлення і прийняття змісту власної активності.

Казкотерапевти відзначають широкий спектр впливу ляльок на дітей. Як засіб перевтілення, лялька полегшує процес постановки вистави, тому що далеко не кожна людина, в силу тих чи інших причин, здатна грати на сцені. З іншого боку, матеріалізуючись в ляльці, страх позбавляється для дитини своєї емоційної напруженості, особливими

характерологічними рисами, дитина отримує досвід оперативного не директивного зворотного зв'язку, вона бачить і відчуває результат свого впливу на ляльку. В тій чи іншій мірі дитина починає усвідомлювати відповідальність за сценічне життя ляльки. Таким чином, дитина бачить причинно-наслідкові зв'язки між своїми діями і діями ляльки.

Лялька, виступаючи атрибутом, втілює в собі протилежні еталони людських вчинків і якостей, які найбільш яскраво представлені в казках.

Привабливість казок для психологічної корекції взагалі і корекції страхів, зокрема полягає, перш за все, у природності розгортання сюжетної лінії, відсутності моралей. В образній формі дитина в казках проживає проблеми, через які проходило все людство (відділення від батьків, проблема вибору, несправедливість тощо). І, безсумнівно, найбільш важливим є те, що в казці зло завжди карається, але навіть з поганих вчинків та ситуацій можна взяти хороший урок.

Виділяють кілька прийомів роботи з казкою: аналіз, розповідь, переписування, творення нових казок.

Під час роботи над казкою дитина отримує конкретні способи боротьби зі своїми страхами, її емоційний світ розфарбовується більш радісними тонами. З іншого боку, у казці «лякаючий» персонаж або явище може зовсім таким не виглядати. Прикладом цьому служить казка Т. Вершиніної «Чарівниця Темнота».

Музикотерапія. Вона поділяється на активну, коли дитина грає сама, використовуючи як музичні інструменти, так і підручні засоби (пластмасові пляшки, камінці, крупи, копійки та ін.), і пасивну – коли просто слухає музику. Музична терапія розвиває творчі здібності дитини, а також допомагає знизити інтенсивність емоційних реакцій. Зокрема, відмічається, що у замкнутих дітей поліпшується комунікабельність, формуються навички спілкування, виникають доброзичливі відносини з однолітками, боязкі діти набувають упевненості тощо.

Музична терапія може використовуватись з різною метою:

- Для стимуляції психічного розвитку (підвищення соціальної активності, набуття нових форм емоційної експресії, полегшення засвоєння позитивних установок).
- Як засіб регулювання психовегетативних процесів, корекції темпу діяльності.

– Для загальмованих дітей – танці, марширування із прискореннями, зміна темпів; для гіперактивних – музика є елементом регуляції, вони вчаться зупинятися за сигналом; для гіперсенситивних дітей і дітей з гіперкінезами використовують релаксаційні музичні вправи.
– Для корекції темпу і ритму мовлення.
– Для розвитку слухового сприйняття у дітей з вадами слуху.

Особливу увагу приділяють саме музико терапевтичним впливам, бо саме вони визначають основне спрямування роботи інших. Прийоми музикотерапії вже знайшли своє широке застосування в практиці надання психологічної допомоги населенню. Позитивний досвід, нагромадження у цій галузі показує, що в процесі психотерапевтичного впливу на особистість вдається помітно оптимізувати її самопочуття, збудити інтерес до життя, зокрема потяг до спілкування з оточуючими, поліпшити соматичне та психічне здоров'я в цілому.

Нажаль, оздоровчі можливості музико терапевтичних впливів вивчені ще недостатньо. Основне завдання цього виду впливів у структурі превентивних програм з організації здорового способу життя полягає в тому, що: по-перше, цілеспрямовано збагачувати акустичне середовище дітей і підлітків на уроках і в позаурочний час; по-друге, формувати валеологічну культуру дітей, передусім психологічну культуру, яка є її компонентом.

У практиці роботи музикотерапевтів найбільшого визнання здобули два основні погляди стосовно способів критеріїв вибору музичних творів під час рецептивної музико терапії, а саме: одні вважають, що їх може підібрати сам клієнт, а інші − що програму лікувального впливу складають музикотерапевти, котрі враховують смаки слухачів. Останній, як свідчать зарубіжні дослідження, найбільше розповсюджений. Це пояснюється тим, що смаки клієнта не завжди відповідають вже дослідженому за своїм музично терапевтичним впливом музичному матеріалу. Огляд літератури з проблем рецептивної музикотерапії свідчить, що найбільший інтерес у плані побудови методичних схем профілактичного впливу музики на особистість мають роботи Б. Карвасарського та В. Ражнікова. У кожній із цих розробок принцип вибору

музичних творів дістав певне теоретичне обґрунтування. В програму для занять з музикотерапії, яка пропонується в книзі Б. Карвасарського «Психотерапія» детальніше учений пропонує складати програму музичних творів з урахуванням їх емоційного навантаження. Особливе значення мають групові заняття музикою, в яких розвивається здатність відчувати спільність з іншими людьми, вміння взаємодіяти з ними.

Кольоротерапія. З самого народження ми оточені кольором. Він супроводжує нас всюди і завжди, він багатогранний, як саме життя. Колірна гамма завжди впливає на нашу свідомість і фізичне самопочуття, на емоції. Колір – це інструмент, за допомогою якого ми можемо отримати необхідні нам енергії. Але постійний вплив на наш організм одного і того ж кольору призводить до дисбалансу життєвих енергій.

Завдання, умови, засоби вирішення в кольоротерапії:

1. Створення на заняттях атмосфери творчості, зацікавленості, невимушеності, експериментування, емоційного переживання, що сприяє колірному відкриттю у дітей.
2. Спрямованість на активізацію мислення як способу художнього освоєння дітьми кольору світу.
3. Розвиток у дітей сенсорного сприйняття кольору.
4. Розвиток колірного сприймання.
5. Розкриття резервів дитини у кольорі та вміння винаходити способи колористичного рішення малюнка; створювати свої колірні комбінації, виражати себе через колір.
6. Розвивати прагнення до пізнання кольору, краси фарб у природі, мистецтві, навколишньому світі.
7. Викликати бажання досліджувати колір, експериментувати з ним, створювати цікаві колірні комбінації.

Діти рано починають відчувати колір та підбирати його для зображення свого настрою. Вибір кольору тісно пов’язаний із психологічними особливостями дитини, станом її здоров’я.

Діти використовують в основному 5–6 кольорів. У цьому випадку можна говорити про нормальний середній емоційний розвиток школяра. Більш широка палітра кольорів говорить про натуру чуттєву,

емоційно багату. Якщо дитина використовує тільки один або два кольори, це швидше за все вказує на її негативний емоційний стан у цю хвилину: тривога (синій), агресія (червоний), депресія (чорний). Використання простого олівця іноді трактується як «відсутність» кольору, таким чином дитина повідомляє про те, що у її житті не вистачає яскравих фарб та добрих емоцій.

Найбільш значимі особи дитина завжди виділяє більшою кількістю кольорів. А осіб, яких не сприймає, малює чорним або темно-коричневим кольором.

Кольоротерапія використовується в поєднанні з нестандартними техніками роботи в образотворчому мистецтві. Кольори в арттерапії мають свою символіку. Вони можуть впливати на дитину як позитивно, так і негативно. Сам колір, з однієї сторони, для дитини відповідає її природному втіленню (синій – вода, небо), а з іншого боку дає негатив (казка, де є герой з синьою бородою). Колір є об'єктивним втілення емоцій і тому треба уважно слідкувати за поєднанням кольорів, щоб не нашкодити здоров'ю дитини. А дорослим самим важливо знати і розуміти основні значення кольору та його вплив на кожну дитину.

Пісочна терапія. Пісочна терапія є одним із видів ігрової терапії. Багато хто помічав, що пісок притягує дітей незрозумілою магічною силою. Малюки обожнюють колупатися в цьому дрібнозернистому природному матеріалі, викопувати ямки, робити пасочки, будувати піщані замки. При роботі з піском дитина зазвичай зосереджена і спокійна, оскільки займається творчою діяльністю. На цю особливість звернув увагу відомий швейцарський вчений і психолог К. Юнг, який запропонував розробити концепцію пісочної терапії. З цим завданням успішно впоралася дитячий психолог М. Левенфельд, завдяки їй ця методика стала всесвітньовідомою.

Основний принцип такого різновиду арттерапії – психологічна реабілітація дитини за допомогою нескладних ігор та вправ на піску. Створюючи на цьому природному матеріалі різні витвори, діти несвідомо виводять назовні свої внутрішні проблеми, переживання, емоції, почуття. Навчений психолог легко побачить на піщаній поверхні проблему, яка мучить маленьку дитину, і допоможе впоратися з важкою ситуацією.

Доведено, що пісочна терапія не тільки розвиває творчий потенціал дитини, активізує просторову уяву, образно-логічне мислення, тренує дрібну моторику руки, але ненав'язливо, поволі налаштовує дітей на осягнення понять добра і зла, будує гармонійний образ світу. Робота з піском заспокоює, допомагає перемогти комплекси та страхи, знімає емоційну напругу. При цьому відбувається загальний розвиток дитини, збагачуються її сенсорні враження.

Лялькотерапія. Створюючи ляльки, дитина вкладає в них власний біль, звільняючи себе від негативу. Така терапія допомагає розкрити себе і позбутися численних психологічних проблем. Лялькотерапія використовується при різних порушеннях поведінки, страхах, труднощах у розвитку комунікативної сфери та ін. Цей метод заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм казки, з улюбленою іграшкою. В якості основного прийому корекційного впливу використовується лялька як проміжний об'єкт взаємодії дитини і дорослого. Дитина, пізнаючи реальний світ, його соціальні зв'язки і відносини, активно проектує сприймається досвід в специфічну ігрову ситуацію. Основним об'єктом такої соціальної проекції досить довгий час є ляльки.

Функції лялькотерапії:

- комунікативна – встановлення емоційного контакту, об'єднання дітей в колектив;
- релаксаційна – зняття емоційної напруги;
- виховна – психокорекція прояв особистості в ігрових моделях життєвих ситуацій;
- розвиваюча – розвиток психічних процесів (пам'яті, уваги, сприйняття), моторики;
- навчальна – збагачення інформацією про навколишній світ.

Кожному віку дитини повинна відповідати лялька, зі своїм набором характеристик. Так, чим меншою є дитина, тим менш конкретною має бути лялька, і відповідно, чим старшою – тим більш деталізованим стає зовнішній вигляд іграшки. Якщо неправильно підібрати ляльку, то вона може негативно вплинути на психіку дитини, або ж вона просто не розумітиме, що з нею робити. Так у роботі необхідно врахову-

вати основні завдання психологічної допомоги дітям: спрямовувати роботу на відновлення контактів усіх членів сім'ї; в процесі співпраці з психологом відновити викривлений або порушений раніше соціальний контакт; спрямувати дії на відновлення взаєморозуміння та емоційного контакту дітей та дорослих; забезпечити творчу взаємодію всіх суб'єктів корекційного процесу; адекватно спрямувати допомогу зі сторони значимих дорослих; корекційно впливати на всі сфери психічної діяльності дитини – рухову, пізнавальну, емоційно-вольову; враховувати типологічні особливості дитини; забезпечувати формування необхідних психологічних новоутворень; формувати корекційні впливи з врахуванням особливостей реальної соціальної ситуації, в якій знаходиться дитина; мотивувати дитину на подолання неефективних захисних реакцій та рольових позицій; цілеспрямовано формувати вищі психічні функції та навики; проводити заняття в емоційно привабливій формі.

На думку психологів, будь-яке виготовлення ляльки – це свого роду медитація, так як у процесі створення ляльки відбувається зміна особистості. При цьому у дітей розвивається дрібна моторика рук, уява, здатність до концентрації. В процесі виготовлення ляльки відбувається включення механізмів проекції, ідентифікації чи заміщення, що дозволяє досягти певних результатів.

З позиції психоаналітичної теорії, ляльки виконують роль тих об'єктів, на які зміщується інстинктивна енергія людини. На думку З. Фройда, вся поведінка людей спрямована на зменшення без свідомої напруги.

Виготовлення ляльки з позицій юнгіанського підходу пов'язують з реалізацією самозцілюючих можливостей психіки. Виготовлення ляльки та маніпуляція призводить до усвідомлення проблеми, роздумам над нею та пошуку рішення.

Лялькотерапія дозволяє об'єднати інтереси дитини і корекційні завдання психолога, дає можливість самого природного і безболісного втручання дорослого в психіку дитини з метою її корекції або психопрофілактики. Можуть використовуватись різні варіанти ляльок: маріонетки (розвиток моторики, відповідальності), пальчикові, об'ємні,

площинні, тіньові (переважно для роботи над страхами), ляльки-рукавички.

Драмотерапія. Класична психодрама є груповим терапевтичним процесом, у якому задіяний метод драматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу людини. Театральні постановки на різну тематику сприятливо впливають на пам'ять, волю, уяву, почуття, увагу та мислення. У спектаклі можуть обігруватися ситуації з життя учасника групи, його взаємини та конфлікти з іншими людьми. Рольові ігри та сценки з нестандартними умовами допомагають дитині набути комунікативних навичок та адаптуватися в навколишньому світі. Драмотерапія дозволяє:

- збагатити і зміцнити емоційні ресурси і комунікативні можливості дитини;
- виховати здатність адекватно реагувати на виникнення несприятливих ситуацій, виконувати роль відповідно до оточення;
- виховувати вольові якості, саморегуляцію, здатність до мобілізації життєвого досвіду в потрібний момент;
- створювати певний творчий інтерес.

Програвання ролей спрямовується на руйнування старих патологічних комунікативно-поведінкових стереотипів. Наприклад, при корекції зниженої навчальної мотивації може використовуватись гра в «школу звірів», де діти виконують ролі учнів і вчителя. Для оптимізації відносин підлітка з батьками можна використовувати розігрування сімейних сцен зі зміною ролей.

До основних компонентів психодрами, за Дж.-Л. Морено, належать: рольова гра (використовується природна здатність людей до гри і створює такі умови, за яких учасники групи, можуть творчо працювати над своїми особистісними проблемами і конфліктами); спонтанність (охоплює поведінку й почуття, не регульовані впливами ззовні); «теле» (двосторонній процес передачі емоцій між учасником групи та психологом або іншою особою); катарсис (психодрама має лікувальний ефект – не стільки стосовно глядача, а більшою мірою стосовно самого актора, який розігрує драму й одночасно звільняє себе від неї);

інсайт (вид пізнання, який приводить до миттєвого розв'язання або нового розуміння актуальної проблеми особистості шляхом осяяння).

Завданням психодрами як психокорекційного процесу є створення такого клімату в групі, в якому можливі максимальні прояви інсайту та катарсису (усвідомлення та від реагування за принципом «тут-і-тепер»).

Отже як бачимо, арттерапія є найбільш давньою та природною формою корекції емоційного стану, якою можна користуватись для зняття накопиченої психічної напруги, для того, щоб заспокоїтись чи просто зосередитись. Творчість дитини, реалізована у процесі арттерапії, дає можливість висловити та відтворити внутрішні почуття, переживання, сумніви, конфлікти та сподівання, у символічній формі переживши ще раз важливі події, адже спонтанна творча діяльність здатна виражати неусвідомлюваний зміст психічного життя.

Ефективним та насиченим інструментом психологічної допомоги дітям є **тренінг.** Психологічний тренінг виділяють як вид психологічної допомоги, який не співпадає повністю з іншими видами психологічної допомоги – психологічним консультуванням, психологічним тренінгом та психотерапією. Основним завданням психологічного тренінгу є виправлення особливостей психологічного розвитку дитини, що не відповідає оптимальній моделі за допомогою спеціальних засобів, включаючи особливості адаптування до соціуму та реалій життя, що постійно змінюються.

Виділяють такі психокорекційні впливи у тренінговій роботі, як переконування, навіювання, наслідування, підкріплення. Всі вони використовуються і в індивідуальній, і в груповій роботі. Але в індивідуальній роботі психолог працює сам на сам з дитиною, а в груповій – з групою дітей, що мають подібні проблеми і додається ефект взаємодії та взаємовпливу один на одного.

Особливості психотренінгової роботи визначаються не лише проблемами дитини, а й підходом, в якому ведеться робота. Так, метод поведінкового тренінгу спрямований на навчання дитини адекватним формам поведінки в проблемних ситуаціях, на підвищення рівня «виконавської компетентності» у відповідності до певних ситуацій взає-

модії та спілкування з соціальним оточенням, предметним світом. Прихильники поведінкового тренінгу, як метод групової роботи з дітьми, виходять з гіпотези про те, що причиною значних труднощів у життєдіяльності дитини є відсутність у неї відповідних навичок.

Методи групової поведінкової терапії широко використовуються в соціально-терапевтичній роботі з різними групами населення і стосуються різних видів тренінгів та занять (тренінг соціальних навичок, тренінг впевненості, т-групи, групи само- та взаємодопомоги). До формування навичкок соціального функціонування відносяться методи виконання клієнтом різних функцій в терапевтичному співтоваристві, таких як організація вільного часу, свого та інших, ініціатива у загальних заходах; терапія зайнятістю, самостійність, співпраця, ініціатива, зацікавленість; бесіди про професії, свої прагнення, публічний виступ; функції підпорядкування, наведення порядку, чергування по прибиранню; співпраця з колективом (чергування в групі, звіт про активність групи).

Елементи методу поведінкового тренінгу знаходять широке застосування в корекційній роботі з дітьми та їх батьками в організації навчання новому, більш ефективному, у порівнянні з попередньою поведінкою. Метод тренінгу особистісного росту, спрямований, відповідно, на сферу особистісного розвитку. Як стверджує А. Лідерс, предметом впливу тут є не стільки індивідуально-особистісні проблеми дітей, скільки нормативно-вікові проблеми та завдання їх розвитку. Таким чином, тренінг особистісного росту може розглядатися як форма не лише корекційної, але й загальнорозвиваючої та профілактичної роботи.

У світовій психологічній практиці накопичений досвід, який свідчить про те, що тренінгові групи додають впевненості в собі, сприяють усвідомленню та нормалізації поведінки, а також становленню адекватної самооцінки особистості. Уміння психолога впливати з корекційною метою на фіксовані симптоми і неадекватні поведінкові прояви не менш важливе, ніж їх психологічний аналіз. З огляду на це багато прийомів поведінкової терапії становлять значний інтерес, є ефективними і закріпилися в практиці сучасної психологічної допомоги.

Л. Анн визначає соціально-психологічний тренінг з дітьми та підлітками як «форму спеціально організованого навчання для удосконалення особистості, в ході якого вирішуються такі завдання як: оволодіння соціально-психологічними знаннями, розвиток здатності пізнання себе та інших людей, формування позитивної Я-концепції. Пізнання дитиною себе відбувається в ході групової роботи через співвідношення себе з іншими, через прийняття себе іншими (за допомогою зворотнього зв'язку), через результати власної діяльності, через сприйняття свого зовнішнього вигляду і внутрішніх переживань.

При організації тренінгової роботи з дітьми психологу необхідно спонукати їх до прояву ставлень, установок поведінки, емоційних реакцій, стимулювати до обговорення, роздумів над запропонованими темами. Ефективність даної діяльності залежить також від створення в групі умов для повного розкриття дітьми своїх проблем та емоцій в атмосфері взаємного прийняття, безпеки, підтримки та захисту. Необхідною умовою організації тренінгу є розробка та підтримка в групі певних норм, проявів гнучкості у виборі директивних та не директивних технік впливу.

Та все ж таки, який би метод впливу ми не обрали, основне завдання психолога полягає в усуненні емоційних блоків або перепон на шляху самореалізації та само актуалізації дитини. Ціль психологічної допомоги дітям – вироблення у дитини більшої самоповаги, що сприятиме її особистісному росту. Безліч особливостей особистості, індивідуальних стилів життя вказує на те, що не можна виділити один єдиний правильний метод корекційного впливу. Слід пам'ятати, що недиференційоване використання психокорекційних технологій може здійснювати руйнівний вплив на особистість. Будь-який метод – це лише інструмент, вміле використання якого залежить від професійних умінь та знань психолога, а також від його морального та особистісного потенціалу.

І, на завершення, звернемося до бачення Н. Мак-Вільямс, відповідно до якого існує 16 факторів, які сприяють збереженню емоційного та психічного здоров'я дітей та дорослих:

1. Здатність любити.

2. Здатність працювати.
3. Здатність гратися.
4. Безпечні стосунки.
5. Автономія.
6. Концепція інтегрованості.
7. Здатність відновлюватись після стресу (сила Его).
8. Реалістична та надійна самооцінка.
9. Система ціннісних орієнтацій.
10. Здатність витримувати «накал» емоцій.
11. Рефлексія.
12. Менталізація.
13. Широка варіативність захисних механізмів.
14. Баланс між тим, що я роблю для себе та для свого оточення.
15. Відчуття вітальності.
16. Прийняття того, що ми не можемо змінити.

Отже, з вище викладеного, можна зробити висновок, що дитяча психіка дуже нестійка, рухлива й сприйнятлива до впливів. Оскільки дитина постійно відчуває вплив соціального середовища, її розвиток рідко має рівний, безпроблемний характер, частіше – суперечливий. Загострення суперечностей за різних несприятливих умов призводить до виникнення невротичних станів та інших труднощів у психічному та особистісному розвитку. Ці розлади не постійні, вони ситуативні й сенситивні віковому періоду. Однак, за відсутності своєчасної психологічної допомоги труднощі розвитку дитини можуть перейти в стійкі аномалії характеру і спричинити неврози або стати стійкими особистісними утвореннями.

Тому психологам важливо віднайти способи та засоби, яким чином ми можемо, враховуючи сьогоднішні реалії, допомогти дітям пережити психотравмуючі ситуації. Наша програма не є лікувальною чи глибоко терапевтичною, але вона дає змогу виявити дітей, які можуть потребувати психотерапевтичної корекції в майбутньому.

В загальному, до формування групи існують певні вимоги: розмір групи, композиція (склад учасників) й тип (закрита/відкрита).

Розмір групи залежить від рівня важкості та характеру проблем учасників групи, рівень сформованості тих навиків, які потрібні для

роботи в групі (наприклад, рівень розвитку ігрової діяльності та ігрової мотивації – в ігровій терапії, рівень розвитку образотворчої діяльності та символічної функції – в малюнковій терапії. Кількість дітей в групі залежить від їх віку: чим молодші діти, тим меншим є розмір групи. В роботі з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку рекомендований розмір групи – 3–7 (до 9) осіб.

Композиція групи також визначається проблемами учасників та цілями корекції. Існують різні думки щодо підбору дітей у групу. Згідно однієї, в групу повинні бути включені діти з подібними труднощами та проблемами розвитку. В такому випадку корекція здійснюється більш точно за рахунок підбору спеціалізованих вправ. Особливо поширеним є цей підхід у роботі зі страхами та тривожністю у дітей. Інша точка зору – підбір дітей за принципом доповнення, з різними проблемами, в результаті чого дитина має можливість спостерігати моделі поведінки однолітків, наслідувати соціально прийнятні форми поведінки.

У випадку нашого корекційного досвіду, у роботі з дітьми, ми включаємо дітей у групи з різними психологічними та поведінковими порушеннями, тим самим не акцентуємо увагу на їхніх проблемах, а даємо можливість реалізовувати різні форми взаємодії, розвиваємо нові навички та уміння, сприяємо особистісному розвитку. В той же час намагаємось дотримуватись рекомендованої кількості дітей. І хоча психологи рекомендують комплектувати групи з дітей одного віку, наші групи різновікові. З одного боку, це дещо ускладнює корекційні впливи, тому що у дітей різні актуальні потреби, різний рівень сприйняття проблем, ціннісні орієнтації, інтереси. Та з іншого боку, це створює специфічні впливи, що сприяють розумінню відмінностей, характерів, потреб, формуванню емпатійності, взаємопідтримки та поваги. Такі особливості груп лише підтримують динаміку емоційних та соціальних стосунків, сприяють швидшій адаптації усіх учасників.

Корекційна програма спрямована на зниження рівня тривожності, агресії, подолання негативних проявів у спілкуванні та гуманізацію міжособистісних стосунків дітей, розвиток креативності, уяви, налагодження комунікації.

Основна мета програми – забезпечити та врахувати можливості підвищення самооцінки дітей, розвиток навичок саморегуляції емоційних станів: тривожності, страхів; розвиток комунікативних умінь та сприяння процесу становлення позитивних відносин у групі, дати можливість відпочити у колі дітей різного віку, усвідомити свою індивідуальність та винятковість.

Основні завдання програми:

Набуття та закріплення навичок позитивної вербальної та невербальної комунікації.

Розвиток навичок експресивної виразності.

Розвиток уміння щиро ділитися своїми почуттями та розуміти почуття інших.

Розвиток взаємної підтримки, довіри, емпатії.

Підкріплення позитивного образу «Я».

Оволодіння навичками саморегуляції власного емоційного стану.

Розвиток уміння здійснювати самопредставлення в групі.

Стимулювання побудови сприятливих взаємовідносин у групі.

Психолого-педагогічні принципи розвивальної роботи: принцип комплексності; поступового ускладнення розвивальних технік; доступності; системності; зворотного зв’язку; активності; прояв поваги один до одного; заохочення; конфіденційності.

Запропонована програма включає комплекс психолого-педагогічних технік прямого і опосередкованого впливу, що забезпечує розвиток емоційної стабільності та стресостійкості дітей та позитивно впливає на формування сприятливих стосунків в дитячому колективі.

Програма орієнтована на групові форми роботи, як більш ефективні та економічні, проте при необхідності вона може бути доповнена різними видами індивідуальної психологічної допомоги дітям та їх батькам.

Головний зміст групових занять складають ігри, виготовлення творчих продуктів та психотехнічні вправи, спрямовані на розвиток емоційно-вольової сфери, зниження рівня тривожності та формування навичок соціальної поведінки. В ході роботи важливо створити позитивний мікроклімат в групі, забезпечити групову динаміку та взаємодію між дітьми та керівником групи.

При цьому слід пам’ятати, що розвивальний ефект має бути досягнутий не за рахунок збільшення психотехнічних прийомів, а за рахунок найбільш повного використання потенційних можливостей кожної з комплексних вправ, відібраних для заняття. Так, скажімо, вправа, спрямована на корекцію страхів, може одночасно сприяти формуванню навичок спілкування, згуртуванню групи, створювати умови для самопізнання. Окремі вправи можуть використовуватися багаторазово, з ускладненнями, передачею функції ведучого від дорослого до дітей, різними варіаціями. Якщо вправа повністю відпрацьована, але дуже подобається дітям, її потрібно включати в роботу групи до тих пір, поки бажання її виконувати зберігається.

М. Бітянова пропонує наступну структуру занять: ритуал привітання, розминка, основний зміст заняття, рефлексія, ритуал прощання.

Ритуали привітання-прощання є важливим моментом роботи з групою, що дозволяють згуртувати дітей, створити атмосферу групової довіри та прийняття, що, в свою чергу, надзвичайно важливо для плідної роботи. Ритуали можуть бути придумані самою групою в ході обговорення, або запропоновані психологом. Ритуали виконуються на кожній зустрічі, в них повинні брати участь всі діти. З часом контроль за виконанням ритуалів переходить від дорослого до самих членів групи.

Розминка є засобом впливу на емоційний стан дітей, рівень їх активності, стимулює включення до продуктивної діяльності. Розминка може проводитися не тільки на початку заняття, але і між окремими вправами, а також в тому випадку, коли тренер відчуває необхідність змінити актуальний емоційний стан дітей. Вправи для розминки відбираються з урахуванням змісту та завдань конкретного заняття.

Основний зміст заняття є сукупністю вправ і прийомів, спрямованих на вирішення завдань розвивального комплексу. Пріоритет тут складають багатофункціональні техніки, що сприяють розвитку емоційної сфери та соціальних навичок дітей. Послідовність вправ повинна передбачати зміну видів діяльності та психофізіологічних станів дітей: від рухливого до спокійного, від складної, напруженої гри до релаксації тощо. Вправи використовуються з урахуванням фактора

стомлюваності дітей. Ігор не повинно бути занадто багато, розпочинати та завершувати заняття бажано одною з улюблених вправ дітей, співзвучною з темою заняття.

Рефлексія передбачає ретроспективну оцінку заняття в двох аспектах: емоційному (що сподобалось – не сподобалось, було добре – погано і чому) і смисловому (чому це важливо, навіщо ми це робили). Рефлексія попереднього заняття включає спогади дітей про те, чим вони займались минулого разу, що особливо запам'яталось, для чого вони це робили, тощо. Рефлексія наприкінці заняття дає дітям змогу при допомозі дорослого відповісти на питання: для чого це потрібно, як це може допомогти в житті, створює можливість зворотного емоційного зв'язку між психологом та учасниками групи.

Етапи реалізації групової роботи з дітьми тісно залежать від методів, які застосовує психолог у своїй роботі. Так в ігровій терапії О. Карабанова виділяє чотири етапи, які найбільш ґрунтовно відображають логіку вирішення завдань корекції: 1) орієнтувальний етап; 2) етап актуалізації та сукупності типових труднощів розвитку дітей та конфліктних ситуацій, які вони переживають; 3) конструктивно-формуючий етап; 4) узагальнююче- закріплюючий етап.

Окремі заняття етапів є реалізацією психологічних методів корекційної роботи, які, в свою чергу, мають визначену структуру. Так, наприклад, в арттерапії виділяють наступні етапи: орієнтувальний – дослідження оточення й правил поведінки на занятті, вивчення можливостей образотворчих матеріалів, а також лімітів та обмежень в їх використанні; вибір теми малювання – відбувається емоційне включення дитини в процес малювання; пошук адекватної форми вираження – перехід від першого, поки примітивного та спрощеного, вираження теми до пошукової та дослідницької активності, виникає зацікавленість самим пошуком форми та активне експериментування; розвиток форми здійснюється в напрямку повного та глибокого самовираження, конкретизації проблеми та можливостей її подолання, і на завершення, вирішення конфліктної травмуючої ситуації в символічній формі.

Та все ж, здійснення глибинно-психологічної корекції можливе лише з використанням основного інструменту комунікації – діалогу.

Загалом діалог визначається у психокорекцій практиці як сукупність технік, що реалізуються в розмовному стилі, при цьому спостерігається намір розв'язати конкретну проблему, прояснити її сутність, досліджуючи її під різними кутами зору. У широкому розумінні діалог – це «комунікативний процес реальних або уявних партнерів, у ході якого відбувається не просто обмін інформацією, а й виявлення поглядів, смислових позицій, ціннісних орієнтацій та особистісних смислів партнерів».

У психокорекційній практиці та психотерапії нині обстоюється ідея діалогізації психотерапевтичного процесу, оскільки діалог відносять до способу активізації рефлексивної активності особистості. Вихідним пунктом рефлексивної психокорекції є діалогічна процедура взаємодії на основі принципу подійності. Діалог при цьому структурується на ґрунті спогадів чи фантазій або конструювання типових життєвих ситуацій, передбачається також рефлексивний обмін почуттями, переживаннями.

У своїй роботі ми використовуємо різні форми взаємодії з дітьми, оскільки, ми не розділяємо поглядів, про те, що одна психологічна теорія розвитку дитини чи будь-яка наукова концепція містить всі відповіді чи більшість з них, як подолати труднощі в емоційній, поведінковій чи когнітивній сферах дитини, та вирішити усі її проблеми. За нашими спостереженнями, до різних ситуацій необхідно застосовувати дуже гнучкий підхід. І значну роль батьків та інших значимих дорослих в житті дитини неможливо переоцінити.

Дорослі по різному сприймають дітей. Одні люблять перебувати в їх середовищі, інші бачать їх у нереально рожевому світлі, третіх зачаровує новонароджений, але обурює незалежність та негативізм трирічної малечі. Деякі дорослі, здається, зовсім не люблять дітей. Діти як і дорослі, дуже різні у своїх схильностях та вподобаннях, в ставленні до труднощів та новизни, в своїх здібностях, характерологічних особливостях тощо. Та необхідно визнати, що для дітей дорослі є джерелом і хорошого, і поганого; і саме від дорослих залежатиме, яким буде їх життя: чи буде воно щасливим, а розвиток повноцінним.

Чим меншою є дитина, тим слабше розвинуті в її корі гальмівні процеси, і тим легше вони зриваються при їх перенавантаженні. Це відбувається, якщо дитині постійно повторюють: «не можна», «не роби», «не чіпай», «сиди тихо». Дитина має право на радісне та активне життя, вона повинна і погратися, і побігати, тому в три дні реабілітаційного процесу ми включаємо вільний час, коли діти самостійно придумують собі ігри на вулиці (під наглядом дорослих, тобто дорослі не контролюють, не втручаються, а скоріше перетворюються на чутливих, готових пристосуватися людей), об'єднуються в групи за інтересами, багато рухаються. Цим ми забезпечуємо відчуття свободи та самостійності. Ще В. Сухомлинський у свої роботах, стверджував, що повага до особистості дитини закономірно веде до розширення сфери особистого, інтимного, недоторканого.

Батькам пропонуємо прожити день без будь-яких заборон. Оскільки, позбавлення свободи, перенавантажує гальмівні процеси в корі головного мозку, а це в свою чергу, підвищує рівень агресії у дітей. Також такі моменти, коли діти вільні у своєму виборі чим їм займатись, дозволяють дітям радіти, що вони знаходяться серед дітей, вивчати їх.

Та найважливіше: треба бачити в дитині особистість з власними поглядами, що розвиваються та розумінням тих чи інших ситуацій. Досить часто, саме діти допомагають дорослим вчитися, змінюватися, адаптовуватись. Діти є величезним ресурсом для батьків, що перебували/перебувають на службі, які воюють. В багатьох випадках діти є тим об'єднуючим фактором в сім'ї, стимулом для роботи дорослих над собою. Батькам важливо бути для дитини активним учасником її розвитку, а не пасивними спостерігачами, побачити той величезний потенціал, що є в їхніх дітях.

Оцінка ефективності проведеної роботи з дітьми може бути різною, в залежності від того, хто цю оцінку робить: дитина, яка безпосередньо була учасником корекційного процесу, і на яку здійснювався вплив; батьки; або ж сам психолог. З точки зору дитини робота буде успішною та ефективною, якщо під час занять, вона отримала емоційне задоволення і в цілому, і в процесі діяльності, в яку була включена. Для батьків проведена робота буде вважатися ефективною, якщо в

результаті буде задоволеним запит. Для психолога основним критерієм ефективності проведеної роботи та ефективності корекційної програми є рівень досягнення цілі корекції та поставлених у програмі завдань. О. Карабанова вважає, що рівень досягнутих цілей може бути проаналізований на таких рівнях:

- на рівні загальнорозвиваючого та довгострокового ефекту корекційної програми, як підвищення рівня життєстійкості дитини, підвищення її витривалості до впливів факторів ризику в розвитку;
- на рівні вирішення реальних труднощів розвитку та поведінки;
- на рівні постановки цілей та завдань корекційної програми.

Оцінюючи ефективність нашої корекційної програми, необхідно відмітити, що ми не прагнули повного вирішення труднощів у розвитку та поведінці дітей, а були більше орієнтовані на профілактичний або загальнорозвиваючий характер впливу. Ми не здійснювали повторної діагностики тих чи інших сторін психіки та особистісних індивідуальних характеристик дітей. Ми прагнули надати батькам психологічні рекомендації по вихованню та навчанню дітей, обговорюючи підсумки проведеної роботи.

Поради батькам, що допоможуть у подоланні стресу у дітей:

Дізнайтеся якомога більше про почуття Вашої дитини.

Створіть атмосферу довіри в родині та переконайте, що на помилках вчаться. Ніхто не може стати одразу професіоналом, кожен вчиться на своїх помилках.

Проявляйте підтримку та розуміння у ставленні до дитини.

Демонструйте турботу, тепло і любов. Частіше обіймайте дитину.

Ставте чіткі обмеження, але не будьте занадто суворими; підкреслюйте важливість співробітництва, а не змагання. Не перезавантажуйте графік своєї дитини великою кількістю справ.

Знайдіть способи, як Ваша дитина може допомагати родині.

Звертайте увагу на те, чого хоче Ваша дитина (а не тільки на те, чого хочете ви).

Важливо допомогти дитині розвинути позитивні навички боротьби зі стресом, саме вони будуть потрібні їй у дорослому житті. Ви можете допомогти наступним чином:

Показуйте дитині хороший приклад. Зберігайте спокій і контролюйте гнів. Продумайте план, як скоротити стрес, і поділіться цим планом з сім'єю.

Сприяйте раціональному мисленню. Переконайтеся, що Ваші діти замислюються про наслідки власних дій і розуміють Ваші дії. Допоможіть їм зрозуміти, що є фантазія і що – реальність. Наприклад, запевніть дитину, що це не її поведінка викликала сумні настрої (гнів, роздратованість, відчай) батьків, і вона – не невдаха, якщо у неї щось не виходить.

Контролюйте дитину, але в міру. Дозвольте дітям приймати рішення в рамках сім'ї. Наприклад, дозвольте їм облаштувати свою кімнату, вибрати сімейні заняття і допомогти приймати сімейні рішення.

Говоріть з ними відкрито. При відповідній ситуації обговоріть з ними свій важкий робочий день, причини свого емоційного стану. Заохочуйте їх говорити про те, що їх турбує.

Знайдіть фізичне заняття чи хобі, яке їх зацікавить, і заохочуйте їхній інтерес. Фізичні вправи сприяють зняттю напруги, оптимізації емоційних станів, впорядкованості думок.

Радьте дитині вживати здорову їжу і підкреслюйте важливість здорового способу життя.

Здійснюйте вплив на середовище дитини, яке має бути безпечним, константним (незмінним), ритмічним (рівномірне чергування мовних, звукових, зображувальних впливів на дитину, у відповідній послідовності; періодична рівномірна зміна діяльності), передбаченим, послідовним, у якому діти мають відчувати повагу до своїх відчуттів, думок.

Вчіться технікам розслаблення і вчіть цьому свою дитину.

Усі запропоновані нами психологічні вправи та техніки, які ми використовували у комплексі в психологічній роботі з військовими та членами їх сімей, засвідчують свою високу практичну значимість та психотерапевтичну ефективність. Особливо хочемо зазначити залученість, зацікавленість у виконанні перерахованих вправ та технік усіх учасників програми, та відмітити їх позитивні впливи на особистісне й міжособистісне функціонування, про яке неодноразово наголошували

чоловіки, жінки і діти під час щоденного та підсумкового зворотного зв'язку.

5.2. Особливості психологічних реакцій на психотравмуючі події у дітей військовослужбовців

В загальному реакціями дітей на психотравмуючу ситуацію можуть бути: нервовість, нічні жахи, тремтіння, реакції горювання, хвилювання, страх смерті інших членів сім'ї, тривога, втрата інтересу до того, чим займалися раніше, депресія, плаксивість, засмучення через дрібниці, дратівливість, напади гніву, агресія, істерики, відсутність спокою тощо. Це досить поширені реакції у дітей. Та найпоширенішим наслідком впливу негативних зовнішніх чинників є психічна травма. Не завжди психічна травма як емоційне потрясіння, переляк зберігається в пам'яті, адже спрацьовує захисний механізм витіснення або амнезії психотравмуючих подій. Та спричинені нею переживання залишають слід і можуть впливати на психологічну реальність людини.

Психокорекційному впливу піддаються не лише набуті після народження (зумовлені соціальним середовищем) ускладнення розвитку дитини, а й вроджені (спричинені умовами пренатального розвитку), які в свою чергу можуть призвести до невропатії і психопатії. Та у нашій практичній роботі з дітьми військовослужбовців, такі важкі ускладнення не траплялись, тому ми зупинимось на особливостях переживання цими дітьми різноманітних страхів.

Еда Ле Шан відзначає в своїй книзі «Коли ваша дитина зводить вас з розуму», що батьки часто не хочуть визнавати дитячі страхи, тому що бояться їх закріпити і навіть сприяти народженню нових. Це занепокоєння можна зрозуміти, але не можна визнати його виправданим. Якщо допустити, що почуття страху існує і проявити даний співчуття, то це буде кращий спосіб допомогти йому зникнути.

Аналізуючи саме страхи дітей, батьки яких перебували/перебувають в зоні активних військових дій, ми виділили саме страх смерті рідної людини. Хоча в багатьох випадках, страхи дітей відповідали віковим характеристикам та нормам, й залежали в більшій мірі від

особистісного рівня чутливості дитини, від особливостей поведінки значимих дорослих, які їх оточують.

Відомо, що майже за всіма страхами дітей стоїть неусвідомлений або усвідомлюваний страх смерті, тому профілактика страхів насамперед у вихованні таких якостей, як оптимізм, впевненість у собі, самостійність. Дитина повинна знати те, що їй належить знати за віком, про реальні небезпеки і загрози, але ставитися до цього адекватно. Як це зробити? Існуючі способи зниження і контролю страху ґрунтуються насамперед на теорії навчання. Страхи неминуче супроводжують розвиток дитини.

Страх смерті – свого роду морально-етична категорія, яка вказує на свідому зрілість почуттів, їх глибину, і тому виражений у емоційно чутливих і вразливих дітей, що володіють до того ж здатністю до абстрактного, відстороненого мислення. Страх смерті відносно частіше зустрічається у дівчаток, що пов’язано з більш вираженим у них в порівнянні з хлопчиками інстинктом самозбереження. Зате у хлопчиків простежується більш відчутний зв’язок страху власної смерті і в подальшому – батьків зі страхами чужих, незнайомих осіб починаючи з 8 місяців життя, тобто хлопчик, що боїться інших людей, буде більш схильний до страхів смерті, ніж дівчинка, у якої немає такого різкого протиставлення.

За даними аналізу психологічної літератури, нейропсихологічних досліджень страх смерті тісно пов’язаний зі страхами нападу бандитів, захворювання і смерті батьків, темряви, казкових персонажів, чудовиськ, невидимок, скелетів, страшних снів, тварин, павуків, змій (страхи тварин), машин, поїздів, літаків (страхи транспорту), бурі, урагану, повені, землетрусів (страхи стихії), коли дуже високо, коли дуже глибоко, перебувати в тісній, маленькій кімнаті, приміщенні, води, вогню, пожежі, війни, великих площ, лікарів, крові, уколів, болю, несподіваних, різких звуків, коли щось раптово впаде, стукне, запізнитися до школи, бути покараними, не виправдати чиїсь очікування.

Боязнь померти – це вікове відображення концепції життя. Її точкою відліку є народження, а кінцем – смерть, усвідомлення неминучості якої приходить вперше і проявляється відповідним страхом. Страх

смерті з'являється як афективно-загострений вираз інстинкту самозбереження. Цей страх здебільшого зовні не виявляється, як і взагалі більшість інших страхів, притаманний емоційно чутливим і вразливим дітям і нерідко відсутній при затримці психічного розвитку, розгальмованій і агресивній поведінці, а також у дітей, батьки яких страждають на хронічний алкоголізм.

Про те, що дитина боїться смерті, можна здогадатися по наявності інших, пов'язаних зі смертю страхів, насамперед страшних снів, боязні нападу, вогню і пожежі, боязні захворіти (у дівчаток) і боязні стихії (у хлопчиків).

Поява страху смерті означає поступове завершення «наївного» періоду в житті дітей, коли вони вірили в існування казкових персонажів, безсмертя, чудесні явища і багато іншого, з чим тепер доводиться розлучатися.

У молодшому шкільному віці страх і боязнь, тривожність і побоювання можуть бути представлені в однаковій мірі. Тривога ж, як мінливе почуття занепокоєння можлива в будь-якому віці.

Провідний страх в даному віці – це страх «бути не тим», про кого добре говорять, кого поважають, цінують і розуміють. Іншими словами, це страх не відповідати соціальним вимогам найближчого оточення, будь то школа, однолітки, сім'я. Конкретними формами страху «бути не тим» є страхи зробити не те, не так, як слід, як потрібно. Вони говорять про наростаючу соціальну активність, про зміцнення почуття відповідальності, боргу, обов'язку, тобто про те, що об'єднано в понятті «совість», як центрального психологічного утворення даного віку. Також важливим аспектом, який необхідно врахувати, у роботі з дітьми військовослужбовців, так це страх того, що можуть погано відізватись про військових, про значимість війни чи країни. Ці діти дуже болісно сприймають та реагують на подібні висловлювання.

Совість невіддільна від почуття провини як регулятора морально-етичних відносин також і в старшому дошкільному віці. Розглянуті раніше страхи не встигнути, спізнитися, будуть відображенням гіпертрофованого почуття провини через можливе вчинення засуджуваних дорослими, передусім батьками, неправильних дій.

Переживання своєї невідповідності вимогам та очікуванням оточуючих у школярів – теж різновид почуття провини, але в більш широкому, ніж сімейний, соціальному контексті. Якщо в молодшому шкільному віці не буде сформовано вміння оцінювати свої вчинки з точки зору соціальних розпоряджень, то надалі це буде дуже важко зробити, так як упущено найсприятливіший час для формування соціального почуття відповідальності.

З цього зовсім не випливає, що страх невідповідності – доля кожного школяра. Тут багато залежить від установок батьків і вчителів, їх морально-етичних та соціально-адаптивних якостей особистості.

Початок відвідування школи підводить своєрідну риску під концепцію життя і смерті, перетворюючи останню як вже пережите почуття в єдину концепцію життя. Нова соціальна позиція школяра сприяє переключенню уваги на більш конструктивні цілі. Ось чому вже з першого класу страх смерті перестає звучати як афект або думка, що викликає занепокоєння. Однак у емоційно чутливих дітей подібний страх може давати про себе знати у вигляді незрозумілої для оточуючих боязні небіжчиків, чорної руки, скелетів і Пікової Дами. Зазвичай вже в 8 років діти бояться не стільки смерті, скільки смерті батьків. Середнє число страхів вище у дівчаток, ніж у хлопчиків, що говорить про більшу чутливості до них представниць жіночої статі.

Найбільша чутливість до страхів як у хлопчиків, так і у дівчаток проявляється в 6 і почасти в 7 років (у дітей, які не відвідують школу). До цього віку в основних рисах завершується дозрівання емоційної сфери, розвивається уява і вміння ставити себе на місце іншої людини, що розширює сприйняття страхів і робить їх переживання більш глибоким. Цікавий факт зменшення числа страхів у дітей 7 років, які відвідують школу, в порівнянні з дітьми 7 років – дошкільнятами. Мабуть, тут можна говорити про активізуючу роль нової соціальної позиції школяра.

Найменше страхів в дітей віком 12 років. У дошкільному віці як у хлопчиків, так і у дівчаток їх більше, ніж у шкільному, тобто з віком страхи зменшуються.

Ми підібрали наступні ігрові методики: «Гра з темрявою», «Купа мала», «Прогулянки в сліпу» тощо.

В «Грі з темрявою» дитина жестами показує чого вона боїться, а інші відгадують страх. У дітей можуть з'явитись труднощі зобразити, наприклад, страх темряви та самотності. Тому з'являються труднощі з відгадуванням. Але це не знижує корекційної сили цієї методики.

В грі «Купа мала» беруть участь 3–5 дітей. Один стоїть навкарачки. Наступний розбігається й намагається його перестрибнути. Якщо застряє на спині, тоді там і залишається. Наступний теж розбігається й стрибає на створену «купу». Гра знімає страх ударів, сором'язливість у дітей, допомагає укріпити опору та розширити свободу руху.

В грі «Чого я боюсь?» діти називають першу й останню букву заданого слова, те, чого вони бояться. Інші діти відгадують.

В грі «Прогулянка в сліпу» одна дитина закриває очі, а інша слугує провідником. Перепонами слугують стільці, розставлені по кімнаті, класі, території.

Корекційна робота проводиться не зі страхом, а з особистим ставленням дитини до причин страху. Використання даних методик допомагає дітям встановити довірливі відносини з однолітками, побороти відчуття самотності, покинутості, тривоги.

Рекомендовано також використати методики, що ґрунтуються на основі ізотерапії. З метою зняти у дітей відчуття постійної загрози від оточуючого світу; переборення тривоги, страху за допомогою малювання страху. Зображення страхів вимагає вольових зусиль та знімає тривожне очікування їх реалізації.

Важливе значення в роботі з дітьми мають методики із використанням технік казкотерапії з метою зниження рівня страху у дітей.

Як відомо «страшилки» різноманітного змісту – один з видів дитячого фольклору. Коли дитина вигадує й розповідає «Страшилку», вона самостійно контролює емоції переборення своїх страхів.

Вербалізація страхів викликає чуттєву відповідь, емоційне переключення, які відіграють роль психологічного захисту.

Можна використати методику «Відгадай закінчення казки». Дітям пропонується закінчити казку: «Жили-були хлопчик та дівчинка, котрі всього боялись. Одного разу потрапили вони в страшний ліс. І на їхній дорозі…»

В кінці роботи діти починають розуміти, що казкові персонажі уявні і їх можна зробити такими, якими хочеш сам, тобто добрими смішними, веселими.

Таким чином, підібраний комплекс методик допомагає зниженню кількості страхів у дітей молодшого шкільного віку, зняття відчуття постійної загрози від оточуючого світу.

5.3. Психологічні техніки і вправи в роботі з дітьми військовослужбовців

Вправа «Арттерапія на щодень»

Мета: Відчути самого себе, зрозуміти і бути самим собою, виразити свої думки, і почуття надії, звільнитися від негативних переживань. Для дітей молодшого шкільного віку – це розвиток моторики.

Матеріали: Контурні розмальовки (з врахуванням віку учасників) та природні матеріали (крупи, насіння, каштани, шишки, жолуді) клей або клейка стрічка.

Хід заняття: Пропонуємо учасникам обрати картинку, яка найбільше сподобалась. Обговорюємо, чому саме ця картинка сподобалась найбільше. Керівник групи знайомить учасників з різними природними матеріалами (що це за крупа, яка вона на дотик, колір, з чого вона виробляється). Діти спілкуються, знайомляться. Далі пропонуємо дітям вибрати матеріали, якими вони хотіли б працювати. Демонструємо техніку роботи.

Варіант даної вправи: «Кораблик з природних матеріалів»

Вправа «Історії нашої сім'ї – проекція майбутнього»

Мета: Познайомити учасників між собою, залучити дітей та дорослих до спільної діяльності, візуалізувати за допомогою калажування плани на майбутнє, сформувати позитивне сприйняття світу та оточуючих.

Матеріали: журнали, клей, ножиці, олівці, фарби, ватман.

Колажування є одним з найефективніших методів роботи з особистістю, який до того ж не викликає напруги, яка може бути пов'язана з відсутністю у людини художніх здібностей. Колаж допомагає

визначити психологічний стан людини в даний момент часу, виявити його переживання і актуальні аспекти самосвідомості, розкрити потенційні можливості.

Матеріалом для створення колажу можуть служити не тільки ілюстрації з журналів, але також природні матеріали, особисті фотографії і авторські малюнки. Теми вибираються залежно від потреб конкретно взятої групи: «я», «сім'я», «тіло», «чоловік і жінка», «минуле-сьогодення-майбутнє».

Так, для учасників проєкту ми пропонували найкраще представити свою родину за допомогою вирізок із журналів, передати склад своєї сім'ї, а також поділитися з групою своїми планами та мріями. Давалася наступна ***інструкція:***

*«*Підберіть картинки для заданої теми і оформіть їх у цілісну композицію. З елементами дозволяється робити абсолютно все, що заманеться, роботу можна доповнювати коментарями і написами, домальовувати елементи, зафарбовувати і декорувати порожнечі».

Коли колажі готові, учасники по черзі презентують свою роботу іншим. Всі слухають та підтримують аплодисментами сім'ю. Психолог задає питання, уточнює, спрямовує розмову у позитивному напрямку.

Аналіз колажу: розмір елементів і їх розташування на аркуші відносно один одного, виявлення домінуючих елементів, підстави вибору конкретних елементів, палітра кольорів, сюжетність і впорядкованість або хаотичність і розрізненість.

Окрім представлення кожної сім'ї та проектування її майбутнього за допомогою техніки створення колажу проводилася вправа ***«Мій ідеальний партнер»***. До участі у вправі залучалися лише чоловіки і жінки, які об'єдналися у дві команди. За допомогою вирізок із журналів, додаткових малюнків та надписів потрібно створити колаж на якому зображалася ідеальна жінка та чоловік у розумінні членів команди. Готові колажі також презентувалися учасниками.

Вправа допомагає абстрагуватися від проблем, негативних переживань, зближує учасників, створює атмосферу доброзичливості, налаштовує на позитив.

Вправа Hand made «Створення картин із шерсті»

Мета: Передача почуттів, емоцій та інших проявів психіки, можливість спостерігати за дитиною в процесі спонтанної творчості, наблизитися до розуміння її інтересів, цінностей, відчути її унікальність.

Матеріали: абразивний папір, шерсть різних кольорів, форми звірів, птахів тощо.

Хід заняття: Керівник знайомить дітей з матеріалами для роботи, пропонує відчути на дотик, якою є шерсть, стимулює щічки, ручки, носики. Обговорюють чи приємний є цей матеріал, що можна з нього зробити. Ведучий демонструє способи вигинання, скручування, розтягування шерсті. Діти самі обирають, що вони хотіли б створити. В кінці заняття всі демонструють свої вироби та розповідають, що у них вийшло, діляться своєю історією.

Вправи «Розвиваємо маленького генія» (може мати безліч варіантів, з врахуванням віку дітей, місця проведення).

Мета: Розвивати пізнавальний інтерес, вміння проявляти емоції, долати страхи, невпевненість, вміння взаємодіяти в групі, подолання агресивних проявів тощо.

Хід заняття:

«Подарунок». Стоїмо в колі. Пропоную кожному піднести своєму сусіду подарунок, але не справжній. Для цього вам необхідно зобразити, що ви даруєте, сказати щось приємне та піднести подарунок (питаємо у дитини: «Що тобі подарували?», і уточнюємо правильну відповідь).

«Чарівний клубочок». Дитині, яка почала бешкетувати, можна запропонувати змотати в клубок яскраву нитку. «Цей клубок не простий, а чарівний: тільки людина починає змотувати його, то відразу заспокоюється».

«Роби як я». Ви будете повторювати за мною усе, що я буду показувати: Роби як я, і скачи як кролик (всі спочатку присідають, а потім скачуть вверх– вниз).

Роби як я, і стань високим, як гора (всі піднімають руки вверх, тягнуть пальці вверх, щоб витягнутись якомога більше).

Роби як я, і стань схожим на сову (складаємо пальці кружечком прикладаємо їх до очей, щоб зобразити круглі совині очі).

Роби як я і будь тюленем (всі сідаємо на підлогу, витягуємо ноги вперед, при піднімаємо їх, щоб зобразити хвіст тюленя, руки витягуємо вперед, щоб показати ласти).

Роби як я і будь велетенським вітрильником (піднімаємо ноги, широко їх розводимо, тулуб відхиляємо назад. Відчуйте як вітер натягує наші вітрила, коли ви намагаєтесь втримати рівновагу).

Роби як я і будь Маленьким Буддою (сідаємо схрестивши ноги, руки міцно притиснуті одна до одної. При цьому тримаємо спину рівно).

Роби як я і будь льодяною гіркою (всі витягують ноги вперед і тягнуть пальчики ніг. Руками впираємось у підлогу, щоб припідняти спину).

Роби як я і будь змією (лягаємо на живіт, витягуємо ноги, руками впираємось у підлогу, і високо піднімаємо грудну клітку і голову).

Роби як я і скачи на пальчиках (опускаємось присядки, піднімаємо руки над головою, руки разом і скачемо)

Можна запропонувати дітям теж побувати в ролі ведучого.

«Хто літає?» Пропоную пограти в гру: Я називаю птаха чи комаху, які літають, а ви повинні хором вимовити «ЛІТАЄ» і підняти руки, якщо я називатиму тих, хто не літає, слід мовчати і не піднімати рук! Будьте уважні (орел, горобець, сонечко, кажан, змія…).

«Гра з уявними предметами»:

вишиваємо хрестиком
перемо білизну
чистимо чоботи
ліпимо з глини
варимо варення
робимо зачіску
майструємо вудку й ловимо рибу
розтопюємо піч
ліпимо вареник

«Пилосос і порошинки».

Всі ви порошинки. Ви весело танцюєте у промінні сонця. Тут запрацював пилосос (ведучий), порошинки закружляли навколо своєї осі, й уповільнюючи рухи, осідають на підлогу (коли дитина-порошинка сідає на підлогу, її спина та плечі розслабляються і згинаються донизу, руки опускаються, голова нахиляється, і вона вся ніби обм'якає).

«Гойдалка». Дитина стоячи гойдається на гойдалці. Виразні рухи. Ноги трохи розставлені, обидві ступні торкаються підлоги, але вага тіла перенесена на одну з ніг. Переносимо вагу тіла з однієї ноги на іншу. Вперед – переносимо вагу тіла вперед назад. Працюємо активніше, згинаємо і розгинаємо коліна

«Малюємо по колу». Ведучий дає дітям аркуш, на якому уже є певна деталь. Діти повинні по черзі домалювати щось своє. На завершення аналізуємо, що вийшло (чи це цілісний малюнок, чи є сюжет, що на передньому плані, що на задньому плані тощо).

«Горидуб з хусточкою». Ця гра поширена в удмуртського народу. Діти стають парами. Попереду − ведучий з хусточкою в руці. Підніме її вгору – і діти, що стоять останніми, біжать до нього. Хто перший перехопить хусточку, той і переміг. Потім біжить наступна пара і т. д.

«Знайди своє місце». Ця гра вимагає доброї орієнтації, швидкого бігу, гарної пам'яті. Гравці стоять в колі обличчям до центру. Ведучий за колом оббігає дітей з хусточкою в руці і кладе її кому-небудь на плече. Дитина бере хусточку й одразу ж біжить на зустріч ведучому. Обидва прагнуть швидко відшукати місце, що звільняється. Інші гравці в цей час розсуваються по колу, щоб його не було видно.

ЗАНЯТТЯ № 1

Приємні уявлення. Діти лягають, заплющують очі.

– Уявіть собі, що Ви на березі моря. Зверніть увагу на хвилі: ви спостерігаєте, як вони накочуються та відкочуються від берега. У цей час ви відчуваєте цілковитий спокій.

ЗАНЯТТЯ № 2

Звучить спокійна музика (звуки природи). Привітання!

Діти, давайте пригадаємо правила, які діють у нашій групі:

- Любити та поважати усіх, хто нас оточує;
- Намагатись бути на позитиві;
- Гордитися собою, але бути гнучким та відкритим до змін.
- Активно працювати на заняттях.
- Не порушувати правила.

А також згадаємо, як кого звуть (ведучий називає імена та позитивні риси учасників). Знайомимо усіх нових учасників (даємо їм іграшку і вони розповідають про себе; група аплодує).

А тепер, щоб ще раз закріпити імена, пограємо у гру *«Звуки».* Я читатиму скоромовки, а Вам необхідно визначити, на який вона звук, і показати на нього. Хто впізнає себе, той піднімає руку. (КОЖНІЙ ДИТИНІ РОЗДАТИ ЗОБРАЖЕННЯ БУКВ).

Ворона проворонила воронят Р (Рома).

Нанизала намистинки, намистинки з горобинки, низочку одненьку (Назар, Наталя).

Дубові дрова дід рубає. В дворі під деревом старим. А дітвора допомагає носити дрова з двору в дім (Даня).

Ковпак на ковпаку, під ковпаком ковпак (Катя).

Семен сказав своїм синам «сини соколи, складіть сіно. Сини склали скирту сіна. Семен сказав «Спасибі» (Саша).

Торованим тротуаром торохкоче трактор. Торохкоче, туркотить, бо такий характер (Таня).

Миші миску мили милом. Миші мило загубили. Ми навмисне в ліс прийшли, але мила не знайшли (Максим).

У Юрка сестричка Юля, невеличка вередуля. Любить Юля утікати, бо не хоче йти до хати. Доганяв Юрасик Юлю, та й набив на лобі гулю (Юра).

Івасик іграшками грався, а по двору ішов індик. Івась побачив і злякався. І від індика утік (Іра).

«Роби як я».

Ви будете повторювати за мною усе, що я буду показувати:

Роби як я, і скачи як білочка (всі спочатку присідають, а потім скачуть вверх-вниз, ручки біля голови, ніби вушка).

Роби як я, і стань велетенським велетнем (всі піднімають руки вверх, тягнуть пальці вверх, щоб витягнутись якомога більше).

Роби як я, і стань схожим на лева (згинаємо коліна, сідаємо на п'ятки, руки кладемо перед собою на підлогу, потім переносимо руки на коліна. Встаємо на коліна, руки витягаємо вперед «РРРР». Знову сіли на коліна і відчули себе могутніми та спокійними).

Роби як я, і будь жабкою (всі сідаємо навприсядки, широко розводимо коліна, і впираємось руками у підлогу, відштовхуємось руками і ногами від підлоги і підскакуємо І кричимо «КВА». Приземляємось на дві ноги).

Роби як я, і будь велетенським крокодилом (стаємо на коліна, пальці рук широко розставлені. Витягнули ноги. Лягли на підлогу, лікті прижаті до боків. Пальці розставлені вони перетворились на кігтисті лапи. Ноги з'єднуємо, щоб вони стали важким хвостом крокодила. Впираємось лобом в підлогу, уявили, що ви крокодил. Піднімаємо одночасно голову і хвіст. Хвостом ворушимо зі сторони в сторону «Гам»).

Роби як я, і будь Метеликом (сідаємо на підлогу, витягуємо ноги вперед. Руки складаємо як при молитві. Згинаємо праву ногу, потім ліву, підтягуємо їх до себе, щоб вони з'єднались. Ступні розкриті ніби книга. Руки підкладаємо під стопи. Сидимо гарно, з рівною спинкою, не нахиляючись. Обережно піднімаємо і опускаємо коліна, ніби вони крильця метелика – тендітні і дуже яскраві. Розслабились).

Роби як я, і будь качечкою (пішли навприсядки по колу як качка «КРЯ»).

Роби як я, будь коброю (лягаємо на живіт, витягуємо ноги, руками впираємось у підлогу, і високо піднімаємо грудну клітку і голову. Потім ніжками намагаємось дістатись голови, ніби хочеться почесати голову хвостом. При цьому голосно скажемо «СССС»).

Роби як я, скачи на пальчиках (опускаємось присядки, піднімаємо руки над головою, руки разом і скачимо).

Можна запропонувати дітям теж побувати в ролі ведучого.

«Уважний до інших».

Діти, ще раз подивіться уважно на усіх членів нашої групи. Намагайтесь запам'ятати, як вони виглядають.

Один виходить, сідає спиною до всіх і описує зовнішність когось іншого.

Гра *«Летюча миша».* Стаємо один за одним, я беру кульку. Необхідно нахилитись і вдарити кульку руками, так щоб вона пролетіла між ніг. Всі повинні побути першими.

«Мої добрі справи». Дитина повинна пригадати, яку конкретну добру справу вона зробила вчора, і що відчула.

Кидаємо зіжмаканий папір в стіну.

Виконуємо вправи *«Ми з вами на городі»:*

Збираємо полуницю.. Смачна… Вибираємо моркву…

Копаємо картоплю… Сіємо пшеницю… Перекопуємо грунт…

Шукаємо огірочки, які заховались… Поливаємо грядку…

Лупимо квасолю, горох…

Скошуємо траву.

Ліпимо з пластиліну свій настрій. Оберіть колір. (Максимум 3). Розкажи, що у тебе вийшло. Обговорюємо.

Ох і напрацювались, тепер можемо відпочити, вправа *«НЕБО».*

Лягли, заплющили очі (грає музика). Уявіть, що зараз літній гарний день. Ви лежите на траві. Відчуйте м’якість і свіжість цієї трави, її запах. Лежачи на спині, ви дивитесь в небо. Воно чисте, безхмарне, блакитне. Споглядайте його якийсь час.

Ось у полі вашого зору з’явився метелик. Коли він пролітає над вами, відзначте, яким невагомим він здається, як гарно забарвлені його крила. Ви спостерігаєте, як він летить геть, зникаючи з очей.

Тепер ви бачите орла, що високо ширяє в небі. Ви стежите за його польотом і поступово проникаєте все глибше у блакитну далечінь неба.

Потім ви спрямовуєте погляд ще вище. Тепер ви бачите, що високо в небі пропливає біла хмаринка. Спостерігайте, як вона повільно розчиняється.

Нарешті перед вами лише безмежне небо. Відчуйте себе небом, безтілесним, легким, глибоким, всеосяжним. Відчуйте, що у вас немає меж, що ви присутні всюди. Усвідомте в собі відчуття легкості духу, польоту, відсутності будь-якого тиску.

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 3

Заняття проводиться на стільцях.

Зараз ми пограємо з вами у індіанців. Спочатку кожен з вас обере пов'язку (бажаючим можна розфарбувати обличчя як у індіанців).

Зверніть увагу: вам необхідно знайти свій стілець, оскільки ваші імена зашифровані індіанською мовою.

Після того як всі знайшли свої місця, сідаємо на свої стільці. Вправа

«Павутина» (Беремо клубок ниток, ведучий тримає кінець нитки і кидає клубок кому захочеться і називаємо його ім'я в ласкавій формі «Катруся» і т. д. Він кидає наступному. Коли клубок переходить знову до ведучого він знову кидає клубок і говорить побажання:

Бажаю тобі цікаво провести сьогодні час Бажаю тобі здоров'я

Бажаю тобі удачі

Бажаю тобі радості… Вірних друзів… Гарного відпочинку… Щастя… Успіхів у школі… Доброзичливого ставлення.

Оскільки ми сьогодні індіанці, ми пограємо у гру *«Обережний мисливець».*

Всі перетворюються на мисливців. Ми обережно крадемося вперед і дивимось у різні сторони. Адже невідомо, хто там в лісових хащах (рухаємось поміж стільцями один за одним).

А тепер ми шумні індіанці (вигукуємо, стукаємо ногами на місці).

Знову тихенько на пальчиках, пробираємось через високу траву. Покладіть руку на плече того, хто йде попереду, щоб ніхто не загубився (рухаємось між стільцями: дорослий-дитина – один за одним).

Увага! Під деревом зачаїлись леви! Будемо сподіватися, що вони ще не голодні…

А ось над джунглями летять літаки. Всі перетворюються на «літак».

А ось на пальмі присіли сови. Всі перетворюються на старих мудрих «сов».

Всі перетворюються на «слонів». Всі перетворюються на «мавп». Всі перетворюються на «орлів».

А тепер давайте приймемо позу суворого воїна джунглів. (На стіні повісити ціль, кожному учаснику торбинка, йому необхідно попасти в ціль.)

«Склади речення за малюнком». Кожному індіанцю прийшло закодоване повідомлення. Розгляньте кожен свій малюнок. Поки нікому не показуйте, який у вас малюнок. Подивіться і опишіть, що на цих малюнках зображено.

Всі інші уважно слухають, а коли учасник закінчить, аплодують йому.

«Невербальний показ». Показати:

Чим займається тато після роботи.

Що мама робить увечері.

Як ти прокидаєшся, і що робиш потім.

Як сходить сонце.

Як падає листя.

Гра *«Будь уважним».*

Діти йдуть по колу. Ведучий з різними інтервалами дає команди: «КОНІ» (б'ють ногою у підлогу), «ЗАЙЧИКИ» (стрибають), «ЧАПЛІ» (стоять на одній нозі).

Гра *«Ліс, озеро, болото».*

Відгороджуємо три кутки в приміщенні або на вулиці. Ведучий називає звіра, птаха, рибу. Гравці повинні переміститись у той куток, що на його думку, відповідає місцю існування названої тварини: щука, лящ, короп, форель, акула, окунь,ведмідь, лисиця, вовк, білка, їжак, борсук, жаба, вуж, чапля тощо.

А тепер давайте пригадаємо, коли ви були зовсім маленькі.. і як вас батьки колисали (на покривалі колишемо дітей по черзі), всі допомагають.

Робота з шерстю. Що ви відчували, які почуття вас переповнювали на сьогоднішньому занятті?

Релаксація *«Паросток».* Грає спокійна музика.

Сядьте. Опустіть голову на коліна, обійміть коліна руками. Уявіть, що ви зернятко. Ось теплі промені сонця досягли землі й зігріли в ній зернятко. З нього повільно став витягатися прекрасний паросток. Він

ріс, ріс, ріс, розпускаючи спочатку листочки, і раптом з'явилась маленька брунька, потім теперішня голова – це бутон. Відчувши тепло сонечка, бутон розкрився, почав до нього повертатись. Гріється квітка на сонці й радіючи, усміхається.

А тепер розповідайте, що ви відчували, коли були квіткою? Так росте квітка. А як ростете ви?

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 4

«Хованки» (пригадайте лічилку; зав'язуємо очі шарфом одному учаснику. Всі інші розбігаються і стають нерухомо. Коли когось упіймали необхідно вгадати хто це і назвати ім'я).

«Король» (Чи мріяли ви про те, щоб стати королем? Чим добрий король відрізняється від злого? Зараз кожен з нас спробує побути трішки королем, недовго, декілька хвилин.) Одягаємо корону королю. Всі інші – слуги», які повинні виконувати усі накази короля.

- сподобалось бути королем?
- легко було давати накази?
- ким сподобалось бути більше (королем чи виконавцем наказів)?

«Театр. Про що розмовляли іграшки».

Виготовити картки з словами: оркестр, зоопарк, круті зайці, божевільні кури, тролейбус та ін. Учасники по черзі виходять і намагаються без слів показати написане слово.

«Вода, земля, повітря». Гра з м'ячем: вода – назвати рибу, земля – тварину і повітря – необхідно назвати птаха.

Гра *«Людина-робот»:* кожен сам перетворюється на машину; в парі; всі учасники стають єдиною машиною з узгодженими діями.

Гра *«Меморі»* – розвиваємо пам'ять.

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 5

«Здрастуй, ти..» (ведучий стає в центр кола – всі інші повертаються до нього спиною. Ведучий підходить до когось, кладе руку на плече і називає ім'я, якщо правильно, то учасник повертається до нього обличчям).

«Віднайди пару». Учасникам роздаються смужки паперу, на яких написані назви тварин. Не розмовляючи кожен повинен знайти свою пару, таку ж тварину. Пари стають у коло, а решта учасників відгадує, що це за тварина.

«Якщо весело тобі – роби так»

плескаємо в долоні

скачемо

тупаємо ногами

перескакуємо з ноги на ногу

ходимо навшпиньки

боксуємо в повітрі

присіли і високо вистрибнули

«Цікавий капелюх». Виготовити папірці із запитаннями. Пускаємо капелюх по колу і всі дають відповіді:

Три якості, які подобаються тобі в характері твого тата.

Три якості, які подобаються тобі в характері твоєї мами.

Традиція твоєї сім'ї.

Три речі, які сердять тебе.

Одна річ, якої ти боїшся в житті.

Куди ти любиш ходити зі своїм другом?

Два секрети хорошої дружби.

Життя на Землі через 100 років.

Що б ти порадив батькам у справі виховання своїх дітей?

Чи потрібна у вихованні дисципліна? Чому?

Чи можна карати дітей? Чому?

Який подарунок ти хочеш отримати?

Якби у тебе була можливість подорожувати, куди б ти поїхав?

Твоя улюблена тварина?

Що доброго ти зробив сьогодні?

Плани твоєї сім'ї на наступний рік.

Гра *«Математичний м'ячик»*. Всі сідають в коло. Кидаючи м'ячик учаснику пропонується називати якесь число від 1 до 19, той кому кинули м'ячик повинен миттєво відгукнутись і назвати число на 1 більше, і знову кинути м'ячик назвавши нове число.

Гра *«Змійка»*. Учасники йдуть змійкою, у потилицю одне одному, при чому ведучий обходить уявні перешкоди, перестрибує через уявні рови, а інші повторюють його рухи. Далі ведучий переходить у хвіст змійки, а другий у змійці стає ведучим.

Розкидаємо каштани (листочки, папір тощо) – вихід, розрядка енергії.

Колаж на тему *«Мій гарний настрій».*

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 6

«Назви лагідно» (5 хв.). Вправа виконується з м'ячем.

Діти стають колом. Кожна дитина передаючи м'ячик сусідові, який стоїть праворуч, називає його ім'я в лагідно пестливій формі. М'ячик переходить із рук в руки по колу.

Активно виконують рухи:

Руки вгору – погойдали. Це дерева в лісі. Опустили, помахали. Збив росичку вітер.

Руки в сторони – змахнули. Летимо мов птахи.

Приземлились відпочити. Руки-крила склали. Чути спів птахів. – Де це ми з вами опинились? (В лісі)

Ідемо як ведмеді, стрибаємо як білочки, ричимо як вовки, звиваємось як вуж, стрибаємо як жаба, біжимо як лисичка.

А тепер пограємо у гру, яка називається *«Лото».*

Спочатку розбираємо чотири задані категорії: ПАВУКИ, РАКИ, ЗВІРІ, МОЛЮСКИ. (Кожній дитині роздаються картки, діти розглядають картки і по черзі демонструють картинку іншим учасникам, розповідаючи про те, що там зображено. Всі разом визначаємо, до якої категорії дана тварина належить).

Вправа *«Зла тварина».* Уявіть себе розгніваною, агресивною твариною – ТИГРОМ, ВОВКОМ, ЛЕОПАРДОМ. Продемонструємо мімікою, рухами тіла, голосом її поведінку та емоції.

Що ти відчував, коли був злою твариною?

Що хотілось робити найбільше?

Чи хотілось тобі штовхатись, наскакувати на інших?

Чи легко було спинитись і вийти з ролі злої тварини?

«Море хвилюється раз, море хвилюється два, море хвилюється три. Хутчіше на місці замри». (Діти намагаються завмерти в статичних позах, хто ворухнувся стає ведучим).

«Права дитини». Розглядаємо тематичні картки і обговорюємо їх.

«Стілець» (розставляємо стільці, на 1 менше, ніж учасників. Грає музика. Як тільки музика зупинилась, гравцям необхідно сісти на стілець, хто не встиг, сідає в колі).

Творче заняття *«Моя зірка»* (кожному учаснику дається макет зірки, він обирає кольоровий картон, який йому найбільше сподобався, вирізає і прикрашає крупами). Обговорення кожної зірки.

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 7

Вітання. Розкажи як пройшов тиждень, поки ми не бачились. В центрі ставимо «гарячий стілець» Всі по черзі сідають на цей стілець, інші говорять йому «Ти мені подобаєшся, тому що ти…. (веселий, доброзичливий..)

Ділимо учасників на три шеренги. Завдання таке: потрібно з кінця кімнати пройти до дошки, промовляючи при цьому назви предметів. Для 1 команди – це ПРЕДМЕТ НЕЖИВОЇ ПРИРОДИ, для 2 команди це – ПРЕДМЕТ ЖИВОЇ ПРИРОДИ, і для 3 команди – ЦЕ ПРЕДМЕТ СТВОРЕНИЙ ЛЮДИНОЮ.

Не можна зупинятись, не можна повторювати ті самі слова, підказувати забороняється.

Гра «Подорож».

Діти беруть по стільцю й вирушають у «дорогу». Заздалегідь визначаємо складний маршрут по кімнаті. Ведучий ставить умови: «Стільці – це великі, важкі ящики. Вирішіть, який у них вантаж, яка його вага, куди ви його несете. Коли вирішите, дійте в придуманих обставинах.

Стільці − це дорогі музейні експонати, зразки старовинних меблів. Стільці − це крихкі прилади для лабораторії.

Кожній дитині роздати картки із зображеннями.

Всі інші картинки розкласти в центрі. Інструкція: «Щойно ми з вами подорожували. На картках зображено, де саме ви були, доберіть ще 2 картки, із зображеннями транспорту і речі, які б ви взяли з собою. Розкажіть історію за 3 картками».

Гра з м'ячем «Вибивало».

«Бабуся-загадуся». Я буду загадувати вам загадки. Хто відгадає найбільше загадок, той і переміг.

Котиться клубочок, зовсім без ниточок. Замість ниточок-триста голочок (ЇЖАК).

Що у тиші завмирає, а на вітрі оживає? Як махає він руками. Йдуть до нього із мішками (МЛИН).

Не дід, а сивий, не спить, а стелиться, вкриває землю й океан, а звуть його… (Туман).

Швидко скрізь цей птах літає, безліч мошок поїдає. За вікном гніздо будує.

Тільки в нас він не зимує (ЛАСТІВКА).

Що воно за дивна птиця? Світла денного боїться. Дзьоб гачком, великі очі.

І не спиться їй вночі Ху-Ху-Ху! Кричить, співа. Відгадали? Ні? (СОВА).

У воді скупався-сухим зостався (ГУСАК).

Хто вгадує дарую камінчик, а переможцю на шию медаль.

«Ведмежата в барлогу».

Викид – емоційна розрядка, жмемо папір і з усієї сили кидаємо в стіну.

Творче завдання: За допомогою пластиліну, круп робимо динозавра.

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 8

«Всі ми». Один з учасників виходить. Психолог просить кожного учасника сказати про того, хто вийшов що-небудь приємне. Слова записуємо. Потім учасник входить. Психолог говорить: «Поки ти був відсутній, ми випадково завели розмову про тебе. Не повіриш, як

багато приємного про тебе було сказано. Один сказав…». Учасник повинен відгадати, хто що сказав і чому.

«Аплодування по колу». Всі стають у коло. Ведучий підходить до одного з учасників, дивиться йому в очі та дарує свої оплески, щосили плескаючи в долоні. Потім вони обирають іншого учасника, який також отримує свою порцію оплесків. Потім уже вся трійка обирає наступного партнера. Кожен раз, тому кому аплодували, має право обирати наступного. Таким чином гра продовжується, а оплески стають все сильнішими.

«Властивості предметів». Дітям пропонується назвати предмети, які одночасно володіють трьома заданими ознаками:

білий, м'який, їстивний
світлий, легкий, блискучий
важкий, дерев'яний, гладкий
спритний, рудий, пухнастий
корисний, соковитий, кислий
чорний, міцний, гарячий
світлий, дрібний, розсипчастий

«Допитливий». Всі стоять у колі. Один «Допитливий» стає в коло. Він голосно називає якусь букву. Та чекає поки учасники підготуються. Потім швидко звертається то до одного, то до іншого з короткими запитаннями: Хто? Куди? Коли? Для чого? Гравці повинні швидко відповідати словами, які починаються з оголошеної букви.

Учасник, який помилився, стає «Допитливим». Новий ведучий називає нову букву.

«Їстивне-неїстивне». Всі стають у шеренгу. Ведучий по черзі кожному учаснику кидає м'яч, називаючи предмет: їстивний – учасник повинен впіймати; неїстивний – відбити. За кожну правильну дію учасник пересувається на один крок до ведучого.

Робимо сніговика з природних матеріалів.

Завершальний шерінг.

ЗАНЯТТЯ № 9

Привітання. Давайте поміняємось настроєм із сусідом Зробіть з пластеліну символ свого настрою.. Я міняю веселість…

Картка «Радісний Помогайка». Значущі деталі для обговорення під час роботи з карткою: будинок, простір, озеро, міст, шпаківню, погода, емоції персонажа.

Куди біжить Помогайко, де йому не страшно?

Що може розвеселити Помогайка?

Чому Помогайка такий радісний, хто допоміг йому стати таким веселим?

Вправа «Що за емоція?» Дослідження емоції.

Подивіться на Помогайка, зображеного на картці. Яку емоцію відчуває Помогайко? Подивися, що сталося з його ротом? Бровами? Яке в нього вираз очей? Спробуйте зобразити цю емоцію.

За допомогою дзеркала, розглядаємо свою емоцію радості і продовж пропозицію:

«Коли я радісний, моя радість схожа на...» Запам'ятай та повтори. Назвіть на першу букву свого імені рослину чи дерево. Завдання наступного повторити почуте слово, та ім'я. І назвати свою рослину.

Тепер пограємо у гру *«Тополя-верба».* Станьте у коло один за другим. За командою «почали» ви йдете по колу. Коли я скажу «верба», ви приймаєте нерухому позу «плакучої верби» (ноги на ширині плечей, руки висять вільно уздовж тулуба, голова нахилена вліво, на обличчі − печаль). За плескіт в долоні − продовжуєте рухатися по колу. Коли я скажу «тополя», ви приймаєте нерухому позу «гордовитої тополі» (п'яти разом, носки нарізно, руки підняті вгору над головою, дивитися на кінчики пальців, на обличчі − гордість). За плескотом ви продовжуєте рухатися по колу. Той, хто помиляється, вибуває з гри і сідає на місце».

Подумайте а яке ви дерево. Дерево-характер.

«Квач». По кімнаті розставляємо безладно наші стільці. Домовляємось, що торкатись стільців не можна (хто доторкнеться той стає квачем), не можна простягати руку над стільцем, щоб дати квача, не можна сідати на стілець, повідомляючи, що поза грою. Квач постійно змінює темп пересування − від підкреслено повільних кроків, до бігу прожогом, стрибків: «Наздожену» (біг)

«Стережись» (повільні кроки) «Спіймаю» (стрибки).

Знайди пару. Кожному роздається папір з назвою тварини. Кожної тварини по 2. Необхідно знайти того учасника, якому попалась така ж тварина.

Пригадайте Своє Дерево-Характер та намалюйте його на темному папері. «Діти, як ви думаєте, ростуть ваші дерева на самоті або поруч з ними хтось живе? Уявіть, будь ласка, які істоти можуть жити поруч з вашими деревами-характерами. Уявили? А тепер давайте намалюємо цих казкових істот».

Вправа «Сім'я з прищіпок»

Мета: Проаналізувати ставлення дітей до сім'ї, сприйняття найближчих родичів та ставлення до самих себе, розвивати уяву, творчий підхід.

Матеріали: прищіпки різного розміру, смайлики, фарби, пензлі, шерсть, кольоровий папір.

Хід заняття: Пропонуємо дітям познайомити усіх зі своєю сім'єю. Роздаємо ту кількість прищіпок, скільки є членів сім'ї. Пропонуємо розфарбувати прищіпки, запитуючи при цьому: якого кольору буде твоя мама, тато, сестричка, братик, ти… Діти розфарбовують, малюють обличчя, виготовляють одяг з кольорового паперу, роблять волосся з шерсті. Потім по черзі всі представляють свої роботи. Перед роботою можна провести гру

«Вірно – не вірно» для того, щоб зрозуміти, що діти знають про сім'ю. Використовуємо вислови:

Сім'я – це всі мої друзі та знайомі;

Сім'я – це я;

Мої батьки можуть бути молодшими за віком, ніж я;

Бабуся – це мама моєї мами;

Дідусь – це тато мого тата;

Сім'я – це люди, які люблять один одного;

Я донька мами й тата;

Всім людям потрібна сім'я.

Завершальний шерінг.

Вправа Артбукет «Осіння фантазія» (літня або зимова, весняна)

Мета: Розвивати креативність, вийти за межі сприйняття звичайних предметів, терапія кольором.

Матеріали: ложки різних розмірів, пластилін, ножиці, фарби, пензлі, кольоровий картон.

Хід заняття: Демонструємо матеріал (ложки). Пропонуємо дітям придумати, що з них можна робити, крім того, що їсти. Після обговорення демонструємо дітям варіанти створення різних квітів (листків, різноманітних форм) з ложок. Діти виготовляють свої композиції, розфарбовують, дають назву. Всі по черзі представляють свою роботу та висловлюють, кому б вони хотіли її подарувати та чому.

Варіант вправи: «Новорічна ялинка» (використовуємо виделки).

Вправа «Чарівна тарілочка»

Мета: Розвивати моторику, фантазію дітей, звільнитись від сильних переживань, розвинути емпатію, бути самим собою, вільно виражати думки, мрії і надії. Сприяти емоційному вираженню через творчу діяльність. Розвивати навички самопрезентації та впевненість у собі. Покращити навички спілкування в групі. Створити безпечне середовище для роботи з внутрішніми переживаннями.

Матеріали: паперові тарілки середнього діаметру, ножиці, клей, фарби, фломастери, олівці.

Хід заняття: Демонструємо техніку виконання сови, котика, мишки. Пропонуємо дітям розповісти про своїх домашніх тваринок, як вони доглядають, піклуються за ними. Як допомагають тваринкам, які не мають власного дому тощо. Діти кожен показує свій виріб та розказує історію про нього.

Або діти демонструють свої вироби, розповідають історії про тваринок: хто вони, що їм потрібно, чим вони схожі на самих дітей. Можна задати запитання: «Як ти доглядаєш за своєю чарівною тваринкою? Чим вона тобі допомагає?»

Завершення:

Підсумкова бесіда про значення доброти, співчуття, фантазії.

Побажання один одному від імені «тваринок» – у формі гри, наприклад: «Моя сова бажає тобі гарного настрою щодня!»

Вправа допомагає дітям встановити асоціативний зв’язок між внутрішніми переживаннями і зовнішнім образом.

Розвиває здатність до самоусвідомлення, емпатії, здатність до турботи про інших.

Може бути частиною арттерапевтичного блоку занять або підготовкою до глибинної рефлексії.

Вправа «Лялька-мотанка»

Мета: Сформувати любов до українських традицій, налагодити дружню атмосферу в сім’ї, навчити підтримувати один одного, отримувати задоволення від спільної діяльності, створення оберегу сім’ї.

Матеріали: тканина, ножиці, стрічки, нитки, голки.

Хід заняття: Знайомимо з історією української традиційної ляльки-мотанки, розповідаємо про символіку кольору, символіку частин ляльки. Демонструємо кожен етап створення ляльки, створюємо позитивне середовище, формуємо позитивні думки та плани. Кожна сім’я демонструє готову ляльку, ділиться враженнями про те, на скільки легко чи важко було створювати ляльку, які емоції вона викликає, де хочеться поставити.

Вправа «Веселий сніговик»

Мета: Сприяти виникненню почуття внутрішнього контролю, послабити збудження, посилення радісних відчуттів наближення свята, зміцнення взаємин між психологом і дитиною.

Активізувати позитивні емоції, сприяти емоційному розслабленню. Встановити та зміцнити довірливі відносини між психологом і дитиною. Розвивати у дітей відчуття внутрішнього контролю та емоційної стабільності. Викликати очікування свята, радості, тепла навіть у складних життєвих умовах.

Індивідуальна презентація: Кожна дитина представляє свого сніговика, дає йому ім'я, розповідає його історію.

Обговорюється значення подарунків, добрих справ, радості – діти можуть придумати, що сніговик дарує людям.

Етап рефлексії та закриття:

Психолог звертає увагу на те, як сніговики вийшли різні й особливі, як це відображає кожну дитину. Діти можуть привітати один одного від імені своїх сніговиків. Наприкінці – спільне фото сніговиків, яке можна розмістити в груповому куточку «добра».

Психологічне підґрунтя:

Створення позитивних візуальних образів викликає у дітей почуття спокою, захищеності та радості. Вправа стимулює уяву та дозволяє дитині побачити себе в новій ролі (впевненого, доброго, чарівного персонажа)

Під час роботи відкриває простір для неформального спілкування і зняття внутрішньої напруги.

Хід роботи: Пропоную уявити сніговика, з скількох деталей він складається, який сніговик, якщо поглянути на нього згори? Виготов-

ляємо окремо всі деталі сніговика. Клеїмо та промальовуємо всі деталі фарбами.

Обговорюємо настрій сніговика, який він, що він нам «принесе».

Вправа «Назустріч святу»

Мета: Розвивати моторику, сприяти розкриттю творчого потенціалу кожної дитини, формувати позитивні емоції та думки в процесі творчості.

Матеріали: ножиці, клей, фарби, фломастери, олівці, пензлі, кольоровий картон, папір, шерсть для валяння тощо.

Відповідно до пори року та напередодні святкування таких свят, як День матері, Великдень, Різдво, Новий рік та інших, використовуючи різні арттехніки, пропонуємо із підготовлених матеріалів виготовити святкові листівки, прикраси, різні святкові атрибути. Так, з учасниками програми виконувалися вправи *«Чарівна писанка», «Листівка для мами», «Ялинкова прикраса», «Лист до Миколая»* тощо.

Вправа «Гніздо лелеки»

Мета: сприяти позитивному сприйнятті власної сім'ї.

Матеріали: ножиці, клей, білий папір, шаблон лелеки, простий олівець, шерсть, коктельні трубочки.

Хід роботи: Пропоную розповісти про свою родину та порівняти її з родиною лелеки. Виготовлення всіх членів родини. Гнізда. Розповідь-міркування про те чи добре родині в гнізді, чи ніхто не заважає, хто зайвий.

Вправа «Павутинка»

Мета: познайомити дітей краще, дати їм відчуття того, що вони команда, поділитись енергетикою з групою.

Матеріали: клубок ниток.

Хід роботи: Перший учасник намотує на палець нитку, а інший край кидає будь-якому учаснику, при цьому можна називати імена, побажання один одному, позитивні характеристики тощо. Після утворення «павутинки», ведучий пропонує її натягнути, щоб відчути єдність та силу групи.

Вправа Робота з метафоричними образами

Мета: Пізнання себе, саморозвиток, самовдосконалення.

Матеріали: метафоричні карти, методика «Горшки» В. Назаревич , кольорові олівці, ручки, листки А4.

Хід роботи: Пропонуємо наосліп вибрати карту. Запитуємо, що для людини означає даний образ, як вона може провести паралель із собою та своїм життям. Далі пропонуємо краще пізнати себе, для цього ведучий проводить проективну методику «Горшки», автор В. Назаревич.

Пропонує намалювати свій горщик та описати який він, де б стояв у будинку.

Обговорення результатів.

Вправа «Мій психологічний сувенір»

Мета: зняття стресу та напруги, заспокоєння, формування позитивних емоцій та думок в процесі творчості, розкриття власного потенціалу; можливість спостерігати за виявами невербальних експресивних реакцій у дорослих та дітей, наблизитися до розуміння їх інтересів, цінностей; залучити дітей та дорослих до спільної діяльності тощо.

Матеріали: дерев’яні дощечки, акрилові фарби, декупажні серветки, клей ПВА, пензлі, декупажний лак.

Хід роботи: вправа проводиться зі всіма учасниками програми. На початку роботи психолог знайомить всіх з мистецтвом декупажу, розповідає коротку історію його виникнення.

Декупаж (від французької decoupage – «те, що вирізане») – це мистецтво прикрашання предметів інтер'єру за допомогою наклеювання красивих вирізок з серветок, тканини та інших матеріалів. До нас мистецтво декупажу прийшло відносно недавно і в даний час набуло великого поширення. Декупаж широко використовується для прикрашання предметів інтер'єру, а також для створення подарунків, він здатний подарувати нове життя старим предметам, вносить нові цікаві штрихи в інтер'єр кожного будинку, додаючи йому оригінальності та вишуканості.

Сьогодні найпопулярніший матеріал для декупажу – це тришарові серветки, звідси й інша назва – «серветкова техніка». Застосування може бути абсолютно безмежним – посуд, книги, шкатулки, свічки, музичні інструменти, горщики для квітів, флакони, меблі, взуття і навіть одяг! Будь-яка поверхня – шкіра, дерево, метал, кераміка, картон, текстиль, гіпс – повинна бути однотонною і світлою, тому що малюнок, вирізаний із серветки повинен бути добре видно. Ми будемо прикрашати кухонні дощечки і створювати своїми руками власний «психологічний сувенір» на згадку про участь в цьому проекті.

Найважливішим, мабуть, є те, що мистецтво декупажу може опанувати будь-хто. Для цього не потрібно особливих талантів. Потрібно лише бажання і терпіння, щоб йому навчитися і це можна зробити самостійно. Крім того, декупаж – для тих, хто не вміє малювати, тому, що малювати тут не потрібно, а речі можуть виглядати як намальовані. Так, як у цій техніці використовуються спеціальні декупажні серветки і карти, які наклеюють на різні предмети, і, таким чином, створюється відчуття майстерно розмальованих речей».

5.4. Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей учасників бойових дій

Дослідницьку вибірку склали 118 дітей (n=118), середній вік досліджуваних – 6–10 років, з них 52 дівчинки, що становить 44,1 % та 66 хлопчиків (55,9 %).

У процесі реабілітації дітей військовослужбовців кожного разу їх кількість у групі варіювала від 6 до 15 осіб. Групи були змішаними,

тобто участь брали і хлопчики, і дівчатка. Окрім того, діяльність групи ускладнювало і те, що діти належали до різних вікових категорій. У таких групах діти мають різні актуальні потреби, різний рівень сприйняття проблем, ціннісні орієнтації, інтереси тощо. Та з іншого боку, це створює специфічні впливи, що сприяють розумінню відмінностей, характерів, потреб, формуванню емпатійності, взаємопідтримки та поваги. Такі особливості груп лише підтримують динаміку емоційних та соціальних стосунків, сприяють швидшій адаптації усіх учасників. Тому усі заняття носили скоріше допоміжний профілактичний характер, і навички, які здобували діти у процесі корекційних занять, допомагали їм долати труднощі, та сприяли вирішенню проблем, що можуть виникати у майбутньому.

Теоретичний аналіз існуючих джерел та досвід реабілітаційної роботи за програмою «Психологічна допомога військовослужбовцям та їх сім'ям» засвідчує, що причиною стресу у дітей та підлітків може бути все, що викликає у них страх і тривогу. Реакція на психотравмуючі переживання може бути різною: вона пов'язана з віковими особливостями дітей та підлітків, з рівнем психоемоційного розвитку, з їх стосунками з батьками, іншими членами родин тощо. У деякі вікові періоди несприятливі фактори (розлука з родиною, смерть близьких, пережита роль очевидця психотравмуючих подій) можуть значно вплинути на реакції і розвиток дітей.

Потрібно знати, що діти та підлітки помічають і реагують на стрес у своїй родині, а також переживають свій власний стрес. Діти раннього шкільного віку гостро реагують на зміни в найближчому оточенні, відчувають настрої дорослих, але не вміють висловлювати свої переживання, оформити свої відчуття через відсутність когнітивного досвіду. Тому важливо вчасно розпізнати стрес у дітей та підлітків і надати їм належну допомогу.

Щодо нашої практики психологічної допомоги дітям військовослужбовців, то найбільш частими зверненнями батьків до нас стали скарги на те, що діти стають дратівливими, неспокійними, полохливими, часто плачуть через дрібниці, не хочуть гратись, та втрачають цікавість до того, що раніше їм подобалось.

Діти можуть проявляти занепокоєння та тривогу, у багатьох спостерігається напади гніву та роздратування. Вони неспокійні, їм важко зосередитись у школі. У деяких дітей виникають проблеми зі сном. Якщо ж на дитину впливає декілька негативних факторів (зокрема, коли додаються сварки у сім'ї, хтось починає зловживати алкоголем тощо), то можуть постати ще більш серйозні проблеми. Відсутність допомоги згубно впливає на життя дитини вдома та у школі. Занепокоєння, полохливість, емоційне відчуження, труднощі із зосередженням можуть викликати значні проблеми в ефективному, гармонійному становленні дитини у майбутньому.

Вченими визначається дуже багато видів дитячих страхів (патологічні, нормальні, вікові, ситуативні, природні, соціальні і т. д.). Основними методами виявлення дитячих страхів є малюнок. Проективними методиками, які діагностують емоційний стан дитини є методики «Квітка кольорова», «Баранчик в пляшці», «Кактус», «Неіснуюча тварина», «Малюнок дерева», «Людина під дощем», «Малюнок людини», «Дім-дерево-людина», «Вільний малюнок».

Також ефективними методиками є: Тест на виявлення тривожності (підходить для дітей віком 4–10 років), методика Баса-Дарки для діагностики агресивності, Шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна (діагностується рівень тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності, як стійкої характеристики людини), Тест тривожності (Р. Теммпл, В. Амен, М. Доркі), «Шкала явної тривожності для дітей CMAS», «Діагностика ставлення до минулого, теперішнього і майбутнього» А. Анастазі, «Дитячий апперцептивний тест CAT», тест фрустрації С. Розенцвейга.

Широке коло соціально-психологічних характеристик дитини, а саме конкретно-особистісних емоційних стосунків дитини з матір'ю, батьком, іншими членами родини, показники, що характеризують особливості самої дитини, які проявляються в різних його взаєминах (ступінь допитливості дитини, прагнення до спілкування, прагнення до домінування (лідерства) у сім'ї, конфліктність, агресивність, прагнення до усамітнення, відгородженість від інших, а також особливості

поведінкового реагування на фрустрацію в ситуаціях взаємодії) діагностуються за допомогою таких методик, як «Міжособистісні відносини дитини», «Будиночок», опитувальника «Сімейні стосунки», «Малюнок сім'ї», «Зачарована сім'я» тощо.

Відомо, що отримувати інформацію під час психологічного дослідження можна не лише за допомогою стандартизованих методик, а й завдяки нетестовим оцінним процедурам. Поєднання методів спостереження, експертного оцінювання, опитування й тестування забезпечує отримання більшого масиву емпіричних даних, їх більшу об'єктивність і можливість повнішої якісної та кількісної інтерпретації. Саме тому з метою визначення зовнішніх проявів посттравматичних синдромів у дітей ефективним є застосування методу спостереження за дітьми, які не мають гострих травм, але, тим не менш, які перебувають у стані емоційної пригніченості, вольової пригніченості й особистісного дискомфорту, за їх поведінкою, експресивними проявами, манерою спілкування з батьками, членами родини та іншими дітьми, учасниками проекту.

Емпіричне дослідження дітей, які брали у нашому проекті передбачало використання таких методів, як: бесіда, спостереження, анкетування і тестування.

Анкетування батьків і бесіда з дітьми визначали психофізичний стан та прояви ознак ПТСР з погляду батьків та самої дитини. Відповіді на питання фіксували у протоколах таким чином: «Ні» – 0 балів, «Не знаю» – 1 бал, «Так» – 2 бали. Питання опитувальника формулювалися з врахуванням виникнення певних змін у дітей на фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому рівнях.

Бесіда з дитиною має проходити в атмосфері довіри і безпеки. Особливо, якщо дитина замкнута, безініціативна, не цікавиться тим, що відбувається.

На початку першої зустрічі з дитиною обов'язково треба представитися, коротко і доступно пояснити зміст і цілі майбутньої роботи. Важливо також попросити представитися і дитину, під час розмови звертатися до неї по імені як можна частіше.

Роботу рекомендується починати з обговорення нейтральних тем. Темами для бесіди можуть бути школа, відносини з друзями, захоп-

лення, дім, сім'ї і лише потім слід перейти до почуттів Прикладами питань дитячого опитувальника можуть бути: Тобі буває сумно, нудно? Інколи хочеться плакати просто так? Ти спиш добре, спокійно? Часто тобі зовсім не хочеться їсти? Буває, що тобі зовсім не хочеться гратись, дивитись телевізор? Часто в тебе болить голова? З дітьми тобі нудно і не цікаво? В тебе бувають страшні сни? Тобі часто хочеться спати?.

Важливо дозволити дитині самій регулювати послідовність тем розмови, заохочувати її вільний монолог. Розповіді дитини про кризову ситуацію потрібно заохочувати, але ні в якому разі не можна примушувати дитину говорити про це, якщо вона не хоче.

Працюючи з дитиною, не треба обмежуватися тільки прямим вербальним обговоренням емоцій, важливо надати дитині можливість виразити свої почуття образно – через малювання, метафори, асоціації.

Малюнкові тести виконуються на чистому білому папері формату А4, використовується набір кольорових олівців, фарби, прості олівці.

Малюнкові методики застосовуються з певними інструкціями, наприклад:

«Намалюйте кактус, людину, баранчика в пляшці….». Методика «Вільний малюнок» не передбачає жодних обмежень у виборі підопічним сюжету і образотворчих матеріалів, дається інструкція: «Намалюй, що хочеш». Емоційний стан дитини характеризує характер колірної гами, яку використовує обстежуваний, в значно більшій мірі, ніж просто чорно-білий малюнок.

Інтерпретація ні в якому разі не повинна ґрунтуватися на окремих ознаках малюнка, взятих окремо, незважаючи на зв'язки один з одним. Висновки можуть бути відносно надійними лише в тому випадку, якщо вони ґрунтуються не на одній окремій ознаці, а, щонайменше, на двох-трьох ознаках, що виявляються у малюнках.

Ознаки, що зустрічаються в тестових малюнках, діляться на дві групи: формальні і змістовні. Формальні показники – це загальні особливості малюнків, не відносяться до змісту зображень, такі як натиск на олівець, стиль ліній, розмір малюнків тощо. Змістовні показники – це наявність, або відсутність та особливості зображення тих чи інших

окремих деталей (наприклад, наявність або відсутність рук в малюнку людини, їх розмір, положення, виділення тим або іншим способом тощо).

Проведене анкетування з батьками-учасниками проекту засвідчило високі показники (65 % респондентів) негативних емоційних проявів у дітей: підвищена дратівливість, тривожність, напади гніву та роздратування, надмірна полохливість (особливо, як реакція на телефонний дзвінок); на фізіологічному рівні – виникнення порушень сну, часті пробудження під час сну через тривожні, страшні сни; на поведінковому рівні – часті відмови іти до школи, зниження успішності через погіршення уваги, зосередженості, конфлікти з однолітками.

В результаті бесід з дітьми, близько третьої частини з них (28 %) дали ствердні відповіді на питання, що може вказувати на високий рівень втомленості, роздратування, наявність тривоги у дітей. Різниця у відповідях батьків і дітей може свідчити про не усвідомлення дітьми власних емоцій, або не завжди щирі відповіді.

Для дослідження стану емоційної сфери дітей, наявність агресії, її спрямованості та інтенсивності, тривожності тощо ми використовували методики ***«Кактус», «Баранчик в пляшці»***, «Людина під дощем» тощо.

На аркуші паперу (формат А4) досліджувані малювали малюнок. Питання та додаткові пояснення не допускаються, на виконання завдання час не обмежується. По завершенні малювання проводиться бесіда. Наприклад, при малюванні кактуса можна використовувати такі запитання: «Кактус домашній чи дикий?», «Чи він сильно колеться?», «Кактусу подобається, коли за ним доглядають: поливають, удобрюють? «Кактус росте один або з якимось рослиною по сусідству? Якщо зростає з сусідом, то, яка це рослина?» та інші.

При обробці результатів за названими методиками бралися до уваги дані, які відповідають усім графічним методам, а саме: просторове положення, розмір малюнка, характеристики ліній, сила натиску на олівець.

Так, малюнки 37 % дітей містять ознаки, які можуть свідчити про негативний емоційний стан. Сильний натиск свідчить про підвищений

психомоторний тонус, емоційну напруженість. У 6 % дітей спостерігався занадто сильний натиск (олівець рве папір), що сигналізує про високу конфліктність, агресивність, інколи – прояв гострої стресової реакції.

Розмір малюнка оцінюється згідно його відношення до формату аркуша, на якому він виконаний. Малюнок середнього розміру займає від $^{1}/_{3}$ до $^{2}/_{3}$ аркуша. Збільшення розміру малюнків, до такої міри, що вони не вміщаються на аркуші і виходять за його поля, характерно для стану емоційного збудження. Такі малюнки часто бувають при гострій тривозі, в стані стресу. Вони зустрічаються також при гіперактивності або в стані патологічного збудження. Зменшення розміру малюнка зазвичай є ознакою зниження настрою і часто зустрічається при депресивних та субдепресивних станах. Це може також свідчити про загальну загальмованість, пасивність і зниження самооцінки. Малюнки збільшеного розміру спостерігалися лише у 2 % досліджуваних.

На більшості дитячих малюнків (72 %) переважали як ретельні так і розмашисті штриховані лінії, штрихування супроводжувалося сильним натиском, голки зображеного кактуса – великі, розмашисті. Такі елементи малюнка свідчать про наявність емоційної напруженості та гостру тривожність у дітей.

За методиками «Будиночок», опитувальника «Сімейні стосунки» ми визначали міжособистісні стосунки в родині, значимість спілкування для дитини в сім'ї, виявлення симпатій дитини до членів сім'ї.

Для проведення дослідження за методикою «Будиночок», ми заздалегідь намалювали на аркуші паперу будинок. І додали дитині набір зображень з членами її сім'ї. Інструкція передбачала такий коментар: «Бачиш, цей будинок побудований спеціально для тебе. Подивися, який він гарний. У ньому будеш жити ти. Покажи, де саме ти будеш жити». Після того як дитина вказувала місце, де вона буде жити, її ім'я записували в цю клітинку. Далі запитували дитину про те, хто буде жити разом з нею («А решту членів сім'ї де ти хочеш поселити у своєму будиночку?). Після з'ясування цього у дитини, ім'я мешканця вписувалося у зазначену клітку.

Необхідно було слідкувати, щоб дитина розмістила в будинку усіх членів своєї сім'ї, в якій послідовності вона розміщувала і яких «кімнатах».

За допомогою опитувальника «Сімейні стосунки» аналізуються форми ставлення батьків до своїх дітей. Позитивна відповідь на всі питання свідчить про те, що батьки є хорошими; 7–9 позитивних відповідей – прагнення бути уважними, хорошими батьками, але поки не має для цього необхідних знань чи навичок; 4–6 позитивних відповідей – таким батькам треба серйозно зайнятися родиною і повністю переглянути своє ставлення до дітей.

Тест опитувальника ***«Сімейні стосунки»***.

Дослідження міжособистісних стосунків у сім'ї доповнювалося проективними методиками «Малювання сім'ї» та «Кольорова квітка» (за основу взято кольоровий тест Люшера).

Методика «Квітка кольорова» дозволяє виявити емоції які характеризують ставлення до членів родини, та основні психічні стани, які відчуває дитина в сім'ї. Дітям пропонували вибір пелюсток квітки, зафарбованих у основні та додаткові кольори тесту. У 27 % дітей спостерігається переважання на першій позиції жовтого, фіолетового, чорного кольорів, що свідчить про нестійкий психоемоційний стан, слабку інтеграцію образу «Я», агресивність. Нехтування коричневим кольором – означає стрес, нехтування червоним кольором – характеризує нервове виснаження, підвищену дратівливість. Сірий колір відображає стомлення і стрес, необхідність заспокоєння.

При асоціації кожного члена родини з кольором певної пелюстки квітки, батька діти найчастіше характеризували чорним кольором (35 разів – 30 %). Це свідчить про певну «агресивність» з його боку, можливі фізичні покарання, чи зловживання батька алкоголем.

Результати використання методики «Малюнок сім'ї» такі: шестеро дітей (5 %) відмовлялися малювати, у 19 % досліджуваних спостерігалося зміщення малюнку від центру аркуша та відсутність суттєвих деталей малюнку, 35 % дітей використовували часте коротке штрихування, лінії малюнків були нечіткими, при використанні спостерігалося переважання сірого (більшість взагалі використовували лише простий

олівець), у кольоровій гамі відзначається не більше двох кольорів. Такі результати можуть свідчити про ступінь психоемоційного переживання, тривожність та депресивний стан.

Після виконання завдання слід отримати максимум додаткової інформації, організувавши коротку бесіду за допомогою запитань.

Скажи, хто тут намальований?

Де вони знаходяться?

Що вони роблять?

Хто в сім'ї найбільш хороший і чому?

Їм весело чи нудно? Чому?

Хто з намальованих людей найщасливіший? Чому?

Хто з них найбільш нещасний? Чому?

Як у цій сім'ї карають дітей за погану поведінку?

Кого одного залишать вдома, коли поїдуть на прогулянку?

Чому дитина не намалювала кого-небудь з членів сім'ї (якщо так сталося)?

При опитуванні психолог повинен з'ясувати сенс намальованого дитиною почуття – почуття до окремих членів родини.

Якщо інформації недостатньо можна розширити бесіду і задати дитині вирішити 6 ситуацій: 3 з них мають виявити негативні почуття до членів сім'ї, 3 – позитивні.

Уяви собі, що ти маєш два квитки в цирк. Кого б ти покликав з собою?

Уяви, що вся твоя родина йде в гості, але один з вас захворів і повинен залишитися вдома. Хто він?

Ти будуєш з конструктора будинок (вирізаєш паперову сукню для ляльки), і в тебе не виходить. Кого ти покличеш на допомогу?

Ти маєш кілька квитків (на один менше, ніж членів сім'ї) на цікаву кінокартину. Хто залишиться вдома?

Уяви собі, що ти потрапив на безлюдний острів. З ким би ти хотів там жити?

Ти отримав у подарунок цікаве лото. Вся сім'я сіла грати, але вас однією людиною більше, ніж треба. Хто не буде грати?

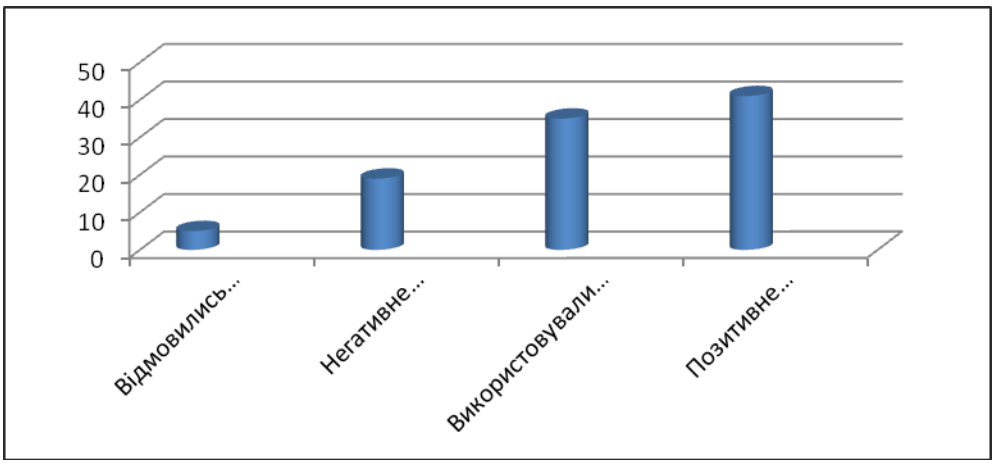


Рис. 5.1. *Результати використання методики «Малюнок сім'ї», %*

Окрім проективних методик ми використовували «Тест тривожності» (Р. Теммпл, В. Амен, М. Дорки), за допомогою якого досліджується рівень тривожності дітей по відношенню до низки типових для них життєвих ситуацій спілкування з іншими людьми.

Досліджуваним пропонувалося 14 малюнків (8,5х11 см) виконаних у двох варіантах: для дівчат і для хлопчиків. Кожен малюнок являє собою деяку типову для життя дитини ситуацію. Обличчя дитини на малюнку не промальоване, даний лише контур голови. Кожен малюнок забезпечений двома додатковими малюнками дитячої голови, за розмірами точно відповідними контуру обличчя на малюнку. На одному з додаткових малюнків зображено усміхнене обличчя дитини, на іншому – сумне.

Малюнки показують дитині в строго перерахованому порядку один за одним. Кожен малюнок супроводжується певними запитаннями:

Гра з молодшими дітьми. «Як ти думаєш, яке обличчя у дитини: веселе або сумне? Він (вона) грає з малюками».

Дитина і мати з немовлям. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: сумне чи веселе? Він (вона) гуляє зі своєю мамою і малюком».

Об'єкт агресії. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: веселе або сумне?»

Одягання. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини сумне чи веселе? Він (вона) одягається».

Гра зі старшими дітьми. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) грає зі старшими дітьми».

Вкладання спати на самоті. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: сумне чи веселе? Він (вона) йде спати».

Умивання. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) у ванній».

Догана. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: сумне чи веселе?»

Ігнорування. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: веселе або сумне?»

Агресивний напад «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: сумне чи веселе?»

Збирання іграшок. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) прибирає іграшки».

Ізоляція. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: сумне чи веселе?»

Дитина з батьками. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: веселе або сумне? Він (вона) зі своїми мамою і татом».

Їжа на самоті. «Як ти думаєш, яке обличчя у цієї дитини: сумне чи веселе? Він (вона) їсть».

Додаткові питання дитині не задаються. Вибір відповідного обличчя і словесні висловлювання дитини фіксуються в спеціальному протоколі. Протоколи кожної дитини піддаються кількісному і якісному аналізу. На підставі даних протоколу обчислюється індекс тривожності дитини (ІТ). Залежно від рівня індексу тривожності діти поділяються на 3 групи:

а) високий рівень тривожності (ІТ вище 50 %);

б) середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50 %); в) низький рівень тривожності (ІТ від 0 до 20 %).

Отримані результати за методикою «Тест тривожності» показали, що для 17 % досліджуваних характерний високий рівень тривожності, у переважної більшості (56 %) респондентів – середній рівень тривожності, низький рівень тривожності діагностовано у 27 % дітей. Такі

показники можуть свідчити про виявлення високого рівня посттравматичного стресу у дітей, батьки яких є військовослужбовцями.

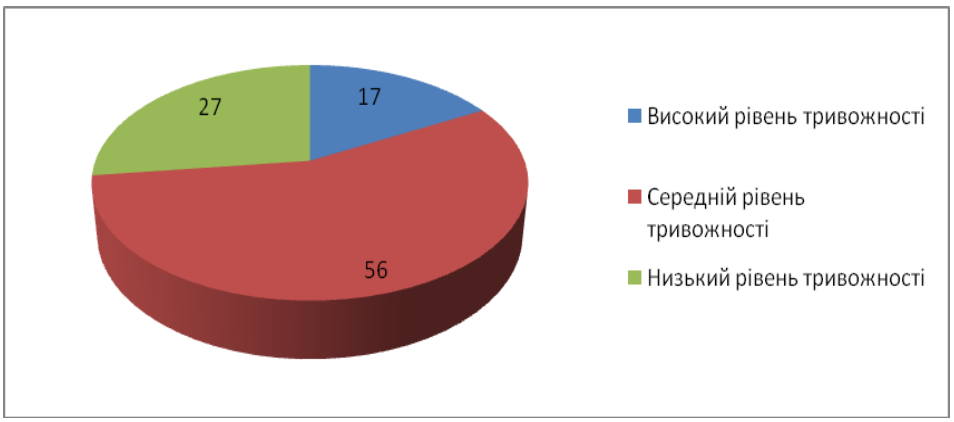


Рис. 5.2. *Результати використання методики «Тест тривожності», %*

Тривожність – готовність до страху, індивідуальна чутливість до різних стресорів і подразників. Це відчуття неконкретної, невизначеної загрози, нечітке відчуття безпеки, вияв психічного неблагополуччя особистості. Тривожність знижує адаптаційний потенціал дитини, стримує інтелектуальний та емоційний розвиток, перешкоджає ефективній діяльності. Виявляється тривожність у нерішучості, загостреному почутті відповідальності, внутрішній потребі відповідати очікуванням інших, боязкості, невпевненості в собі і своїх рішеннях, емоційний неспокій. Розрізняють ситуативну та особистісну тривожність. Перша викликана певними подіями, ситуаціями, що спричиняють хвилювання, тривогу, передчуття великих неприємностей. Друга (як стан) – стабільна риса особистості, що проявляється у звичайних, повсякденних ситуаціях.

Слід звернути увагу на факт, що дорослі, батьки таких дітей, часто самі відчувають високий рівень стресу, адже батьківський стрес, тривога і депресія позначаються на занепокоєнні дитини.

Аналізуючи результати проективної методики ***«Мої страхи»*** А. І. Захарова (Додаток 4) у дітей можна зробити висновок, що 40 % дітей на малюнках зображені зомбі, монстри та привиди. У 34 % дітей намальовано більше ніж один страх (в тому числі, страх війни), а 13 % дітей зобразили страх пожежі, мерців, духів та кладовища.

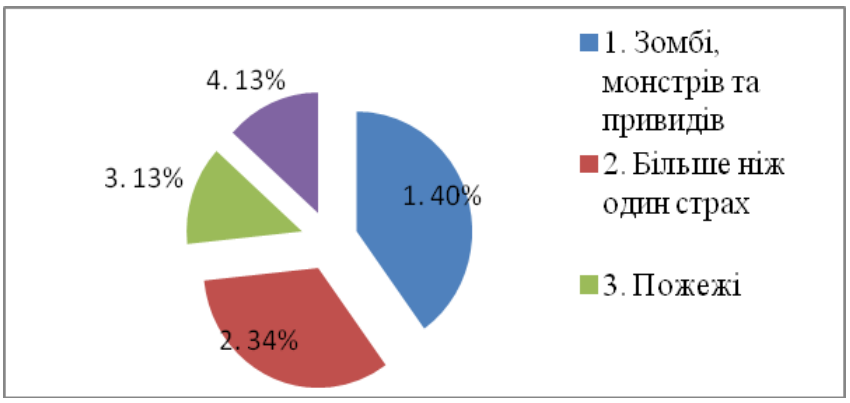


Рис. 5.3. *Результати використання методики «Мої страхи» А. Захарова, %*

За результатами методики ***«Визначення рівня своєї самооцінки»*** (Г. М. Казанцевою) (Додаток 5) можна зробити висновок, що у 80 % дітей самооцінка є адекватною. У 13 % дітей рівень самооцінки завищений, а у 7 % дітей рівень самооцінки занижений.

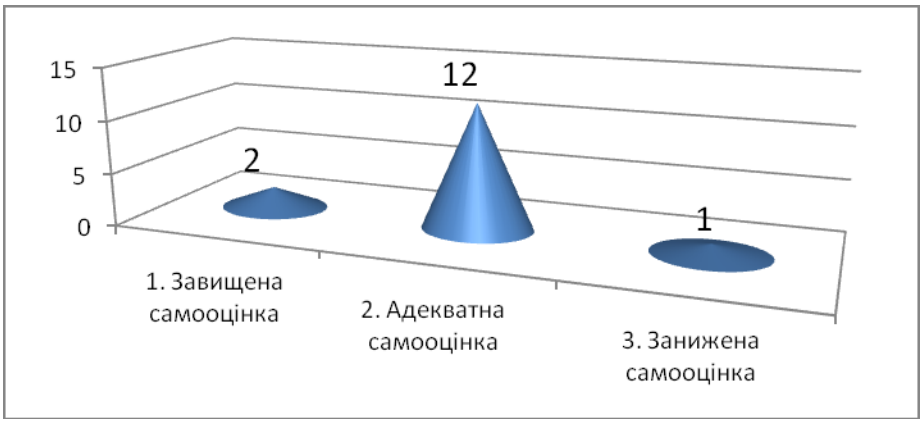


Рис. 5.4. *Відсоткове співвідношення рівня самооцінки дітей*

Таким чином, коректно підібраний комплекс методик допоможе знизити рівень страху у дітей молодшого шкільного віку та позбавити дітей від передчуття постійної загрози з оточуючого світу.

Життя без емоцій неможливе. Емоції, стверджував Ч. Дарвін, з'явились в процесі еволюції як засіб, за допомогою котрого живі істоти встановлюють важливість тих чи інших умов для задоволень потреб. Одним з емоційних станів дітей молодшого шкільного віку є страх. Поняття страху розроблялось багатьма ученими. Страх ґрунтується на інстинкті самозбереження. Має захисний рефлекс та супрово-

джується певними фізіологічними змінами вищої нервової діяльності, проявляється на частоті пульсу та дихання, показниках артеріального тиску, виділенням травного соку. Найбільш повною можна вважати класифікацію А. Захарова.

Відомо, що страх є причиною багатьох порушень здоров'я в фізико-психічній сфері і тим самим – причиною багатьох захворювань: нервових порушень в фізичному та духовному розвитку, болю в животі, головного болю. Страх також впливає й на розвиток дитини як особистості, спостерігається підвищена агресивність, порушення сну, емоційне гальмування, депресивні стани. Мислення втрачає свою гнучкість, стає скованим безкінечними небезпеками, передчуттями та ваганнями. Зменшується пізнавальна активність, цікавість.

В молодшому шкільному віці страхи добре піддаються психологічному впливу. Якщо в цьому віці ще не сформовано вміння оцінювати свої дії з соціальної точки зору, то зробити це буде досить тяжко. Так як найкращий вік для формування відчуття відповідальності – дошкільний. З початком шкільного життя це відчуття лише підсилюється і в деяких випадках набуває видимого характеру – в оцінках.

Таблиця 5.1

Дані щодо вираженості страхів у дітей

№	Види дитячих страхів	Кількість дітей, у яких присутній даний страх
1	**2**	**3**
1	Страх смерті батьків	15
2	Страх війни	15
3	Страх стихій	13
4	Страх пожежі	12
5	Страх смерті	11
6	Страх побачити страшний сон	9
7	Страх крові	9
8	Страх перед уколами	9
9	Страх захворіти, заразитись	8
10	Страх перед болем	8

Закінчення таблиці 5.1

1	2	3
11	Страх покарання	7
12	Страх перед нападом	6
13	Страх висоти	6
14	Страх глибини	6
15	Страх вогню	6
16	Страх темряви	5
17	Страх замкнутого простору	5
18	Страх залишитись вдома одному	4
19	Страх перед якимись людьми	4
20	Страх перед чудовиськами	4
21	Страх несподіваних різких звуків, рухів	4
22	Страх зробити щось неправильно	3
23	Страх перед засинанням	2
24	Страх перед великими площами, вулицями	2
25	Страх перед лікарями	2
26	Страх перед батьками	1
27	Страх перед тваринами	1
28	Страх води	1
29	Страх запізнитись в школу	0
30	Страх транспорту	0

Відповідно до проведеного аналізу результатів методики ***«Страхи в будиночках»*** (М. Панфілова), нами були виявлені такі результати (табл. 5.1). У дітей найбільш виражений: страх смерті батьків, страх війни, страх стихій, страх пожежі, страх смерті, страх побачити страшний сон, страх крові, страх перед уколами, страх захворіти, заразитись та страх перед болем. Дані страхи присутні у більш ніж у половини опитаних дітей.

Найменший страх діти відчувають перед батьками, лікарями, страх запізнення, замкнутого та відкритого простору, води та страх зробити щось неправильно. Взагалі відсутній страх запізнення в школу та транспорту.

В загальному можна зробити висновок про те, що діти в більшості випадків мають адекватну самооцінку, позитивно сприймають свою

сім'ю, їм притаманні страхи, що відповідають віковим характеристикам, та середній рівень тривожності. Хоча звичайно, враховуючи індивідуально-типологічні особливості, особливості соціальної ситуації, слабкості чи міцності нервової системи тощо, є діти які потребують психологічної допомоги.

Список використаної літератури

1. Александров Ю. В., Богданова І. Є., Воронова Ю. В. Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник / за заг. ред. О. В. Тімченко Харків: ХНАДУ; НУЦЗУ, 2010. 291 с.
2. Александров Ю. В. Поняття страху в психології. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України. URL: https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/e6a2c526-2833-4a54-b10e-985fe04d3f4a/content
3. Вачков І. В. Арт-терапія в роботі з дітьми: теорія та практика. Київ: Педагогічна преса, 2021.
4. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Харків: ХНУ, 2002. 47 с.
5. Войтко А. І. До питання професійного самовизначення підлітків в сучасних умовах. *Оновлення змісту, форм і методів навчання і виховання в закл. освіти*: Рівне: Рівнен. держ. гуманіт. ун-т., 2002. Вип. 22. С. 20–27.
6. Варій М. Й. Психологія особистості. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
7. Вільямс М., Пойюла С. ПТСР робочий зошит: ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ: Вид-во Ростислава Бурлаки, 2023. 528 с.
8. Гриневич Є. Г., Лінський І. В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 12. № 1–4. С. 16–21.
9. Володимирова Т. П. Арт-терапія: методи, техніки та інтервенції у психологічній практиці. Київ: КНТЕУ, 2021.

10. Грабенко Т. В. Арттерапія в роботі з дітьми та дорослими. Київ: Освіта України, 2020.
11. Грицюк І. М., Міліщук С. О. Особливості використання комплексної нейропсихологічної корекції в шкільному середовищі. *Академічні студії. Серія «Педагогіка».* 2021. С. 179–185.
12. Грицюк І. М., Міліщук С. О. Особливості розвитку емоційного інтелекту у дітей дошкільного старшого віку. *Психологічні студії.* Вид. дім «Гельветика», 2023. С. 29–35.
13. Грицюк І. М. Психотехнології в роботі з травмою: методичні рекомендаці до курсу «Психотехнології в роботі з травмою» на другому (магістерському) рівні вищої освіти. Луцьк: Формат Друк, 2023. 30 с.
14. Грицюк І. М., Сойко О. В. Психофізіологічні аспекти нейрокорекції та сенсорної інтеграції дітей різного віку: теорія та практика. Луцьк: Центр дизайну і друку, 2024. 78 с.
15. Грицюк І. М. Арт-терапевтичні техніки в роботі з дітьми молодшого шкільного віку в умовах тренінгу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* № 1 (36). Сєвєродонецьк: Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, 2015. С. 109–114.
16. Грицюк І., Магдисюк Л. Дослідницькі методи в різних галузях практичної психології: навч. посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 248 с.
17. Дучимінська Т. І., Малімон Л. Я. Подолання особистісної безпорадності студентів у навчальній діяльності. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 164 с.
18. Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Юзва О. О., Берегела О. В. Тривожно-невротичні розлади в дитячому віці: класифікація, діагностика й можливості терапії. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна. URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/50600
19. Крижановська З. Ю. Надійний тип прив'язаності як основа розвитку психічного здоров'я дитини. *Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика:* тези доповідей II міжнарод. міждисциплінар. конф. Харків, 2021. С. 52–54.

20. Кузікова С. Б. Основи психокорекції. Київ: Академвидав, 2012. 320 с. 22.
21. Ловлесс Дж. Іди туди, де страшно. І матимеш те, про що мрієш. Київ: Book. Chef. 320 с.
22. Магдисюк Л. Психологічна допомога дитині та сім'ї. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 324 с.
23. Магдисюк Л., Замелюк М., Безпарточна О., Борбич Н. Психологічна допомога дитині та сім'ї. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 280 с.
24. Марінушкіна О. Е., Замазій Б. О. Порадник практичного психолога. Харків, 2007. 72 с.
25. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії. Луцьк: Вежа-Друк, 2014. 420 с.
26. Мушкевич М., Федоренко Р., Коширець В. Психологічне консультування та психотерапія: зміст, прийоми, технології. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 300 с.
27. Мушкевич М. І. Особливості групової психокорекційної роботи з дітьми учасників АТО: теорія та практика. *Психологічна допомога учасникам бойових дій та членам їх сімей.* Луцьк: Вежа-Друк, 2015. С. 100–200.
28. Овсяннікова Я. О. Психологічна допомога дітям, які пережили психічну травму внаслідок надзвичайної ситуації. URL: http://www.pravoznavec.com.ua/period/article/2142/
29. Онисковець А., Грицюк І., Психологічна корекція та профілактика страхів у дітей дошкільного віку *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні.* Луцьк, 2022.
30. Седих К. В., Фільц О. О. Основи психотерапії. Київ: Академвидав, 2016. 192 с.
31. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія. Київ. Центр учбової літератури, 2012. 376 с.
32. Сильченко О. А. Ігрова терапія як метод соціальної роботи з дітьми шкільного віку. *ВІСНИК НТУУ «КПІ». Серія «Політологія. Соціологія. Право».* 2013. Вип. 3 (19). С. 90–94.
33. Соціальна робота: Навчально-методичний комплекс / за ред. В. П. Андрущенко, С. В. Толстоухової. Київ. 2006. 400 с.

34. Стельмахович М.Г. Теорія і практика українського національного виховання. Івано-Франківськ, 1996. 179 с.
35. Терещенко Л. А., Олінковська Т. А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології. *Актуальні проблеми психології:* зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, Том І. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 48. 2018. С. 60–65.
36. Туріщева Л. В. Робота шкільного психолога з батьками: навч.-метод. посіб. для вчителя. Харків, 2007.
37. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості. Острог: Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2015. 160 с.
38. Чепелєва Н. В. Проблеми психологічної герменевтики. Київ, 2004. 276 с.
39. Романовська Д. Д., Ілащук О. В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
40. Ягупов В. В. Військова й соціальна психологія. Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ: ВПЦ «Київський університет», 2000. 522 с.
41. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика. Київ: Вища школа, 2006. 382 с.
42. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції. Київ: Либідь, 1996. 264 с.
43. Hrytsiuk I. Features of affective disorders in children. *Zeszyty Naukowe MANS w Łomży* (97 nr.), 2025. P. 536–546.

РОЗДІЛ 6
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ

6.1. Сучасні наукові підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців у вітчизняній та зарубіжній літературі

Аналіз літературних джерел і документів показує, що сьогодні мають місце кілька позицій, по-різному трактують сутність, об'єктну область, зміст, етапи психологічної реабілітації, а також співвіднесеність цього поняття з іншими базовими категоріями надання психологічної допомоги «людині-яка воює».

Важливим методологічним моментом є встановлення видо-родових відносин поняття «психологічна реабілітація» з іншими спорідненими категоріями, і, насамперед, з такими, як «психологічна допомога» та «соціально-психологічна реадаптація».

На нашу думку, під психологічною допомогою слід розуміти будь-яку цілеспрямовану активність людини, спрямовану на розширення психологічних можливостей іншої людини в його особистісному та соціальному функціонуванні. Діапазон форм психологічної допомоги гранично широкий і включає: просте включення, що породжує ефект фасилітації; повідомлення корисної інформації; психічне зараження; демонстрацію ефективних моделей поведінки; навчання; стимуляцію; консультування; психотерапію та ін

Допомога може надаватися до початку, під час виконання бойової діяльності і після неї. Таким чином, «психологічна допомога» – це найбільш широке з порівнюваних понять.

Медична реабілітація. У тих випадках, коли військовослужбовці отримують досить серйозні травми, до них застосовуються заходи медичної реабілітації. Надання першої медичної допомоги в бойовій обстановці є ні що інше, як початок медичної реабілітації. Навіть короткочасне поліпшення стану військовослужбовців полегшує контакт з ними, підвищує їх віру у покращення фізичного стану і одужання.

Значимість медичних заходів у відновленні психічної рівноваги полягає не тільки в застосуванні психотропних засобів, що роблять нормалізуючий вплив на емоційну сферу людини, а й створюють умови для швидкого і конструктивного впливу на психологічні стани.

Істотну роль у профілактиці психічних розладів у військовослужбовців відіграють такі елементи медичної реабілітації, як повноцінне і раціональне харчування, турбота про стан здоров'я особового складу, дотримання елементарних гігієнічних норм і т.д.

При наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям з травмованою психікою в лікувальних установах застосовуються медикаментозна терапія, фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж та інше.

В цілому ж, медичний вплив на людей, які зазнали психогенного впливу, «відкриває двері» для психотерапії. Фахівці стверджують, що у 80–85 % людей відновлення працездатності досягається, по суті, при завершенні програми медичної реабілітації.

Військово-професійна реабілітація. Передбачає прийняття заходів з відновлення в найкоротші терміни після травмування психіки військовослужбовців їхніх професійних навичок, найважливіших функцій, що забезпечують виконання обов'язків за штатним призначенням. У разі неможливості професійної реабілітації військовослужбовців – здійснюється їх перенавчання, підготовка до виконання інших, більш доступних обов'язків (професійна переорієнтація).

Соціальна реабілітація. Людина – істота соціальна. Особливу значимість для неї мають події суспільного життя і найближче оточення – соціальний фактор, а тому соціальна реабілітація є однією з найважливіших у системі загальної реабілітації.

Такий психо-соціальний вплив, його значимість визначають участь в реабілітації не тільки медичних працівників, а й, перш за все, командирів і товаришів по службі військовослужбовця.

У цей період особлива увага повинна бути приділена підтримці в підрозділах (частинах) здорового соціально-психологічного клімату.

Соціальна реабілітація військовослужбовців визначається характером взаємовідносин травмованого в колективі, наявністю передумов

до суспільно корисної праці, особливостями поведінки в процесі службової діяльності, виразністю інтересів. Вплив соціального фактора направляється на коригування у людини світогляду і ставлення до життя, активізацію соціальних ідеалів.

Психосоціальний вплив здійснюється проведенням групової терапії, стимулюванням соціальної активності, зайнятістю суспільно значущими справами (роботою). Відчутно позначається на соціальній реабілітації постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання листів, газет, журналів, прослуховування радіопередач і т.д. Вирішенню цих завдань активно сприяє організаційно-виховна діяльність командирів.

Психологічна реабілітація – це система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, що отримали психічну травму. Вона також є невід'ємною складовою частиною загальної реабілітації.

Психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Сутність її полягає у здійсненні різних впливів через психіку на військовослужбовця з урахуванням терапії, профілактики, гігієни та педагогіки.

За допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості, швидше відновити витрачену нервову енергію і, тим самим, зробити істотний вплив на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму.

Цим відрізняється психологічний вплив від інших засобів реабілітації.

Основними цілями. психологічної реабілітації є:

відновлення бойової і трудової здібності;

попередження інвалідності;

соціальна адаптація людей.

З'ясування цілей психологічної реабілітації дозволяє визначити її завдання, зміст, структуру, залучені сили і засоби, а також обов'язки органів управління та посадових осіб з організації, здійсненню та управління процесом відновлення психічної рівноваги військовослужбовців в умовах екстремальної обстановки бою.

До числа основних завдань. психологічної реабілітації належать:

Встановлення характеру і ступеня важливості нервово-психологічних розладів, визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування військовослужбовцями на отриману психічну травму і вироблення реабілітаційних заходів;

Зняття психоемоційного напруження, дратівливості і страху за допомогою застосування комплексних впливів (психотерапевтичних, медичних, біологічних, соціотерапевтичних і педагогічних (виховних);

Регуляція порушених функцій організму, корекція психофізіологічного стану методами психофармакологічних, психотерапевтичних та фізичних впливів;

Формування оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, мобілізація особистості на подолання виниклих станів, виховання у військовослужбовців необхідних вольових якостей;

Формування в особового складу чітких уявлень про фактори ризику і усвідомленого ставлення до заходів щодо їх усунення;

Оптимальний дозвіл психотравмуючої ситуації, відновлення соціального статусу, адаптація людини до умов зовнішнього середовища за допомогою стимулювання соціальної активності військовослужбовця, а також різними організаційно-педагогічними методами;

Оцінка фізичної, сенсорної та розумової працездатності; проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; орієнтування на продовження активної службової діяльності та виконання обов’язків військової служби;

Вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації; діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму; оцінка ефективності та корекція (у разі необхідності) реабілітаційних заходів.

Аналіз задач психологічної реабілітації дозволяє визначити найбільш важливі компоненти і засоби, що входять в систему соціально-психологічної реабілітації. Такими можуть бути: психологічні, медико-біологічні та організаційно-педагогічні.

Ефективний реабілітаційний вплив на військовослужбовця дозволяє здійснювати психотерапія (тобто лікувальний вплив на людину психічними факторами).

У широкому сенсі слова психотерапія – це сприятливі обставини, добре організований режим, правильно використане дозвілля, а також чуйний підхід до травмованого військовослужбовця.

У вузькому сенсі під психотерапією розуміється планомірний психічний вплив на людину, яка отримала психічну травму, словом або розмовою. Зазвичай використовується в цілях позитивного впливу на хворобливі прояви і для зміни неправильних установок травмованого військовослужбовця. Розрізняють: непряму і прямупсихотерапію.

Загальна (непряма) психотерапія являє собою комплекс заходів, спрямованих на створення позитивнх умов, сприятливо впливає на людину, що отримала психічну травму.

До неї відноситься: раціональна організація службової діяльності, в разі потреби, – та зміна роду занять; створення в підрозділі (частині) здорового соціально-психологічного клімату; відволікання від неприємних психотравмуючих переживань; застосування активуючого режиму реабілітації та інше.

Розглянемо тільки один з елементів – застосування активуючого режиму реабілітації. Він включає в себе:

- мінімальну ізоляцію військовослужбовця від колективу;
- збереження природних соціальних внутрішньо-колективних зв’язків;
- застосування для кожного, хто отримав психічну травму, системи максимальної свободи і розслабленння;
- створення атмосфери, що заохочує соціальну активність;
- забезпечення корисної зайнятості військовослужбовців, виведених з психічної рівноваги;
- цілеспрямовану організацію виховної та культурно-дозвільної роботи.

Непряма психотерапія є першоосновою лікування травмованої психіки воїна в будь-яких обставинах. Психотерапевтичний вплив на людину здійснюють шляхом бесіди психологів і медичних працівників

про його стан, зняття у нього тривоги і зміцнення надії на одужання, турбота про його відпочинок, харчування, лікування, – увага до всього, що відволікає військового від переживання і негативних думок.

Спеціальна (пряма) психотерапія – це сукупність спеціальних прийомів словесного впливу на психіку військовослужбовця, що отримав психічну травму.

Розрізняють певні види такої психотерапії:

- седативна, спрямована на заспокоєння людини, ослаблення її хворобливих відчуттів або пом'якшення її емоційного реагування на свій стан;
- коригуюча, покликана виробити правильне ставлення до події і послабити патогенну значущість причини її стану;
- стимулююча, яка на меті мобілізацію компенсаторних механізмів і підвищення соціальної активності особи військовослужбовця;
- психотерапія, спрямована на усунення патологічного стереотипу, що обумовлює стійку фіксацію хворобливих симптомів.

В даний час в практиці утвердився цілий ряд психотерапевтичних методик, застосовуваних при здійсненні психологічної реабілітації. До числа найбільш доступних для застосування в військовій практиці методів психологічного впливу на організм військовослужбовця, його психіку, відносяться:

Раціональна психотерапія.

Сугестивна психотерапія: навіювання (аутогенне тренування), самонавіювання (саморегуляція, аутосугестія).

Наркопсихотерапія.

Трудотерапія.

Естетотерапія.

Натур-терапія.

Раціональна психотерапія, як основний метод психотерапії, ґрунтується на переосмисленні, переконанні, зверненні до аналізу травмованої людини, пред'явлення їй різних переконливих фактів, доказів, що призводить до можливості самостійно робити певні висновки, підходити до потрібних висновків змінюючи ставлення до психотравмуючої ситуації.

Вона включає в себе проведення в доступній формі спеціальних бесід з військовослужбовцями, які отримали психічну травму. Під час таких бесід їм логічно доводиться можливість успішного лікування. На відповідних прикладах підтримується бадьорість духу, зміцнюється воля до відновлення нормального стану. Суть проведених бесід – апеляція до розуму, свідомості, волі людини.

Раціональна психотерапія покладається на логічне мислення. Як впливові чинників використовуються авторитет командира (лікаря, психолога, досвідченого товариша по службі), переконання і переосмислення, роз'яснення ситуації, похвала військовослужбовця, відволікання його від проблем і т.д. Вона спрямовується на створення активної позиції травмованого військовослужбовця в подоланні хворобливих проявів, а також на корекцію неадекватних емоційних реакцій і порушеної системи відносин.

Слово, що лежить в основі раціональної (роз'яснюючої) терапії, грає воістину магічну роль, є цілком адекватним подразником для емоцій. Численними психологічними дослідами доведено активний вплив слова на дихальну і пульсову реакцію людини, на кров'яний тиск і чутливість до больових подразників та ін.

Таким чином, раціональна психотерапія – це логічне, аргументоване роз'яснення шляхом пояснення, повідомлення військовослужбовцю того, що він не знає і не розуміє, що може похитнути його хибні уявлення та переконання. Здійснюється вона, як правило, у формі діалогу.

Сугестивна психотерапія являє собою здійснення емоційного впливу на психіку військовослужбовця, тобто навіювання йому певних думок.

Вплив на людину здійснюється двома способами: навіюванням в стані сну (гіпноз) і навіюванням в стані бадьорості.

В армійських умовах, наприклад, найбільш доступний другий спосіб, який може застосовуватися в будь-яких умовах обстановки. Навіювання є не що інше, як цілеспрямований психічний вплив, пасивно сприймається людиною без критичної оцінки. Найбільшого поширення набули такі форми навіювання, як самонавіяння (саморегуляція) і аутогенне тренування.

Наркопсихотерапія, будучи різновидом психотерапії, являє собою поєднання словесного навіювання на тлі неповного наркозу, викликаного застосуванням медичних препаратів. Найбільш ймовірне і раціональне її застосування спецілізованих лікувальних установах.

Застосування перерахованих вище методів психологічного впливу на військовослужбовців, які зазнали психогенним травм, зобов'язує учасників реабілітаційного процесу володіти високим тактом, широким кругозором, педагогічними здібностями, умінням не тільки роз'яснювати, а й парирувати заперечення, швидко вловлювати помилки в судженнях і використовувати їх для відновлення психічного рівноваги військових.

Трудотерапія також відноситься до методів психологічної реабілітації, так як залучення воїнів з травмованою психікою до виконання нескладних робіт і завдань, окрім розвитку фізичної активності, веде до формування стійкого позитивного фону настрою, позитивної установки до праці та службової діяльності, сприяє прискоренню адаптації військовослужбовця у військовому або цивільному колективі.

Залучення військовослужбовців до службової суспільно значущої діяльності відволікає їх від хворобливих переживань, покращує контакт з оточуючими, сприяє відновленню порушених функцій, викликає у травмованих почуття впевненості у своїх силах, тим самим прискорюючи процес їх реабілітації.

Естетотерапія – лікування прекрасним, красивим і включає в себе бібліотерапію, музикотерапію, натуртерапію і т.д.

Фізичне середовище, навколишнє людини (колір; звуки; запахи; температурні, погодні, географічні фактори), мають потужний вплив на людину, змінюючи його психічний стан, настрій, самопочуття і життєвий тонус.

Засобами загального впливу на психіку учасників бойових дій є світломузичний вплив, функціональна музика, перегляд кіно та відеофільмів, читання літератури. У цьому випадку військовослужбовець включається в процес корекції функціонального стану як глядач, що сприймає форму, колір, елементи навколишньої дійсності і живої природи.

Основна мета цього впливу полягає в відволіканні бійця від гостро пережитих ситуацій для досягнення заспокійливого ефекту, зняття нервово-емоційного напруження, нормалізації діяльності нервової та серцево- судинної системи.

Бібліотерапія здійснює лікувальну дію на психіку людини за допомогою читання книг. Використання спеціально підібраного для читання матеріалу, як терапевтичного засобу застосовується в психіатрії з метою вирішення особистих проблем за допомогою спрямованого читання. Оскільки бібліотерапія використовує зазвичай художні твори, вона відноситься до методів естетотерапії.

Музикотерапія – це психотерапевтичний метод безпосереднього впливу на почуття, емоції, настрої; безсловесного навіювання певного настрою, що піднімає людину над своїми переживаннями, допомагає долати хворобливі розлади з використанням музики в лікувальних цілях.

Звук здійснює на психіку безпосередній емоційний вплив. Сильний, нав'язливий шум дратує, стомлює, позбавляє спокою, приводить в несамовитість. Також гнітюче діє і «гробова» тиша.

Музика є потужним емоційним стимулом. Ритм і мелодія здатні змінювати число серцевих скорочень, дихання, обмін речовин. Музика може викликати глибокі зрушення в настрої, світосприйнятті, відносинах людей, змінюючи їх життєвий тонус, викликаючи радість і наснагу, сентиментальність і смуток, заспокоєння і умиротворення. У музикотерапії застосовують такі прийоми:

- спрямовані на відреагування (емоційно-активуючі);
- тренінгові (застосовувані в психотерапії);
- релаксуючі;
- комунікативні і т.д.

Функціональна музика забезпечує регулюючий вплив на нервову систему. Відомо, що висока мелодійність музики в контексті підготовленої фонограми володіє заспокійливим ефектом. Метроритм звучання, навпаки, завжди носить активний характер. Заслуговують на увагу науковців особливості перебування військовослужбовців у зоні бойових дій.

Заспокійлива музика сприяє переключенню нервової системи, в результаті чого сповільнюється частота пульсу, знижується артеріальний тиск, розширюються кровоносні судини, внаслідок чого знижується нервово- емоційне напруження.

Збуджуюча, тонізуюча музика здійснює протилежний вплив, підвищуючи активність загального стану.

Більш виражений вплив на людину має класична музика, особливо, якщо перед психологом-психотерапевтом стоїть завдання досягнення заспокійливого ефекту.

При підборі фонограм слід враховувати, що дієвість музики досягається тільки за умови участі свідомості у процесі сприйняття. Якщо музика не викликає емоційної реакції, то її вплив мізерний.

Натур-психотерапія (ландшафтотерапія) – використання лікувального впливу природи; застосовується як фон для психотерапії, яка неможлива без інформації, переданої словесно.

Естетичний вплив природи на людину полягає в емоційній піднесеності, гар монізації особистості, сприяє відновленню порушених відносин і установок, що лежать в основі багатьох психічних розладів.

У естетотерапії використовується і психологічний вплив кольору, який, за висловом французького колориста Жака В'єнн, «здатний на все: він може народити світло, заспокоєння або збудження; він може створити гармонію або викликати потрясіння, від нього можна чекати чудес, – але він здатний викликати і катастрофу».

Найбільш сприятливим, спокійним для очей прийнято вважати кольори середньохвильового спектра – зеленуватих тонів (листя, трава, луки, поля, квіти та інші). Переважно емоційне розташування кольорів: блакитний, зелений, червоний. Похмурий, гнітючий вплив роблять сірий, чорний, коричневі тони. Нейтральними сприймаються білий і бежевий.

Психологічно сприятливі не власне самі кольори, а їх поєднання. Однотонно пофарбовані поверхні при тривалому впливі на наші органи чуттів володіють різною мірою пригнічення на психіку. Недарма побутує вислів «зелена туга».

Колір в поєднанні з музикою посилює вплив на психіку. Відомо, що блакитний і зелений кольори разом з повільною мелодійною музикою заспокоюють людину, а червоний колір у поєднанні з бадьорою маршовою музикою, – навпаки, бадьорить, налаштовує на робочий ритм.

Для зниження нервово-емоційної напруженості може використовуватися перегляд відео і кінофільмів, фотослайдів, який має виражений відволікаючий і регулюючий вплив. З метою психологічного розвантаження найбільш прийнятні комедійні та розважальні програми. Заспокійливою дією володіють видовищні фільми з демонстрцією природи, ландшафтних панорам, пейзажів.

Для забезпечення дієвості естетотерапії важливо з урахуванням смаків і станів військовослужбовців підбирати твори художньої літератури, книги з мистецтва, репродукції, радіо-, теле і кінопрограми.

Психологічна реабілітація передбачає виконання і ряду гігієнічних заходів. По-перше, необхідно забезпечувати дотримання чіткого режиму дня (нічний сон не менше 8 годин; ранкова гімнастика; водні тонізуючі процедури; систематичне чергування праці та активного відпочинку; спортивні ігри, які не потребують складної координації рухів і напруженої уваги).

По-друге, раціонально організовувати життєдіяльність військовослужбовців, які зазнали психотравмируючого впливу.

По-третє, повноцінне і різноманітне харчування (з переважанням білків тваринного походження і великої кількості вітамінів).

Здійснення реабілітаційних заходів вимагає дотримання певних основоположних правил, які забезпечать досягнення ефективності та дієвості заходів, які вживаються для відновлення психічної рівноваги людей, що перебували в стані психотравмуючої ситуації.

Основними принципами психологічної реабілітації є:

Принцип максимальної наближеності психолого-реабілітаційних заходів до запитів і потреб кожного учасника реабілітаційного процесу.

Принцип невідкладності, як можливо ранній початок реабілітаційних заходів, відразу після виявлення психічних розладів.

Єдність психосоціальних і психофізіологічних методів впливу (єдність реабілітації та лікування).

Принцип ступінчастості, послідовності і спадкоємності реабілітаційних заходів.

Всякого роду вплив, в тому числі і психосоціальний, здійснюється в певних дозах, з поступовим (ступінчастим) переходом від одного впливу (зусилля, заходи), до іншого, – від однієї форми організації допомоги до іншої.

Принцип різнобічності (різноплановості) зусиль. Реабілітаційні заходи здійснюються в декількох сферах: реабілітація розуміється як складний процес, що поєднує зусилля медичних працівників, психологів і самого військовослужбовця, спрямованих на різні сфери життєдіяльності останнього.

Принцип партнерства, співпраці. Побудова реабілітаційного впливу повинна бути такою, щоб залучити військовослужбовця, який отримав психічну травму, у відновний процес. У всіх реабілітаційних методах впливу стрижневим змістом є апеляція до особистості військовослужбовця.

Індивідуалізація реабілітаційних заходів. Відновлення психічної рівноваги окремого військовослужбовця здійснюється з урахуванням особливостей особистості, механізмів і динаміки станів.

Відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям людини.

Участь у реабілітаційному впливі командирів, медичних працівників, психологів, офіцерів органів виховної роботи, товаришів по службі.

Систематичний контроль і своєчасна корекція реабілітаційної програми.

Виходячи з вище перерахованих принципів і положень, що стосуються організації та здійснення реабілітаційних заходів, повинні будувати свою діяльність всі посадові особи частини (підрозділу).

Бойовий статут, покладаючи на командира відповідальність за керівництво морально-психологічним забезпеченням дій підлеглих частин та підрозділів, покладає на нього виявлення, вивчення та всебічну оцінку факторів, що впливають на морально-психологічний стан

особового складу; визначення і постановку основних завдань МПЗ; віддачу вказівок з МПЗ бою; затвердження плану морально-психологічного забезпечення бойових дій.

Організація командиром психологічної реабілітації військовослужбовців може здійснюватися за такими етапами:

- вивчення вимог керівних документів до організації психологічної реабілітації;
- вивчення та аналіз морально-психологічного стану підлеглих;
- визначення заходів з відновлення психічної рівноваги у військовослужбовців, які отримали психічні травми;
- віддання вказівок з психологічної реабілітації травмованих;
- постановка завдань посадовим особам, залученим до здійснення заходів з психологічної реабілітації;
- особисту участь у здійсненні реабілітаційних заходів;
- здійснення контролю та надання необхідної допомоги виконавцям;
- організація навчання і інструктування посадових осіб за методикою здійснення психологічної реабілітації;
- вивчення, узагальнення та впровадження передового досвіду роботи з відновлення психічної рівноваги військовослужбовців;
- доповідь старшому начальнику про морально-психологічний стан особового складу і роботі, що проводиться.

Враховуючи важливість заходів, спрямованих на збереження і відновлення боєздатності військовослужбовців та військових колективів, командир зобов'язаний врахувати їх при віддачі вказівок по МПЗ, зорієнтувати посадових осіб і визначити ступінь їх участі у вирішенні таких основних завдань:

Зняття у військовослужбовців психічної напруженості і втоми.

Швидке повернення в стрій людей, що не потребують за характером психічних розладів в госпіталізації.

Евакуація воїнів, які отримали бойові психічні травми для надання медичної допомоги та проведення реабілітації.

Відновлення боєздатності і стійкості деморалізованих і дезорганізованих військових підрозділів.

Таким чином, психологічна реабілітація, будучи важливим складовим елементом МПЗ діяльності військ, забезпечує підтримку необхідного стану боєздатності військовослужбовців, сприяє попередженню інвалідності, дозволяє відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми.

Представляючи собою систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних та організаційно-управлінських заходів з відновлення психічної рівноваги військовослужбовців, психологічна реабілітація передбачає можливість застосування ряду доступних способів впливу на особовий склад безпосередньо в частині, без евакуації деякої частини травмованих у лікувальні установи.

Ось чому для командира важливо мати уявлення про сутність і зміст практичних прийомів психологічної реабілітації, про методику її організації в умовах військ.

Успішне вирішення завдань психологічної реабілітації буде визначатися і умінням командира доцільно спрямовувати діяльність штабів, командирів підрозділів, органів виховної роботи, військових психологів, медичних працівників, військових юристів, військових колективів, активу і громадських структур частини; спиратися на ці сили, забезпечувати їх тісну взаємодію, використовувати їх можливості для підтримки високої бойової готовності, дисципліни і бойової згуртованості, збереження психічного здоров’я підлеглого особового складу.

Громадська думка формується у тісній залежності від масштабів військового конфлікту. Аналіз психологічних аспектів першої та другої світових війн показує, що «з початком військових подій такого роду докорінно змінюються змістовними динамічні характеристики суспільства у всіх воюючих державах. У надрах соціального організму відбуваються потужні «тектонічні» зрушення: змінюється утримання і режим діяльності більшості державних інституцій. Фактично, починається відлік нового соціального часу, оскільки істотних змін зазнали соціальна структура, система статусів і ролей, тип мотивації і соціальний контроль. Змінився процес соціалізації, суть якого у тому, що індивід, хоч би який статус він мав, вписується не в норми, а у систему

і права воюючого народу. З цього погляду, перемога і виборча поразка у війні стосується як армії, так і народу. Громадяни діляться на учасників конфлікту і неучастників. Неучастники, складова більшість мирного населення формують громадську думку з приводу конфлікту загалом, і безкомпромісність дій армії, зокрема. До кожного учасника бойових дій це може мати прямі соціальні наслідки. Дуже яскраво вони проявилися, наприклад, у житті ветеранів війни США у В'єтнамі.

Поки молоді американські хлопці гинули в державних джунглях, щиро вірячи у те, що захищають національні інтереси, у державі ширилася антивоєнна кампанія. У ході цієї кампанії вони ставали в очах своїх співвітчизників убивцями, злочинцями, бездумними істотами, сліпо виконуючими волю Пентагону. У схожій ситуації виявилися радянські воїни, що воювали в Афганістані. В 2000-х роках ширився рух проти військових дій у Чечні. Отже, самі характеристики локального військового конфлікту й громадська реакція на нього, у майбутньому забезпечують посилення ПТСР у військових і, як наслідок, дезадаптації у мирних умовах.

Дезадаптація, викликана ПТСР, виявляється у поведінці, діяльності, спілкуванні військовослужбовця.

Дуже важливим показником дезадаптацій при ПТСР є порушення соціального статусу. На думку науковців, існує значима різниця між групами адаптованих і дезадаптованих ветеранів за показником «наявності роботи». Соціальна дезадаптація полягає в тому, що ветерану важко знайти роботу й утриматися на ній. Їм характерна низька стабільність професійного життя. Вони частіше змінюють місце роботи, постають низькооплачуваними і низькокваліфікованими працівниками, рідше роблять хорошу кар'єру.

Зниження рівня соціальної адаптованості – найочевидніший для оточуючих наслідок психічної травми. Серед ветеранів локальних воєн та збройних конфліктів значно частіше зустрічаються такі форми дезадаптивної поведінки, як алкоголізм, наркоманія, схильність до здійснення актів насильства. Також значно частіше відбувається аутоагресивна поведінка батьків у вигляді самопошкоджень і суїцидальних спроб. Показники ПТСР багато в чому збігаються з характеристиками суїцидальних особистостей:

- Депресивний настрій, часто із утратою апетиту, життєвої активності, проблеми з сном;
- Можуть бути присутні сильна залежність від наркотиків чи від алкоголю;
- Відчуття ізоляції;
- Відчуття безнадійності чи безпорадності;
- Вони вважають, що краще ніколи не стане;
- Вони мають «тунельне бачення», тобто нездатність побачити позитивне. Вони бачать лише один вихід із ситуації.

При яскравому прояві ПТСР форми і частота дезадаптивної поведінки у групах ветеранів можна порівняти із найбільш неблагополучними соціальними групами. Науковці наводять дані про різні групи населення, які вказують на те, що дезадаптивна поведінка найчастіше передує будь-якій формі ПТСР і девіантна поведінка є, по суті, яскравою формою поведінки дезадаптивної. «У цілому, нині рівень функціонування сфери дезадаптованих афганських ветеранів виявився нижче, у тому числі спостерігається вищий рівень алкоголізму, випадки наркотичної залежності, більше розлучень і менше тих, які одружилися, і, навіть, частіше зустрічалися сім'ї, у яких не було дітей...».

Значимо вищим у ветеранів локальних війн зі зниженими показниками соціальної адаптації є рівень конфліктності і агресивності у відносинах. Підвищення рівня конфліктності поведінки психологічна наука пояснює, насамперед, суб'єктивними причинами. Зовнішній конфлікт за оточенням є проекцією конфлікту внутрішнього, а той, в свою чергу, викликаний високим рівнем фрустрації, виникає «при обмеженнях суспільства на відношенні потреб індивіда». Внутрішня детермінанта грає особливо значну роль у внутрішньо-особистісних конфліктах, оскільки вони, проектуючи міжособистісними і між груповими конфліктами, самі виробляють їх. Загострення конфліктності пов'язані із зміненими цінностями особистості, загостренням певних рис характеру, посиленням акцентуації та спроб зберегти нормальну самооцінку. З іншого боку, соціальні навички, частина з яких були втрачені у військових умовах, потребує відновлення та розвитку. Почасти конфліктність посилюється, а тому подальшу пове-

дінку, у мирних умовах, ветеран завжди вибудовує з урахуванням можливої небезпеку життю і здоров'ю, завжди залишаючись «насторожі».

В багатьох людей, які брали участь у локальних військових конфліктах, особистість набуває агресивного чи деструктивного забарвлення. Підвищення агресивності, можливо, можна пояснити з погляду як фрустраційної теорії агресії, так і з погляду теорії соціального навчання. Фрустраційнї теорії агресії вводять чинник до пояснень поведінки – ситуаційної. Агресія постає як реакція на фрустрацію (і кожна фрустрація неминуче викликає агрессію). Соціальне навчання передбачає, що в людини закріплюються ті форми поведінки, які отримують позитивне підкріплення.

У разі бойових дій агресія, спрямована на противника, отримує позитивне підкріплення. Ситуативний розвиток агресивних дій залежатиме від особистісних структур.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається в осіб, які перенесли травмуючі події, найчастіше, за умов бойових дій;

ПТСР накладає суттєвий відбиток на перебіг психічної діяльності носія;

До важливої симптоматики ПТСР можна віднести скорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу;

ПТСР тягне у собі особистісні зміни, найважливішими проявами яких стають агресивність і конфліктність;

ПТСР є причиною соціальної дезадаптації;

ПТСР часто передує асоціальній та девіантній поведінці військовослужбовців, включаючи суїцидальні спроби;

ПТСР є не лише особистою проблемою військовослужбовця, а й суспільним питанням, оскільки, багато в чому його прояви народжуються громадською думкою і ставленням мирного населення до ведення бойових дій на зонах локальних конфліктів.

У реабілітаційній і реадаптаційній роботі із військовослужбовцями з ПТСР ми використовуємо групові форми, та вважаємо їх менш ефективними, ніж індивідуальні за дотримання тієї самої умови: психолог має бути зорієнтований на бачення роботи реабілітаційної системи через призму особистісного зростання військовослужбовців. Це значно

посилює ефективність тренінгових заходів, групових релаксаційних занять, корекційних циклів, психотерапевтичних груп.

Найбільш застосовуваними є групові релаксаційні заняття із застосуванням вправ аутотренінгу і саморегуляції. Основна мета таких занять – психологічна допомога військовику з ПТСР, зняти психічну напругу, побути в енергетично багатих станах «аутогенного погруження», що дозволяє глибоко відпочити і розмислити над новими життєвими ідеями, сенсами, побачити невидимі доти межі реальності. У цілому, нині переживання станів релаксації і аутогенного занурення істотно підвищує можливості профілактики виражених станів – зняття стресових реакцій, і, навіть, формування станів підвищеної робото здатності. Ми використовуємо у роботі релаксаційні обладнання відео- і аудіотерапії, фітотерапії, ароматерапії, спеціальні світильники, фонтани, анатомічні крісла, електромасажери. Програми будуються з урахуванням наявного устаткуванням. Заняття по релаксації, саморегуляції і аутотренінгу важливі ще тим, що вони знімають нервно-психічну напругу, відновлюють емоційну рівновагу, і передусім, відкривають можливості прислухатися самого себе, розпочати діяти, керуючись власними почуттями, інтересами та спонуканнями. Принаймні, при участі на заняттях, військовий дедалі більше починає відчувати, що локус оцінки лежить усередині нього. Дедалі менше шукає в ньому, в інших схвалення чи несхвалення, рішення, вибір і, навіть, стандартів, за якими потрібно жити.

Сучасний психотерапевт Р. Мей вважає, що «допомагаючи клієнту подолати особистісну проблему, консультант допомагає йому почуватися вільніше». Для військових із ПТСР релаксаційні заняття представляють шлях до визволення від переживань, душевного болю, невротичних розладів та налаштовують на філософський лад.

Потрібно наголосити на особливому катарсичному ефекті групових релаксаційних занять. Військовослужбовці із застарілим нагромадженим ефектом можуть від цього частково звільнитися: на першому етапі розслаблення частково знімається контроль над своєю амбіційною поведінкою, й учасники групи можуть почати плакати, переживати панічний страх, повернутися у власне дитинство. Тут трансформується

і переживається те, що заважає людині вирости, приймати себе такою якою вона є.

Ще одним інструментом практичного психолога є групові корекційні заняття, які включають як елементи тренінгу соціальних навичок, так і психотерапевтичний вплив, побудований на використанні можливості групової динаміки. Гомогенність групи у цьому разі має першочергове значення: до групи залучаються військовослужбовці з району бойових дій із різними показниками ПТСР. Проведення коррекційної роботи полягає в принципах нормативності, корекції «згори донизу» і системного розвитку психічної діяльності. Підхід в корекції глибоко особистісний: психолог неспроможний поступово переорієнтовуватися під єдиний підхід до всіх військовослужбовців, тому що в них по-різному протікають психічні процеси. Принцип системності корекції відхилень психічної діяльності вимагає враховувати, які психологічні чинники є важливішими, а які другорядними. І тут успіх корекції обумовлюється результатами діагностичного обстеження, що становить системи причинно-наслідкових зв'язків і ієрархії відносин між симптомами і причинами.Забезпечення умов всебічного особистісного зростання у практиці психокорекційної роботи досягається використанням природних рушійних сил психічного і особистісного розвитку. Для досягнення успіху варто використовувати всі види роботи і ті системи відносин, що є особистісно значимими для військовослужбовця, стосовно яких є емоційно насичені переживання. Спрямованість тренінгу, передусім, на особистісне зростання відбиває вже його організація, «необхідними умовами якої є:

- Підготовка місця проведення та визначення часу проведення тренінгу заздалегідь;
- Створення невимушеної та доброзичливої обстановки;
- Довіра до учасників;
- Легка розминка на початку тренінгу;
- Усі військовослужбовці мають забезпечуватися ролями».

6.2. Структура психологічної реабілітації військовослужбовців

Основні психолого-методичні засоби роботи з військовослужбовцями були спрямовані на актуалізацію становлення соціально-психологічної адаптації, особистісного самоствердження та самоактуалізацію військовослужбовців, системний взаємозв'язок між якими складає конфігурацію адаптаційних, мотиваційних та особистісно-поведінкових компонентів.

Нині тренінги широко використовуються не тільки в психології, а й в інших науках (педагогіці, соціології, економіці, управлінні, медицині, конфліктології), тому існують різні трактування змісту поняття «тренінг», як, наприклад, «Груповий психологічний тренінг є сукупністю активних методів практичної психології, які використовуються для формування навичок самопізнання й саморозвитку»; «Тренінг є способом перепрограмування наявної у людини моделі управління своєю поведінкою й діяльністю. Це багатофункціональний метод спеціальних змін психологічних феноменів людини, групи й організації з метою гармонізації професійного й особистісного буття людини» і т. п.

Психологічний вплив, як системне явище і системоутворювальна одиниця психології, є багаторівневим і багатоякісним процесом, що уможливлює зв'язок людини із зовнішнім світом (природним і соціальним) та забезпечує детермінацію і регуляцію (саморегуляцію) функціональних систем і станів організму на усіх можливих рівнях цілісної психічної організації людини при взаємодії цієї системи із системами інших класів зовнішніх впливів на людину (екологічних, соціальних, культурологічних), які цей процес запускають.

Суттєвим поглибленням ідеології наявних підходів до феномену психологічного впливу слугує запропонована українським вченим В. Татенком концепція суб'єктно зорієнтованої критеріальної моделі впливу. На відміну від поширеного погляду на психологічний вплив як засіб впливу психології (або людей, що володіють належною сумою психологічних знань), на все те, що є його предметом (все те, що їй протистоїть), науковий погляд на зміст психологічного впливу наголошує, передовсім, по-перше, на наявності факту взаємодії, і по-друге, на самодостатності суб'єктів взаємодії як сущих, рівноправних творців.

У такому контексті запропонований навчально-корекційний тренінг може бути ефективним методом формування особистісного простору військовослужбовців.

На думку психологів, головний принцип тренінгу – кожний опановує щось нове,тільки опановуючи власні активні зусилля.

Під час роботи над змістом пропонованої нижче програми психокорекційного тренінгу формування особистісного простору військовослужбовців ми керувалися певними правилами, в основі яких були покладені основні принципи роботи практичного психолога, а саме: принцип активності особистості, принцип відповідальності особистості, принцип психотехнічної адекватності змісту досліджуваної проблеми, принцип діалогічності, принцип системності, принцип локалізації специфіки досліджуваного явища, принцип зворотного зв'язку, принцип діяльнісного опосередкування, принцип об'єктивізації, принцип єдності афекту й інтелекту, принцип актуалізації гуманістичних цінностей, принцип суб'єктного ставлення до суб'єкта впливу.

Програма реалізації системи психолого-методичних засобів з подолання низької суверенності психологічного простору військовослужбовців побудована на актуалізації індукованих форм *цілісності*, яка локалізована в межах адаптаційного компоненту особистісного простору та відповідає за адаптаційно-нормативний фон функціонування особистісного простору; *самоорганізації,* яка локалізована в межах мотиваційного компоненту та відповідає за довільну активність щодо цілісної реалізації відносин із світом речей, людей, соціальними явищами із урахуванням мотиваційно- ідентифікаційних тенденцій поведінки та прояву індивідуальних цінностей та здібностей; *відкритості,* яка локалізована в межах особистісно-поведінкового компонента та відповідає за усвідомлену позицію щодо розвитку та саморозкриття соціального та індивідуального потенціалу входження в соціальний світ та взаємодії з ним.

Програма реалізувалась із постійним залученням військовослужбовців з низькими показниками суверенності психологічного простору.

Структуру програми психокорекційного тренінгу «Формування особистісного простору військовослужбовців із характеристикою мети і основних завдань її блоків наведено у табл. 6.1.

Таблиця 6.1

Структура програми психокорекційного тренінгу «Формування особистісного простору військовослужбовців»

Назва блоку	Мета	Завдання
1	**2**	**3**
Актуалізація індукованих форм цілісності особистісного простору	Корекція адаптаційно- нормативного фону функціонування особистісного простору	– корекція пристосування через засвоєння «цінностей розвитку», стереотипів укладу життя, навичок спільного проживання; – корекція соціального контролю при зміні або трансформації загально соціальних цінностей і норм життя людини; – збереження фізичних та інтелектуальних ресурсів для забезпечення психологічного комфорту та безпеки людини при зміні або трансформації умов життєдіяльності;
Актуалізація індукованих форм самоорганізації особистісного простору	Розвиток ідентифікаційної активності у взаємодії із світом речей, людей та соціальними явищами	– розвиток просторово-часової та соціокультурної стабільності як основи стійких мотиваційних тенденцій поведінки; – розвиток персоналізованих зв’язків із соціальним світом та становлення зрілого Я-соціального на рівні групової та індивідуальної реалізації; сприяння переорієнтації на цільові ознаки розвитку, прояви ініціативності, пошукову інноваційного укладу життя аж до найвищих форм індивідуальної активності і самореалізації;
Актуалізація індукованих форм відкритості особистісного простору	Становлення усвідомленої позиції щодо особистісно- поведінкового саморозкриття	– формування усвідомленого зворотного зв’язку із соціальними інституціями засобом організованої нормативної поведінки особистості, засвоєної поведінкової мобільності та сформованого вміння орієнтації в соціальних ситуаціях;

Закінчення таблиці 6.1

1	2	3
		– формування консенсусу взаємодії з об'єктами та суб'єктами соціального світу в межах системи локальних і універсальних зв'язків спілкування з повним набором емоційної озброєності повагою, схваленням та підтримкою оточуючих людей; – формування соціального та індивідуального потенціалу у прояві відповідальності та особистісної активності у становленні світогляду, цінностей та внутрішньої позиції власного Я.

Проаналізуємо кожен блок психокорекційного тренінгу «Формування особистісного простору військовослужбовців»:

І – Блок актуалізації індукованих форм цілісності особистісного простору – відповідає за адаптаційно-нормативний фон функціонування особистісного простору.

Розгляд соціально-психологічної адаптації як стандартизації мови, жестів, сприймання морально-психологічних стереотипів, формування соціального характеру, засвоєння загальних цінностей, значень і символів, дає можливість розглядати корекцію адаптаційно-нормативного фону особистісного простору через впровадження різноманітних ціннісних орієнтацій, як-от цінності ставлення до себе та інших людей і оточуючих речей, соціальних звичок та зв'язків, що проявляється у відкритості досвіду та щирості у почуттях, довіри до себе та відповідальності щодо інших людей.

Щодо реалізації поставлених завдань цього блоку необхідним є акцент на корекції адекватного ставлення військовослужбовців до фізичного «Я» та формування у них індивідуального стилю у створенні та демонстрації територіально-речових атрибутів.

Виходячи з того, що ознаки соціально-психологічної депривованості особистості знаходять своє пояснення у психоаналітичних положеннях, де неусвідомлювані конфлікти фізичної та територіальної депривованості проявляються у формі проекції «заборон» потреб Супер-Его у фізичний та територіальний простір дорослої людини – це своєрідне протистояння соціальним нормам, де відбувається компенсація неповноцінності та нікчемності. Досить часто депривованість особистісного простору передбачає потребу збереження контролю і доказу переваги над іншими. Рефлекторно накопичуючись, такі імпульси призводять до примітивних форм категоричності, раптової образливої різкості, холодності та зарозумілості, цинізму і швидкого переходу від приязні до ворожої відмови від контакту. Таким чином, виникає питання про доцільність корекції неусвідомлюваних імпульсів побудови особистісного простору.

Депривованість психологічного простору протиставляється суверенності простору особистості, де людина відчуває простір як щось створене нею самою, привласнене, «своє», що має свою вартість. Чіткі межі психологічного простору дають змогу людині контролювати і захищати усе, що виникає всередині цього простору.

Таким чином, корекція адаптаційно-нормативного фону функціонування особистісного простору передбачає, в першу чергу, корекцію адекватного ставлення воїна до фізичного «Я» та формування у них індивідуального стилю в створенні та демонстрації територіально-речових атрибутів просторових меж. Важливим моментом цієї стадії тренінгу є використання психокорекційних вправ, спрямованих на корекцію прихованої деприваційної тривожності, пов’язаною із комплексом неповноцінності та серії вправ для подолання почуття невпевненості.

На заняттях даної стадії використано низку психокорекційних вправ та різноманітних ігрових ситуацій. Реалізація чи то проігрування кожної із вправ, піддавався ретельному груповому аналізові. Такі форми групової роботи відповідають основним принципам організації подібних навчально-корекційних заходів, а саме діалогічності, системності, послідовності, врахування індивідуально-психологічних особливостей цієї вікової групи, активної взаємодії.

На цій стадії було використано серію вправ, спрямованих на:

- корекцію та формування позитивного ставлення до організації своєї тілесності;
- виявлення та корекцію ставлення до власного здоров'я, харчової поведінки та інтимних відносин;
- формування вмінь організації «свого місця» в реально існуючому середовищі (дім, гуртожиток, навчальна аудиторія, робоче місце тощо);
- формування адекватної готовності до територіальних змін (переїзд, відрядження, відпустка тощо);
- прояв індивідуальності через речі, особливості іміджу, стилю одягу корекцію деприваційної тривожності та подолання почуття власної невпевненості, пов'язаних із комплексом неповноцінності.

Отже, перша серія занять на цій стадії була спрямована на корекцію та формування позитивного ставлення до організації своєї тілесності та виявлення і корекцію ставлення до власного здоров'я, харчової поведінки та інтимних відносин. Запропоновані вправи дають змогу проаналізувати «проблемну анатомію» тіла через зняття контролю / надконтролю фізичного тіла, актуалізацію контактності та вираження власних почуттів, формування реального фізичного «Я» в межах наявного ставлення до власного здоров'я, культури харчування та інтимних відносин.

Протягом заняття аналізувались різноманітні ситуації, у яких потрібно було визначити простір функціонування власного фізичного «Я». Військовослужбовцям було запропоновано декілька ситуацій, які вони мали собі уявити і зареєструвати ті емоції, які в них виникали. Приклад ситуації: ви ідете в переповненому автобусі і відчуваєте, що з усіх сторін вас притискають інші люди. Які емоції у Вас виникають? Які фізіологічні процеси супроводжують ці емоції? Чи виражаєте ви ці емоції у висловлюваннях, адресованих людям, які стоять поряд з вами? Чи могли б ваші емоції відрізнятися, якби це були чоловіки (для дівчини) або жінки (для хлопців). У чому полягають відмінності у ваших емоціях? З чим це пов'язано?». В межах цього блоку пропону-

ється виконання таких «Я і моє ім'я», «Перше враження», «Мовчазне привітання», «Спілкування в парі», «Впізнай мене», «Шикуймося за зростом», «Моє тіло».

Далі військовослужбовцям пропонується виконання методики «Оцінка ставлення до здоров'я», яка дозволяє визначити рівень розвитку внутрішньої позиції до власного здоров'я. Наведемо приклад вправи, яку було впроваджено на цій стадії: для вирішення завдання з корекції рівня ставлення до власного здоров'я. Учасники мали записати якомога більше тверджень, які б відображали конструктивні моменти ставлення до здоров'я. Після відведеного для запису часу, військовослужбовці зачитують свій список. Далі до кожного твердження необхідно сформулювати антитезу – приклад з життя, який би суперечив початковому твердженню. Після виконання вправи, практичний психолог робить акцент на тому, які емоції були у бійців, коли вони писали перший та другий перелік тверджень тез, як вони змінювались протягом виконання вправ; що стало із власними переконаннями, які були у першому переліку.

Метою наступної серії занять було формування вмінь організації «свого місця» в реально існуючому середовищі (дім, гуртожиток, робоче місце тощо); адекватної готовності до територіальних змін (переїзд, відрядження, відпустка тощо); формування навичок прояву індивідуальності через речі, особливості іміджу, стилю одягу, а також супровідна корекція депривaційної тривожності та подолання почуття власної невпевненості, пов'язаних із комплексом неповноцінності.

Протягом заняття використовувалися різноманітні груподинамічні ігри-проекти, як-от «Інтер'єр будинку», «Інтер'єр робочого місця», проведено дискусію на тему «Мій дім – моя фортеця», запропоновано розгляд конкретних ситуацій «Несподівані гості протягом тижня» та «Рейс літака відкладено», а також розіграно гру-шоу «Модний вирок».

Так протягом гри-проекту «Інтер'єр будинку», військовослужбовці мали можливість спроектувати бажану схему (модель) інтер'єру власного будинку, де вони проживають. Кожному потрібно було презентувати розроблений проект, з відповідною аргументацією і підтвердженнями. Потім відбувається групове обговорення та вибір найкращого

проекту. Груповий вибір рішення є остаточним результатом, де самостійні, і навіть досить тривалі спонтанні дії учасників в умовах заданої ситуації змінюються в межах групи і набувають остаточного оформлення у виборі. Формат проведення дискусії «Мій дім – моя фортеця» є більш складним у порівнянні із попередньою груподинамічною вправою, адже у груповій дискусії, в ході обговорення поставленого завдання, акцент ставиться не тільки на набуття навичок групового обговорення, але й на вміння відстоювати власну точку зору і переконувати інших в її правильності. Часто у таких аргументаціях можуть проявлятися неусвідомлювані деприваційні інтерпретації, які потребують коректної зміни.

Завершальний акорд у серії запропонованих вправ належить грішоу «Модний вирок», де учасники ознайомлюються з її правилами і умовами та приймають добровільне рішення в її участі. Психолог здійснює постійний контроль за дотриманням правил, етичних норм та випереджує можливі особисті образі і конфлікти. Важливим у цій грі є грамотний аналіз неефективних способів дій учасників та формування у них ефективних моделей просторово-речової поведінки.

Упродовж тренінгового заняття психолог використовує інформаційні матеріали щодо розуміння індивідуальності людини через її одяг, звички харчуватися, відпочивати тощо; розкриває психологічні аспекти прояву стилю діяльності та спілкування; пояснює феномен «іміджу» людини та його зв’язок із соціально-психологічними факторами симпатії та антипатії у сприйнятті об’єктів територіального простору та простору фізичного «Я» людини на різних етапах онтогенезу.

Щодо корекції деприваційної тривожності та подолання почуття власної невпевненості, пов’язаних із комплексом неповноцінності, то у цій серії завдань бійцям потрібно було визначити низку психологічних ознак невпевненої у собі особистості, до яких було віднесено: поведінку за схемою «Я – поганий, ти – гарний», нездатність відстоювати власну позицію, невміння відмовляти, дистанціювання від співрозмовника, нездатність прощати, труднощі переконання співрозмовника із наведенням аргументів, а у випадку його заперечення й відмова від власної позиції. Бійці дійшли висновку, що саме такі характеристики

згодом можуть призводити до просторової ізоляції та відчуження особистості. Отже, невпевненість у собі є зазвичай причиною страхів, які проявляються у деривaційних ознаках особистісного простору. Далі військовослужбовці спробували визначити власні деривaційні страхи і конструктивні шляхи їх подолання.

Слід зазначити, що під час психотерапії страхів важливим виявляється створення умов, у яких особистість має можливість відкрито проявити свої емоційні переживання. Саме ці міркування були покладені у виборі арт-терапії як провідного методу корекції страхів військовослужбовців. Психологом було запропоновано намалювати ті страхи, які заважають особистості бути впевненою у собі, вільною від тривожних думок про майбутнє, про те, як особистість виглядає в очах інших. Далі психолог пропонує зробити з цим малюнком все що завгодно (зафарбувати малюнок, порвати лист тощо). Після проведеної роботи психологом були поставлені запитання: Які емоції виникали під час малювання? Якими засобами ви зображали свій страх? Що зробили з малюнками і чому? Що ви почуваєте зараз?

Корекція тривожності, пов'язаної із почуттям невпевненості у собі, проводилася у форматі ознайомлення з інформацією щодо вчення А. Адлера про комплекс неповноцінності та способи його подолання: компенсацію та гіперкомпенсацію. Протягом вправи «Мої шляхи до впевненості у собі» військові мали вирішити ряд ситуацій і визначити, який механізм подолання комплексу неповноцінності вони обирають частіше, від яких факторів залежить такий вибір. Також було виконано вправи «Уяви», «Як усі» та «Асоціації».

ІІ. Розгляд мотиваційної сфери як визначальної у вираженні сутності особистості, яка забезпечує взаємодію з оточуючим середовищем і соціальними умовами, дає можливість розглядати мотиваційні ознаки особистісного простору як основний індикатор цілісного функціонування зовнішніх для особистості факторів діяльності із внутрішніми властивостями і можливостями людини як суб'єкта діяльності. В даному дослідженні мотиваційний компонент особистісного простору у форматі психокорекційних впливів на нього стосується формування мотиваційно-стійких ознак поведінки, які побудовані

переважно на ідентифікаційних зв'язках із соціальним світом особистості, що проявляється у найвищих формах індивідуальної активності й самореалізації.

В цьому контексті варто згадати розмірковування О. Киричука, який зазначає, що «одним із компонентів елементарного акту освітньої взаємодії є соціально-психологічна ситуація (соціальний простір, екологічне середовище), в якій вона відбувається». Саме вона є джерелом мотивів взаємодії партнерів та визначає норми цієї взаємодії, а інструментальне ставлення до партнерів як до засобу досягнення своїх власних цілей, водночас і ставлення до себе як до засобу задоволення потреб іншого учасника, робить зв'язок між ними функціональним, рольовим, тимчасовим. «Лише бачення термінальної цінності себе та іншого в соціально-психологічній ситуації надає такій взаємодії ту позарольову і позачасову характеристику, що є нормою».

Ідентифікаційна активність у взаємодії із світом речей, людей та соціальними явищами, а нашому випадку ідентифікаційна взаємодія військовослужбовців із соціальним простором визначається тим, наскільки її учасники реалізують свої можливості, а саме як вона забезпечує умови для самореалізації, формування почуття власної гідності та наскільки нейтралізовані умови, що гальмують вияв соціальної відповідальності сторін, стимулюють вироблення споживацького ставлення, соціальної пасивності тощо. Тому результат такої взаємодії знаходить вияв у інтраперсональних та інтерперсональних її функціях. За таких умов, вона є внутрішньо вмотивованою та самоцінною, що спричинює необмежений творчий розвиток як людських взаємостосунків в соціальному мікросередовищі, так і рефлексії – самопізнання, самооцінки, самовідношення, самотворення професійного Я.

«Інтраперсональна функція взаємодії полягає у формуванні міжособистісних відносин, емоційних станів, завдяки яким поглиблюється соціально-психологічний контакт, встановлюється взаєморозуміння, здійснюється обмін інформацією, ідеями щодо спільної продуктивної діяльності. В її процесі задіюється потреба в персоналізації, як трансляції себе іншому, самореалізації, самовдосконаленні та життєтворчості, як розвитком свого Я, духовного світу, що здійснюється як через

зміну об’єктивної реальності життя індивіда, так і через вироблення матеріальних, соціальних, духовних цінностей, усвідомлення сенсу і цілей життя, розкриття багатогранних модальностей власного Я. Інтерперсональна функція забезпечує творення спільності, колективу його психологічного клімату, а відтак відтворення соціального духовного життя мікросередовища та суспільства в цілому».

Щодо реалізації поставлених завдань цього блоку необхідним є формування потреби у саморозвитку військовослужбовців, їх мотивації до виконання різноманітних видів життєдіяльності, актуалізація ціннісно-смислового ставлення до пізнавальної сфери та соціальної активності.

На заняттях даної стадії використано низку психокорекційних вправ та психодіагностичних завдань. Виконання кожної вправи проводилося у чіткій послідовності, що дало змогу не тільки виявити мотиваційні особливості військовослужбовців в в певних ситуаціях, але й провести відповідні корекційні впливи, спрямовані на:

- визначення та корекцію внутрішньої мотивації до виконання різноманітних ролей на рівні їх соціальної гармонійності;
- формування особистісної відповідальності, прагнення до самоосвіти та розширення пізнавального світогляду;
- формування позитивного ставлення до власного життя та поваги до психологічних меж іншої людини;
- формування екзістенціальної впевненості засобом корекції системи ціннісних установок вйськових.

У цьому блоці були запропоновані вправи, спрямовані на актуалізацію самоставлення та Я-концепції – усвідомлення власних спонук, бажань, очікувань, ідеалів, відпрацювання упевненості у собі, у власних силах і можливостях, формування внутрішнього локусу контролю, а також відповідального ставлення до процесу власного життєздійснення тощо. Серед використаних вправ були вправа на позитивне сприйняття себе, «Мої позитивні якості», «Мої сильні якості» тощо. Також на заняттях даної стадії виконувались та розігрувались низка ситуацій, спрямованих на розвиток гнучкості мислення, на позбавлення соціальних настановлень та стереотипів, на корекцію консервативної

системи цінностей та на формування когнітивних схем, що відображають соціальні цінності та ідеали.

Ми виходили з загальновідомого положення про те, що розвиток гнучкості мислення передбачає формування рольової компетентності, розвиток соціального інтелекту та саморегуляції. Результати діагностики рольової гнучкості, соціального інтелекту та саморегуляції поведінки особистості дали змогу дізнатися про міру здатності оперувати соціальними ролями, використовувати різні ролі в залежності від ситуації. Результати діагностик соціального інтелекту дозволили дізнатись про особливості свого соціального інтелекту, що зумовлюють гнучкість поведінки, успішність взаємодії з іншими людьми. Результати діагностики саморегуляції поведінки дозволили визначити індивідуальний профіль саморегуляції, особливу увагу психолог звертав на показники за шкалою гнучкості поведінки, які відображають міру здатності адекватно реагувати на ситуацію, швидко і своєчасно планувати діяльність і поведінку, розробити програму дій, виділити значущі умови, оцінити неузгодженість отриманих результатів з метою діяльності та внести корекції.

Військовослужбовцям було запропоновано вирішити ряд вправ та завдань, що потребують логічного оригінального вирішення. Наприкінці заняття проводився аналіз труднощів, які виникали під час вирішення. Було встановлено, що основними такими труднощами виступили стереотипність і шаблонність мислення.

Корекція консервативних цінностей проводилася у форматі діагностики ціннісних орієнтацій за методикою Ш. Шварца та визначення місця конвенціальних цінностей в ієрархії власних цінностей. З цією метою виконувалася вправа «Життєві цінності». На занятті під керівництвом психолога визначили перелік консервативних цінностей, виділили у ньому ті цінності, якими військовослужбовці також керуються у житті. На початку вправи «Цінності мого життя» психолог пропонує записати 10 головних цінностей життя. Далі відбувалось обговорення життєвих цінностей, під час якого увага приділялась таким проблемам:

Які життєві цінності є домінуючими для більшості?

Які сфери життєдіяльності переважають при описі цінностей (навчання, робота, сім'я, здоров'я і т.д.)?

Чи змінилися життєві цінності за останні роки: у чому виражаються зміни?

Чи немає суперечностей у життєвих цінностях? Чи є альтернативні?

Про які життєві позиціях людини можна сказати на основі життєвих цінностей?

Чи завжди Ви дієте відповідно до заявлених цінностями?

Які із цінностей є конвенціальними, тобто прийнятими особистістю як результат відповідності груповим очікуванням?

Чи хотілося б зробити щось у житті таке, що не відповідало б соціальним очікуванням? Яким цінностям відповідали б ці вчинки?

Після групового обговорення життєвих цінностей військовослужбовці вносять у свій перелік корективи.

З метою формування когнітивних схем, що відображають демократичні цінності та ідеали, було використано вправу «Конституція», метою якої є формування навичок визначати права і обов'язки відповідно до норм моралі та етики, формування демократичних ідеалів. Респонденти розділитись на дві групи, кожна з яких мала вигадати певне суспільство, яке живе на віддаленій один від одного планеті і має намір вступити у контакт з іншою цивілізацією. Кожна група-цивілізація мала зробити презентацію свого способу життя та перелік основних конституційних прав і переконати у доцільності прийняття цих правил цивілізацією-опонентом.

Слід зазначити, що досягнення основних завдань цього блоку психокорекційного тренінгу переважно досягається через розвиток рефлексії («що я роблю» і «в чому сенс того, що я роблю»), залучення розумових зусиль до аналізу та проектування особистісного простору військових, вдосконалення їх інтерактивного і перцептивного аспектів спілкування, усвідомлення власної соціально-особистісної позиції. Можливість поліпшити свій психічний стан, підвищити свою компетентність, досягти життєвого та професійного успіху традиційно пов'язують з розвитком можливості побачити себе в сприятливішому вигляді. Реальна поведінка індивіда вибудовується відповідно до його

Я-концепції. Людина намагається інтерпретувати події, виходячи з того, що у неї існує Я-концепція для того, щоб забезпечити відповідність відчуттів і поведінки.

ІІІ. Блок актуалізації індукованих форм відкритості особистісного простору – відповідає за становлення усвідомленої позиції щодо особистісно- поведінкового саморозкриття.

Підвищенню відкритості особистісного простору сприяє досягнення більшої відповідності образу «Я» реальному досвіду, екзистенційним і функціональним «Я» військовослужбовця. Ще К. Лєвін встановив, що переконання, набуті в групі, витримують сильний опір впливу середовища і звичок. Велике значення групових форм роботи пов'язане з тим, що саме група рівних, яка спільно вирішує завдання, є середовищем зародження і виношування ініціативної поведінки в царині пізнання. Спільна групова діяльність передбачає органічний зв'язок діяльності і спілкування. Спільна діяльність реалізується через суспільно задані зразки діяльності і те «наочне поле», в якому актуально розгортається сама діяльність групи. Головна мета розвитку відкритості особистісного простору полягає в тому, щоб перейти від зовнішніх джерел підкріплення і зворотного зв'язку в реальному житті, що сприяють підвищенню самооцінки, до внутрішніх джерел, тобто до самопідкріплення, як до засобу регулювання розвитку позитивного і адекватного самоприйняття. Це також передбачає зв'язок слова «успіх» із словом «Я» в єдине поняття. Військовослужбовець поступово повинен узяти на себе функцію самооцінки.

На поведінковому рівні відкритість особистісного простору характеризується, в першу чергу, інтолерантним ставленням до інших людей, яке виявляється у спілкуванні та діяльності особистості.

На мотиваційно-ціннісному рівні інтолерантні стосунки виявляються у неприйнятті філософсько-етичних цінностей добра, в основі чого лежать мотиви байдужості, неприйняття, бажання змінити поведінку та погляди інших. На когнітивному рівні інтолерантні стосунки виявляються у нерозвинутості механізму прийняття і нерозумінні. На емоційно-вольовому рівні інтолерантність функціонує через нерозвинутість мехінізмів терпіння, невитриманість, роздратування, емоційне

реагування, нестійкість, агресивінсть, зневагу. На поведінковому рівні інтолерантність виражається в агресивній поведінці, відстороненості, імпульсивності, таких способах спілкування, як диктат, маніпулювання, загрози, накази, докори.

На заняттях даної стадії використано низку психокорекційних вправ та психодіагностичних завдань. Виконання кожної вправи проводилося у чіткій послідовності, що дало змогу не тільки виявити мотиваційні особливості військовослужбовців в певних ситуаціях, але й провести відповідні корекційні впливи, спрямовані на:

- здатність до толерантного висловлювання та відстоювання позиції як точки зору (Я-висловлювання тощо);
- готовність до толерантного ставлення до висловлювань інших (сприйняття думок та оцінок інших людей як виразу їх точки зору, яка має право на існування, незалежно від міри розходження з їх власними поглядами);
- вміння домовлятись (узгоджувати позиції, досягати компромісу та консенсусу); толерантна поведінка у напружених та ексквізивних ситуаціях (у різних точках зору, зіткнення думок або оцінок).

Таким чином, формування відкритості особистісного простору військових передбачає розвиток їх толерантності у спілкуванні. Окрім зазначеного напряму корекційної роботи, доцільним виявляється формування демократичного стилю спілкування та діалогічної спрямованості у спілкуванні, які лежать в основі толерантності особистості та забезпечують формування стратегій поведінки, які відображають демократичні цінності.

Метою даного блоку програми був розвиток толерантності та діалогічної спрямованості у спілкуванні, що передбачає виконання завдань, спрямованих на:

- збереження особистісних меж при взаємодії з людьми;
- комунікативність;
- розширення соціальних контактів;
- прояв справжніх почуттів дружби, кохання та симпатії;
- прояв власної позиції при взаємодії з людьми.

На заняттях даної стадії виконувались ряд вправ та розігрувались і аналізувались ряд ситуацій:

- серія занять, спрямованих на формування толерантності у спілкуванні;
- серія вправ та ситуацій, орієнтованих на формування демократичного стилю спілкування;
- серія вправ, спрямованих на формування діалогічної спрямованості у спілкуванні;
- серія вправ, спрямованих на корекцію маніпулятивних особливостей у спілкуванні;
- серія занять, спрямована на формування стратегій поведінки, які відображають демократичні цінності.

Метою першої групи занять було формування толерантності у спілкуванні. Протягом першого заняття проводилась діагностика показників толерантності (доброти, поваги та емпатії) за методикою Д. Зінов'єва, комунікативної толерантності В. Бойка. На наступних заняттях виконувались вправи «Що таке толерантність», «Риси толерантної особистості», «Емблема толерантності», «Прохання», «Маятник», «Інструкції», вправи із блоків програми розвитку толерантності С. Щеколдіної «Взаєморозуміння та узгодженість дій у групі» та «Безконфліктна взаємодія». Так, метою вправи «Інструкція» було формування вмінь координувати сумісні дії учасників групи, розвиток почуття довіри та емпатії до людей із обмеженими можливостями. Протягом вправи військовослужбовці мали у парах виконувати наступне завдання: один з учасників пари повинен був із пов'язкою на очах виконувати певні інструкції психолога, а другий учасник мав мовчки допомагати йому у цих завданнях.

Метою другого заняття було формування демократичного стилю спілкування. Протягом вправи «Стилі спілкування» було запропоновано поділитись на дві групи і продемонструвати сценки з життя сім'ї (комерційної фірми) з авторитарним та демократичним стилями спілкування. Після демонстрації респонденти мали відповісти на запитання: Хто серед представників сім'ї був ініціатором авторитарного спілкування? Хто із «членів родини» є жертвою авторитарної агресії?

Як у такій сім'ї будуть разгортатись події в подальшому? У чому переваги демократичного стилю спілкування?

Протягом вправи «Демократичні погляди» військовослужбовці мали прочитати подані твердження та позначити ті, які, на їх погляд, є прикладами демократичного стилю життя. Приклад твердження: Ганна не хоче працювати. Вона вважає, що це її право. Хоча я думаю, що всі повинні заробляти на життя. Разом з тим, я вважаю, що вона справді має право не працювати.

Метою наступної серії занять було формування діалогічної спрямованості у спілкуванні. Для цього військовослужбовці проводили діагностику спрямованості у спілкуванні за методикою С. Братченка та діалогічності у міжособистісних стосунках С. Духновського.

Далі на заняттях виконувались ряд вправ, зокрема «Зіпсований телефон», метою якою було навчання вмінню активного слухання, «Різні відповіді», спрямованої на формування здатності в аргументації власної точки зору,

«Землетрус», метою якої було формування навичок прийняття компромісного рішення, «У колі проблем», метою якої було формування діалогічного спілкування та партнерських стосунків, «Що далі» та «Контакт», спрямованих на досягнення відкритості та довіри у спілкуванні.

На наступному занятті військовослужбовці були ознайомлені із класифікацією маніпулятивних технологій, протягом бесіди було встановлено, що усі вони мають авторитарний характер та суперечать етиці відкритого демократичного спілкування.

В ході реалізації цього блоку психокорекційного тренінгу було прочитано лекцію «Лінгвістичні «пастки», в ході якої військовослужбовці ознайомлювалися із засобами маніпуляцій в процесі переговорів, а також такими технологіями, як «переведення стрілок», «заїжджена платівка», «болото», «зняття відповідальності», використання недосконалого виду дієслів тощо. Метою останньої групи занять на цьому блоці було формування стратегій поведінки, які відображають демократичні цінності. Протягом вправи «Комендантська година» респонденти мали прочитати текст про «комендантську годину» та визначити основні

факти. Об'єднавшись у пари, учасники виконували завдання, пояснити в парі своєму партнерові основні факти так, ніби він нічого попередньо про це не знав. Другий співрозмовник ставитиме першому запитання для прояснення й уточнення отриманої інформації. Далі пари мали сформулювати кілька питань для загального обговорення, звернувши увагу на визначення протилежних позицій. Потім у великому колі відбувалось обговорення питань, запропонованих парами, і обране одне або кілька, з яких проводилась дискусія (як варіант можливі питання: чи потрібна така постанова в нашому місті; чи порушує вона права громадян; чи допоможе введення «комендантської години» у боротьбі зі злочинністю тощо). Далі учасники в парах визначали, обговорювали та записували по три аргументи «за» і «проти» щодо визначеного групою питання. Таким чином, представлені заняття дали змогу здійснити психокорекційну роботу з конструювання особистісного простору військовослужбовців.

6.3. Психокорекційний тренінг «Формування особистісного простору військовослужбовців»: діагностичні засоби та вправи

«Я і моє ім'я». Спочатку кожному з учасників пропонується назвати своє ім'я, а потім дати особистісну характеристику собі по кожній букві імені (наприклад: Яна – яскрава, надійна, активна). Для кращої демонстрації почати можна ведучому, а за ним будуть себе представляти всі інші учасники. Продовжити перше знайомство можна також наступною вправою.

«Перше враження». У кімнату входить незнайома групі людина, що має попередню домовленість з ведучим. Групі пропонується описати своє перше враження: вік, освіта, сфера діяльності, можливі захоплення, інтереси, комунікативні характеристики і т.д. Все фіксується на листі паперу в індивідуальному порядку.

Обговорення: надається можливість перевірити свої припущення щодо незнайомця в бесіді з ним.

«Мовчазне привітання». Кожний учасник по черзі виходить у коло і мовчки вітається з усіма. Члени групи повторюють його привітання. Наступний учасник має привітатися з групою способом, який не вико-

ристовувався. Після виконання вправи можна запитати у групи: «Як себе почуваєте?», «Чиє вітання вам особливо запам'яталося і чому?».

Мета вправи – допомогти кожному учаснику абстрагуватися від проблем, зануритися у ситуацію «тут і тепер». Обговорення вітання, яке сподобалося, допомагає встановленню позитивного контакту при спілкуванні.

«Впізнай мене». Кожному третьому сидячому в колі зі спини прикріплюється картка. Потім ці члени по черзі виходять з кола, а усі інші повинні відобразити вказані на картці психічні стани та відчуття. А той, хто в колі, повинен відгадати цей стан. Зворотній зв'язок учасників.

«Шикуймося за зростом». Тренер розміщує учасників по колу і пропонує зажмурити очі. Не розкриваючи очей, учасники мають вишикуватися за зростом. Можна зробити кілька спроб.

«Спілкування у парі». Учасникам слід розділитися по парах, обираючи при цьому собі партнера із спілкування. З кожною наступною вправою партнери будуть змінюватися по команді ведучого. Ведучий пропонує ряд завдань.

«Спина до спини». Треба сісти на стільці спина до спини та спробувати поспілкуватися на будь-яку тему один з одним. Після завершення слід повернутися обличчям один до одного та поділитися своїми враженнями.

«Сидячи та стоячи». Один з партнерів стоїть, а другий сидить. Спробуйте поспілкуватися у такому положенні. Через певний час слід помінятися ролями, щоб кожен зміг дивитися один на другого зверху вниз та навпаки. Через певний час поділитися своїми враженнями від спілкування.

«Очі в очі». Дивлячись партнеру в очі, спробуй поспілкуватися самим лише поглядом. Через певний час обмінятися своїми враженнями.

«Вивчення обличчя». Треба помінятися партнерами, і розмовляючи з ним, сісти навпроти нього і уважно роздивитися обличчя одне одного; після цього обмінятися враженнями. Можна запропонувати торкнутися руками обличчя та волосся партнера по спілкуванню.

«Голосно-тихо». Пропонується одному з співрозмовників говорити голосно, а іншому – тихо, можна задавати різноманітні питання. Той, хто запитує, може робити це голосно, а той, хто відповідає, навпаки – дуже тихо. Потім слід помінятися ролями.

«Мовчазна відповідь». Одному з учасників пропонується задати питання, або щось запропонувати своєму партнерові, а той, у свою чергу, має мовчки дати відповідь чи згоду. Після обміну ролями, слідує обговорення.

«Спілкування з заплющеними очима». Одному з учасників пропонується закрити очі, і спробувати поспілкуватися зі своїм партнером. Після зміни ролей, поділитися враженнями.

«Життєві ситуації». Військовослужбовцям пропонується декілька ситуацій, які вони мали собі уявити та зареєструвати ті емоції, які в них виникають. Приклад ситуації: ви їдете в переповненому автобусі і відчуваєте, що з усіх сторін вас притискають інші люди. Які емоції у Вас виникають? Які фізіологічні процеси супроводжують ці емоції? Чи виражаєте ви ці емоції у висловлюваннях, адресованих людям, які стоять поряд з вами? Чи могли б ваші емоції відрізнятися, якби це були чоловіки (для дівчини) або жінки (для хлопців). У чому полягають відмінності у ваших емоціях? З чим це пов'язано?».

«Оцінка ставлення до здоров'я». Виконання методики «Оцінка ставлення до здоров'я» дозволяє визначити рівень розвитку внутрішньої позиції до власного здоров'я. Для вирішення завдання зміни рівня ставлення до власного здоров'я респонденти мали записати якомога більше тверджень, які б відображали конструктивні моменти ставлення до здоров'я. Після відведеного для запису часу, учасники зачитують свій список. Далі до кожного твердження має бути сформулювана антитеза – приклад з життя, який би суперечив початковому твердженню. Після виконання вправи психолог робить акцент на тому, які емоції були, коли вони писали перший та другий перелік тверджень тез, як вони змінювались протягом виконання вправ; що стало із власними переконаннями, які були у першому переліку.

«Організація «свого місця» в домі». Зміст вправи полягає в обговоренні учасниками вмінь організації так званого «свого місця» в

реальному існуючому середовищі, а також адекватної готовності до територіальних змін (переїзд, відрядження, відпустка тощо).

«Мій дім – моя фортеця». У цій вправі учасники тренінгу повинні запропонувати модель свого власного дому. У ході вправи потрібно вибудувати інтерпретаційну схему побудови власного дому як «фортеці». Чому фортеця? Чому немає таких відчуттів? Де моя кімната у домі? Чому немає кімнати? Та інші питання, які виникають під час обговорення.

«Несподівані гості протягом тижня» як логічне продовження попередньої вправи стосується опису та інтерпретації відчуттів учасників тренінгу щодо їх переживання раптового приїзду гостей у їх дім. Важливим при виконанні цієї вправи є грамотний аналіз неефективних способів просторової поведінки, які досить часто пов'язані із дитячими депривaційними тенденціями поведінки.

«Рейс літака відкладено». Учасникам потрібно пригадати, чи були у їх житті ситуації, коли вони очікували рейс літака, що декілька раз переносився або вони запізнювалися на потяг. Які Ваші дії? Які переживання? У ході обговорення вправи ведучому потрібно резюмувати проведений аналіз вправи із дотриманням етичних норм та випередження можливих особистих образ та конфліктів.

Гра-шоу «Модний вирок». Ця гра-шоу проводиться на зразок добре відомої телевізійної передачі із ідентичною назвою. Передусім, учасники ознайомлюються з її правилами і умовами та приймають добровільне рішення в її участі. Решта учасників стають не просто спостерігачами, вони допомагають ведучому здійснювати контроль за дотриманням правил учасниками гри-шоу. Серед учасників розподіляються ролі «судді», «головного героя», «звинувачувача», «захисника», «експерта». Упродовж тренінгового заняття використовуються різноманітні інформаційні матеріали щодо розуміння індивідуальності людини через її одяг, звички харчування, відпочинку тощо; розкриває психологічні аспекти прояву стилю діяльності та спілкування; пояснює феномен «іміджу» людини та його зв'язок із соціально-психологічними факторами симпатії та антипатії у сприйнятті.

У завершенні вправи проводиться груповий аналіз під керівництвом ведучого, адже у ході гри-шоу можуть з'явитися різноманітні особисті ознаки депривaційної тривожності, які потребують подолання почуття власної невпевненості, пов'язаних із комплексом неповноцінності. Їх аналіз повинен поступово перейти у серію вправ, спрямованих на подолання ознак невпевненості. Як варіант можуть бути використані такі вправи:

«Мої шляхи до впевненості в собі». Ведучий пропонує намалювати ті страхи, які заважають особистості учасника бути впевненою у собі, вільною від тривожних думок про майбутнє, про те, як особистість виглядає в очах інших. Далі ведучий пропонує зробити з цим малюнком все, що завгодно (зафарбувати малюнок, порвати лист тощо). Після проведеної роботи ведучим ставляться запитання: Які емоції були в учасників під час малювання? Якими засобами учасники зображали свій страх? Що вони зробили з малюнками і чому? Що ви почуваєте зараз?

«Уяви». Учасникам пропонується закрити очі і уявити собі своє власне «Я». З яких базових елементів воно складається? Що це за утворення? Хто і в який період найбільше вплинув на їх формування? Чи подобається свій цілісний «Я-образ» в даний момент? Якщо ні, то що не подобається, які елементи і чи можна їх виправити? Якщо так, то необхідно спробувати подумки це зробити. Вправа дозволяє сконцентруватися на собі в даний момент. Пізнати себе як цілісну, сформовану особистість, що має певну структуру. Таким чином, всі окремі переживання, над якими працювали на попередніх заняттях, об'єднуються в цілісне переживання себе, свого цілісного життєвого досвіду та особистісної цілісності.

«Асоціації». Один з учасників тренінгу виходить з кімнати, а всі інші загадують одного з присутніх (крім того, хто за дверима); потім, коли повертається відсутній, він починає задавати різноманітні запитання всім учасникам групи, а вони повинні сказати найбільш точну асоціацію. Ведучий після того, як всі відповіли, підсумовує все сказане, а учасник, що був за дверима, має відгадати, кого саме загадали. Після закінчення проводиться обговорення вправи. Бажано, щоб у цій

вправі взяли участь всі учасники тренінгу. Вона дозволяє краще пізнати самого себе і всіх присутніх, вказує на те, що кожній людині притаманна та чи інша асоціація, але вона доволі часто не співпадає з асоціаціями інших людей.

«Мої позитивні якості». Учасникам пропонується написати на листочках три свої позитивні якості або риси характеру. На іншій стороні листків потрібно написати три негативні якості власної особистості. Потім кожен учасник зачитує вголос свої позитивні та негативні риси. Після озвучування негативних рис сусід зліва повинен сказати тому, хто зачитує «так, проте...» і виявити щось хороше у цих негативних характеристиках.

«Мої сильні якості». Учасникам пропонується написати на листочках три свої сильні якості або риси характеру. На іншій стороні листків потрібно написати три слабкі якості власної особистості. Потім кожен учасник зачитує вголос свої сильні та слабкі риси. Після озвучування слабких рис сусід зліва повинен сказати тому, хто зачитує «так, проте...» і виявити щось хороше у цих негативних характеристиках. У завершенні вправи варто провести аналіз результатів попередньої вправи, співставити їх та зробити висновки.

«Техніка розвитку індивідуальності». Відповідно до задуму цієї вправи, будь-яка людина здатна змінити себе і стати такою, якою вона хотіла б бути. Дана техніка розвитку індивідуальності містить три ключові стадії.

На *першій стадії* необхідно визначити, що саме ви хотіли б змінити в собі і яким стати. Уявіть собі ті особистісні якості, які ви хотіли б розвинути, і ті, від яких хотіли б позбавитися. Задля досягнення цієї мети необхідно спочатку поділити аркуш паперу на дві колонки. Одну варто назвати так: «Риси, від яких я хочу позбавитися», іншу – «Риси, які я хочу набути».

Після декількох хвилин (які були спрямовані на розслаблення) швидко напишіть усі риси, яких ви хотіли б позбутися. Записуйте все, що спадає вам на думку, не замислюючись над тим, яким чином удасться позбутися цих якостей. Продовжуйте до тих пір, поки не складете списку хоча б із п’яти якостей або доки цей процес не почне уповільнюватися.

Тоді зверніться до другої колонки й швидко напишіть усі якості, які ви б хотіли набути. Продовжуйте цей процес. Записуйте все, що вам приходить в голову, не намагаючись зробити відразу критичну оцінку. Продовжуйте складати цей список, доки не перерахуєте хоча б п’ять рис.

Після закінчення цієї процедури перейдіть до визначення пріоритетності рис, від яких ви хотіли б позбавитися або котрими хотіли б оволодіти. Щоб зробити це, спочатку продивіться список рис, від яких ви хотіли б позбутися. Для кожної із них висуньте протилежну рису, котру ви хотіли б мати, і запишіть її у другій колонці. Наприклад: якщо ви записали: «бути менш негативним і критично налаштованим», протилежною рисою було б «бути більш позитивним й емпатійним». Після того, як ви записали цю протилежну рису, викресліть ту, від якої хотіли б позбутися. Для встановлення пріоритетів почергово розгляньте кожну із перерахованих вами рис і визначить, наскільки вона важлива для вас, приписуючи букви: А (дуже важлива), Б (важлива) та В (бажано мати, втім не так важливо). Напишіть ці букви поряд із кожною рисою. Нарешті, подивіться на риси, відмічені буквою А. Якщо в цій категорії у вас більше ніж одна риса, оцініть їх за пріоритетністю: 1, 2, 3 і т. д.; якщо у вас немає рис А, зробіть теж саме для Б.

Наразі, ви встановили пріоритети розвитку найбільш важливих для вас рис. Втім доцільно працювати над розвитком максимально трьох рис одночасно. Як тільки ви відчуєте, що зробили їх своїми індивідуальними якостями, переходьте до наступних рис вашого списку згідно із встановленими пріоритетами.

На другій стадії відбувається процес створення віртуального сценарію, уявлення себе у новій ролі. Ця процедура складає фундамент ваших змін. За її допомогою ви створюєте свою індивідуальність, або характер приблизно так, як це міг би зробити режисер. Опісля, знову і знову подумки відпрацьовуючи цю роль, ви зміцнюєте реальність цього нового образу.

Основна мета третьої стадії полягає у впровадженні власноруч створеного сценарію у життя. Грайте нову роль, яку ви створили для себе, й випробовуйте її на практиці в реальних умовах навчально-професійної діяльності.

На кожній стадії цього процесу активно застосовується техніка самовизначення: що ви бажаєте змінити, або яким стати. Це процес створення нової індивідуальності або повноцінної суб'єктності на кшталт процесу постановки й досягнення мети. Запропоновані вправи спрямовані на самооцінювання особистісних пріоритетів. Кожен зробивши такі записи залишає їх у себе, для того, щоб можна було ще раз переглянути (наприклад у дома).

«Ключі», спрямована на розвиток символічного мислення, а також знаходження та «прийняття» нових перспектив. Ведучий демонструє учасникам зв'язку ключів, яка символічно виражає можливості щось відкрити, або, навпаки закрити для себе. Кожен з учасників повинен розповісти про свої відкриття при виконанні попередніх вправ, буде тримати їх в руках, при цьому підбираючи той чи інший ключ, який символічно буде відображати свої плани та цілі.

«Виконання методики Ш. Шварца на визначення конвенціональних цінностей», метою якою є визначення рівня прояву конвенціональних цінностей учасників тренінгу.

«Життєві цінності». Учасники під керівництвом ведучого визначають перелік консервативних цінностей, та визначають у ньому ті цінності, якими вони також керуються у житті. На початку вправи «Цінності мого життя» психолог пропонує записати 10 головних цінностей життя. Далі відбувається обговорення життєвих цінностей, під час якого ведучий звертає увагу на такі питання: «Які життєві цінності є домінуючими для більшості?», «Які сфери життєдіяльності переважають при описі цінностей (навчання, робота, сім'я, здоров'я і т.д.)?», «Чи змінилися життєві цінності за останні роки: у чому виражаються зміни?», «Чи немає суперечностей у життєвих цінностях? Чи є альтернативні?», «Про які життєві позиціях людини можна сказати на основі життєвих цінностей?», «Чи завжди Ви дієте відповідно до заявлених цінностями?», «Які із цінностей є конвенціальними, тобто прийнятими особистістю як результат відповідності груповим очікуванням?», «Чи хотілося б зробити щось у житті таке, що не відповідало б соціальним очікуванням? Яким цінностям відповідали б ці вчинки?». Після групового обговорення життєвих цінностей респонденти вносять у свій перелік корективи.

«Конституція» має на меті формування когнітивних схем, що відображають демократичні цінності та ідеали та формування навичок визначення прав і обов'язків відповідно до норм моралі та етики, формування демократичних ідеалів. Респонденти діляться на дві групи, кожна з яких має вигадати певне суспільство, яке живе на віддаленій один від одного планеті і має намір, вступити у контакт з іншою цивілізацією. Кожна група-цивілізація мала зробити презентацію свого способу життя та перелік основних конституційних прав і переконати у доцільності прийняття цих правил цивілізацією-опонентом.

«Стилі спілкування». Пропонується поділитись на дві групи і продемонструвати сценки з життя сім'ї (комерційної фірми) з авторитарним та демократичним стилями спілкування. Після демонстрації учасники мали відповісти на запитання: Хто серед представників сім'ї був ініціатором авторитарного спілкування? Хто із «членів родини» є жертвою авторитарної агресії? Як у такій сім'ї будуть розгортатися події в подальшому? У чому переваги демократичного стилю спілкування?

«Що таке толерантність», спрямована на визначення змісту толерантності як властивості особистості та визначення прояву толерантності (доброти, поваги та емпатії) в учасників тренінгу за допомогою методики Д. Зінов'єва та методики вивчення комунікативної толерантності В. Бойка.

«Риси толерантної особистості» спрямована на ознайомлення учасників з основними рисами толерантної особистості. Учасниками пропонуються бланки із переліком рис толерантної особистості. Ведучий пояснює, що 15 характеристик властиві толерантній особистості. В колонці із позначкою «А» поставте + навпроти тих рис, які найбільш є вираженими у Вас; в колонці із позначкою «О» поставте – напроти тих рис, які найменш є вираженими у Вас. Потім в колонці «В» поставте + навпроти тих рис, які на Ваш погляд, є найбільш властивими для толерантної особистості.

В ході виконання вправи учасники отримують можливість порівняти уявлення про толерантну особистість кожного із учасників, а також порівняти уявлення про себе.

«Емблема толерантності» спрямована на продовження роботи із визначенням толерантності. Учасникам пропонується створити емблему толерантності. Кожен із учасників повинен самостійно намалювати емблему толерантності, яка могла б друкуватися на обкладинках, національних прапорах тощо. Після завершення роботи учасники розглядають малюнки один одного. Після ознайомлення з результатами творчості інших учасники повинні розбитися на підгрупи на основі схожості між малюнками. Важливо, щоб кожен учасник самостійно прийняв повинна пояснити, що спільного в їх малюнках та висунути гасло, яке б відображувало суть їх емблем.

«Прохання». Потрібно вибрати партнера та попросити його щось (наприклад поросити окуляри, ручку тощо), а також можна попросити у нього щось більш суттєве. рішення про приєднання до тієї чи іншої групи. Кожна з утворених груп Співрозмовники завжди цінять фактичність, дипломатичність, а також оригінальність та винахідливість. У завершенні вправи кожен з учасник повинен підійти до ведучого і презентувати свої «трофеї». Переміг той, у кого більше «трофеїв».

«Маятник» стимулює розвиток взаємної довіри учасників. Крім того розвиває вміння розслабляться, знімати напругу та створює можливості для тактильного контакту. Учасники розбиваються на трійки. Дві людини встають обличчям один до одного на відстані 120–150 см, тримаючи руки долонями вперед на рівні грудей. Третій учасник встає між ними, розслабляється і починає вільно падати вперед або назад на руки одного з двох. Їх завдання – м’яко ловити його на руки (з опорою на плечі) і легко відштовхувати від себе, так, щоб він почав падати в інший бік. Таким чином, середній учасник вільно і розслаблено розкачується між двома крайніми. Бажано, щоб в ролі середнього побував кожен. Ця вправа має широкий простір для творчості ведучого, адже він може змінювати відстань між партнерами, склад тощо.

«Інструкції» спрямована на формування вмінь координувати сумісні дії учасників групи, розвиток почуття довіри та емпатії до людей. Протягом вправи учасники мали у парах виконувати наступне завдання: один з учасників пари повинен був із пов’язкою на очах виконувати певні інструкції психолога, а другий учасник мав мовчки допомагати йому у цих завданнях.

«Демократичні погляди». Пропонується прочитати подані твердження та позначити ті, які є прикладами демократичного стилю життя. Приклад твердження: Ганна не хоче працювати. Вона вважає, що це її право. Хоча я думаю, що всі повинні заробляти на життя. Разом з тим, я вважаю, що вона справді має право не працювати.

«Діагностика спрямованості у спілкуванні за методикою С. Братченка та діалогічності у міжособистісних стосунках С. Духновського», результати якої дають змогу з'ясувати рівень прояву вказаних особистісно-комунікативних властивостей.

«Зіпсований телефон», метою якої є навчання вмінню активного слухання, та показ учасникам відсотку втрати інформації при комунікації в одну сторону, без підтвердження розуміння та питань уточнення.

Ведучий просить вийти 5 добровольців, які будуть брати участь у вправі. Пояснює правила: 4 людини виходять за двері, одному (хто залишився) ведучий зачитує текст: «Виконавчий директор «Окс Трейдинг Груп» Катерина Захарівна просила повідомити усім акціонерам товариства, що збори акціонерів, присвячені перевиборам членів правління, у зв'язку із важким фінансовим станом товариства – переноситься з вівторка 19 вересня, 17.00, на четвер, 22 вересня, 16.00. Місце проведення зборів змінилося з актового залу Оперного театру на зал засідань ОАО «Люксор». Завдання учасника, який слухав, передати те, що він запам'ятав, наступному учаснику. Учасники заходять по черзі – слухають та передають отриману інформацію. Після усього починається обговорення щодо відсотку інформації, що залишилася від першопочаткового тексту.

«Різні відповіді», спрямованої на формування здатності в аргументації власної точки зору. Перед виконанням вправи з учасниками потрібно обговорити питання щодо їх розуміння відмінностей впевнених відповідей та невпевнених і агресивних. Наводяться приклади. Групі пропонують різні ситуації (мама не пускає гуляти, поставили низьку оцінку тощо), обирають добровольці та розігрується сценка. Після показу група обговорює результати. Потрібно обов'язково звернути увагу не тільки на вербальний, але й невербальний вираз емоцій.

«Землетрус», метою якої було формування навичок прийняття компромісного рішення. Ведучий дає інструкцію «Уявіть собі, що

ваша група потрапила у зону землетрусу. Кімната, в якій ми зараз знаходимося, являє реальну загрозу для життя, так як у будь-який момент може обвалитися стеля. Що роблять в такій ситуації. Нажаль, люди часто починають панікувати, впадати в істерику, всі одночасно прагнуть прорватися до виходу і тим самим гублять себе. Вам потрібно прийняти рішення про те, хто і в якій послідовності буде виходити з кімнати. При цьому потрібно пам'ятати, що шанси першої людини залишитися живою майже 100 %, шанси другої менші. Спочатку Ви приймете рішення самостійно. Для цього Ви повинні переписати імена усіх присутніх, а потім з правого боку поряд з кожним поставити порядковий номер, який відповідає по черговості виходу цієї людини з кімнати. Коли Ви приймете індивідуальне рішення, то потрібно встати в коло та приступити до вироблення групового рішення, пам'ятаючи, що рішення приймається тільки тоді, коли за нього проголосують усі члени без виключення. Якщо Ви не зможете домовитися, то Ви загинете, так як евакуація розпочнеться лише після того, коли кожен буде знати свою чергу, тобто після прийняття усіх рішень (обговорення не більше 25 хвилин).

Якщо група змогла прийняти усі рішення при 100 % голосуванні, то слід привітати учасників із успішним завершенням та попросити їх подумати, що допомогло так успішно вийти із критичної ситуації. Якщо група не змогла прийняти за відведений час рішення по кожній з людині, то ведучий оголошує, що усі учасники загинули, і просить подумати над причнами, які призвели до цієї трагедії.

«У колі проблем», метою якої є формування діалогічного спілкування та партнерських стосунків. Група сідає у два кола. Перше коло – малий, внутрішній (5 стільців). На 4 з них запрошується стартова четвірка учасників. Один стілець в колі буде вільним – його будуть займати нові учасники. Навколо цих стільців розсаджується решта команди, утворюючи глядацьке коло. Ведучий повідомляє команду, що досить скоро їй потрібно буде зіграти проти нього. Метою гри є аргументована перемога в груповій дискусії на задану тему. Дискусія відбувається в малому колі серед гравців стартової четвірки. В будь-який момент обговорення з більшого (глядацького кола) – в мале коло

на вільний стілець може сісти той, у кого з'явилися нові аргументи для дискусії. В той же час будь-хто із стартової четвірки може пересісти на вільне місце у великому колі. Але говорити може той, хто знаходиться в малому колі. У завершенні відбувається обговорення результатів.

«Контакт» спрямоване на формування вміння відчувати іншу людину. Для виконання вправи потрібно учаснику обрати собі пару, з яким він є найменш знайомий. Потрібно взяти один одного за руки, подивитися в очі. Не потрібно нічого робити і говорити. Просто слухати і дивитися. Потрібно відчути іншу людину, побачити в її очах те, що вона хоче сказати. Потім потрібно буде відтворити, те що відчули та спів ставити із реальними переживання партнера.

«Комендантська година». Учасникам зачитується текст про «комендантську годину». Об'єднавшись у пари, учасники виконують завдання; пояснення в парі своєму партнерові (партнерці) основні факти так, ніби він (вона) нічого попередньо про це не знав(ла). Другий співрозмовник ставитиме першому запитання для прояснення й уточнення отриманої інформації. Далі пари мали сформулювати кілька питань для загального обговорення, звернувши увагу на визначення протилежних позицій. Потім у великому колі відбувалось обговорення питань, запропонованих парами, і обране одне або кілька, з яких проводилась дискусія (як варіант можливі питання: чи потрібна така постанова в нашому місті; чи порушує вона права громадян; чи допоможе введення «комендантської години» у боротьбі зі злочинністю молоді тощо). Далі учасники у парах визначали, обговорювали та записували по три аргументи «за» і «проти» щодо визначеного групою питання.

«Демонстрації». Група сидить по колу, обирають одного з учасників, який буде показувати ту чи іншу ситуацію. Приблизний перелік ситуацій:

- Спробувати відчути себе надзвичайно самотнім.
- Спробувати відчути себе відомою особистістю в галузі психології.
- Зобразити душевно хвору людину.
- Продемонструвати задоволення від гарно зробленої роботи.

– Показати людину з фізичними вадами.
– Показати людину з гарним настроєм.
– Показати втомлену та засмучену людину.
– Зобразити ідеального психолога.
– Потрібно так увійти в кімнату, щоб на вас всі звернули увагу.
– Вас образили, і ви хочете, щоб всі це помітили.
– Вас щось дуже турбує, і ви це демонструєте.

Після завершення вправи варто провести обговорення та з'ясувати те, наскільки важливо та корисно вміти вживатися в інший образ.

«Розвідка». Вправа проводиться у формі діалогу між двома учасниками. Можлива одночасна участь декількох пар слухачів. Кожен учасник одержує записку із завданням з'ясувати будь-що у партнера. Наприклад,Чи є у нього або його близьких удома шаховий годинник. Чи не був він старостою групи під час навчання. За кого він голосував на виборах. Живучи у нього удома кішка або собака. Чи є електрична плита у нього удома. На якому поверсі він живе.Чи не сидів він на першій парті під час навчання в школі. Чи немає у нього удома чайного сервізу в горошок. Штучній або натуральній ялинці віддає перевагу на Новий Рік і ін.

Учасник повинен не допустити, щоб партнер дізнався завдання, одержати відповідь на питання, що цікавить його, і, крім того, спробувати з'ясувати, що повинен дізнатись партнер від нього.

Вправа проводиться протягом 10 хвилин.

Обговорення: Після закінчення діалогу ведучий ставить питання кожному учаснику: «Що, по Вашому, прагнув з'ясувати Ваш партнер?». Той, чиє завдання розгадане, вважається тим, що програв.

Далі ведучий ставить сторонам друге питання: «Що Вам вдалося з'ясувати відповідно до Вашого завдання?». Чим точніше учасник відповість на питання свого завдання, тим краще результат.

Доцільно здійснювати відеозапис.

Обговорення: Яка стратегія була використана в розмові? Які ознаки допомогли встановити задачу партнера? Який ступінь невимушеності бесіди, природності задаються учасниками один одному питань?

«Зняття напруги в 12 точках». Інструкція: «Почніть з плавного обертання очима – двічі в одному напрямі, а потім двічі в іншому. Зафіксуйте свою увагу на віддаленому предметі, а потім перенесіть її на предмет, розташований поблизу. Спохмурнійте, напружуючи очні м'язи, а потім розслабтеся. Після цього займіться щелепою і широко позіхніть кілька разів. Підніміть плечі до рівня вух і поволі відпустіть. Розслабте зап'ястки і поводіть ними. Стисніть і розтискайте кулаки, розслаблюючи грона рук. Тепер звернетеся до торсу. Зробіть три глибокі зітхання. Потім м'яко прогніться в хребті вперед-назад і з одного боку в інший. Напружте і розслабте сідниці, а потім литки ніг. Покрутіть ступнями, щоб розслабити кісточки. Стисніть пальці ніг так, щоб ступні зігнулися вгору, повторіть три рази».

«Побажання на день». Кожному учаснику необхідно кинути м'яч іншому учаснику групи і висловити побажання на сьогоднішній день стосовно роботи в групі. Ведучий слідкує, щоб кожен учасник отримав м'яч з побажанням.

«Що я хочу змінити». Учасникам пропонується з'ясувати, хто які цілі ставить перед собою в житті в даний час. Кожен робитиме це без слів, і кожен зможе показати іншим, до чого він прагне. Учасники встають, утворюючи коло. Кожен по черзі виходить в центр і протягом однієї-двох хвилин показує форми поведінки, від яких він хотів би позбавитися. Після невеликої паузи учасник повинен зобразити замінюючі їх варіанти поведінки. Той, хто вважає, що зрозумів дії цього учасника, приєднується до нього і демонструє такі ж способи поведінки. Таким чином іншим стане легше ототожнитися з ним і зрозуміти його.

«Простір життя». Учасники складають список найважливіших подій свого минулого, теперішнього і майбутнього, вказують їх реальні і можливі дати.

Учасники розділяються по парах. Кожен розказує іншому про свій життєвий розклад. Після цього партнери переказують один одному почуте і можуть порадити, як зробити життя продуктивно і цікавіше.

Далі учасники аналізують свої життєві цілі і причини тих або інших подій (записують в своєму життєвому розкладі). Продовжуючи

роботу з життєвим простором, намагаються розібратися в тому, наскільки важливі в їх житті різні події і різні люди. Які з цих подій і персонажів можна б викреслити (5–6) і наявність яких обов'язково, оскільки відмовитися від них неможливо (5–6 подій і значущих людей). Після кожної події написати список властивостей, реальних або прогнозованих, які з'явилися або можуть з'явитися після значущих подій, поява яких пов'язана з іменами конкретних значущих людей.

На завершення учасникам пропонується включити в простір життя значущі події, які відбулися до його народження (з ним, батьками, країною), і події, які можуть відбутися після завершення його фізичного життя і, проте, зв'язані особисто з ним, а також найзначущих людей, чиї погляди і сам факт їх існування надав або робить величезний вплив на життєве самовизначення людини.

Обговорення: Які можливості дає це завдання?

«Прогноз погоди». Учасники стають в коло і кладуть руки на плечі один одному. Інструкція: «Зараз ми будемо робити масаж один одному, але так, щоб було відчутне бажання зробити щось приємне, поділитись теплом і гарним настроєм».

На вулиці чудова погода, сонечко торкається вас ніжними, лагідними, теплими промінцями, і все навкруги радіє йому (учасники м'яко погладжують один одного); але раптом сонечко закрила невеличка хмарка, і почав накрапати дощик (учасники постукують один одного кінчиками пальців); пішов град (сильніше постукують кінчиками пальців), він супроводжується блискавкою(ребром долоні труть по спині) після граду почався тайфун (легенько стукають кулаками по спині); тайфун супроводжується землетрусом (трясуть один одного за плечі); потім усе заспокоїлось, з-за хмари з'явилось сонечко й почало зігрівати все навкруги ніжними, теплими промінцями (м'яко, лагідно погладжують один одного).

Після завершення учасникам доцільно задати запитання типу: чи приємним видався масаж? Що б ви хотіли сказати тому, хто робив вам масаж? і т.п.

Зворотній зв'язок учасників.

«Кіно». Тренер повідомляє, що про кожного учасника знятий кінофільм у той час, коли учасникові виповнилось 30 років, і зараз якимось

дивом учасникові довелося подивитися це кіно. Завдання: намалювати кілька ключових кадрів цього фільму, щоб іншим стало ясно, який вигляд має учасник в цьому кіно, чим займається тощо.

В ході обговорення тренер звертає увагу учасників на такі питання: чи задоволені вони цим фільмом; що там сподобалось більше за все; що найбільше не сподобалось. Якщо є незадоволення, що б хотілося змінити у цьому кіно, що потрібно для цього зробити зараз.

«Рівень щастя». Учасникам пропонується скласти список всього, за що вони можуть бути вдячні долі зараз, прослідкувати, щоб в цей список було включено все, що вимагає подяки: сонячне світло, заощадження в банку (навіть якщо сума не дуже велика), своє здоров'я, здоров'я членів їх сім'ї, житло, їжа, краса, любов, мир і т.д.

«Хочу, можу, повинен – і це Я». Кожен учасник отримує завдання обійти кімнату по периметру. На перший крок він повинен робити заяву – «Я хочу», на другій – «Я можу», на третій – «Я повинен», на четвертий – самохарактеристика. Далі продовжує в тому ж порядку, поки не обійде всю кімнату.

Закінчивши, сідає на місце і спостерігає за іншим учасником. Вправа завершена, коли всі учасники обійдуть кімнату.

Обговорення: обмін враженнями з приводу того, що відбулося.

«Усвідомлення свого Я-образу». Учасникам пропонується закрити очі і уявити собі своє власне «Я». З яких базових елементів воно складається? Що це за утворення? Хто і в який період найбільше вплинув на їх формування? Чи подобається свій цілісний «Я-образ» в даний момент? Якщо ні, то що не подобається, які елементи і чи можна їх виправити? Якщо так, то необхідно спробувати подумки це зробити.

Вправа дозволяє сконцентруватися на собі в даний момент. Пізнати себе як цілісну, сформовану особистість, що має певну структуру. Таким чином, всі окремі переживання, над якими працювали на попередніх заняттях, об'єднуються в цілісне переживання себе, свого цілісного життєвого досвіду та особистісної цілісності.

«Мудрець з храму». Психотерапевти часто використовують в медитативній техніці архетипічні образи стародавнього старця-мудреця, храму, полум'я свічки і тому подібні, оскільки вони дозволяють лю-

дині дістати доступ до ресурсів власної підсвідомості. У описуваній нижче психотехніці застосовуються всі перераховані архетипи.

«Уявіть себе, ніби ви стоїте на галявині в літньому лісі. Густа трава підіймається по коліна, і пелюстки квітів торкаються ваших ніг. Навколо дерева, їх листям шелестить теплий вітерець. Сонячне проміння створює химерну мозаїку світла і тіні. До вас доносяться пересвисти птахів, цвірчання коників, потріскування гілок. Вам приємний аромат трав і квітів. Кучеряві баранчики в синяві літнього неба провіщають відмінну погоду.

Ви перетинаєте галявину і заглиблюєтеся в ліс. Під вашими ногами вузька стежина. Вона ледве помітна в траві. Видно, по ній нечасто ходять. Ви не поспішаючи йдете по лісу і несподівано бачите крізь крони дерев дах будівлі незвичайної архітектури. Ви прямуєте до цієї будівлі. Дерева відступають, і ви постаєте перед дивовижною будовою. Це храм. Він стоїть далеко від суєти міст і вуличної штовханини, від гонитви за примарним щастям. Цей храм – місце тиші і спокою, місце для роздумів і поглиблення в себе. Декілька широких сходин ведуть до важких дубових дверей. Сонячне проміння грає на позолоті візерунків, що прикрашають двері. Ви підіймаєтеся по сходинках і, узявшись за золоту ручку, відкриваєте двері. Вона піддається несподівано легко і безшумно. Усередині храму – напівтемрява і приємна прохолода. Всі звуки залишаються зовні. На стінах – старовинні розписи. Всюди полиці, на яких безліч книг, дивних фоліантів, сувоїв. Напроти дверей, через які ви увійшли, – великий дубовий стіл, за яким сидить старець в білосніжному одязі. Його добрі і мудрі очі спрямовані на вас. Прямо перед ним в свічнику горить свічка.

Підійдіть ближче до старця. Це мудрець, що знає всі сокровенні таємниці світу, події минулого і майбутнього. Ви можете запитати його про те, що вас хвилює, – і, можливо, ви почуєте відповідь, якої так довго шукали... Мудрець указує вам на свічку. Вдивіться в це живе полум'я, в його чарівну серцевину. Дивіться на нього... Усередині полум'я з'являється спочатку розмитий, а зараз все більш чіткий образ... Переведіть погляд на мудреця. Він тримає в руках календар. На листі календаря чітко виділяється дата – запам'ятаєте її...

Час відвідин храму закінчується. Подякуйте мудрецю за те, що зустрівся з вами...

Ви виходите з храму і прикриваєте за собою двері. Тут, зовні, як і раніше сонячний день. Ви спускаєтеся по східцях і знову виходите на лісову стежину, по якій повертаєтеся до галявини, де почалася ваша подорож. Ви зупиняєтеся, востаннє оглядаєте пейзаж навколо... і знову переноситеся сюди, в цю кімнату...».

«Підведення підсумків». Ведучий повідомляє, що спільна робота завершується і всі незабаром повернуться до свого повсякденного життя. Для кожного цей перехід – індивідуальний. З метою його полегшення та з метою допомогти підготуватися до вирішення повсякденних задач можна запропонувати знайти 10 важливих моментів, за які варто висловити подяку. Ці моменти можуть стосуватися особистісних, професійних, соціальних характеристик та роботи у групі в цілому. Починати зачитувати власний перелік потрібно з фрази: «Я вдячний тому, що...». Таким чином учасники мають можливість по черзі висловити думки та враження щодо досягнутого в процесі тренінгових занять.

«Подарунки». Ведучий пропонує кожному учаснику по черзі зробити подарунки всім присутнім. Можна дарувати що завгодно, оскільки це уявні подарунки: матеріальні предмети, особистісні якості, символічні презенти тощо.

«Методика BASIC PH». Для визначення стратегій подолання людиною кризових ситуацій та пошуку і активізації особистісних ресурсів. Важливо, щоб людина використовувала всі шість «каналів» – це розширить її здатність справлятися з різними складними життєвими ситуаціями. Головний аспект моделі BASIC-PH – поставити людину в активну позицію, використовувати її особисто та допомагати іншим.

Список використаної літератури

1. Дучимінська Т. І., Мельник А. П., Дучимінський О. Г. Стрільба з лука як інструмент психологічної реабілітації екскомбатантів. *Психологічні студії.* Видавничий дім «Гельветика», 2023. № 3. С. 38–44.

2. Грушецька О. В., Мельник А. П., Федоренко Д. Є. Психодіагностичний аспект ризику суїцидальної поведінки безробітних осіб: теоретичний підхід. *Психологічні студії.* Видавничий дім «Гельветика», 2024. № 2. С. 74–77.
3. Коширець, В. В., Мельник, А. П., Шкарлатюк, К. І. Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів у цивільного населення під час війни. *Психологічні студії*. 2024. № 2. С. 54–61.
4. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Грушецька О. В.. Причини, патологічні прояви і стадії депресивних станів: гендерний аспект. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*. № 81. 2025. С. 80–85.
5. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т.І. Патопсихологія: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. 208 с.
6. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод.посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с.
7. Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 100 с.
8. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / А. П. Мельник та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
9. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ: Либідь, 2003. 376 с.
10. Титаренко Т. М. Життєві завдання як практики самоконституювання особистості. *Соціальна психологія*. 2008. № 6. С. 3–11.
11. Bandura A. Regulation of cognitive process through perceived self-efficacy. Development Psychology. 1989. Vol. 25. P. 729–735.
12. Dweck C. S. Self-theories: Their role in motivation, personality, and development / C. S. Dweck. Philladelphia : Psychology Press, Taylor & Francis Group, 1999. 195 p.

РОЗДІЛ 7
ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ПРАКТИКУМ

7.1. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. Котеньова)

Інструкція. Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану або думці. Оцініть кожне твердження за таким принципом: 5 – абсолютно правильно; 4 – швидше правильно; 3 – частково правильно, частково неправильно; 2 – швидше неправильно; 1 – абсолютно неправильно.

Текст опитувальника

1. Вранці я прокидаюся свіжим і відпочилим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Явідчуваю втомленість.
4. Мені потрібне зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.
5. Несподівано у мене виникає сильнесерцебиття.
6. Я споживаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Світ, що оточує мене,здається нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки чітко пригадую окремі події, що при цьому як би знову переживаю їх.
10. Яабсолютно здоровий фізично.
11. Мені приноситьзадоволеннябути серед інших людей.
12. Часто ядію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мене не можна дорікати в неуважності.
14. Я часто бачу один і той же жахливий сон.
15. Безперечно, я винен перед людьми.
16. Дрібні дурниці дратують мене.
17. Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.
18. Мені подобається моя робота.

19. Я пережив серйозну втрату.

20. Я добре висипаюся ночами.

21. Я ніколи не бачу страшних снів.

22. Іноді меніхочеться напитися.

23. Мої близькі сильно хвилюються через мою роботу.

24. У мене буває відчуття, що час тече неначе би уповільнено.

25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.

26. Багато речей втратили для мене інтерес.

27. Безжодного приводу яможувибухнути бурхливими емоціями.

28. Мені слід було б дотримуватися дієти.

29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.

30. Буває, що я забуваю речі.

31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.

32. Мені необхідно краще контролювати емоції.

33. Минулі події іноді згадуються яскравіше ніж ті, які відбуваються зараз.

34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.

35. Япрокидаюся від раптового страху.

36. Менівартує великих зусиль працювати в колишньому ритмі.

37. Іноді я відчуваю озноб.

38. Меніхочеться допомагати людям, що потрапили убіду.

39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.

40. Я почуваю себе впевненіше, ніж багато з моїх однолітків.

41. Я засинаю важко.

42. Япереживаю почуття самотності.

43. Мені буває важко згадуватите, що відбувалося зовсім нещодавно.

44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною.

45. Мене іноді тішать самі дрібні речі.

46. Я відчуваю прилив сил.

47. Вранці мені важко прокидатися.

48. Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.

49. Я переживаю почуттясорому.

50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.

51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені завадити.

52. Мені говорять, що я скрикую уві сні.

53. Я часто думаю про майбутнє.

54. Іноді я гніваюся.

55. Я боюся, що можу натворити щось усупереч своїм намірам.

56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.

57. Останнім часом мій настрій погіршився.

58. Мені немає на кого покластися.

59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.

60. Безперечно, я люблю ризикувати.

61. Мені подобається «чорний гумор».

62. Я у всьому покладаюся на самого себе.

63. Я постійно відчуваю потребу щось жувати, навіть не відчуваючи голоду.

64. Іноді мені здається, що я заплутався в житті.

65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалося.

66. Я відчуваю інтерес і смак до життя.

67. Мені весело і легко в компанії людей.

68. Я багато і плідно працюю.

69. Часто я забуваю, куди поклав ту або іншу річ.

70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.

71. Я ніколи не відчував страху.

72. Мені було б корисно побути насамоті.

73. Виконуючи певну справу, я часто думаюзовсім про інше.

74. Моє життя різноманітне і насичене подіями.

75. Я ніколи не здійснював вчинків, за які мені було б соромно.

76. Чужі труднощі мало кого хвилюють.

77. Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.

78. Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.

79. У житті мені довелося випробувати таке, про що краще не згадувати.

80. Я гостро сприймаю чужий біль.

81. Мені здається, я втратив здатність радіти життю.

82. Мене турбують головні болі.

83. Легкі заробітки зазвичай пов’язані з порушенням закону.

84. Я не проти заробити зайвого.

85. Сторонні звуки відволікають мене.

86. Я намагаюся не вступати у бійку, якщо справа мене не стосується.

87. Я вірю в торжество справедливості.

88. Моє серце працює як завжди.

89. Іноді я приймаю пігулки.

90. Є речі, які я не можу собі пробачити.

91. Безперечно, мені треба час, щоб прийти в себе.

92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес.

93. Я не схильний скаржитися на здоров’я.

94. Мені хочеться все крушити на своєму шляху.

95. Більшість людей заклопотана лише власним благополуччям.

96. Мені нелегко стримувати свій гнів.

97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший.

98. У мене ніколи не було непритомності.

99. Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.

100. Я придбав в житті хороших друзів.

101. Мене вважають урівноваженою людиною.

102. Нервову напругу добре знімає сауна.

103. Я відчуваю розгубленість.

104. Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.

105. Я працюю, не відчуваючи втоми.

106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.

107. Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.

108. Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.

109. Я почуваю себе цілком упевненим в собі.

110. Мені є за що дякувати долі.

Обробка результатів

1. Надпильність: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

2. Перебільшене реагування: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

3. Притупленість емоцій: 3, 4, 6, 7, 13. 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумовуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення з питань (13, 45, 66, 74), що залишилися, отриману величину розділіть на 9.

4. Агресивність: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

5. Порушення пам'яті і концентрації уваги: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

6. Депресія: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Підрахуйте середнєарифметичнезначення.

7. Загальна тривожність: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

8. Напади люті: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумовуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення з питань (86, 88, 101), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумовуйте значення (питання:22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення з питань (50, 102), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

10. Непрошені спогади і галлюцинаторні переживання: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

11. Проблеми зі сном (труднощі із засинанням і переривчастий сон): 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумовуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення з питань (1, 20, 21, 51), що залишилися, отриману величину розділіть на 4.

12. «Провина того, хто вижив»: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

13. Оптимізм. Ця шкала відповідає наступним питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

7.2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R – скор. 1ES-R)

Ім'я _____
Освіта_____
Сімейний стан _____
Вік_____
Стать:_____
Дата «_____» 20___р.

Інструкція. Нижче приведені описи переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації. Оцініть, в якому ступені ви переживали такі почуття з приводу подібної ситуації, колись пережитої вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, відповідну тому, як часто ви мали подібне переживання впродовж останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

Твердження	**Ніколи 0**	**Рідко 1**	**Іноді 3**	**Часто 5**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушувало мене заново переживати її.				
2. Я не міг спокійно спати ночами.				
3. Деякі речі змушували мене увесь час думати про те, що зі мною сталося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватись, коли думав про цю подію, або щось нагадувало мені про неї.				

Продовження таблиці

1	2	3	4	5
6. Я думав про те, що сталося супроти своєї волі.				
7. Мені здавалося, що все що сталося, було наче не зі мною насправді, або все що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що сталося.				
9. Окремі картини того що сталося несподівано виникали у моїй свідомості.				
10. Я бував увесь час напружений, і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що сталося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того що сталося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось подібне до заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того що сталося були неначе паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію або почуваю себе так, нібито все ще знаходжусь в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захльостували надзвичайно важкі переживання, пов’язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити подію з пам’яті.				
18. Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що сталося, я переживав неприємні фізичні відчуття: потів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т. д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося.				

Закінчення таблиці

1	2	3	4	5
21. Я був постійно насторожений і увесь час очікував, що станеться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося.				

Ключі для обробки:

Субшкала «вторгнення». Сума балів пунктів: 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення». Сума балів пунктів: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «фізіологічна збудливість». Сума балів пунктів: 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Середні значення показників методики ШОВТП (IES - R) (Тарабрина, 2001)

	IN	AV	AR	IES-R
Пожежники	5 76 ±5,71	7,26 +6,73	3,63 +3,99	16,64 ±14,75
Студенти	10,20 +8,22	12,17 ±8,79	7,23 ±7,46	29,61 ±21,76
Рятувальники	5,95 +3,93	5,09 ±5,47	3,35 +3,63	14,40 ±11,05
Співробітники МВС	7,65 ±6,31	9,26 ±6,08	5,50 ±6,18	22,41 ±17,33
Військовослужбовці	8,89 +8,03	9,48 ±7,77	6,40 ±6,40	24,78 ±20,38
Біженці, «норма»	14,58 ±10,83	14,94 ±9,90	11,27 ±9,87	40,79 ±28,19
Біженці, ПТСР	27,43 ±6,00	27,43 ±5,91	22,57 ±8,06	77,43 ±14,25
Ліквідатори, «норма»	14,68 ±8,96	14,38 ±9,30	13,33 ±8,81	42,39 ±24,94
Ліквідатори, ПТСР	24,33 ±9,07	20,67 +5,03	23,33 ±2,89	68,33 +8,02

IN – субшкала «*вторгнення*»; **AV** – субшкала «*уникнення*»; **AR** – субшкала «*фізіологічна збудливість*»; **IES - R** – загальний бал.

7.3. Особистісний профіль кризи (Тарас, 2003)

Пропонований опитувальник дозволяє визначити особистісний профіль кризи, яка переживається. Його теоретичною основою є поло-

ження про комплексний характер переживання кризи, що зачіпає різні фізіологічні і психологічні аспекти.

Інструкція. Прочитайте приведені нижче твердження й відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану. Якщо твердження лише частково вірно, то підкресліть ту його частину, яка відповідає вашим реакціям. Хочемо нагадати, що в приведеному списку немає поганих або хороших проявів і реакцій. Усі вони є лише неминучим наслідком переживанння кризи.

Текст опитувальника

1. Я страждаю від головних болей, погіршення здоров'я або почуваю себе погано.
2. Я став розсіяним.
3. Мене не покидає почуття тривоги, яке підсилює мої судження і почуття.
4. Іноді у мене виникають думки, що немає сенсу жити як раніше.
5. Я уникаю думати або говорити про свою невдачу (нещастя).
6. Іноді моє серце б'ється прискорено.
7. Мені здається, що я втратив здатність реально оцінювати події і чітко їх сприймати.
8. Я сердитий на весь світ за те, що це сталося зі мною.
9. Я відчуваю фізичну втому, апатію, млявість почуттів.
10. Думки про те, що сталося, безупинно крутяться у мене в голові, і я не можу зупинити їх.
11. Іноді я не можу нормально дихати.
12. Іноді мені важко чітко формулювати свої думки.
13. Після того, що сталося, я не плачу і не тужу так, як це зазвичай повинно бути.
14. Усі ті, що оточували мене, здаються мені чужими, холодними і безнадійними.
15. Я зовсім не можу працювати як раніше, у мене все валиться з рук.
16. Закріпи(проноси) мене турбують частіше, ніж зазвичай.
17. Я став забудькуватим і пропускаю деякі обов'язкові заходи.

18. Іноді я плачу або близький до цього.

19. Я не отримую задоволення від приємних і радісних подій, так як раніше.

20. Мені хочеться забутися і бігти світ за очі.

21. У мене є труднощі із засинанням.

22. Мені дуже важко зосередитися начому-небудь.

23. Майже увесь час я відчуваю незрозумілу тривогу.

24. Іноді я ненавиджу себе.

25. Іноді думки про те, що сталося, позбавляють мене сну.

26. Мій пульс прискорений (уповільнений), кров'яний тиск підвищений (знижений).

27. Моє сприйняття оточуючого звужене і обмежене моєю проблемою і всім, що її стосується.

28. Мені соромно за себе і за все, що зі мною сталося.

29. Часом все здається мені безглуздим.

30. Я не в змозі виконувати свої професійні і домашні обов'язки як раніше.

31. Умене нестійкий серцевий ритм (уповільнений, прискорений).

32. Мені здається що мої рішення, прийняті нині, непродумані, скороспішні і навіть імпульсивні.

33. Іноді мене охоплює стан повної нечутливості, начебто нічого не сталося.

34. Моє «Я» так змінилося, що іноді я не впізнаю сам себе.

35. Я став приділяти значно більше часу роботі (службі), і в цьому знаходжу вихід з ситуації, що сталася.

36. У мене часто буває сухість в роті.

37. Мені складно запам'ятати інформацію, яку раніше я запам'ятовував без особливої напруги.

38. Частенько у мене виникає бажання розповісти про свої душевні переживання навіть малознайомим людям.

39. Подавлений, пригнічений настрій у мене триваєдовго.

40. Час від часу у мене мимоволі (у вигляді своєрідного спалаху) пожвавлюються найбільш травматичні спогади про те, що сталося.

41. Часто у мене виникає суб’єктивне відчуття нестачі повітря і навіть відчуття зупинки дихання.

42. Я не можу належним чином зосередитися під час виконання своїх службових обов’язків.

43. Іноді у мене виникає відчуття, що усе всередині стислось в клубок.

44. У мене загострилося критичне ставлення до себе і своїх вчинків.

45. Я втомлююся навіть від виконання своїх звичайних обов’язків.

46. У мене знизився апетит, іноді з’являється нудота.

47. Іноді мені здається, що все, що діється – нереально.

48. З кожним днем мені все частіше спадає думка про те, що я не зробив все можливе для того, щоб уникнути такого розвитку подій.

49. Мій настрій став вкрай нестійким.

50. Я став випивати більше, ніж потрібно.

51. У мене з’явилась надмірна пітливість.

52. Коли до мене звертаються, я частенько відповідаю із затримкою.

53. Мене охопив стан байдужості до оточення, ніщо не хвилює, не турбує, не цікавить.

54. Я нікого не хочу бачити і намагаюся бути на самоті.

55. Велику частину часу я продовжую розмірковувати про те що сталося, хоча це і важко.

56. Мій сон став неспокійним, й іноді уривається кошмарами.

57. Я став помічати, що частенько не можу згадати інформацію, яку завжди пам’ятав.

58. Я настільки занурений в свої почуття, що через це стає тільки гірше.

59. У мене часто буває насуплений настрій, я став дратівливим, похмурим, агресивним стосовно до рідних і близьких.

60. Я намагаюся уникати труднощів як в думках, так і в діях.

Обробка результатів: кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа, потім суму помножте на множник (якщо він є), що відповідає даній шкалі.

1. Загальний стан: (1).

2. Функціональні проблеми:

а) порушення функціонування вегетативної системи (26;36;51х4);

б) порушення серцевої діяльності (6; 31х6);

в) порушення дихання (11; 41х6);

г) порушення роботи шлунково-кишкового тракту (16; 46х6);

д) проблеми зі сном (21; 56х6);

3. Ускладнення впізнавально-аналітичній діяльності:

а) ускладнення функціонування уваги (2; 22;42х4);

б) ускладнення функціонування сприйняття (7; 27;47х4);

в) ускладнення функціонування мислення (12; 32; 52х4);

г) ускладнення функціонування пам'яті (17; 37; 57х4);

4. Порушення емоційного реагування

а) тривога (3; 23; 43х4);

б) генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина) (8; 28; 48х4);

в) емоційна притупленість (13; 33; 53х4);

г) легкодухість, підвищена емоційність (18; 38; 58х4);

5. Депресивний настрій (4; 9; 14; 19; 24; 29; 34; 39; 44; 49; 54; 59);

6. Зміни в поведінці і діяльності:

а) спроби уникнути проблеми (5; 20; 35;50х3);

б) занурення в проблему (10; 25; 40; 55х3);

в) проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків (15; 30; 45; 60х3);

Визначення індивідуального профілю переживання кризи робиться за таблицею ключів, де відбиваються набрані бали за 17 позиціями.

7.4. Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PCL-5)

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем, з якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на великий стрес. Прочитайте, будь ласка, кожний рядок і потім позначте одну з цифр праворуч, щоб показати, наскільки названа в ньому проблема турбувала Вас протягом останнього місяця.

За останній місяць, наскільки Вас турбували такі речі:	**Ніскільки**	**Трохи**	**Помірно**	**Досить сильно**	**Надзвичайно сильно**
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожать, є небажаними?	0	1	2	3	4
2. Сни про стресову подію, які тривожать, є небажаними?	0	1	2	3	4
3. Раптом Ви почувалися або діяли так, ніби Ви «знову там» і переживаєте все наяву?	0	1	2	3	4
4. Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало Вам про стресову подію?	0	1	2	3	4
5. Ви мали сильно виражену фізичну реакцію, коли щось нагадало Вам про стресову подію (наприклад, сильне серцебиття, було важко дихати, Ви спітніли)?	0	1	2	3	4
6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов’язаних із стресовою подією?	0	1	2	3	4

Продовження таблиці

1	2	3	4	5	6
7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?	0	1	2	3	4
9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або світув цілому (напр., Ви мали такі думки: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, усюди небезпека)?	0	1	2	3	4
10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію або того, що сталося після неї?	0	1	2	3	4
11. Малірізко негативні почуття – страх,жах, гнів, почуття провини, сорому?	0	1	2	3	4
12. Втратили інтерес до тих занять, які раніше приносили Вам задоволення?	0	1	2	3	4
13. Відчували відчуженість, стінуміж собою та іншими людьми?	0	1	2	3	4
14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (наприклад, радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?	0	1	2	3	4

Закінчення таблиці

1	2	3	4	5	6
15.Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії?	0	1	2	3	4
16.Свідомо йшли на великий ризик, робили речі, які могли заподіяти Вам шкоди?	0	1	2	3	4
17. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, обережності?	0	1	2	3	4
18. Нервово реагували, легко лякалися.	0	1	2	3	4
19. Вам було важко зосередитися?	0	1	2	3	4
20. Було важко заснути або залишатися у стані сну?	0	1	2	3	4

7.5. PHQ-9 Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Ім'я _____ Дата _					
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «✓»		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3

Закінчення таблиці

1	2	3	4	5	6
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадтотривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Загальний бал					

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, до машніх справ або спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили	
	Дещо ускладнили	
	Дуже ускладнили	
	Надзвичайно ускладнили	

Критерії оцінки результатів PHQ-9*

Загальний бал	Тяжкість депресії
0–4	Депресія відсутня
5–9	Легка («субклінічна») депресія
10–14	Помірної тяжкості депресія
15–19	Середньої тяжкості депресія
20–27	Тяжка депресія

* Бал ≥10 є інформативним у випадку великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

7.6. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант)

П. І. Б._____

Дата «_____» 20___р.

Інструкція. Нижче наводяться твердження, в яких узагальнений різноманітний досвід людей, що пережили важкі екстремальні події і ситуації. Під кожним твердженням дається шкала від 1 до 5. Обведіть той номер відповіді, що краще всього описує ваші почуття.

Невірно – 1; частково правильно – 2; в деякій мірі правильно – 3; правильно – 4; цілком правильно – 5.

1. В минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.

2. У мене немає відчуття провини за все те, що я робив у минулому.

3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то найімовірніше, я не стримаюся і застосую фізичну силу.

4. Якщо щось трапляється, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає біль.

5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене.

6. Я здатний вступати в емоційно-близькі стосунки з іншими людьми.

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що реально було зі мною у минулому.

8. Коли я думаю про деякі речі, які робив у минулому, мені не хочеться жити.

9. Зовні я виглядаю бездушним.

10. Останнім часом я відчуваю, що хочу накласти на себе руки.

11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.

12. Я весь час ставлю собі питання: чому я ще живий, тоді як інші вже померли.

13. У визначених ситуаціях я почуваю себе так, як ніби повернувся в минуле.

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.

15. Я відчуваю, що більше не можу.

16. Речі, які викликають у інших людей сміх або сльози, мене не стосуються.

17. Мене зараз радують ті ж речі, що і раніше.

18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.

19. Я виявив, що мені працювати не важко.

20. Мені важко зосередитися.

21. Я безпричинно плачу.

22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.

23. Мене лякають мої прагнення і бажання.

24. Я легко засинаю.

25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюсь.

26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї не розуміють, що я відчуваю.

27. Я легка, спокійна, урівноважена людина.

28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив у минулому, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.

29. Іноді я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною у минулому.

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжуся в натовпі.

31. Я втрачаю самоконтроль і вибухаю через дрібниці.

32. Я боюся засинати.

33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною у минулому.

34. Моя пам’ять так само хороша, як і раніше.

35. Я зазнаю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.

36. Іноді я раптом поводжуся або почуваюсь так, як ніби те, що було зі мною у минулому, відбувається знову.

37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною у минулому.

38. Я надто пильний і насторожений тривалий час.

39. Якщо трапляється що-небудь, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серцебиття і перехоплює дихання, я увесь тремчу і покриваюся потом, у мене паморочиться голова, бігають «мурашки», і я майже втрачаю свідомість.

Ключі до обробки

Сума балів за пунктами з прямою шкалою (сума 1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Сума балів за пунктами із зворотною шкалою(сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. Загальний бал: сума 1 + сума 2.

Середні значення Місісіпської шкали (цивільний варіант) (Тарабрина, 2001).

Пожежники	73,79±13,05
Рятувальники	70,85±11,74
Біженці «норма»	79,70±18,19
Біженці ПТСР	105,14±14,90
Ліквідатори «норма»	90,15±19,18
Ліквідатори ПТСР	99,44±17,06

7.7. Опитувальник особистісної та соціальної ідентичності

Інструкція: «Прочитайте приведені нижче твердження і відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану і сприйняттю себе й навколишнього соціального світу».

1. Я маю чітке уявлення про суть моєї діяльності та її цілі.
2. Я маю чітке уявлення про своє нинішнє матеріальне становище.
3. Я постійно удосконалюю себе різними способами.
4. Я цілком задоволений станом свого здоров'я.
5. На сьогодні моя сімейна ситуація мене цілком задовольняє.
6. Я щиро цікавлюся думкою і точкою зору інших людей.
7. Я знаю свої головні цілі в житті.
8. Мене цілком влаштовує мій соціальний статус в суспільстві.
9. Моя служба (робота) допомагає мені в досягненні моїх життєвих цілей.
10. Мені вдається дотримуватися рамок свого бюджету.
11. Я регулярно читаю пресу і цікавлюся новинами.
12. Я регулярно буваю на оглядах у лікаря і перевіряю стан свого здоров'я.
13. Я розумію значення сім'ї для себе.
14. Мене цікавлять чужі турботи і проблеми.
15. Я послідовно, наполегливо та енергійно прагну до досягнення своїх головних цілей в житті.
16. Моя професія досить шанована в суспільстві.
17. Я маю чітке уявлення про свої перспективи у роботі (службі).
18. Я знаю, які заходи необхідно зробити для поліпшення мого матеріального становища.
19. Я регулярно читаю літературні твори.
20. Я регулярно займаюся фізкультурою.
21. Я приділяю досить часу своїй сім'ї.
22. Моя думка цікавить інших людей.
23. Я знаю, коли приблизно здійсняться мої життєві цілі (відповідно до мого життєвого плану).
24. Мене практично все влаштовує в соціальній дійсності, що оточує мене.

25. Я працюватиму (служитиму) в даній сфері діяльності через п’ять років.

26. Для того, щоб підтримати своє матеріальне становище, я часто беру в борг.

27. Я відвідую навчальні заходи і спеціальні курси.

28. Я сплю щодня достатній час.

29. У членів моєї сім’ї є спільні захоплення.

30. Я вмію слухати інших.

31. У мене є аналіз чинників і умов, сприяючих досягненню моїх життєвих цілей.

32. Мене хвилює все, що відбувається в нашому сучасному суспільстві.

33. Я працюватиму в даній сфері діяльності через 10 років.

34. Заходи, які я роблю для поліпшення мого матеріального становища, цілком реальні.

35. Я беру участь в різноманітній спільній діяльності, сприяючій моєму особистому розвитку.

36. Моє харчування достатнє, регулярне і збалансоване.

37. Я добре знаю членів своєї сім’ї – їх потреби, думки, бажання, позиції.

38. Я вмію цінувати тих людей, з ким спілкуюся.

39. У мене є аналіз чинників і умов, що перешкоджають досягненню моїх життєвих цілей.

40. Мене хвилює, в якому напрямі розвивається наше сучасне суспільство.

41. Я досить натхненний і мотивований для цієї роботи (служби).

42. Моє матеріальне становище мене цілком влаштовує.

43. У мене є план особистого розвитку.

44. Я вживаю алкоголь помірно.

45. Я можу створити у своїй сім’ї відкриту і душевну атмосферу.

46. Я прагну розвивати людей, з якими спілкуюся.

47. Я знаю критичні пункти («вузькі місця») на шляху до досягнення моїх життєвих цілей.

48. Сьогодні мені живеться краще, ніж десять років тому.

49. В майбутньому я знайду в собі досить натхнення і мотивації, спираючись головним чином на свій особистий потенціал.

50. Я упевнений у тому, що знаю, як зробити своє матеріальне становище краще.

51. Я наполегливий в реалізації плану мого особистого розвитку.

52. Я людина некуряща.

53. Я впевнений у надійності моїх сімейних умов.

54. Я прагну розуміти людей, з якими спілкуюся.

55. Я знаю, що мені потрібно і який рівень досягнення моїх життєвих цілей.

56. Сьогодні мені живеться краще, ніж п’ять років тому.

57. Я отримую внутрішнє задоволення від своєї нинішньої роботи.

58. Мої потреби і можливості оптимізовані та урівноважені.

59. Час від часу я удосконалюю план мого особистого розвитку.

60. У моєму щоденному раціоні цілком достатньо свіжих овочів і фруктів.

61. Я здатний не лише «брати» від сім’ї, але й «давати» їй.

62. Я піклуюся про підтримку дружніх стосунків.

63. При досягненні моїх головних життєвих цілей я покладаюся головним чином на себе.

64. У мене цілком достатньо можливостей, що дозволяє впливати на розвиток в сучасному суспільстві.

65. Я знаю, що необхідно зробити, щоб моя робота (служба) найближчими роками відповідала моїм особистим потребам і моїй життєвій філософії.

66. Я здатний на радикальні кроки для поліпшення свого матеріального становища.

67. Я знаю, як мені реалізувати мої потреби в особистому розвитку.

68. Я досить багато рухаюся впродовж дня.

69. Я можу створити надійні і сприятливі умови для своєї сім’ї.

70. На мій погляд, у мене досить друзів і приятелів.

71. Я готовий повною мірою використати наявні можливості, що дозволяють реалізувати мої життєві цілі.

72. Я приділяю досить часу й уваги роздумам про проблеми сучасного суспільства.

73. Позитивні і негативні сторони моєї нинішньої роботи (служби) цілком урівноважені і збалансовані.

74. Я можу покладатися на допомогу оточення в поліпшенні мого матеріального становища.

75. Я знаю, як управляти своїм душевним станом.

76. Я веду здоровий спосіб життя.

77. Я знаю, як розвивати своє сімейне життя.

78. Я зважаю на думку і точку зору інших людей.

79. Я готовий нейтралізувати дію чинників і умов, що перешкоджають досягненню моїх життєвих цілей.

80. Я знаю, в якому напрямі розвивається суспільство, в якому живу.

81. Моя робота (служба) мене цілком задовольняє, відповідає моїм матеріальним запитам і духовним інтересам.

82. Я маю чітке уявлення про той рівень матеріального становища, який потрібний мені і моїй сім'ї.

83. Я знаю свої внутрішні можливості.

84. У мене є особистий план свого фізичного вдосконалення.

85. Я прагну до встановлення хороших взаємовідносин зі своїми батьками і родичами.

86. У своїй життєдіяльності я потребую оточення людей.

87. Я готовий до можливого і необхідного перегляду моїх життєвих цілей (особливо в умовах їх нереальності).

88. Я розділяю цінності, на яких базується сучасне суспільство.

89. Я бачу соціальну значимість і необхідність моєї роботи (служби).

90. Я достатньо часу буваю один, наодинці з своїми думками.

91. Я наполегливий в реалізації особистого плану свого фізичного вдосконалення.

92. Я прагну до встановлення хороших взаємовідносин з батьками і родичами чоловіка (дружини).

93. Я вважаю, що оточення потребує мене.

94. Прагнення до досягнення моїх життєвих цілей є важливою складовою моєї життєдіяльності.

95. Я знайшов своє місце в сучасному суспільстві.

Обробка результатів:

кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа.

Моя служба (робота):

1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73, 81, 89.

Моє матеріальне становище:

2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66, 74, 82, 90.

Мій внутрішній світ:

3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59, 67, 75 83 91

Моє здоров'я:

4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68, 76, 84, 92.

Моя сім'я:

5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69, 77, 85, 93.

Мої стосунки з оточенням:

6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70, 78, 86, 94.

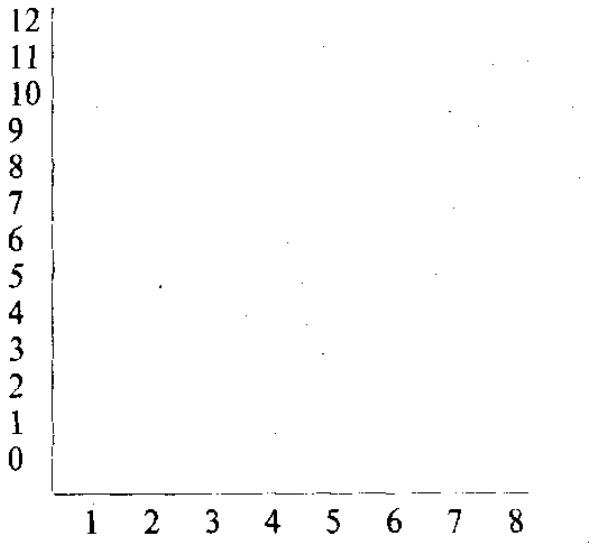
Моє майбутнє:

7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 87, 95.

Я і суспільство, в якому живу:

8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 96.

Визначення індивідуального профілю особової та соціальної ідентичності здійснюється по ключовій таблиці, де відображаються набрані бали за приведеними вісьмома позиціями.



7.8. Опитувальник депресивності Бека (BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)

П. І. Б._____

Дата «_____» 20__р.

Інструкція. Вам пропонується ряд тверджень. Виберіть одне твердження в кожній групі, яке краще всього описує ваш стан за минулий тиждень, включаючи сьогоднішній день. Обведіть номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі декілька тверджень у рівній мірі добре описують ваш стан, обведіть кожне з них. Перш ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте усі твердження в кожній групі.

1.

0 – Я не почуваю себе нещасним.

1 – Я почуваю себе нещасним.

2 – Я увесь час нещасний і не можу звільнитися від цього почуття.

3 – Я настільки нещасний і засмучений, що не можу цього стерпіти.

2.

0 – Думаючи про майбутнє, я не почуваю себе особливо розчарованим.

1 – Думаючи про майбутнє, я почуваю себе розчарованим.

2 – Я відчуваю, що мені нічого чекати в майбутньому.

3 – Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і ніщо не зміниться до кращого.

3.

0 – Я не почуваю себе невдахою.

1 – Я відчуваю, що у мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей.

2 – Коли я озираюся на прожите життя, все, що я бачу, це черга невдач.

3 – Я почуваю себе повним невдахою.

4.

0 – Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.

1 – Я не отримую стільки задоволення від життя, як раніше.

2 – Я не отримую справжнього задоволення від чого б то не було.

3 – Я усім незадоволений, і мені все набридло.

5.

0 – Я не почуваю себе особливо винуватим.

1 – Доволі часто я почуваю себе винуватим.

2 – Майже завжди я почуваю себе винуватим.

3 – Я почуваю себе винуватим увесь час.

6.

0 – Я не відчуваю, що мене за щось карають.

1 – Я відчуваю, що можу бути покараний за щось.

2 – Я чекаю, що мене покарають.

3 – Я відчуваю, що мене карають за щось.

7.

0 – Я не випробовую розчарування в собі.

1 – Я розчарований в собі.

2 – Я викликаю до себе відразу.

3 – Я ненавиджу себе.

8.

0 – У мене немає почуття, що я в чомусь гірший за інших.

1 – Я самокритичний і визнаю свої слабкості і помилки.

2 – Я увесь час виню себе за свої помилки.

3 – Я звинувачую себе у всьому поганному, що відбувається.

9.

0 – У мене немає думок про те, щоб накласти на себе руки.

1 – У мене є думки про те, щоб накласти на себе руки, але я цього не зроблю.

2 – Я хотів би покінчити життя самогубством.

3 – Я б наклав на себе руки, якби видалася слушна нагода.

10.

0 – Я плачу не більше, ніж зазвичай.

1 – Зараз я плачу більше як звичайно.

2 – Я тепер весь час плачу.

3 – Раніше я ще міг плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.

11.

0 – Тепер я менш роздратований, ніж раніше.

1 – Я дратуюся зараз швидше ніж раніше, навіть із-за дурниць.

2 – Зараз я увесь час роздратований.

3 – Мене вже ніщо не дратує, тому що все стало байдуже.

12.

0 – Я не втратив інтересу до інших людей.

1 – У мене менш цікавлять інші люди, ніж раніше.

2 – Я майже втратив інтерес до інших людей.

3 – Я втратив всякий інтерес до інших людей.

13.

0 – Я зараз здатний приймати рішення так само, як завжди.

1 – Я відкладаю ухвалення рішень частіше, ніж зазвичай.

2 – Я зазнаю більше труднощів в ухваленні рішень, ніж раніше.

3 – Я більше не здатний приймати які-небудь рішення.

14.

0 – Я не відчуваю, що я виглядаю гірше, ніж зазвичай.

1 – Я стурбований тим, що так виглядаю, що постарів або став непривабливим.

2 – Я відчуваю, що зміни, які сталися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим.

3 – Я впевнений, що виглядаю потворно.

15.

0 – Я можу працювати так само, як раніше.

1 – Мені потрібно докласти додаткові зусилля, щоб почати що-небудь робити.

2 – Я через силу примушую себе щось робити.

3 – Я взагалі неможу працювати.

16.

0 – Я можу спати так само добре, як і зазвичай.

1 – Я сплю не так добре, як завжди.

2 – Я прокидаюся на 1–2 години раніше, ніж зазвичай, і насилу можу заснути знову.

3 – Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і не можу знову заснути.

17.

0 – Я зараз втомлююсь не більше ніж завжди.

1 – Я втомлююся швидше ніж раніше.

2 – Я втомлююся майже від всього, що я роблю.

3 – Я надто втомлююсь від щоденної робити що, б то не було.

18.

0 – Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.

1 – У мене не такий хороший апетит, як був раніше.

2 – Зараз мій апетит став набагато гірший.

3 – Я взагалі втратив апетит.

19.

0 – Якщо останнім часом я і втратив у вазі, то дуже небагато.

1 – Я втратив у вазі більше 2 кг

2 – Я втратив у вазі більше 4 кг

3 – Я втратив у вазі більше 6 кг

Я спеціально намагався не їсти, щоб втратити у вазі (обведіть):

Так. Ні.

20.

0 – Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

1 – Мене турбують такі проблеми як різні болі, розлади шлунку, закріпи.

2 – Я настільки стурбований своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про що-небудь інше.

3 – Я до такої міри стурбований своїм здоров'ям, що взагалі ні про що інше не можу думати.

21.

0 – Я не помічав яких-небудь змін в моїх сексуальних інтересах.

1 – Я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом.

2 – Зараз я набагато менше цікавлюся сексом.

3 – Я абсолютно втратив інтерес до сексу.

Оцінка результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями:

0–9–відсутність депресивних симптомів;

10–15 – легка депресія (субдепресія);

16– 19 – помірна депресія;

20–29 – виражена депресія (середньоїтяжкості);

30– 63 – важка депресія.

Градуально оцінюється вираженість 21 симптома депресії.

Пункти 1–13 – когнітивно-афективна субшкала (C–A)

Пункти 14–21 – субшкала соматичних проявів депресії (S–P)

7.9. Шкала базових переконань (WORLD ASSUMPTION SCALE –WAS)

Концепція базових переконань, що стосуються доброти і розумності навколишнього світу, доброзичливості або ворожості людей і цінності власного «Я». Вона розроблялася на основі висловлювань людей, що пережили травму про себе, про навколишніх людей і про те, як вони розуміють устрій світу (Janoff–Bulman, 1989, 1992).

Шкала базових переконань – опитувальник, що складається з 32 тверджень, які відображають оцінку восьми основних категорій:

1) Доброта навколишнього світу (BW, benevolence of world);

2) Доброзичливість людей (BP, benevolence of people);

3) Справедливість світу (J, justice);

4) Контрольованість світу (З, control);

5) Випадковість, як принцип розподілу подій (R, randomness), що відбуваються;

6) Цінність власного «Я» (SW, self-worth);

7) Рівень самоконтролю (SC, self-control);

8) Ступінь удачі, або везіння (L, luckiness);

Інструкція: Відмітьте ступінь своєї згоди або незгоди з кожним із тверджень за 6-бальною шкалою:

«1» – «абсолютно не згідний»;

«2» – «не згідний»;

«3» – «швидше не згідний»;

«4» – «швидше згідний»;

«5» – «згідний»;

«6» – «повністю згідний».

1. Невдача з меншою вірогідністю супроводжує гідних, хороших людей.

2. Люди за своєю природою недружні і злі.

3. Кого в цьому житті спіткне нещастя – справа випадку.

4. Людина за природою добра.

5. У цьому світі набагато частіше відбувається щось хороше, ніж погане.

6. Хід нашого життя багато в чому визначається випадком.

7. Як правило, люди мають те, на що заслуговують.

8. Я часто думаю, що у мені немає нічого хорошого.

9. У світі більше добра, аніж зла.

10. Я цілком везуча людина.

11. Нещастя трапляються з людьми через помилки, які вони вчинили.

12. В глибині душі людей не дуже хвилює, що відбувається з іншими.

13. Зазвичай я дію так, щоб збільшити ймовірність сприятливого для мене результату справи.

14. Якщо людина хороша, до неї прийдуть щастя і вдача.

15. Життя занадто повне невизначеності – багато що залежить від випадку.

16. Якщо замислитися, то мені дуже часто таланить.

17. Я майже завжди докладаю зусилля, щоб запобігти нещастям, які можуть статися зі мною.

18. Я про себе невисокої думки.

19. У більшості випадків хороші люди отримують те, чого заслуговують в житті.

20. Власними вчинками ми можемо запобігати неприємностям.

21. Аналізуючи своє життя, я розумію, що доля була до мене прихильна.

22. Якщо вживати запобіжні заходи, можна уникнути нещасть.

23. Я роблю запобіжні дії, щоб захистити себе від нещасть.

24. Загалом, життя – це лотерея.

25. Світ прекрасний.

26. Люди у більшості своїй добрі і готові прийти на допомогу.

27. Я зазвичай вибираю таку стратегію поведінки, яка принесе мені максимальний виграш.

28. Я дуже задоволений тим, яка я людина.

29. Якщо трапляється нещастя, то зазвичай це тому, що люди не зробили необхідних заходів для захисту.

30. Якщо подивитися уважно, то побачиш, що світ повний добра.

31. У мене є причини соромитися свого характеру.

32. Я успішніший, ніж більшість людей.

Обробка результатів. До кожної з 8 шкал відносяться по 4 твердження (див. «ключ»). Значення кожної шкали визначається середнім арифметичним балом за відповідними твердженнями. Для прямих тверджень – це бали, відмічені респондентом, а для зворотних (помічених в «ключі» знаком мінус) – реверсивні значення (протилежні відміченим відносно середини шкали, тобто «1» відповідає «6», «2» – «5», «3» – «4» і так далі).

Первинні категорії переконань можуть також оцінюватися як 3 узагальнені напрями стосунків:

1. Загальне ставлення до доброти навколишнього світу: обчислюється як середнє арифметичне між BW і BP (доброта світу і доброзичливість людей).

2. Загальне ставлення до усвідомленості світу, тобто контрольованості і справедливості подій: обчислюється як середнє арифметичне між показниками J (справедливість світу), З (контрольованість) і реверсивним R (випадковість).

3. Переконання стосовно власної цінності, здатності управління подіями і везіння: обчислюється як середнє арифметичне між SW (цінність Я), SC (самоконтроль) і L (везіння).

Ключ

BW	5	9	25	30
BP	-2	4	-12	26
J	1	7	14	19
c	11	20	22	29
R	3	6	15	24
SW	-8	-18	28	-31
SC	13	17	23	27
L	10	16	21	32

Даний опитувальник дозволяє порівнювати базові переконання у різних груп людей, які, наприклад, пережили різні види травматичного досвіду. Він може бути використаний і в індивідуальній роботі: якщо показники за якою-небудь шкалою у людини сильно занижені, то це слід врахувати при наданні психологічної допомоги. У нормі показники по всіх шкалах вищі за середній.

7.10. Карта ризику суїцидальності (Н. Конончук)

1. Дані анамнезу.
2. Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років.
3. Раніше була вчинена суїцидальна спроба (особливо небезпечно – не раніше, ніж рік тому).
4. Суїцидальні спроби у родичів.
5. Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років).
6. Нестача тепла у сім'ї в дитинстві або юності.
7. Повна або часткова бездоглядність у дитинстві.
8. Початок статевого життя до 20 років.
9. Надання великого значення в системі цінностей інтимним стосункам.
10. Недостатнє значення виробничої сфери в системі цінностей.
11. Наявність в анамнезі розлучення (власного).
12. Актуальна конфліктна ситуація.
13. Ситуація невизначеності, очікування.
14. Конфлікт у любовних чи подружніх стосунках.
15. Тривалі конфлікти.

16. Подібний конфлікт був раніше.
17. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
18. Суб’єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
19. Почуття образи, жалю до себе.
20. Відчуття втоми, безсилля.
21. Суїцидальні висловлювання, погрози.
22. Характеристика особистості.
23. Емоційна лабільність.
24. Імпульсивність.
25. Емоційна залежність, необхідність надто близьких емоційних контактів.
26. Довірливість.
27. Емоційна в’язкість.
28. Хворобливе самолюбство.
29. Самостійність, незалежність у прийнятті рішень.

7.11. Тест «незакінчених речень» (варіант Л. Сакса та В. Леві)

Стимульний матеріал

1. Думаю, що мій батько рідко…
2. Якщо всі проти мене, то…
3. Я завжди хотів…
4. Якби я займав керівну посаду…
5. Майбутнє здається мені…
6. Моє начальство (керівництво)…
7. Знаю, що нерозумно, але боюся…
8. Думаю, що справжній друг…
9. Коли я був дитиною…
10. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є…
11. Коли я бачу жінку поруч з чоловіком…
12. У порівнянні з більшістю інших моя сім’я…
13. Найкраще мені працюється з…
14. Моя мати і я…

15. Зробив би все, щоб забути…
16. Якби мій батько тільки захотів…
17. Думаю, що я достатньо здатний, щоб…
18. Я міг би бути дуже щасливим, якби…
19. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом…
20. Сподіваюся на…
21. У школі мій вчитель…
22. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся…
23. Не люблю людей, які…
24. Колись…
25. Вважаю, що більшість юнаків (дівчат)…
26. Подружнє життя здається мені…
27. Моя сім'я поводиться зі мною як з…
28. Люди, з якими я працюю…
29. Моя мати…
30. Моєю найбільшою помилкою було…
31. Я хотів би, щоб мій батько…
32. Моя найбільша слабкість полягає в тому…
33. Моїм прихованим бажанням в житті є…
34. Мої підлеглі…
35. Настане той день, коли…
36. Коли до мене наближається мій начальник…
37. Хотілося б мені перестати боятися…
38. Більше всіх люблю тих людей, які…
39. Якби я знову став молодим…
40. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)…
41. Якби у мене було нормальне статеве життя…
42. Більшість відомих мені сімей…
43. Люблю працювати з людьми, які…
44. Вважаю, що більшість матерів…
45. Коли я був молодим, то відчував провину, якщо…
46. Думаю, що мій батько…
47. Коли мені починає не везти, я…
48. Найбільше я хотів би в житті…

49. Коли я даю іншим доручення…
50. Коли я помру…
51. Люди, перевага яких над собою я визнаю…
52. Мої побоювання не раз змушували мене…
53. Коли мене немає, мої друзі…
54. Моїм самим живим спогадом дитинства є…
55. Мені дуже не подобається, коли жінки (чоловіки)…
56. Моє статеве життя…
57. Коли я був дитиною, моя сім'я…
58. Люди, які працюють зі мною…
59. Я люблю свою матір, але…
60. Найгірше, що мені сталося здійснити, це…

№ п/п	Групи речень	№ завдань
1	Ставлення до батька	1 16 31 46
2	Ставлення до себе	2 17 32 47
3	Нереалізовані можливості	3 18 33 48
4	Ставлення до підлеглих	4 19 34 49
5	Ставлення до майбутнього	5 20 35 50
6	Ставлення до керівництва	6 21 36 51
7	Страхи та тривоги	7 22 37 52
8	Ставлення до друзів	8 23 38 53
9	Ставлення до власного минулого	9 24 39 54
10	Ставлення до протилежної статі	10 25 40 55
11	Сексуальні стосунки	11 26 41 56
12	Ставлення до сім'ї	12 27 42 57
13	Ставлення до колег	13 28 43 58
14	Ставлення до матері	14 29 44 59
15	Почуття провини	15 30 45 60

7.12. Тест незакінчених речень (для дружин учасників бойових дій, Федоренко Р. П. – авторська версія)

Допишіть, будь ласка, речення:

Сімейне життя, як правило, …

Для мене завжди …

Мій чоловік …

Якби я могла, …
Для мого чоловіка …
У моєму житті …
Розмова на тему війни для мене…
Я б ніколи …
Спогади про бойові дії у мого чоловіка …
На мою думку, …
Минуле для мене …
Тема війни здебільшого …
У майбутньому наша сім’я …
Розпад подружніх взаємин…
Якби не участь чоловіка у воєнних діях, наша сім’я …

Тест незакінчених речень (Федоренко Р. П., авторська версія)
Категорія досліджуваних: підлітки

Я вірю …
У житті часто …
Думаю, що мій батько …
У школі, здебільшого, …
Я могла б (міг би) бути щасливою/им, ...
Спогади з дитинства для мене …
Якби я могла (міг), …
Дорослі,як правило, …
На мою думку, справжній друг (подруга) …
Якщо хтось закінчує життя самогубством,….
Моя мама …
Я б ніколи …
Якщо всі проти мене, то …
Я вважаю, що школа часто …
Контакт з групами смерті у соцмережах шукають, як правило, …
Найбільше мені хотілося б …
Якби ябула (був) вчителем, …
Життя …

Настане день, коли …

Якби не ……., діти не грали б у небезпечні ігри

Для мене сім’я …

7.13. Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

Інструкція досліджуваному. Зараз вам зачитають твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить – то 2, якщо не зовсім підходить – 1, якщо зовсім не підходить – 0.

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.

22. Нерідко почуваюся беззахисним.

23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.

24. Я легко зближуюся з людьми.

25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.

26. Інколи у менебуває пригнічений настрій.

27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.

28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.

29. Мене легко переконати.

30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.

31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.

32. Нерідко я виявляю упертість.

33. Мене хвилює стан мого здоров'я.

34. У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.

35. У мене різка жестикуляція.

36. Я неохоче йду на ризик.

37. Я важко витримую очікування чогось.

38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.

39. Я – мстивий.

40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів

І. Шкала тривожності – визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

0–7 балів – низький рівень тривожності;

8–11 балів – середній рівень тривожності;

12–16балів – високий рівень тривожності;

17 балів і більше – дуже високий рівень тривожності.

ІІ. Шкала фрустрації – виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:

0–7 балів – низький рівень фрустрації;

8–9 балів – середній рівень фрустрації;

10–15балів – високий рівень фрустрації;

16 балів і більше – дуже високий рівень фрустрації.

III. Шкала агресії – виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:

0–10 балів – низький рівень агресивності;

11–12 балів – середній рівень агресивності;

13–16 балів – високий рівень агресивності;

17 і більше – дуже високий рівень агресивності.

IV. Шкала ригідності–ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою – 13 балів і вище:

0–10 балів – низький рівень ригідності;

11–12балів – середній рівень ригідності;

13–16 балів – високий рівень ригідності;

17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.

Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:

0–38 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;

39–45 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;

46 балів і більше – рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

7.14. Тест-опитувальник батьківського ставлення (А. Варга, В. Столін)

На кожне твердження дайте відповідь «так» або «ні»

Питання:

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.

2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина.

3. Я поважаю свою дитину.

4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.

5. Потрібно якомога довше тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.

6. Я відчуваю до дитини прихильність.

7. Добрі батьки оберігають дитину від життєвих труднощів.

8. Моя дитина часто неприємна мені.

9. Я завжди намагаюсь допомогти своїй дитині.

10. Бувають випадки,колиглумливе ставлення до дитини приносить їй велику користь.

11. Я відчуваю досаду щодо своєї дитини.

12. Моя дитина нічого не досягне у житті.

13. Мені здається, що діти знущаються над моєю дитиною.

14. Моя дитина часто здійснює такі вчинки, які окрім презирства нічого не варті.

15. Для свого віку моя дитина не зовсім зріла.

16. Моя дитина поводиться спеціально, щоб досадити мені.

17. Моя дитина вбирає у себе все погане, як губка.

18. Мою дитину важко навчити гарних манер, при найбільшому старанні.

19. Дитину потрібно тримати у суворих рамках, тоді з неї виросте порядна людина.

20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.

21. Я схвалюю свою дитину.

22. До моєї дитини липне все погане.

23. Моя дитина не досягне успіхів у житті.

24. Коли в компанії знайомих говорять про дітей мені трохи соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як хотілось би.

25. Я жалію свою дитину.

26. Коли я порівнюю свою дитину з її ровесниками, вони здаються мені дорослішими і у поведінці і у судженнях.

27. Я із задоволенням проводжу з дитиною свій вільний час.

28. Мені шкода, що моя дитина росте і дорослішає.

29. Я часто ловлю себе на ворожому ставленні до дитини.

30. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені не вдалося у житті.

31. Батьки повинні пристосовуватись до дитини.

32. Я намагаюся виконати всі прохання моєї дитини.

33. Приймаючи сімейні рішення слід враховувати і думку дитини

34. Головна причина капризів моєї дитини – егоїзм, впертість і лінь.

35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права.

36. Діти рано дізнаються, що батьки можуть помилятися.

37. Я завжди зважаю на свою дитину.

38. Я відчуваю приязнь до дитини.

39. Я дуже цікавлюсь життям своєї дитини.

40. Неможливо нормально відпочити, якщо проводиш час з дитиною.

41. Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безхмарне дитинство.

42. Іноді мені здається, що моя дитина – нездатна ні до чого доброго.

43. Я поділяю захоплення своєї дитини.

44. Моя дитина може вивести із себе будь-кого.

45. Я поділяю гіркоту, смуток своєї дитини.

46. Моя дитина часто дратує мене.

47. Виховання дитини – суцільне тріпання нервів.

48. Сувора дисципліна у дитинстві – розвиває сильний характер.

49. Я не довіряю своїй дитині.

50. За суворе виховання діти дякують потім.

51. Інколи мені здається, що я ненавиджу свою дитину.

52. У моєї дитини більше недоліків, ніж позитивних якостей.

53. Я поділяю інтереси своєї дитини.

54. Моя дитина не спроможна що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов’язково не так.

55. Моя дитина виросте непристосованою до життя.

56. Моя дитина подобається мені такою, якою вона є.

57. Я ретельно стежу за станом здоров’я своєї дитини.

58. Нерідко я захоплююсь своєю дитиною.

59. Дитина не повинна мати секретів від батьків.

60. Я не високої думки про здібності своєї дитини і не приховую цього від неї.

61. Дуже бажаю, щоб дитина товаришувала з тими дітьми, які подобаються її батькам.

Ключі для опитувальника:

1 «Прийняття–відхилення» – 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 34, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

2. «Кооперація» – 6, 9, 21, 25, 31, 33, 39, 35, 36.

3. «Симбіоз» – 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація» – 2,19, 30, 48, 50, 57, 59.

5. «Маленький (-а) невдаха» – 9, 11, 13, 17, 22, 23, 54, 61.

7.15. Тест-опитувальник «задоволеність шлюбом» (В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко)

Інструкція досліджуваному: «Уважно читайте кожне твердження й обирайте один із трьох варіантів відповідей. Намагайтесь уникати відповіді «важко сказати», «важко відповісти» тощо.

Текст запитальника

1. Коли люди живуть так близько, як це відбувається в сімейному житті, вони неминуче втрачають взаєморозуміння й гостроту сприймання іншої людини:

а) правильно; б) неправильно; в) невпевнений.

2. Ваші сімейні відносини дають вам:

а) швидше занепокоєння й страждання;

б) тяжко відповісти;

в) швидше радість і задоволення.

3. Рідні та друзі оцінюють ваш шлюб:

а) як щасливий; б) щось середнє; в) як нещасливий.

4. Якби ви могли, то:

а) багато чого б змінили в характері дружини (чоловіка);

б) важко сказати;

в) ви не стали б нічого змінювати.

5. Одна з проблем сучасного шлюбу в тому, що все «приїдається», у тому числі й сексуальні відносини:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

6. Коли ви порівнюєте своє життя із сімейним життям ваших друзів і знайомих, то вам здається:

а) що ви нещасніший від інших;

б) важко сказати;

в) що ви щасливіший за інших.

7. Життя без сім'ї, близької людини – дуже дорога ціна за повну самостійність:

а)правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

8. Ви вважаєте, що без вас життя вашої дружини (чоловіка) було б неповноцінним:

а) так, вважаю; б) важко сказати; в) ні, не вважаю.

9. У більшості людей якюсь мірою не справджуються сподівання стосовно шлюбу:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

10. Тільки більшість різних обставин заважають вам подумати про розлучення:

а) правильно; б) не можу сказати; в) неправильно.

11. Якби повернути час, коли ви вступали в шлюб, то вашим чоловіком (жінкою) міг би стати:

а) хтозавгодно, тільки не теперішній чоловік (жінка);

б) важко сказати;

в) можливо, саме теперішній чоловік(жінка).

12. Ви пишаєтеся тим, що саме така людина, як ваш чоловік (жінка), – поруч із вами:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

13. На жаль, недоліки вашого чоловіка (жінки) часто переважують його достоїнства:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

14. Основна перешкода для щасливого сімейного життя полягає у:

а) швидше всього в характері вашого чоловіка (жінки);

б) важко сказати;

в) швидше у вас самих.

15. Почуття, із якими ви вступали в шлюб:

а) посилилися; б) важко сказати; в) ослабли.

16. Шлюб притуплює творчі можливості людини:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

17. Можна сказати, що ваш чоловік (дружина) має такі достоїнства, які компенсують його недоліки:

а) згоден; б) щось середнє; в) ні, не згоден.

18. На жаль, у вашому шлюбі не все благополучно з емоційною підтримкою один одного:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

19. Вам здається, що ваш чоловік (дружина) часто робить дурниці, говорить недоречно й жартує:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

20. Життя в сім'ї, як вам здається, не залежить від вашої волі:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

21. Ваші сімейні відносини не внесли в життя того порядку й організованості, яких ви чекали:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

22. Неправі ті, хто вважає, що саме в сім'ях людина менше всього може розраховувати на повагу:

а) згоден; б) важко сказати; в) незгоден.

23. Зазвичай, присутність вашого чоловіка (жінки) дає вам радість:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

24. Чесно кажучи, у вашому сімейному житті нема й не було жодного світлого моменту:

а) правильно; б) важко сказати; в) неправильно.

Ключ: 1в, 2в, 3а, 4в, 5в, 6в, 7а, 8а, 9в, 10в, 11в, 12а, 13в, 14в, 15а, 16в, 17а, 18в, 19в, 20в, 21в, 22а, 23а, 24в.

Порядок підрахунку. Якщо обраний досліджуваним варіант відповіді (а, б чи в) збігається з наведеними в ключі, то нараховується 2 бали; якщо проміжний (б) – то 1 бал; за відповідь, що не збігається з наведеними, – 0 балів.

Далі підраховується сумарний бал з усіх відповідей. Можливий діапазон тестового балу – від 0 до 48 балів. Високий бал свідчить про задоволеність шлюбом.

Уся вісь сумарних балів тесту розбивається на сім категорій:

0–16 балів – абсолютно неблагополучні;

17–22 балів – неблагополучні;

23–26 балів – скоріше не благополучні;

27– 28 балів – перехідні;

29–32 балів – скоріше благополучні;

33–38 балів – благополучні;

39–48 балів – абсолютно благополучні.

7.16. Методика «розподіл ролей у сім'ї»

Інструкція: просимо відповісти на запропоновані нижче запитання, які стосуються деяких моментів організації Вашого сімейного життя. Усі ваші відповіді залишаться в таємниці.

Для кожного запитання пропонується набір варіантів відповідей: виберіть, будь ласка, ту відповідь, яка найбільше підходить.

Питання:

1. Від кого з васзалежать інтереси та захоплення сім'ї?

а) в основному від чоловіка;

б) здебільшого від чоловіка, але й від жінки також;

в) більше від дружини, але й від чоловіка також;

г) в основному від дружини.

2. Від кого з вас більше залежить настрій у сім'ї?

а)здебільшого від дружини;

б) переважно від дружини, але й від чоловіка теж;

в) від чоловіка, але й від жінки теж;

г) від чоловіка.

3. Якщо виникає необхідність, хто з вас першим знайде, де можна позичити велику суму грошей?

а) дружина;

б) дружина, але й чоловік теж;

в) чоловік, але й дружина теж;

г) чоловік.

4. Хто у вашій сім'ї часто запрошує в будинок гостей?

а) чоловік;

б) зазвичай запрошує чоловік, але йдружина теж;

в) зазвичай запрошує дружина, але й чоловік теж;

г) частіше запрошує дружина.

5. Кого в сім'ї більше турбують затишок і зручності вашої квартири?

а) переважно чоловіка;

б) більше чоловіка, але й дружину теж;

в) здебільшого дружину, але й чоловіка теж;

г) переважно дружину.

6. Хто з вас частіше першим цілує й обнімає іншого?

а) зазвичай чоловік;

б) зазвичай чоловік, але й дружина теж;

в) зазвичай дружина, але й чоловік теж;

г) зазвичай дружина.

7. Хто у вашій сім'ї вирішує, які газети й журнали передплачувати?

а) зазвичай дружина;

б) більше це залежить від дружини, але й від чоловіка теж;

в) здебільшого це залежить від чоловіка, але й нід дружини теж;

г) зазвичай чоловік.

8. За чиєю ініціативою ви частіше ходите в кіно, театр?

а) чоловіка;

б) переважно чоловіка, але буває, що й дружини;

в) переважно дружини, але буває, що й чоловіка;

г) дружини.

9. Хто увашій сім'ї грається з маленькими дітьми?

а) в основному дружина;

б) частіше дружина, але й чоловік теж;

в) частіше чоловік, але й дружина теж;

г) здебільшого чоловік.

10. Від кого у вашій сім'ї залежить взаємна задоволеність інтимними стосунками?

а) переважновід чоловіка;

б) більше від чоловіка, але й від дружини теж;

в) більше від дружини, але й від чоловіка теж;

г) переважно від дружини.

11. Майже всі подружні пари час від часу переживають труднощі в інтимних взаєминах; як ви вважаєте, від кого це може залежати у вашій сім'ї (більшою мірою)?

а) частіше від чоловіка;

б) зазвичай від чоловіка, але й від дружини теж;

в) зазвичай від дружини, але й від чоловіка теж;

г) частіше від дружини.

12. Чиї життєві принципи та правила (ставлення до брехні, обов'язковість виконання обіцянок, неможливість запізнень й ін.) є визначальними у вашій сім'ї?

а) дружини;

б) зазвичай, дружини, але в деяких випадках – чоловіка;

в) як правило, чоловіка, але в деяких випадках – дружини;

г) чоловіка.

13. Хто у вашій сім'ї слідкує за поведінкою маленьких дітей?

а) переважно дружина;

б) частіше дружина, але іноді чоловік;

в) частіше чоловік, але іноді дружина;

г) здебільшого чоловік.

14. Хто у вашій сім'ї ходить із дитиною в кіно, театр, на прогулянки й ін.?

а) в основному чоловік;

б) частіше чоловік, але іноді дружина;

в) частіше дружина, але іноді чоловік;

г) в основному дружина.

15. Хто у вашій сім'ї більше звертає увагу на самопочуття іншого?

а) чоловік;

б) більшою мірою чоловік, але й дружина теж;

в) більшою мірою дружина, але й чоловік теж;

г) дружина.

16. Уявіть таку ситуацію: у вас обох з'явилася можливість змінити роботу на більш оплачувану, але менш цікаву. Хто це зробить першим?

а) дружина;

б) радше дружина, ніж чоловік;

в) радше чоловік, ніж дружина;

г) чоловік.

17. Хто у вашій сім'ї займається щоденними покупками?

а) в основному чоловік;

б) більшою мірою чоловік, але й дружина теж;

в) більшою мірою дружина, але й чоловік теж;

г) в основному дружина.

18. Хто у вашій сім'ї має більше підстав ображатися на байдужість, черствість, безтактність іншого?

а) чоловік;

б) більшою мірою чоловік, але й дружина теж;

в) більшою мірою дружина, як чоловік;

г) дружина.

19. Якщо у вашій сім'ї виникнуть труднощі з грішми, то хто із подружжя займеться пошуками додаткового заробітку?

а) чоловік;

б) насамперед чоловік, але й дружина візьме в цьому участь;

в) насамперед дружина, але й чоловік візьме в цьому участь;

г) дружина.

20. Хто у вашій сім'ї планує, як і де провести відпустку?

а) в основному дружина;

б) частіше дружина, але й чоловік бере участь;

в) частіше чоловік, але й дружина бере участь;

г) в основному чоловік.

21. Хто у вашій сім'ї викликає представників різних ремонтних служб і веде з ними переговори?

а) зазвичай дружина;

б) частіше це робить дружина, але інколи й чоловік;

в) частіше це робить чоловік, але інколи й дружина;

г) зазвичай це робить чоловік.

Обробка результатів полягає у підрахунку, якою мірою та чи інша роль реалізується чоловіком і дружиною.

Ключ (розподіл запитань за конкретними сімейними ролями):

1. Виховання дітей – запитання № 9, 13, 14.
2. Емоційний клімат у сім'ї – № 2, 15, 18.
3. Матеріальне забезпечення сім'ї – № 19, 3, 16.
4. Організація розваг – № 20, 8, 4.
5. Роль «господаря», «господині» – № 17, 5, 21.
6. Сексуальний партнер – № 10, 6, 11.
7. Організація сімейної субкультури – № 1, 7, 12.

Індекси з кожної сфери підраховуються як середнє арифметичне трьох запитань. У запитаннях № 1,4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19 першій альтернативі приписується значення «1», другій – «2», третій – «3», четвертій – «4». В інших запитаннях значення приписуються у зворотному порядку, тобто у запитаннях № 2, 3, 7, 9, 12, 13, 16, 20, 21 першій альтернативі приписується значення «4», другій – «3», третій – «2», четвертій – «1».

Підрахунок засферамиздійснюємо так:

1. (+9+13+14): 3
2. (+2+15+18): 3
3. (19+3+16): 3
4. (+20+8+4) : 3
5. (17+5+21): 3
6. (10+6+11): 3
7. (1+7+12): 3

Чим вищий бал, тим більше ця роль в опитуваній сім'ї реалізується дружиною, чим нижчий – чоловіком. Якщо величина близька до середнього значення, то цю роль обоє партнерів реалізують приблизно однаково.

7.17. Методика «спілкування у сім'ї»

1. Чи можна сказати, що вам із дружиною (чоловіком), як правило, подобаються одні й ті самі кінофільми, книги, вистави?

а) так; б) імовірно, так; в) імовірно, ні; г) ні.

2. Чи часто під час розмови з дружиною (чоловіком) у вас виникає почуття спільності, повного взаєморозуміння?

а) дуже рідко; б) достатньо рідко; в) досить часто; г) дуже часто.

3. Чи є у вас улюблені фрази, вирази, які означають для вас обох одне й те само, і ви із задоволенням використовуєте їх?

а) так; б) імовірно, так; в) імовірно, ні; г) ні.

4. Чи можете ви передбачити, чи сподобається вашій дружині (чоловікові) кінофільм, книга й т. ін.?

а) так; б) імовірно, так; в) імовірно, ні; г) ні.

5. Як ви думаєте: відчуває ваша дружина (чоловік), чи подобається вам те, що вона говорить або робить, коли ви прямо про це не говорите?

а) майже завжди;

б) достатньо часто;

в) досить рідко;

г) майже ніколи.

6. Чи розповідаєте ви дружині (чоловікові) про свої стосунки з іншими людьми?

а) розказую майже все;

б) розказуюдостатньо багато;

в) розказую достатньо мало;

г) не розказую майже нічого.

7. Чи бувають у вас з дружиною (чоловіком) розбіжності щодо того, які стосунки підтримувати з рідними?

а) так,бувають майжепостійно;

б) бувають досить часто;

в) бувають достатньо рідко;

г) ні, не буває майже ніколи.

8. Наскільки добреваша дружина (чоловік)розумієвас?

а) дуже добре розуміє;

б) швидше добре, ніж погано;

в) швидше погано, ніж добре;

г) зовсім не розуміє.

9. Чи можна сказати, що ваша дружина (чоловік) відчуває, що ви ображені або роздратовані чимось, але не хоче цього показати?

а) так; б) напевне, так; в) напевне, ні; г) ні.

10. Як ви вважаєте, чи розказує вам дружина (чоловік) про свої неприємності та промахи?

а) майже завжди; б) досить часто; в) досить рідко; г) майже ніколи.

11. Чи буває так, що якесь слово або предмет викликає у вас обох одні й ті ж спогади?

а) дуже рідко; б) досить рідко; в) досить часто; г) дуже часто.

12. Коли у вас неприємності, поганий настрій, чи стає вам легше від спілкування з дружиною (чоловіком)?

а) так, майже завжди;

б) достатньо часто;

в) досить рідко;

г) ні, майже ніколи.

13. Як ви думаєте, чи є теми, на які дружині (чоловікові) важко та неприємно розмовляти з вами?

а) їх дуже багато;

б) їх доситьбагато;

в) їх достатньо мало;

г) таких тем дуже мало.

14. Чи буває так, що в розмові з дружиною (чоловіком) ви почуваєте себе скуто, не можете підібрати потрібних слів?

а) дуже рідко; б) досить рідко; в) достатньо часто; г) дуже часто.

15. Чи є увас із дружиною (чоловіком) сімейні традиції? а) так;

б) швидше так, ніж ні; в) швидше ні, ніж так; г) ні.

16. Чи може ваша дружина (чоловік) без слів зрозуміти, який у вас настрій?

а) майже ніколи;

б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) майже завжди.

17. Чи можна сказати, що у вас із дружиною (чоловіком) однакове ставлення до життя?

а) так; б) швидше так, ніж ні; в) швидше ні, ніж так; г) ні.

18. Чи буває так, що ви не розказуєте дружині(чоловікові) новину, важливу для вас, але яка до неї (нього) не має прямого стосунку?

а) дуже рідко; б) достатньо рідко; в) досить часто; г) часто.

19. Чи розказує вамдружина (чоловік) про свій фізичний стан?

а) розказує майже все;

б) розказує достатньо багато;

в) розказує досить мало;

г) не розказує майже нічого.

20. Чи відчуваєте ви, що подобається вашій дружині (чоловікові) те, що ви робите або говорите, якщо вона (він) прямо не говорить про це?

а) майже завжди;

б) достатньо часто;

в) досить рідко;

г) майже ніколи.

21. Чи можна сказати, що ви згідні один з одним в оцінці більшості своїх друзів?

а) ні; б) радше ні, ніж так; в) радше так, ніж ні; г) так.

22. Як ви думаєте, чи може ваша дружина (чоловік) передбачити, чи сподобається вам той чи інший фільм, книга?

а) думаю, так; б) радше так, ніж ні; в) радше ні, ніж так; г) думаю, ні.

23. Якщо ви зробили помилку, чи розказуєте дружині (чоловікові) про свої неприємності?

а) нерозказуюмайженіколи;

б) розказую досить рідко;

в) розказую досить часто;

г) розказую майжезавжди.

24. Чи буває так, що коли ви перебуваєте серед інших людей, то дружині (чоловікові) достатньо подивитися на вас, щоб зрозуміти, як ви ставитеся до того, що відбувається навкруги?

а) дуже рідко; б) доситьрідко; в) достатньо часто; г) дуже часто.

25. Як ви вважаєте, наскільки ваша дружина (чоловік) відверта(ий) із вами?

а) повністю відверта(ий);

б) скоріше відверта(ий);

в) скоріше невідверта(ий);

г) зовсім невідверта(ий).

26. Чи можна сказати, що вам легко спілкуватися з дружиною (чоловіком)?

а) так; б) радше так, ніж ні; в) радше ні, ніж так; г) ні.

27. Чи часто ви пустуєте, спілкуючись один з одним?

а) дуже рідко; б) достатньо рідко; в) досить часто; г) дуже часто.

28. Чи буває так, що після того, як ви розказали дружині (чоловікові) про щось дуже для вас важливе, вам доводилося пожалкувати, що ви розповіли зайве?

а) ні, майже ніколи;

б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) так, майже завжди.

29. Як ви думаєте, якщо у вашої дружини (чоловіка) неприємності, поганий настрій, чи стає їй (йому) легше від спілкування з вами?

а) ні, майже ніколи;

б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) так, майже завжди.

30. Наскільки ви відвертіз дружиною (чоловіком)?

а) повністю відвертий(а);

б) скоріше відвертий(а);

в) скоріше невідвертий(а);

г) зовсім невідвертий(а).

31. Чи завжди ви відчуваєте, що ваша дружина (чоловік) ображена або роздратована чимось, якщо вона не хоче вам цього показати?

а) так;

б) напевне, це так;

в) напевне, це не так;

г) ні, це не так.

32. Чи трапляється, що ваші погляди з якого-небудь важливого для вас питання не збігаються з думкою вашої дружини (чоловіка)?

а) дуже рідко; б) доситьрідко; в) достатньо часто; г) дуже часто.

33. Чи буває так, що ваша дружина (чоловік) не ділиться з вами новиною, яка важлива особисто для неї (нього), але вас безпосередньо це не стосується?

а) дуже часто; б) досить часто; в) достатньо рідко; г) дуже рідко.

34. Чи можете ви без слів зрозуміти, який у вашої дружини (чоловіка) настрій?

а) майже завжди;

б) достатньо часто;

в) досить рідко;

г) майже ніколи.

35. Чи часто об'єднує вас із дружиною (чоловіком) почуття «ми»?

а) дуже часто; б) доситьчасто; в) достатньо рідко; г) дуже рідко.

36. Наскільки добревирозумієте свою дружину (чоловіка)?

а) зовсім не розумію;

б) радше погано, ніж добре;

в) радше добре, ніж погано;

г) повністю розумію.

37. Чи розповідає вам дружина (чоловік) про свої стосунки з іншими людьми?

а) не розказує майже нічого;

б) розказує досить мало;

в) розказує достатньо багато;

г) розказує майже все.

38. Чи буває так, що в розмові з вами дружина (чоловік) почуває себе напружено, скуто, не може підібрати потрібних слів?

а) дуже рідко; б) достатньо рідко; в) досить часто; г) дуже часто.

39. Чи є у вас таємниці від дружини (чоловіка)?

а) є; б) скоріше є, ніж немає; в) скоріше немає, ніж є; г) немає.

40. Чи часто ви, звертаючись один до одного, використовуєте смішні найменування?

а) дуже часто; б) достатньо часто; в) досить рідко; г) дуже рідко.

41. Чи є теми, на які вам важко та неприємно говорити з дружиною (чоловіком)?

а) дуже багато; б) досить багато; в) достатньо мало; г) дуже мало.

42. Чи часто у вас із дружиною (чоловіком) виникають розбіжності в тому, як виховувати дітей?

а) дуже рідко; б) досить рідко; в) достатньо часто; г) дуже часто.

43. Як ви думаєте, чи можна сказати, що вашій дружині (чоловікові) легко спілкуватися з вами?

а) так; б) радше так, ніж ні; в) радше ні, ніж так; г) ні.

44. Чирозказуєте ви дружині (чоловікові)просвій фізичний стан?

а) розказую майже все;

б) розказуюдостатньо багато;

в) розказую досить мало;

г) нерозказую майже нічого.

45. Як ви думаєте,чи доводилося вашій дружині (чоловікові) жалкувати, що вона (він) розповіла вам щось дуже важливе для неї(нього)?

а) майже ніколи;

б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) майже завжди.

46. Чи виникало коли-небудь відчуття, що у вас із дружиною (чоловіком) існує своя мова, невідома нікому з оточуючих?

а) так; б) радше так, ніж ні; в) радше ні, ніж так; г) ні.

47. Як ви вважаєте, чи є у вашої дружини (чоловіка) таємниці від вас?

а) так; б) радше так, ніж ні; в) радше ні, ніж так; г) ні.

48. Чи буває так, що коли ви перебуваєте серед інших людей, то дружині (чоловікові) достатньо подивитися на вас, щоб зрозуміти, як ви ставитеся до того, що відбувається навкруги?

а) дуже часто; б) достатньо часто; в) досить рідко; г) дуже рідко.

Запитання розбиваються за шкалами так:

1. Довіра спілкування – № 6, 23, 25, 39, 44 – як респондент оцінює себе за цією ознакою; № 10, 19, 30, 37, 47 – як він оцінює партнера.

2. Взаєморозуміння між подружжям – № 4, 20, 31, 34, 36 – як респондент оцінює себе за цією ознакою; № 5, 8, 9, 16, 22 – як він оцінює партнера.

3. Схожість у поглядах подружжя – № 1,17, 21, 32, 42. 4. Загальні символи сім'ї – № 3, 11, 15, 40, 46.

5. Легкість спілкування між подружжям – № 2,14, 26, 27, 43.

6. Психотерапевтичність спілкування – № 12, 28, 29, 41, 45. В усіх запитаннях першій альтернативі приписується значення «4», другій – «3», третій – «Т», четвертій – «1». За кожною зі шкал підраховується індекс, значення якого дорівнює середньому арифме-тичному значень, які входять до шкали запитань.

Нижче наводяться формули розрахунку кожного індексу:

1. а) 6-23+25-39+44 – чим вищий бал, тим більш довірливий характер спілкування в сім'ї; б)10+19+30-37-47.

2. а) 4+20+31+34-36; б)5+8+9-16+20 – чим більший бал, тим вище взаєморозуміння між подружжям.

3. 1+17-21+32+42 – чим вищий бал, тим більш подібні погляди подружжя.

4. 3-11+15+40+46 – чим вищий бал, тим більше підстав говорити про наявність «сімейної мови».

5. -2+14+26-27+43 – чим вищий бал, тим легше подружжю спілкуватись один з одним.

6. 12+28+29-41+45 – чим більше значення індексу, тим «психотерапевтичніше» відбувається процес спілкування у сім'ї.

7.18. Методика «типовий сімейний стан»

П – психолог

Р – респондент

1. Психолог: «Подумки поверніться додому, у сім'ю! Згадайте почуття, із яким ви відчиняєте двері додому! Згадайте почуття, із яким думаєте про домашні справи на роботі! Як ви почуваєте себе у вихідні дні та ввечері? Згадайте все ваше сімейне життя! Як ви почуваєте себе найчастіше? Позначте на шкалах!»

П: (дає бланк для відповідей). Р: (відзначає).

2. Психолог: (звертає увагу на рису респондента, найбільш виражену на шкалах): «Ви відзначили, що почуваєте себе в сім'ї дуже ... (називається відповідна риса). Це, скоріше, приємне чи неприємне почуття? Прошу вас згадати декілька випадків із вашого сімейного життя, коли ви почували себе дуже ... (називається той же стан)».

3. Р (розповідає).

П: «Спробуйте ще раз оцінити свій стан удома на цих же шкалах! Усе залишається по-старому чи щось зміниться?» Р: (звичайно міняє оцінку з деяких шкал, якщо при цьому на перший план вийшов інший стан, то вся процедура повторюється від п. 2).

Обробка: бали зі шкал, помічених однаковим індексом, сумуються. Стан констатується, якщо сума оцінок із 4-х субшкал перевищує або дорівнює за З (загальна незадоволеність) – 26 балам; за Н (нервово-психічне напруження) – 27 балам; за Т (сімейна тривожність) – 26 балам.

1. Задоволеним	0	7	Незадоволеним З
2. Спокійним	0	7	Стривоженим Т
3. Розслабленим	0	7	Напруженим Н
4. Радісним	0	7	Засмученим З
5. Потрібним	0	7	Зайвим Т
6. Відпочилим	0	7	Замученим Н
7. Здоровим	0	7	Хворим З
8. Сміливим	0	7	Несміливим Т
9. Безтурботним	0	7	Стурбованим Н
10. Хорошим	0	7	Поганим З
11 Спритним	0	7	Незграбним Т
12. Вільним	0	7	Зайнятим Н

Т-; З-; Н-

Прізвище,ім'я, по батькові _____

7.19. Опитувальник «конструктивно-деструктивна сім'я» (КДС)

Опитувальник включає твердження про члена вашої сім'ї, який найбільше завдає вам турбот. Твердження пронумеровані. Такі ж номери є в «Бланку опитувальника КДС».

Інструкція: Читайте по черзі твердження опитувальника. Якщо ви переважно згідні з ними, то на бланку обведіть кружком номер твердження. Якщо ви здебільшого не згідні, то закресліть цей номер. Якщо важко вибрати, то поставте на номері знак питання. Намагайтеся, щоб таких відповідей було не більше трьох.

В опитувальнику немає «правильних» або «неправильних» тверджень. Відповідайте так, як є насправді, як ви думаєте. Пам'ятайте: ви відповідаєте про члена вашої сім'ї, який найбільше завдає вам турбот.

1. Впевнений, що допомогти йому (їй) можуть тільки найсуворіші заходи.
2. Коли дивлюся на нього (неї), думаю, що доля до мене несправедлива.
3. Я ніколи не знаю, що в нього (неї) на думці.
4. Іноді думаю: «Було б краще, якби він (вона) куди-небудь зник (зникла)».
5. Що б ми з ним (нею) не робили, він (вона) стає все гіршим (гіршою).
6. Оточуючі вважають мене винним (винною) у тому, що відбувається з ним (нею).
7. Нерідко він (вона) зникає і я не знаю, що з ним (нею).
8. Ніхто з оточуючих не хоче допомогти мені.
9. Він (вона) не зважає на мене,
10. Буває, що мені неприємно мати з ним (нею) справу.
11. Я ніколи не знаю, що вона (він) викине ще.
12. Він (вона) ставиться до мене вороже.
13. До нього (неї) неможливо знайти підхід.
14. Через нього (неї) в мене зіпсовані стосунки з багатьма людьми.
15. Він (вона) все приховує від мене.

16. Якби його (її) не було, моє життя було б щасливим та цікавим.

17. Навіть якщо він (вона) твердо вирішить стати кращим, я знаю: все одно він (вона) залишиться таким (такою), як був (була).

18. Мені соромно, коли говорять про нього (неї). 19. Він (вона) постійно обманює мене.

20. Його(її) виправлення (видужання) дуже мало залежить від мене.

Бланк запитальника КДСДК

1	5	9	13	17	Вплив	5	2
2	6	10	14	18	Фрустрація	4	2
3	7	11	15	19	Інформація	5	1
4	8	12	16	20	Відчуження	3	0

7.20. Тест діагностики самотності (Д. Расел, Л. Пепло, М. Фергюсон)

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Розгляньте послідовно кожне та оцініть з точки зору частоти їх прояву у Вашому житті при допомозі чотирьох варіантів відповідей: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи».

Твердження:

Я нещасливий, займаючись багатьма справами в одинокості. Мені нема з ким розмовляти.

Для мене нестерпно бути таким одиноким. Мені не вистачає спілкування.

Я відчуваю, ніби мене ніхто не розуміє.

Я перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені.

Нема нікого, до кого я міг би звернутися.

Я зараз більше ні з ким не перебуваю в близьких стосунках. Ті, що мене оточують, не поділяють мої інтереси та ідеї.

Я відчуваю себе покинутим.

Я не здатний розслабитись та вільно спілкуватися з тими, хто мене оточує.

Я відчуваю себе повністю одиноким.

Мої соціальні зв'язки з оточенням поверхневі. Я вмираю за компаніями та спілкуванням.

В дійсності ніхто не розуміє мене. Відчуваю себе ізольованим від інших.

Я нещасливий,будучи таким відкинутим. Мені важко заводити друзів.

Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими. Люди навколо мене, але не зі мною.

Обробка результатів та інтерпретація:

Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» помножується на три, «іноді» – на два, «рідко» – на один, «ніколи» – на нуль. Отримані результати сумуються. Максимально можливий показник одинокості – 60 балів.

Високу степінь одинокості вказують від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів – середній рівень одинокості, від 0 до 20 балів – низький рівень одинокості.

7.21. Тест «Кактус» (М. Панфілова)

Мета: виявлення стану емоційної сфери дитини, виявлення наявності агресії, її спрямованості і інтенсивності.

Вік: дошкільний, проводиться з дітьми з 4-х років.

Матеріал: папір (форматА4),олівець.

Інструкція: «На аркуші паперу намалюй кактус, таким, яким ти його собі уявляєш!»

Питання і додаткові пояснення не допускаються. Дитині дається стільки часу, скільки йому необхідно. Після закінчення малювання з дитиною проводиться бесіда.

Бесіда:

Кактусдомашній чидикий? Його можна почіпати?

Кактусу подобається, колиза нимдоглядають? У кактуса є сусіди?

Якірослини його сусіди?

Коли кактус виросте, що в ньому зміниться?

Інтерпретація:

Агресія: наявність голок, голки довгі, сильно стирчать і близько розташовані.

Імпульсивність: уривчасті лінії,сильнийнатиск.

Егоцентризм: великий малюнок,в центрі листа.

Залежність, невпевненість: маленькі малюнок внизу листа.

Демонстративність, відкритість: наявність виступаючих відростків, незвичайність форм.

Скритність, обережність: розташування зигзагів по контуру або всередині кактуса.

Оптимізм: використання яскравих кольорів.

Тривога: використання темних кольорів, внутрішньої штрихування, переривчасті лінії.

Жіночність: наявність прикраси, квітів, м'яких ліній, форм.

Екстравертованість: наявність інших кактусів, квітів.

Інтровертованість: зображений тільки один кактус.

Прагнення до домашнього захисту: наявність квіткового горщика.

Прагнення до самотності: зображений дикоростучий кактус.

7.22. Тест «Баранчик у пляшці»

Мета методики: оцінити взаємодію дитини з найближчим оточенням, картину світу дитини, ранні відносини з матір'ю, спосіб сепарації, які ресурси є у дитини для відділення. Цей тест дозволяє працювати з дітьми починаючи від 6 років.

Матеріал: лист паперу формату А4, звичайний олівець (бажано М чи 2М), кольорові олівці. Можна використовувати глину або пластилін, або солоне тісто, потім це ліплення прикрасити і так інтерпретувати. Замість пензликів, для дітей, можна використовувати їх пальчики – це і дрібну моторику розвиває, робить сам процес більш захоплюючий і з великим інтересом дитина буде виконувати.

Інструкція: «Намалюй баранця у пляшці».

Після того, як дитина намалює психолог проводить **опитування:**

1. Як він там опинився?

2. Як йому там у пляшці?

3. Яким він бачить оточуючий світ з пляшки?

4. Про що він мріє? (це зона найближчого зросту)

5. Чого він боїться?

6. Який у нього настрій?

7. Скільки йому років?

8. Чи чекає баранчик допомоги? Якщо так, то від кого та якої саме?

9. Чи хоче він вибратися?

10. Чи може він вибратися та яким способом?

11. Що він отримає, якщо вибереться?

В кінці психолог просить **придумати історію про баранця, в якій треба розповісти про шлях його виходу з пляшки.**

Баранчик – символізує автора роботи.Наскількияскраво, чітко, пухнасто промальований баранчик, настільки легко, позитивно і сприятливо людина відчуває себе в батьківській родині і навпаки. Наявність добре промальованих ріжків і ніг – це знак впертості, боротьби і відстоювання своєї думки, можливість наявності опору дитини по відношенню до батьків. Роги і копита часто зустрічаються в роботах підлітків, коли відбувається процес психологічного та емоційного відділення від батьківської сім'ї. Якщо автор зображує баранчика в негативному образі, це трактується як неприйняття себе.

Пляшка – символ батьківської сім'ї. Обриси пляшки мають своє значення. М'які, плавні, округлі форми пляшки – може трактуватися як близькість автора роботи до мами, і символізує потребу в її уваги та її турботі, оцінці. Більш різкі, незграбні форми пляшки – в характері автора роботи переважають батьківське начало, батьківські риси характеру.

Велике значення надається положенню баранчика в пляшці. Якщо баранчик твердо стоїть на ногах на дні пляшки це означає, що автор роботи перебуває в сім'ї, в якій відчуває стабільність, стійкість. Пляшка може бути зображена як в горизонтальному так і у вертикальному положенні. Спрямованість баранчика до шийки пляшки, може трактуватися, як бажання вийти з пляшки і відокремитися від батьківської сім'ї. Можливий варіант: коли баранчик знаходиться в положенні

протилежному – спиною до шийки пляшки і обличчям до денця, це трактується, як не бажання досліджуваного покидати батьківську сім'ю, наявність побоювань пов'язаних з самостійністю.

Слід звернути особливу увагу на горлечко, зіставити з розмірами баранчика. Чи відповідають розміри баранчика величиною шийки пляшки? Чи зможе баранчик при бажанні вийти з пляшки? Або може баранчик крупніше горлечка? А може йому тільки здається, що він може покинути пляшку? І чи хоче взагалі баранчик вийти з пляшки?

Зустрічаються роботи, в яких горлечко закрите пробкою, це може трактуватися як прояв гіперопіки, автор роботи відчуває себе під контролем з боку батьків, всі рішення приймаються за нього, і він явно не скоро буде готовий до самостійності і відокремлення від батьківської сім'ї.

Коли внутрішній простір пляшки прикрашається елементами інтер'єру, створюється замкнений затишний мікроклімат, це свідчить про надмірну кількість батьківського піклування, та про те, що автор роботи сприймає таку опіку позитивно. Батьки оточують всім необхідним і тим самим позбавляють дитину права на прийняття самостійних рішень і можливості представлення життя за межами сім'ї, це може бутипричинаминевпевненостів собі,соціальної несміливостідитини.

Коли пляшка надбита або розбита це може трактуватися як наявність психологічних травм, пережитих дитиною в батьківській родині.

Часто підлітки малюють пляшку і підписують її назвою алкогольного напою, це може говорити про те що в даний момент підлітка цікавлять спиртні напої, він перебуває в стані побудови свого ставлення до алкоголю. У цей момент педагогам і психологам важливо не упустити і провести необхідні виховні та корекційні заходи.

Важливо куди саме повернута пляшка: Вгору – до батьківського (чоловічого)принципу мислення, фантазій. З такої пляшки дуже важко вибратися, більше таємних переживань. Тобто тоді дитині притаманні раціоналізм,активність,відчуття непотрібностідій,недосяжності мети.

Вниз – до несвідомого, тілесного, материнського. Тобто фіксування на перешкодах до задоволення ситуативної потреби, можливо є авторитарна мати чи гіперопіка.

Ліворуч – пасивність, бездіяльність, акцент на минулому, рефлексія, острах активності, тенденція до роздумів, відсутні претензії на самоствердження, фіксація на якійсь ситуації з минулого. Праворуч – є направленим на майбутнє, свідоме. Тобто, бунтарство, непокора, іноді прямота, безкомпромісність.

Чи оцінює дитина пляшку як проблему, чи хоче він з нею впоратись.

Якщо у дитини в житті дуже складна ситуація, то вона може намалювати, наприклад, пляшку з-під отрути, алкоголю тощо. Якщо в сім'ї «поживна» ситуація, тоді можуть бути пляшки з поживними рідинами.

Якщо баранцю не хочеться виходити, можна говорити про те, що не вистачає фрустрації та немає необхідності розвиватися далі, або всі потреби задоволені та немає мотивації.

Якщо дитина малює коштовну пляшку, що прикрашена дорогоцінностями, це може говорити про те, що оточуюча середовище, заняття, гуртки, враження на оточуючих цінується більше ніж сама дитина.

Формальні показники

Натискна олівець – показник психомоторного тонусу:

– Слабий натиск, подекуди стрічка ледь видна – астенія (при астенії погіршується пам'ять, увага, з'являється плаксивість, примхливість, роздратування, невпевненість у собі): пасивність, іноді депресивний або субдепресивний стан (стан легко вираженої депресії, який характе-ризується зниженим настроєм, песимістичною оцінкою подій та зниженням працездатності) (з 4 річного віку).

– Сильній натиск, олівець продавлює папір – емоціональна напруга; ригідність (недостатня рухливість, переключення, пристосування мислення, установ та т. ін. по відношенню до вимог середи, яка змінюється. Спостерігається при ряді психічних захворювань.); імпульсивність (риса характеру, яка виражається у схильності до діяти без остаточного свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин або в силу емоціональних переживань) (з 4 річного віку).

– Занадто сильний натиск, олівець рве папір – конфліктність; гіперактивність; іноді агресивність; гостре збудження, пограничний або психотичний стан (грубе порушення оцінки реальності, тобто,

людина робить помилкові заключення стосовно оточуючої дійсності, помилково оцінює своє мислення и сприйняття та продовжує робити ці помилки, навіть коли стикається з доказами протилежного. Психічні симптоми включають маячіння, галюцинації, регресивну поведінку, в вочевидь не співпадаюче з настоєм та помітно незв'язне мовлення).

− Натиск сильно варіює – емоціональна лабільність (рухливість, переключення) характеризується тим, що людина швидко реагує на зміну ситуації, обставин, и партнерів, вільно виходить з одних емоціональних станів та входить в другі) (з 4 річного віку).

– Коливання натиску особливо сильні – емоціональна несталість; іноді гострий стан.

Особливості ліній

– Штрихові лінії – тривожність, як риса характеру.

– Численність ліній – тривога як стан на момент обстеження; стресовий стан; іноді імпульсивність.

– Ескізні лінії: спочатку проводяться слабі лінії, потім найбільш вдалі наводяться більш жирним – прагнення контролювати свою тривогу, тримати себе в руках.

– Лінії, які промахуються, не влучають в потрібну точку – імпульсивність; органічне ураження мозку; іноді гіперактивність (з 5-річного віку).

– Лінії, які не доведені до кінця – астенія; іноді імпульсивність (з 5-річного віку).

Розмір малюнків

– Завеликий розмір: малюнок займає весь лист – тривога, як стан на момент обстеження; стресовий стан; іноді імпульсивність; гіперактивність.

– Замалий розмір: малюнок займає менш ніж $^{1}/_{3}$ листа по висоті – депресія, низка самооцінка.

– Розмір сильно варіюється – емоціональна лабільність.

Розташування малюнка на аркуші

– Зміщення вверх, розташований у верхній половині листа, але не в куті – іноді завищена самооцінка, можливо, компенсаторне; прагнення до великих досягнень.

– Зміщення вниз, розташований у нижній половині листа – іноді зниження самооцінки.

– Зміщення у бік – іноді органічне ураження мозку.

– Виходить за рамки листа – імпульсивність; гостра тривога; іноді пограничний, невротичний або психотичний стан.

− Розташований у куті листа – іноді депресія або субдепресія.

Ретельністьта деталізованість малюнків

– Велика кількість різноманітних деталей – демонстративність, жива уява, творча спрямованість.

− Підвищена ретельність, велика кількість однотипних деталей – ригідність, тривожність, іноді перфекціонізм, епілептоїдна акцентуація, органічне ураження мозку.

– Мала кількість деталей, схематичність (по відношенню до вікової норми) – астенія, імпульсивність, низька емоційність, негативізм, негативне ставлення до обстеження, інтровертованість, замкнутість, іноді депресія або субдепресія, шизоїдна акцентуація, знижений рівень розумового розвитку.

– Недбалість (по відношенню до вікової норми) – імпульсивність, низька мотивація, іноді органічне ураження мозку, негативізм, негативне ставлення до обстеження.

Ретельність і деталізованість малюнків сильно варіюють – емоційна лабільність, різне емоційне відношення до різних зображених персонажів:

– збільшення кількості і різноманітності деталей – позитивне відношення;

– збільшення кількості одноманітних деталей – напружене ставлення;

– «бідність» деталей, схематичність, недбалість – негативне ставлення.

Додаткові особливості малюнків

1. Стирання та виправлення ліній – тривога як стан на момент обстеження; стресовий стан; емоційна напруга; тривожність, невпевненість в собі; іноді перфекціонізм.

2. Штриховка малюнку простим олівцем – тривожність як особистісна риса; тривога як стан на момент обстеження; іноді художній

прийом у людей, які навчаються або тих, хто навчає малюванню (в цих випадках не інтерпретується):

– розмашиста штриховка, яка місцями виходить за контур малюнку – гостра тривога; імпульсивність (з шестирічного віку);

– особливо ретельна штриховка – тривожність, невпевненість в собі; ригідність; іноді перфекціонізм;

– штриховка з сильним натиском: затемнення всього малюнку або його частин – емоціональна напруженість; гостра тривога; іноді пограничий або психологічний стан.

3. Відхилення по вертикалі – органічне ураження мозку; іноді відчуття своєї психологічної нестійкості, погана пристосованість до життя або нестійкий невротичний стан; порушення розумового розвитку (з 5-річного віку),

4. Порушення симетрії – органічне ураження мозку; імпульсивність; іноді негативізм; гострий стан (з 5-річного віку).

5. Рухові персеверації – органічне ураження мозку; іноді психічні захворювання; інтелектуальне порушення (з чотирьохрічного віку).

6. Розпад форми, неозначений, часто незамкнений контур – інтелек-туальне порушення; органічне ураження мозку; пограничний невротичний стан; психічне захворювання (з п’ятирічного віку).

7. Лінії та штрихи, які не відносяться до основного сюжету, заповнюють весь аркуш – імпульсивність, гостра тривога; пограничний невротичний стан; іноді психічне збудження(з чотирьохрічного віку).

8. Грубе викривлення форми і/або пропорцій – інтелектуальне порушення; органічне ураження мозку; негативізм; зниження конформності, порушення соціалізації; пограничний невротичний стан; психічне захворювання (з п’ятирічного віку).

7.23. Проективна методика «Мої страхи» (О. Захаров)

Ціль: визначити найбільш яскраві переживання почуття страху.

Опис методики: Після попередньої бесіди, про спогади дитини про те, що його лякає, йому пропонують аркуш паперу й кольорові олівці. У процесі аналізу звертається увага на те, що дитина намалю-

вала, а також на кольори, що використовувалися їм у процесі малювання. По закінченню малювання дитину просять розповісти про те, що вона зобразила. Таким чином, передбачається, що активне обговорення дитиною своїх відчуттів в ігровій обстановці дозволяє внутрішнім ресурсам змінити напрямок із захисту на конструктивний процес особистісних змін. Оперуючи матеріалами образотворчої діяльності, дитина відображає на ньому особливості свого внутрішнього світу. Тому проективні методики використовуються для виявлення найбільш яскравих переживань почуття страху.

Інструкція: дитині пред'являється аркуш паперу й кольорові олівці. Дослідник говорить дитині: «намалюй на цьому листку паперу, те чого ти найбільше боїшся».

7.24. Методика «визначення рівня самооцінки» (Г. Казанцева)

Методика пропонує певну кількість тверджень, навпроти яких ставиться один з трьох варіантів відповідей: «так» (+), «ні» (-), «не знаю» (?), які відповідають власній поведінці в аналогічній ситуації.

Бланк запитань

1. Звичайно я розраховую на успіх у своїх справах.
2. Більшу частину часу язнаходжуся у пригніченому стані.
3. Більшість ровесниківзі мноюрадяться.
4. У мене не має невпевненості в собі.
5. Я настільки ж здібний і винахідливий як більшість оточуючих мене людей.
6. Часом я почуваю себе нікому не потрібним.
7. Я все роблю добре (будь-яку справу).
8. Мені здається, що я нічого не досягну в майбутньому.
9. У будь-якій справі я вважаю себе правим.
10. Я роблюбагато такого, про що потім жалкую.
11. Коли я дізнаюсь про успіхи кого-небудь, кого я знаю, то сприймаю це як власну поразку.
12. Мені здається, що всі навколо дивляться на мене з осудом.
13. Мене мало турбують можливі невдачі.

14. Мені здається, що успішному виконанню доручень чи справ мені заважають перешкоди, яких мені не подолати.

15. Я рідко жалкую про те, що вже зробив.

16. Оточуючі мене люди більш привабливі, ніж я.

17. Я думаю, що я постійно комусь необхідний.

18. Мені здається, що я навчаюся гірше заінших.

19. Мені частіше щастить, ніж не щастить.

20. У житті я завжди чогось боюся.

Підрахунок результатів

Підраховується кількість позитивних відповідей (+), спочатку за непарними номерами, а потім за парними. Від першого результату віднімається другий. Кінцевий результат знаходиться в інтервалі від -10 до +10.

Інтерпретація

від -10 до -4 свідчить про занижену самооцінку від -3 до +3 – про адекватну самооцінку

від +4 до +10 – про завищену самооцінку.

7.25. Методика «Страхи в будиночках» (М. Панфілова)

Мета: виявлення й уточнення переважних видів страхів (страх темряви,самітності, смерті,медичні страхи і т.д.).Перш ніждопомогти дітям у подоланні страхів, необхідно з’ясувати, увесь спектр страхів і яким саме страхам вони піддані.

Опис методики: Діти малюють два будиночки, один чорний, а другий червоний. Їм диктують страхи, а вони заселяють їх у будиночки: у червоний – страхи, яких вони не бояться, а у чорний – страхи, котрих вони бояться.

Повторювати питання про те, боїться або не боїться дитина, випливає тільки час від часу. При стереотипнім запереченні всіх страхів просять давати розгорнуті відповіді типу «не боюся темряви», а не «ні» або «так». Краще, щоб дорослий перераховував страхи по пам’яті, тільки іноді заглядаючи в список, а не зараховуючи його.

Аналіз отриманих результатів: полягає в тому, що експериментатор підраховує страхи й порівнює їх з віковими нормами. Сукупні відповіді дитини поєднуються в кілька груп по видах страхів. Якщо дитина в трьох випадках із чотирьох–п'яти дає позитивну відповідь, то цей вид страху діагностується як наявний. З 30 видів страхів, виділених автором, у дітей спостерігаються від 6 до 15.

Інструкція для дитини *Ти боїшся:*

1. Коли залишаєшся один.
2. Нападу.
3. Захворіти, заразитись.
4. Померти.
5. Що помруть твої батьки.
6. Якихось людей.
7. Мами чи тата.
8. Того, що тебе покарають.
9. Якихось чудовиськ.
10. Спізнитись у школу.
11. Перед тим як заснути.
12. Страшних слів.
13. Темряви.
14. Якихось тварин.
15. Якогось транспорту.
16. Бурі, урагану, повені, землетрусу.
17. Коли дуже високо.
18. Коли дуже глибоко.
19. В тісній кімнаті, ліфті.
20. Води.
21. Вогню.
22. Пожежі.
23. Війни.
24. Великих вулиць, площ.
25. Лікарів.
26. Крові.

27. Болю.

28. Уколів.

29. Несподіваних рухів, різких звуків, коли щось стукне.

30. Зробити щось не так, не встигну.

7.26. Методика первинної діагностики та виявлення дітей «Групи ризику» (М. Рожков, М. Ковальчук)

Вікові межі: учні підліткового віку.

Інструкція: «Вам пропонуються питання, які стосуються різних сторін Вашого життя та особливостей Вашої поведінки. Якщо Ви щиро відповісте на кожне питання, у Вас буде можливість краще дізна-тися про самого себе.

Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Відповідайте на кожне питання наступним чином: якщо згідні, відповідайте «так», якщо не згідні – «ні». Працюйте швидко, довго не роздумуйте.

1. Чи вважаєш ти, що людям можна довіряти?

2. Чи вважаєш ти, що єдиний спосіб досягти чогось в житті – це турбуватися насамперед про себе?

3. Чи легко ти заводиш друзів?

4. Чи важко тобі говорити людям «ні»?

5. Чичасто хтось із батьків несправедливо критикує тебе?

6. Буває так, що твої батьки неприязно ставляться до твоїх друзів, з якими ти зустрічаєшся?

7. Чи часто ти нервуєшся?

8. Чи бувають у тебе зміни настрою без причини?

9. Зазвичай ти є центром уваги в компанії однолітків?

10. Чи можеш ти бути привітним навіть з тими, кого явно не любиш?

11. Чи правда те, що ти не любиш, коли тебе критикують?

12. Чи можеш ти бутивідвертим з близькими друзями?

13. Чи буває, що іноді ти дратуєшся настільки, що починаєш кида-тися предметами?

14. Чи здатний ти на грубі жарти?

15. Чи часто у тебе виникає відчуття, що тебе не розуміють?

16. Буває у тебе відчуття, що за твоєю спиною люди говорять про тебе погане?

17. Чи багато в тебе близьких друзів?

18. Чи соромишся ти звертатися до людей задопомогою?

19. Тобі подобається порушувати встановлені правила?

20. Чи буває у тебе іноді бажання завдати шкоду іншим людям?

21. Чи дратують тебе батьки?

22. Чи завжди ти вдома забезпечений всім життєво необхідним (місце для сну, їжа, одяг)?

23. Ти завжди впевнений у собі?

24. Зазвичай тиздригаєшсявід незвичногозвуку?

25. Чи здається тобі, що твої батьки тебе не розуміють?

26. Свої невдачі ти переживаєш сам?

27. Чи буває так, що коли ти залишаєшся один, твій настрій покращується?

28. Чи здається тобі, що у твоїх друзів щасливіша сім'я, ніж у тебе?

29. Чи відчуваєш ти себе нещасним через брак грошей в сім'ї?

30. Чи буває так, що ти злишся на всіх?

31. Чичасто типочуваєш себе беззахисним?

32. Чи легко тиосвоюєшся в новому колективі?

33. Чи важко тобі відповідати в школі перед всім класом?

34. Чи є у тебе знайомі, яких ти взагалі не можеш переносити?

35. Чи можеш ти вдарити людину?

36. Ти іноді погрожуєш людям?

37. Чи часто твої батьки наказували тебе?

38. Коли-небудь у тебе з'являлося сильне бажання втекти з дому?

39. Чи думаєш ти, що твої батьки часто поводяться з тобою як з дитиною?

40. Чи часто ти відчуваєш себе нещасним?

41. Ти легко можеш розсердитись?

42. Ризикнув би ти схопити за вуздечку коня, що біжить?

43. Чи вважаєш ти, що є багато дурнуватих моральних норм поведінки?

44. Чи страждаєш ти від нерішучості та сором'язливості?

45. Чи відчував ти, що тебе недостатньо люблять в сім'ї?

46. Чи вважаєш ти, що твої батьки живуть своїм окремим життям?

47. Чи часто ти втрачаєш впевненість у собі через зовнішній вигляд?

48. У тебе часто буває веселий та безтурботний настрій?

49. Ти рухлива людина?

50. Чи люблять тебе твої знайомі, друзі?

51. Чи буває так, що твої батьки тебе не розуміють і здаються тобі чужими?

52. При невдачах буває так, що у тебе з'являється бажання втекти кудись подалі та не повертатися?

53. Чи бувало, що хтось із батьків викликав у тебе почуття страху?

54. Твої батьки критикують твій зовнішній вигляд?

55. Чи заздриш ти іноді щастю інших?

56. Чи часто ти відчуваєш себе самотнім, навіть перебуваючи серед інших людей?

57. Чи є люди, яких ти ненавидиш по-справжньому?

58. Часто ти б'єшся?

59. Чи легко ти просиш про допомогу іншу людину?

60. Чи легко тобі всидіти на місці?

61. Ти охоче відповідаєш біля дошки у школі?

62. Буває так, що ти настільки пригнічений, що довго не можеш заснути?

63. Чи часто виявляв, що твій приятель тобі набрехав?

64. Чи часто ти сваришся, лаєшся?

65. Міг би ти без тренування керувати парусним човном?

66. Чи часто у вашій сім'ї бувають сварки?

67. Чи вважаєш ти одного зі своїх батьків дуже нервовим?

68. Чи часто ти відчуваєш себе нікчемним?

69. Чи хвилює тебе відчуття, що люди можуть відгадати твої думки?

70. Ти завжди робиш все по-своєму?

71. Чи бувають твої батьки занадто суворими до тебе?

72. Чи соромишся ти в товаристві малознайомих людей?

73. Чи часто тобі здається, що ти чимось гірший за інших?

74. Чи легко тобі вдається підняти настрій друзям?

Ключ

№ п/п	*Показник*	*№ питання*
1.	Відносини в сім'ї	+ : 5, 6, 21, 25, 28, 29, 37, 38, 39, 45, 46, 53, 54, 66, 67, 71 – : 22
2.	Агресивність	+ : 13, 14, 19, 20, 35, 36, 42, 57, 58, 64, 65
3.	Недовіра до людей	+ : 2, 4, 15, 16, 18, 34, 43, 44, 63, 72 – : 1, 3, 17, 59
4.	Невпевненість у собі	+ : 7, 8, 24, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 47, 55, 56, 68, 69, 73 – : 23
5.	Акцентуації: – гіпертимний тип – істероїдний тип – шизоїдний тип – емоційно-лабільний тип	 + : 48, 49, 74 – : 60 + : 9, 10, 50, 61 + : 26, 27, 51, 70 + : 11, 12, 52, 62

Оцінка результатів

№ п/п	*Показник*	*Високі бали (група ризику)*
1.	Відносини в сім'ї	8 і більше
2.	Агресивність	6 і більше
3.	Недовіра до людей	7 і більше
4.	Невпевненість у собі	8 і більше
5.	Акцентуації	3–4 бала по кожному типу акцентуації

Обробка та інтерпретація результатів

Відповіді учнів порівнюються з ключем. Підраховується кількість співпадань відповідей з ключем по кожному показнику (шкалі).

Сумарний бал по кожній з п'яти шкал відображає ступінь її прояву. Чим більше сумарний бал, тим сильніше проявляється даний психологічний показник і тим вище вірогідність зарахування дитини до групи ризику.

1. Відносини в сім'ї

Високі бали по цій шкалі опитувальника свідчать про порушення внутрішньосімейних взаємин, які можуть бути обумовлені:

• напруженою ситуацією в сім'ї;

• неприязним ставленням;

• обмеженнями та вимогами дисциплінованості без почуття батьківської любові;

• страхом перед батьками та ін.

Коли напруження, викликане незадоволеністю стосунками в сім'ї, продовжується занадто довго, воно починає чинити сильну руйнуючу дію на здоров'я дітей та підлітків.

2. Агресивність

Високі бали по цій шкалі опитувальника свідчать про підвищену ворожість, грубість, забіякуватість. Агресія може виражатися і в прихованих формах – недоброзичливості та озлобленості.

Підвищена агресивність часто супроводжується підвищеною схильністю до ризику та є невід'ємною рисою характеру дітей та підлітків групи ризику.

3. Недовіра до людей

Високі бали за цією шкалою свідчать про сильно виражену недовіру до навколишніх людей, підозрілості, ворожості. Такі діти та підлітки часто бувають пасивними та сором'язливими у спілкуванні з однолітками через страх бути знехтуваними. Зазвичай це супроводжується комунікативною некомпетентністю, невмінням встановлювати дружні взаємини з іншими людьми.

4. Невпевненість у собі

Високі бали за цією шкалою свідчать про високу тривожність, невпевненість у собі, можливо, про наявність комплексу неповноцінності, низьку самооцінку. Ці якості особистості також являються сприятливим підґрунтям для різних розладів у поведінці. Діти і підлітки, які мають високі оцінки по цій шкалі, можуть бути віднесені до групи ризику.

5. Акцентуації характеру

Догрупиризику відносять наступні типиакцентуації характеру:

– гіпертимний тип. Вирізняється завжди хорошим настроєм, високим тонусом, енергійністю, активністю, проявляє прагнення бути лідером, нестійкий в інтересах, недостатньо розбірливий у знайомствах, не любить одноманітність, дисципліни, монотонної праці, оптимістичний, переоцінює свої можливості, бурно реагує на події,дратівливий.

– істероїдний тип. Проявляє підвищену любов до себе, посиленої уваги до себе з боку інших, потребу у захопленості, співчуття з боку

навколишніх людей, намагається показати себе у кращому світлі, демонстративний в поведінці, претендує на виключне положення серед однолітків, непостійний та ненадійний в людських стосунках.

– шизоїдний тип. Характеризується замкнутістю та невмінням розуміти стан інших людей, відчуває труднощі у встановленні нормальних взаємин з людьми, часто аутизується в свій недоступний іншим людям внутрішній світ, в світ фантазій і мрій.

– емоційно-лабільний тип. Характеризується надмірно непередбачуваною зміною настрою. Сон, апетит, працездатність та комунікабельність залежать від настрою. Високочутливий до взаємин людей.

7.27. Колірний тест взаємин (А. Еткінд)

Колірний тест взаємин (КТВ), розроблений А. Еткіндом, – невербальний компактний діагностичний метод, що відображає як свідомі, так і частково несвідомі рівні відносин людини.

Методичною основою цього методу є колірно-асоціативний експеримент, ідея та процедура якого розроблені автором. Вони ґрунтуються на уявленні про те, що вагомі характеристики невербальних компонентів відносин до значимих інших і до самого себе відбиваються в кольорових асоціаціях до них. Кольорова сенсорика тісно пов’язана з емоційним життям людини. Цей зв’язок, підтверджений у багатьох експериментально-психологічних дослідженнях, давно використовується в низці психодіагностичних методів.

Так, незадоволеність значущих потреб, неможливість реалізувати домінуючі прагнення викликають фрустрацію, роздратування, негативні емоції, спрямовані на запобігання або подолання перешкод. Зі свого боку, задоволеність мотиву, позитивні очікування викликають у людини зацікавлення, радість, здивування, тобто позитивні емоції.

Отже, за допомогою стандартизованої процедури обстеження можна отримати інформацію про внутрішню значущість стимулів, ієрархію мотиваційної сфери, а також про пов’язані з ними очікування, конфлікти.

Передбачається, що у виборі кольору відображається емоційне ставлення до осіб, які складають безпосереднє оточення обстежуваного, а також понять, що мають для нього суттєве значення.

Аналізується не лише вибраний колір, але і його місце в системі кожного з рядів, сконструйованих обстежуваним у ході виконання тесту.

Як стимульний матеріал до тесту використовують вісім основних кольорів тесту Люшера. Для забезпечення чистоти результатів потрібно використовувати стандартний набір кольорів.

Процедура обстеження

1. Психолог складає список понять, які мають для випробуваного певне значення. Для більш зручного використання методу можливе складання бланків із набором понять.

Бланк відповідей*

Прізвище, ініціали _____

Дата _____

Поняття	**Номер кольору**	**Поняття**	**Номер кольору**
Моя робота		Гроші	
Моє майбутнє		Авторитет	
Моє здоров'я		Кар'єра	
Я		Друзі	
Я ідеальний		Лікарі	
Моя сім'я		Влада	

Результат тесту Люшера (розкладання кольорів)

Позиція	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**

Список понять-стимулів краще складати за результатами індивідуальної бесіди з досліджуваним відповідно до мети дослідження.

2. Кольорова асоціативна розкладка.

Перед досліджуваним розкладаються кольори Люшера у випадковому порядку й дається така *інструкція:* «Вам потрібно підібрати до кожного з понять (поняття послідовно пред'являються психологом) кольори, але не за випадковими ознаками, а за власними відчуттями того, із яким кольором у Вас особисто асоціюється це поняття. Вибрані кольори можуть повторюватись».

* Скорочений варіант КТВ.

Психолог навпроти кожного поняття записує номер кольору, який вибрав обстежуваний, виходячи з такого кодування кольорів: синій – 1; зелений – 2; червоний – 3; жовтий – 4; фіолетовий – 5; коричневий – 6; чорний – 7; сірий – 0.

КТВ має два варіанти проведення, які відрізняються за способом отримання кольорових асоціацій. У скороченому варіанті досліджуваному потрібно підібрати до кожного поняття тільки один колір із восьми. У повному варіанті всі вісім кольорів рангуються від найбільш підхожого до найменш підхожого відносно кожного поняття.

Приклад бланку відповідей за повним варіантом

Поняття									
Я									
Моє майбутнє									
Моє здоров'я									
Лікарі									

3. Розкладання кольорів Люшера.

Досліджуваному пропонується розкласти кольори Люшера від «найбільш приємного, підхожого» до «найменш приємного, непідхожого». Психолог фіксує розкладки кольорів за вищевказаним кодуванням.

Інтерпретація даних

Якщо з деякою особою чи поняттям асоціюються кольори, що займають перші місця за перевагою, значить, до цієї особи чи поняття досліджуваний ставиться позитивно: емоційно сприймає його, задоволений відповідним ставленням. І, навпаки, якщо з ним асоціюються кольори, що займають останні місця при розкладанні за перевагою, досліджуваний до них ставиться негативно, емоційно відторгає.

У короткому варіанті КТВ валентність (відповідність) вимірюється рангом кольору, із яким асоціюється певне поняття в індивідуальному розкладанні кольорів у порядку переважності й може змінюватися від 1 до 8.

У повному варіанті тесту – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена між асоціативним рангуванням кольорів у порядку відповідності цього поняття та індивідуальним розкладанням кольорів у порядку переважності може змінюватися від – 1,0 до 1,0.

7.28. Методика на визначення самооцінки (Дембо-Рубінштейн)

У методиці Дембо-Рубінштейн обстежуваному надається можливість визначити свій стан за запропонованими шкалами з урахуванням низки нюансів, що відображають степінь вираженості тієї чи іншої особистісної властивості.

Методика досить проста у використанні. На аркуші паперу проводиться вертикальна риска, про яку обстежуваному кажуть, що вона означає щастя, причому верхній полюс відповідає станові повного щастя, а нижній займають найбільш нещасливі люди. Обстежуваного просять позначити на цій лінії рискою чи кружком своє місце. Такі ж вертикальні лінії проводяться й для вираження самооцінки клієнта за шкалами здоров'я, успішності, характеру тощо.

Після цього приступають до бесіди, у якій з'ясовують його уявлення про щастя та нещастя, здоров'я та нездоров'я, добрий і поганий характер та ін. З'ясовується, чому клієнт зробив відмітку в певному місці шкали для позначення своїх особливостей. Наприклад, що спонукало його поставити відмітку в заданому місці шкали здоров'я, він вважає себе здоровим чи хворим, якщо хворим, то на яке захворювання, кого він вважає хворим.

Залежно від конкретного завдання, яке стоїть перед психологом, у методику можна уводити й інші шкали. Так, при обстеженні хворих на алкоголізм, доцільно ввести шкали настрою, сімейного благополуччя та службових досягнень. При обстеженні клієнтів у депресивному стані уводяться шкали настрою, уявлення про майбутнє(оптимістичне чи песимістичне), тривоги, упевненості в собі тощо.

В аналізі отриманих результатів основну увагу слід приділити не стільки дослідженню на шкалах, скільки обговоренню цих відміток.

7.29. Тест на виявлення підліткової депресії (В. Казанська)

Дай, будь ласка, відповіді на питання за таким принципом:

Ніколи – закреслюєш **1** Іноді – **2**

Досить часто – **3** Постійно – **4**

1. Мені здається, що весь світ проти мене 1 2 3 4
2. У мене немає нічого хорошого 1 2 3 4
3. У мене нічого не виходить 1 2 3 4
4. Мене ніхто не розуміє 1 2 3 4
5. Люди розчарувалися в мені 1 2 3 4
6. Часто думаю, що не зможу так жити 1 2 3 4
7. Мені хочеться бути кращим (-ою) 1 2 3 4
8. Я відчуваю слабкість 1 2 3 4
9. Моє життя йде не так, як мені хочеться 1 2 3 4
10. Я так розчарований (-на) в собі 1 2 3 4
11. Мене більше нічого не радує 1 2 3 4
12. Я це більше не винесу 1 2 3 4
13. Я не можу взятися за справу 1 2 3 4
14. Я не розумію, що відбувається 1 2 3 4
15. Я хочу опинитися в іншому місці 1 2 3 4
16. Я ні з чим не справлюся 1 2 3 4
17. Я себе ненавиджу 1 2 3 4
18. Я нікчемний (-на) 1 2 3 4
19. Я хочу провалитися крізь землю 1 2 3 4
20. Я нікого не хочу бачити 1 2 3 4
21. Я не справляюся зі своїми справами 1 2 3 4
22. У школі не цікаво 1 2 3 4
23. З мене нічого не вийде 1 2 3 4
24. Я невдаха 1 2 3 4
25. Я втратив (-ла) всіх друзів 1 2 3 4
26. Мене ніхто не розуміє 1 2 3 4
27. Зі мною ніхто не хоче дружити 1 2 3 4
28. Я не вмію знайомитися 1 2 3 4
29. Мені ніхто не допомагає 1 2 3 4
30. Мені не цікаво думати про майбутнє 1 2 3 4
31. У мене нічого доброго не буде 1 2 3 4

Обробка результатів:

90–120–високийрівень депресії;
60–90 – середній рівень депресії;
30–60 – низький рівень депресії.

7.30. Тест на визначення акцентуації характеру (К. Леонгард)

У кожної людини можна визначити не одну сотню особистісних рис, а саме: доброту, принциповість, цілеспрямованість та ін., які особ-ливо не виділяються і проявляються однаковою мірою.

Кілька яскравих особистісних рис складають малюнок особистості. У такому разі кажемо: «Він людина цілеспрямована й дуже принципова, на нього можна покластися у скрутній ситуації», або «Це добра, чуйна людина, завжди допоможе». Якщо ж у людини виділяється одна з особистісних рис, причому дуже яскраво, помітно, то це так звана акцентуація характеру чи психотип особистості.

Якщо ця властивість характеру, яскраво виражена в акцентуації особистості, заважає людині жити в суспільстві або суспільству важко прийняти цю людину, то йдеться про психопатичну особистість; коли ж ця властивість з плином часу ще й посилюється, то маємо справу з проявом психічного захворювання.

К. Леонгард зазначив, що «...акцентуація – це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але які мають тенденцію до переходу в патологічний стан».

Ми розглядаємо риси характеру в межах звичайного малюнка особистості й виділяємо 13 типів акцентуації, тобто яскраво виражених характерів-психотипів, які описали у роботі вінницькі колеги І. Слободянюк, О. Холодова, О. Олексенко.

Інструкція до тесту

Зробіть табличку (див. бланк для відповідей). Уклітинки (1–104) записуйте свої відповіді зліва направо ряд зарядом. Відповідаючи на твердження тесту, оцінюйте ступінь своєї згоди або незгоди такими балами:

+2 – цілком правильно, я звичайно так і роблю;

+ 1 – правильно, але бувають відчутні винятки;

0 – важко сказати,

-1 – неправильно, але іноді бувають такіситуації;

-2 – зовсім неправильно, це не властиве моєму звичайному життю.

Намагайтеся не відповідати «Важко сказати», віддайте перевагу одній із решти чотирьох відповідей, співвіднісши її зі своїми звичками, бажаннями, вчинками. Причому будь-яке з наведених у тесті тверджень потрібно оцінювати за принципом «як правило» і зі звичного для вас способу життя. Адже ми всі час від часу буваємо то веселими, то роздратованими.

Бланк для відповідей

1	*2*	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104
I	II	III	IV	V	VI	VII	VII	IX	X	XI	XII	XII

Прізвище,ім'я _____

Дата _____

Можна підготувати наперед необхідну для дослідження кількість бланків або запропонувати кожному перед початком тестування накреслити їх для відновлення за поданим зразком.

Тестування можна проводити й індивідуально, і з групою дітей одночасно. Під час індивідуального тестування дитині видають текст тесту, що містить 104 твердження, які вона має уважно прочитати, оцінити за своєю згодою чи незгодою, і записати певний бал у бланку для відповідей.

Під час групового тестування також можна роздати тексти тесту (якщо їх є достатня кількість). При цьому потрібно попросити дітей, щоб вони не робили в тексті жодних поміток. Допускається й усне тестування: дослідник читає всі 104 твердження вголос, обов'язково двічі кожне з них, а діти відразу оцінюють своє ставлення певним балом у бланку для відповідей.

Відповіді й оцінки в *балах* доцільно записати на дошці.

Якщо в тестованих виникають запитання щодо змісту тверджень тесту, дослідникові потрібно пояснити незрозумілі слова чи смисл усього твердження.

Час для проведення тесту разом з поясненням інструкції – приблизно 35–40 хв.

Текст тесту

1. Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що маю в цьому рацію.
2. Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать із вигоди.
3. Я завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. Як правило, настрій у мене добрий.
4. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене люди.
5. Мій настрій поліпшується, коли мене залишають самого.
6. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба піднятися у певний час, я надто поміркований, постійно тривожуся й непокоюся про все.
7. Найменші неприємності прикро вражають мене; після засмучення і занепокоєння виникає погане самопочуття.
8. У мене поганий і неспокійний сон, часто бувають болісно-тужливі сновидіння; ранок для мене – найтяжча пора доби.
9. Мій настрій звичайно такий же, як і в людей довкола.
10. За друзями, з якими довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових.
11. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень, часто буваю роздратованим.
12. Мій настрій легко змінюється без поважних причин.

13. Тижні доброго самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я почуваюся погано.
14. Я вважаю, що в людини мусить бути велика і серйозна мета, заради якої варто жити.
15. У мене трапляються напади поганого самопочуття з роздратованістю і почуттям нудьги.
16. Я сплю мало, але вранці встаю бадьорим і енергійним.
17. Мій настрій дуже залежить від товариства, в якому я перебуваю.
18. Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося.
19. Погане самопочуття виникає в мене внаслідок хвилювання й очікування неприємностей.
20. Часто соромлюся їсти при сторонніх людях, я надмірно чутливий.
21. Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг.
22. Я вважаю, що самому не варто виділятися серед інших людей.
23. Я легко знайомлюся.
24. Про свій одяг я мало думаю.
25. У якісь дні я просинаюся веселим і життєрадісним, в інші – без усякої причини з самого ранку пригнічений і смутний.
26. Інколи в мене вовчий апетит, інколи нічого не хочеться їсти.
27. Життя навчило мене не бути надто відвертим навіть із друзями.
28. Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають жахливі сновидіння.
29. Я полюбляю ласощі й делікатеси та ненавиджу заздалегідь розраховувати свої витрати.
30. Мій сон багатий на яскраві сновидіння.
31. Я не можу знайти собі друга до душі й страждаю від того, що мене не розуміють, прагну триматися далі від інших людей.
32. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, від непевності в собі, від турботи про близьких.
33. Якщо в мене щось позичили, я соромлюся про це нагадати.
34. Мені здається, що інші люди мене зневажають, дивляться на мене з погордою.

35. Перш ніж познайомитись, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що про неї кажуть інші.
36. Я прагну бути з людьми, важко переношу самотність.
37. У майбутньому мене найбільше турбує моє здоров'я; дорікаю батькам, що в дитинстві вони приділяли мало уваги моєму здоров'ю.
38. Я полюбляю вдягнутися так, щоб личило мені.
39. Інколи я полюбляю великі товариські компанії, інколи уникаю їх і шукаю самотності.
40. У мене не буває зажури й суму, але може бути розлюченість та гнів.
41. Зради я ніколи не пробачив би.
42. Я легко сходжуся з людьми за будь-яких обставин, охоче знайомлюся, люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них.
43. Я полюбляю яскравий одяг, що впадає у вічі.
44. Я полюбляю самотність, свої невдачі я переживаю сам.
45. Я багато разів зважую всі «за» і «проти», але все ж не відважуюсь ризикнути; можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.
46. Моя сором'язливість заважає мені познайомитися з тим, з ким хотілося б.
47. Я уникаю нових знайомств, мені не вистачає рішучості у всьому.
48. Намагаюся жити так, щоб інші не могли сказати про мене нічого поганого.
49. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє, тим більше – наперед розраховувати свої витрати.
50. Я почуваюся таким хворим, що мені не до друзів.
51. Інколи до грошей я ставлюся легко, витрачаю їх не задумуючись; інколи боюся залишитися без грошей.
52. Інколи мені добре з людьми, інколи вони набридають мені.
53. Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам та інтересам.
54. Для мене головне, щоб одяг був зручним, охайним і чистим.
55. Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани.

56. Я віддаю перевагу тим друзям, які дуже уважні до мене.
57. Я полюбляю придумувати нове, все переінакшувати й робити по-своєму, не так як усі.
58. Мене часто непокоїть, що мій костюм не в порядку.
59. Я боюся самотності, проте часто виходить так, що я опиняюся на самоті.
60. Самотнім я почуваю себе спокійніше.
61. Я вважаю, що жодна людина не має відриватися від колективу.
62. Полюбляю різноманітність і зміни в житті.
63. Товариство людей мене швидко втомлює і дратує.
64. Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил, чергуються з періодами, коли я дорікаю собі за недисциплінованість.
65. Часом я задоволений собою, часом сварю себе за нерішучість і млявість.
66. Я не боюся самотності, свої невдачі переношу сам і ні в кого не шукаю співчуття й допомоги.
67. Я дуже акуратний у грошових справах, засмучуюся і відчуваю прикрість, коли не вистачає грошей.
68. Я полюбляю зміни в житті – нові враження, нових людей, нове оточення.
69. Я не терплю самотності, завжди прагну бути серед людей; з боку інших найбільше цінную увагу до мене.
70. Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом.
71. Я часто довго роздумую над тим, правильно чи ні я щось сказав або зробив стосовно інших.
72. Я часто побоююся, що мене помилково вважатимуть порушником законів.
73. Майбутнє видається мені похмурим і безперспективним, невдачі гнітять мене, і найперше я звинувачую самого себе.
74. Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним.
75. При невдачах мені хочеться втекти кудись далеко й не повертатися.

76. Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якось звик.
77. Я легко сварюся, але швидко й мирюсь.
78. Періодами я полюбляю «задавати тон», бути першим, але деколи це мені набридає.
79. Я певен, що в майбутньому доведу всім свою правоту.
80. Віддаю перевагу раз і назавжди встановленому порядку, мені подобається навчати людей правил і порядку.
81. Я полюбляю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик.
82. Пригоди й ризик приваблюють мене, якщо в них мені дістається перша роль.
83. Я полюбляю опікувати тих, хто мені подобається.
84. На самоті я розмірковую чи розмовляю з уявним співбесідником, мимоволі думаю про можливі неприємності та біди, які можуть трапитися в майбутньому.
85. Нове мене приваблює, але водночас непокоїть і тривожить; невдачі доводять мене до відчаю.
86. Я боюся змін у житті, нова обстановка мене лякає.
87. Я охоче наслідую авторитетних людей.
88. Одним людям я підкоряюся, іншими керую сам.
89. Я охоче вислуховую ті поради, які стосуються мого здоров’я.
90. Трапляється, що зовсім незнайома людина відразу викликає в мені довіру й симпатію.
91. Деколи моє майбутнє видається мені світлим, деколи – похмурим.
92. Завжди трапляються люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет.
93. Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.
94. Я вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила й закони можна обійти.
95. Я полюбляю бути першим, щоб мене наслідували, йшли за мною інші.
96. Я не прислухаюся до заперечень і критики, завжди думаю і роблю по-своєму.

97. Коли трапляється невдача, я завжди шукаю, що я зробив неправильно.
98. Маленьким я був уразливою і чутливою дитиною.
99. Мені не подобається керувати людьми, відповідальність мене лякає.
100. Вважаю, що нічим не відрізняюся від більшості людей.
101. Мені не вистачає посидючості й терпіння.
102. Нове мене приваблює, але часто швидко втомлює і набридає; мені не до пригод.
103. У хороші хвилини я задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що бракує позитивних якостей.
104. Деколи я легко переношу зміни у своєму житті й навіть люблю їх, але часом їх побоююсь й уникаю.

Результати тестування розшифровуються так:

1. Підраховується сума балів у кожній вертикальній колонці, наприклад, сума балів, поставлених дитиною у клітинках під № 1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92. Визначаючи суму, слід враховувати знак «+» чи «-». Сума балів кожної колонки має діапазон від +16 (якщо всі вісім тверджень оцінено тестованим +2, тобто «цілком правильно») до -16 (якщо всі твердження оцінено -2, тобто «зовсім неправильно»).

2. Розкодовується найменування зашифрованих у вертикальних колонках типів характеру:

I (1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92) параноїк,
II (2, 15 ,28, 41, 54, 67, 80, 93) епілептоїд,
III (3, 16, 29, 42, 55, 68, 81, 94) гіпертим,
IV (4, 17, 30, 43, 56, 69, 82, 95) істероїд,
V (5, 18, 31, 44, 57, 70, 83, 96) шизоїд,
VI (6, 19, 32, 45, 58, 7I, 84, 97) психастеноїд,
VII (7, 20, 33, 46, 59, 72, 85, 98) сенситив,
VIII (8, 21, 34, 47, 60, 73, 86, 99) гіпотим,
IX (9, 22, 35, 48, 61, 74, 87, 100) конформний тип,
X (10, 23, 36, 49, 62, 75, 88, 101) нестійкий тип,
XI (11, 24, 37, 50, 63, 76, 89, 102) астенік,
XII (12, 25, 38, 51, 64, 77, 90, 103) лабільний тип,
XIII (13, 26, 39, 52, 65, 78, 91, 104) циклоїд.

3. Визначається ступінь вираженості кожного з психотипів за допомогою побудови графіка «Рисунок особистості». Наведемо приклад побудови графіка на підставі розшифрування результатів тестування одного з підлітків.

Номер психотипу	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
Сума балів у кожній колонці	+6	+2	+15	+8	-5	-7	-10	-13	+10	+5	+1	+4	+9

Якщо крива не виходить за межі точок +10 і -10, то це означає, що психотип перебуває в межах звичайного рисунка особистості (ці точки прийняті спеціалістами за нормативні).

Якщо крива виходить за межі точки +10, то це означає, що якийсь психотип у тестованого проявляється найяскравіше.

Якщо ж одна чи кілька точок перебувають за межами точки -10, то це означає, що в тестованого проявляється антитип, тобто риси, властиві людині з протилежним характером. У нашому випадку в підлітка найбільш яскраво проявляються риси гіпертима (точка +15, що відповідає психотипу III, зрозміщена вище 10 лінії) і антигіпотима (точка -13, яка відповідає психотипу VIII, – нижче -10 лінії).

Не слід забувати про те, що багато людей – неакцентовані особистості, тобто в них у рисунку особистості немає помітних «виступів».

7.31. Піктографічний експрес-тест «Ризик суїцидальної дії»

Мета – виявити ризик суїцидальної дії.

За результатами наукових публікацій щодо застосування оригінального малюнкового піктографічного експрес-тесту з оцінки суїцидального ризику були виокремлені відповідні рекомендації:

– клієнти повинні мати ту чи іншу суїцидальну активність, яка визначається за рівнями шкали суїцидального ризику А. Г. Амбрумової.

Критеріями включення на діагностику є:

1. Раніше висловлювались ідеї про небажання жити.

2. На момент обстеження немає ознак виражених інтелектуально-мнестичних розладів.

3. Немає ознак аггравації або симуляції психічних розладів.

4. Немає соматогеній у фазі загострення.

5. На момент проведення тесту немає ознак алкогольного і/або наркотичного сп’яніння.

Критерії виключення:

1. Психічна загальмованість.

2. Порушення мислення.

3. Психотичні переживання на момент проведення дослідження.

4. Обмеження моторики, що фізично перешкоджають тестуванню.

5. Відмова від дослідження.

Визначено, що в пацієнтів, які обдумували способи й методи суїциду, виконання експрес-тесту після отримання останньої інструкції займає в середньому 5,9 секунди, в той час, як у пацієнтів, які не мали таких планів, 16,1 секунди.

Серед клієнтів, які не мають ознак, що відповідають критеріям другого рівня шкали суїцидального ризику, часто зустрічаються відмови від виконання завдання. Таким чином, наявність розроблених або розроблюваних планів реалізації суїцидальної поведінки сприяє швидшому й осмисленому виконанню інструкцій тесту, що представляється діагностично важливим феноменом. Рекомендується використовувати в інтерпретації результатів тесту не тільки критерій тривалості виконання, скільки здійснювати його якісний аналіз, а саме виявляти, чи є при виконанні інструкції ознаки, що досліджуваний виконує дії за вже

наявною ідеєю, обрамляючи її в малюнок, або висловлює ознаки розгубленості й не розуміє, як приступити до виконання такого завдання, протестує або іншими способами намагається ухилитися від виконання завдання. Для діагностики суїцидальних ризиків піктографічна техніка є мабуть одним із набільш перспективних напрямів, оскільки апелює безпосередньо до вивчення поведінки.

Крок 1 – базовий малюнок себе перед смертю;

Крок 2 – останній малюнок себе померлого;

Крок 3 – пропозиція заповнити прогалину між базовим і останнім малюнком (як помирав?).

Для прогнозу є суттєвими зміст малюнків, кількість дій у пробілах, наявність у піктограмі аутодеструкції (ті, що не бажають здійснювати самогубство, або відмовляються робити це завдання, або їх малюнки відображають невиразні уявлення про власну смерть, або на малюнках – уявлення про хвороби тощо).

У тих, хто має намір здійснити суїцид, на малюнках є аутодеструкція, часто із зазначенням конкретного способу самогубства (при задумах і намірах уявлення більш чіткі, ніж при антивітальних переживаннях).

За попередніми статистичними даними піктографічна діагностика досить достовірно прогнозує ризик суїцидальної поведінки й може знайти широке застосування в практиці, використовуватися як експрес-метод попередньої діагностики, а також може бути корисна і в клінічній практиці, і при скринінгу різних груп ризику, як швидкий та в достатній мірі чутливий інструмент.

Досліджуваному пропонується листок паперу із намальованими трьома прямокутниками.

Інструкція:

1. Спочатку заповнюється перший прямокутник “Намалюйте, будь ласка, в першому прямокутнику себе зараз. Малюнок можна робити за типом “палка-палка-огірочок”.

2. Потім наступна інструкція – “Намалюйте себе померлим” (в третьому прямокутнику).

3. Остання інструкція – “Намалюйте в середньому прямокутнику – що сталося, через що Ви померли?”

Інтерпретація результатів:

Суїциденти, які задумали самогубство та мають план його реалізації, як правило, відразу можуть намалювати малюнок по третій, останній інструкції. Якщо в людини немає таких планів, ця інструкція заводить її в глухий кут або вимагає багато часу, або веде до відмови, або малюнок невизначеного змісту, або пов’язаний із хворобами та нещасними випадками.

7.32. Проективна методика «Людина під дощем» (Є. Романова і Т. Ситько)

Цікавою версією описаного тесту є завдання «Намалюй людину під дощем» (Hammer, 1967). Ця проста модифікація основної інструкції дає надзвичайно багатий клінічний матеріал.

Цей метод особливо корисний для діагноста, який цікавиться силою ***его*** пацієнта. Застосування цієї процедури разом з іншими тестами дає змогу консультантові відповісти на такі питання: «Яким чином обстежуваний відреагує на ситуацію стресу?», «Які власні ресурси він має, щоб функціонувати в середовищі, яке викликає неспокій?», «Чи може обстежуваний успішно планувати свою поведінку в ситуаціях, що викликають неспокій?» і «Які види захисту (напр.: заперечення, уникнення) він використовує в складних для нього ситуаціях?».

Інструкція: “На аркуші паперу пропонується намалювати людину, а потім, на іншому такому ж аркуші – людину під дощем.”

Нічого не пояснюйте. Ці картинки можуть бути об’єднані загальним сюжетом, а можуть бути і взагалі не пов’язані між собою за змістом. Тобто малювати можна як історію з двох частин про одного й того ж персонажа, так і двох різних людей, двох різних героїв. Чим вільніше буде респондент – тим точніше буде тест.

Кожен малюнок має бути названим. Під малюнком «Людина під дощем» діагностованому пропонується описати настрій людини, почуття та ставлення до дощу.

Зіставлення обох малюнків дає змогу визначити, як людина реагує на стресові, неблагоприємні ситуації, що вона почуває при труднощах. У процесі тестування важливо спостерігати за ходом малювання й звертати увагу на всі репліки досліджуваного. Для отримання більш достовірної інформації потрібно провести додаткове інтерв'ю з тестуючим.

Коли малюнок завершено, потрібно сприйняти його повністю. Слід «увійти» в малюнок і відчути, у якому настрої перебуває персонаж, чи почуває він себе безпомічним, чи, навпаки, відчуває всобі внутрішні ресурси для боротьби з труднощами, а спокійно й адекватно сприймає труднощі, вважаючи їх явищем.

Інтерпретація результатів.

При інтерпретації малюнків слід оцінити спочатку загальне враження від малюнка: атмосферу зображеного пейзажу, настрій персонажа. Тільки після цього можна перейти до аналізу специфічних деталей з точки зору логіки інтерпретації.

У малюнку "Людина під дощем" в порівнянні з малюнком "Людина", як правило, виявляються відмінності. Важливо подивитися, що змінилося. Так, наприклад, якщо на другому малюнку зображена людина як така, що йде, то це може бути пов'язано з наявністю тенденції до відходу від важких життєвих ситуацій та з уникненням неприємностей. Якщо на другому малюнку людина зміщена у верхню частину аркуша, то можна припустити схильність до відходу від дійсності, до втрати опори під ногами, а також наявність захисних механізмів за типом фантазування, надмірного оптимізму, який часто невиправданий. Положення фігури в профіль або спиною вказує на прагнення відмовитися від світу, на тенденцію до самозахисту. Якщо зображення розміщене внизу листа, то це може свідчити про наявність депресивних тенденцій, почуття незахищеності.

У решті при інтерпретації слід спиратися на методику "Людина" (Jolles, 1971). Наприклад, якщо малюнок зміщений вліво, то це може бути пов'язане з наявністю імпульсивності в поведінці, орієнтацією на минуле, в низці випадків – із залежністю від матері. Малюнок, зміщений вправо, вказує на наявність орієнтації на оточення і, можливо,

на залежність від батька. Якщо малюнок розташований переважно у верхній частині аркуша, це може означати, що в людини висока самооцінка, вона незадоволена своїм становищем у суспільстві, їй не вистачає визнання. Якщо при розташуванні у верхній частині аркуша фігура дуже маленька, то людина вважає себе свого роду невизнаним генієм. Якщо малюнок розташовується переважно в нижній частині аркуша, то в його автора може бути низька самооцінка, невпевненість у собі, пригніченість, нерішучість, страхи, пов'язані з самопред'явленням, незацікавленість у своєму становищі в суспільстві. Розташування по горизонтальній осі (ліво-право): якщо малюнок розташований більше в лівій частині, то людина більше спирається на минулий досвід, схильна до самоаналізу, нерішуча в діях, пасивна; якщо більша частина малюнку розташовується в правій частині аркушу, то перед нами людина дії, яка реалізує задумане, активна та енергійна.

Трансформація фігури

Збільшення розмірів фігури інколи трапляється у підлітків, яких неприємності мобілізують, роблять більш сильними та впевненими.

Зменшення фігури має місце тоді, коли досліджуваний потребує захисту та заступництва, прагне перенести відповідальність за власне життя на інших. Досліджувані, які малюють маленькі фігурки, зазвичай соромляться проявляти свої почуття й мають тенденцію до стриманості та деякої загальмованості при взаємодії з людьми. Вони схильні до депресивних станів внаслідок стресу.

Дуже мініатюрна фігура на другому малюнку свідчить про низьку стресостійкість, про вразливість, можливо й про низьку самооцінку. Дуже велика фігура свідчить про активну життєву позицію, агресивність.

Діти, які малюють маленькі фігури, зазвичай соромляться проявляти свої почуття й мають тенденцію до витриманості та деякої заторможеності при взаємодії з людьми. Вони схильні до депресивних станів у результаті стресу.

Зображення людини протилежної статі може вказувати на певний тип реагування в складній ситуації, "включення" поведінкових програм, запозичених у конкретних людей з найближчого оточення. Зміна віку вказує на самовідчуття людини в ситуації життєвих негараздів.

Якщо в малюнку “Людина під дощем” при зображенні фігури пропускаються будь-які частини тіла (ноги, руки, вуха, очі), то це вказує на специфіку захисних механізмів і особливості проявів Его-реакцій. Функція одягу – “формування захисту від стихії”. Велика кількість одягу вказує на потребу додаткового захисту. Відсутність одягу пов’язана з ігноруванням певних стереотипів поведінки, імпульсивністю реагування.

Напрямок фігури людини

У проективній методиці “Людина під дощем” є важливим, як зображена фігура людини: повернена вліво – увага зосереджена на собі, своїх думках, переживаннях у минулому; повернена вправо – автор малюнку спрямований у майбутнє, активний; якщо людина зображена так, що видно потилицю (спиною) – прояв замкнутості, відхід від вирішення конфліктів. Якщо людина зображена як така, що біжить, то автор малюнку хоче втекти від проблем. Крокуюча людина означає гарну адаптацію. Якщо людина на малюнку стоїть невпевнено, це може означати напругу, відсутність стрижня, рівноваги. Фігура з паличок вказує на негативізм, опір методиці.

Надмірно дитячі, ігрові малюнки говорять про потребу в схваленні. Малюнки-шаржі вказують на бажання уникнути оціночних суджень на свою адресу, переживання неповноцінності, ворожості.

Засоби захисту від дощу

Парасолька, головний убір, плащ і т. д. – це символи захисних механізмів, способів справлятися з неприємностями. Парасолька являє собою символічне зображення психічного захисту від неприємних зовнішніх впливів. З погляду трактування образів, парасолька може розглядатися як відображення зв’язку з матір’ю і батьком, які символічно представлені в образі парасольки: купол – материнське начало, а ручка – батьківське. Парасолька може захищати або не захищати від негоди, обмежувати поле зору персонажу, а може і взагалі бути відсутньою. Так, наприклад, величезна парасолька-гриб може свідчити про сильну залежність від матері, яка вирішує всі складні ситуації за досліджуваного. Розмір і розташування парасольки по відношенню до фігури людини вказує на інтенсивність дії механізмів психічної

захисту. Дуже велика парасолька означає співзалежність з батьками, бажання у важкій ситуації отримати підтримку від авторитетних осіб. Відсутність капелюха, парасольки та інших засобів захисту говорить про погану адаптованість і потребу в захисті.

Атрибути дощу

Дощ – перешкода, небажана дія, що змушує людину закритися в собі, сховатися. Характер його зображення пов'язаний із тим, як людиною сприймається важка ситуація: рідкі краплі – як тимчасова, переборна; тяжкі, зафарбовані краплі чи лінії – важка й постійна.

Необхідно визначити, звідки дощ "приходить" (справа або зліва від людини) та яка частина фігури піддається впливу в більшій мірі. Інтерпретація проводиться відповідно до приписуваних значень правої та лівої частини аркуша або фігури людини. За лініями, якими зображений дощ, можна дізнатися про ставлення автора малюнку до навколишнього середовища. Врівноважені, однакові штрихи, в один бік вказують на збалансоване довкілля. Безладні штрихи – навколишнє середовище тривожне, нестабільне. Вертикальні штрихи свідчать про впертість, рішучість. Короткі, нерівні штрихи по всьому полю та відсутність усіх захистів указують на тривогу та сприйняття навколишнього середовища як ворожого.

Хмари є символом очікування неприємностей. Важливо звертати увагу на кількість хмар, їх щільність, розмір, розташування. В депресивному стані зображуються важкі грозові хмари, що займають все небо. Калюжі, багнюка символічно відображають наслідки тривожної ситуації, ті переживання, які залишаються після "дощу". Слід звернути увагу на манеру зображення калюж (форму, глибину, бризки). Важливо відзначити, як розташовані калюжі відносно фігури людини (чи знаходяться вони перед або за фігурою, оточують людину з усіх боків або вона сама стоїть в калюжі). Калюжі символізують невирішені проблеми. Потрібно звернути увагу на те, де саме вони розміщенні – ліворуч чи праворуч від персонажа: якщо ліворуч, то людина бачить проблеми в минулому, якщо праворуч – передбачає їх у майбутньому. Якщо людина стоїть в калюжі, це може свідчити про незадоволеність, втрату орієнтирів.

Додаткові деталі

Усі додаткові деталі (будинки, дерева, лавки, машини) чи предмети, які людина тримає в руках (сумочка, квіти, книжки), розглядаються як відображення потреби в додатковій зовнішній опорі, у підтримці, прагненні піти від розв'язання проблем через переключення й замінюючу діяльність.

Більш повна розшифровка деталей ґрунтується на символічному значенні представлених образів.

Наприклад, блискавка може символізувати початок нового циклу в розвитку й драматичні зміни в житті людини. Веселка, яка часто виникає після грози, віщує появу сонця, символізує мрію про нездійсненне прагнення до досконалості. Додаткові предмети, які зображені на малюнку (ліхтар, сонце і т. д.), зазвичай символізують значущих людей для автора малюнку.

Відсутність суттєвих деталей може свідчити про сферу конфлікту й бути наслідком витіснення як захисного механізму психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки на малюнку може вказувати на відмову в підтримці з боку батьків у важкій ситуації.

Колір у малюнках

Малюнки можна виконувати як простим олівцем, так і кольоровим. Важливо пам'ятати, що точна інтерпретація кольорового рішення не може бути зроблена, якщо в досліджуваного немає всього набору кольорових олівців.

Кольори можуть символізувати певні почуття, настрій і ставлення людини. Вони також можуть відображати спектр різних реакцій і сфер конфліктів.

Добре адаптована й емоційно не обділена дитина зазвичай використовує від двох до п'яти кольорів. Сім-вісім кольорів свідчать про високу лабільність, використання одного кольору – про можливу боязнь емоціонального збудження.

Збіднена кольорова гамма (використання простого олівця або одного–двох кольорів) – пасивність, астенія, депресія. Знижена щільність кольору (слабкий натиск, незафарбований контур) – астенія або негативне ставлення до обстеження. Переважання холодних тонів –

зниження настрою, субдепресія. Переважання темних тонів (особливо поєднання чорного з коричневим або синім) – депресія, підвищена напруженість. Багато червоного кольору вказує на тривогу, емоційне напруження, іноді агресивність. Багато червоного кольору в поєднанні з темними тонами – депресія.

Тенденції

Ознаки емоційної холодності – схематична фігура; особа частково або повністю не промальована.

Ознаки імпульсивності – багато рухів у фігури; скуйовджене волосся; неузгодженість спрямованості тіла, рук і ніг; недостатність одягу.

Ознаки конфлікту в сім'ї – обмеження простору для фігури; явна невідповідність якості малюнку іншим; на обличчі промальовані явно позитивні емоції.

Ознаки інфантильності – людина в казковому або святковому одязі; на обличчі вираз захоплення; у фігури відсутня шия; малюнок перемістився вгору в порівнянні з іншими; зменшення віку людини, в порівнянні з іншими малюнками.

Спотворення та пропуск деталей. Відсутність істотних деталей може вказувати на область конфлікту й бути наслідком витіснення як захисного механізму психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки в малюнку може свідчити про заперечення підтримки з боку батьків у важкій ситуації.

Порівнюючи два малюнки із серії, зверніть увагу на такі характерні зміни:

* Як змінюється колір (колір фону, колір людини, в який колір пофарбовані дощові краплі);

* Чи змінюється стать людини від малюнку до малюнку? Дуже часто в таких серіях малюнків змінюється стать людини. Це вказує нам на спосіб реагування – по "жіночому" чи "чоловічому" гендерному типу людина "зустрічає" труднощі;

* Чи змінюється вік людини? Чи відповідає приблизний вік людини віку самого художника? Регрес у дитинство – людина зображена на малюнку, молодша за автора. Якщо на малюнку дитини або підлітка зображена доросла людина або взагалі стара – то це свідчить про

те, кого зі старших родичів схильна наслідувати дитина, вирішуючи свої проблеми.

Після малювання можна провести обговорення.

Приклади запитань психолога:

1. Розкажіть про цю людину: як вона себе почуває?
2. Наскільки комфортно почуває себе людина в цій ситуації?
3. Який у неї настрій?
4. Що їй більш за все хочеться зробити?
5. Дощ пішов несподівано чи за прогнозом?
6. Людина була готова до того, що піде дощ, чи для неї це несподіванка?
7. Чи любите Ви дощ? Чому?
8. В який момент часу Ви його застали?
9. Які в нього перспективи?
10. Якщо людині під дощем дискомфортно (погано), то чим їй можна допомогти?
11. Що сама людина може зробити для того, щоб допомогти собі, щоб впоратися з дощем?

Про те ж саме говорить фігура в русі.

Тестові показники (показник психомоторного тонусу). *Натиск.*

Слабкий натиск – пасивність, депресія. Сильний натиск – імпульсивність. Дуже сильний натиск – гіперактивність, іноді агресивність. Досягає поставленої мети.

Особливості ліній. Легкі лінії – брак енергії, скутість. Лінії з натиском – агресивність, владність, наполегливість, тривожність. Нерівний натиск – імпульсивність, нестабільність, тривога.

Характеристика ліній, якими малюється контур фігури людини.

Розрив контура – сфера конфлікту. Невідривні лінії – ізоляція. Багато гострих кутів – агресивність, погана адаптація. Подвійні лінії – тривога, страх, підозрілість. Штрихування – зона тривожності.

Тестові показники (частин тіла). *Голова.* Непропорційно велика голова – висока значущість інтелекту. Маленька голова – низька значущість інтелекту. Відсутня голова – гіперактивність, імпульсивність.

Очі. Великі заштриховані очі свідчать про наявність страхів, бажання контролювати зовнішнє середовище. Маленькі очі-крапки (па-

лички) – заглибленість у себе, уникнення візуальних стимулів. Закриті очі – прагнення уникати неприємних візуальних контактів. Порожні очі – астенія, імпульсивність, іноді страхи. Підведені очі з віями – демонстративність. Відсутність очей – свідчить про гіперактивність, високу імпульсивність.

Ніс. Ніс великий з горбинкою – презирство, іронія. Ніс особливо великий – невдоволення своєю зовнішністю. Добре промальовані ніздрі висловлюють агресію.

Рот. Рот відсутній або дуже маленький – астенія, негативізм. Запалий рот – пасивність. Перекошений рот – негативізм, іноді негативне ставлення до тестування. Дуже великі губи, жирно обведені – значущість сексуальної сфери. Рот із добре промальованими зубами – агресія.

Вуха. Вуха дуже великі – підозрілість. Вуха маленькі – прагнення не чути та не сприймати критику.

Волосся. Волосся сильно заштриховане – тривожність. Ретельно промальовані як волосся, так і зачіска – демонстративність.

Фігура. Дуже повна – в деяких випадках незадоволеність своєю зовнішністю. Довга, худорлява – астенія. Потворна – негативізм, імпульсивність. Фігура оголена або просвічує через одяг – підвищений інтерес до сексуальної сфери. Фігура, яка зігнулася від вітру, – потреба в любові та турботі. Фігура з ранами і шрамами – невротичний стан. Фігура з татуюванням – негативізм.

Руки. Відсутність рук – імпульсивність, порушення спілкування. Руки розташовані близько до тіла – напруга. За спиною, схрещені на грудях, у кишенях, вперті в боки – небажання спілкування, в деяких випадках ворожість. Руки розставлені в різні боки – товариськість. Руки довгі та м’язисті – прагнення до фізичної сили, хоробрості. Руки дуже короткі – відсутність прагнень, відчуття неадекватності. Кисті рук відсутні або вкорочені – брак спілкування. Дуже великі кисті – потреба в спілкуванні. Кисті рук закреслені – конфліктність. Великий кулак, гострі нігті – агресивність. Великі пальці – грубість, агресія.

Ноги. Ноги широко розставлені – потреба в спілкуванні. Ступні ніг відсутні – пасивність. Ступні ніг дуже маленькі – невправність у соціальних стосунках. Ступні ніг великі – потреба в опорі.

7.33. Опитувальник «Осада» (С. Яковенко)

Мета – оцінка стану адаптованості.

Опитувальник “Осада” рекомендується застосовувати на початковій стадії роботи з особою для визначення актуальної проблеми [13].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____

Освіта: середня / середня спеціальна / вища _____

Посада _____

Спеціальність _____

Інструкція: Уважно читайте всі судження, що входять до складу кожного з 30 наведених нижче блоків, і обведіть на бланку для відповідей букву (а, б, в або г), що відповідає варіанту відповіді, яка найбільш прийнятна для Вас зараз.

1. а) в) б) г)	2. а) в) б) г)	3. а) в) б) г)	4. а) в) б) г)	5. а) в) б) г)
6. а) в) б) г)	7. а) в) б) г)	8. а) в) б) г)	9. а) в) б) г)	10.а) в) б) г)
11.а) в) б) г)	12.а) в) б) г)	13.а) в) б) г)	14.а) в) б) г)	15.а) в) б) г)
16.а) в) б) г)	17.а) в) б) г)	18.а) в) б) г)	19.а) в) б) г)	20.а) в) б) г)
21.а) в) б) г)	22.а) в) б) г)	23.а) в) б) г)	24.а) в) б) г)	25.а) в) б) г)
26.а) в) б) г)	27.а) в) б) г)	28.а) в) б) г)	29.а) в) б) г)	30.а) в) б) г)

Текст опитувальника:

1. а) я бадьорий і веселий;

б) іноді я сумую;

в) я часто буваю засмучений;

г) я відчуваю себе нещасним.

2. а) у мене було щасливе дитинство;

б) у дитинстві в мене були/траплялися незначні, звичайні для дітей прикрощі;

в) у мене було досить важке дитинство;

г) у дитинстві життя мене не щадило.

3. а) зараз я такий же товариський, як і раніше;

б) мені все частіше хочеться побути самому;

в) тільки необхідність змушує мене спілкуватися з оточуючими;

г) я самотній, ніхто не розуміє мене.

4. а) я їм як завжди з апетитом;

б) останнім часом мій апетит погіршився;

в) я помічаю, що часом їм, не відчуваючи смаку їжі;

г) останнім часом я майже нічого не їм.

5. а) мене дуже цікавлять події, що відбуваються в світі;

б) тепер я менше читаю, рідше включаю радіо, телевізор;

в) я не стежу за подіями, що відбуваються в світі;

г) я втратив інтерес до життя.

6. а) як правило, я спокійний;

б) буває, що я нервую;

в) я незадоволений собою, та й інші люди дратують мене;

г) мені все стало байдуже.

7. а) я із задоволенням згадую прожиті роки;

б) у моєму минулому були епізоди, які не хочеться згадувати;

в) я соромлюся допущених у минулому помилок;

г) минуле тепер мстить мені за здійснені проступки.

8. а) любов робить моє життя яскравішим і цікавішим;

б) любов – складне почуття, не кожному воно “по плечу”;

в) любов приносила мені лише засмучення;

г) я не гідний любові.

9. а) я сплю спокійно та прокидаюся повністю бадьорим;

б) прокинувшись, я не завжди почуваю себе бадьорим;

в) мені буває важко заснути через “непрошені” думки, що снують у моїй голові;

г) я страждаю від безсоння.

10. а) у мене цікава робота;

б) моя робота не дуже цікава, але потрібна людям;

в) я збираюся змінити роботу, а можливо, і професію;

г) останнім часом я “примушую” себе ходити на роботу.

11. а) свої проблеми я вирішую без особливих зусиль;

б) деякі проблеми вимагають від мене великих зусиль;
в) майже будь-яка проблема для мене – нерозв’язна задача;
г) я заплутався в своїх проблемах, не можу вирішити жодної.
12. а) здається, у мене перспективне майбутнє;
б) моє майбутнє здається мені вельми невизначеним;
в) майбутнє лякає мене;
г) моє майбутнє здається мені безрадісним.
13. а) у мене склалися добрі стосунки з оточуючими;
б) з деякими людьми в мене стосунки не склалися;
в) багато хто ставиться до мене вороже;
г) мені здається, що всі – проти мене.
14. а) я практично здоровий;
б) у мене не було серйозних хвороб або травм;
в) моє здоров’я підірване хворобами, важкими травмами;
г) мені вже пізно піклуватися про здоров’я.
15. а) у мене різноманітні інтереси та захоплення;
б) є проблеми, якими я цікавлюся всерйоз;
в) більше за все мене цікавить, що про мене думають люди;
г) я втратив інтерес навіть до самого себе.
16. а) звичайно я цілком задоволений собою;
б) я далеко не завжди буваю задоволений собою;
в) часто я собі “не подобаюся”;
г) я себе ненавиджу.
17. а) моє життя складається вдало;
б) моє життя не позбавлене труднощів;
в) мені зараз живеться важко;
г) моє життя здається мені нестерпним.
18. а) до мене часто звертаються за допомогою;
б) упевнений, що у “важку хвилину” мені допоможуть;
в) часом я не знаю, куди звернутися за допомогою;
г) мені вже ніхто не допоможе.
19. а) відчуваю себе здоровим, повним сил;
б) мене непокоїть зниження працездатності;
в) у мене – занепад сил, я не справляюся…;
г) моя смерть “не за горами”.

20. а) я маю чим заповнити вільний час;

б) часом я не знаю, чим заповнити вільний час;

в) на мене “навалилося” зараз стільки проблем, що мені не до розваг;

г) зараз я не в змозі що-небудь робити, навіть те, що раніше приносило мені задоволення.

21. а) я живу спокійним, розміреним життям;

б) я дотримуюся правила: хочеш жити – умій вертітися;

в) я здатний вчинити щось таке, що здивує інших;

г) часом я сам не знаю, що зроблю через хвилину.

22. а) я задоволений ситуацією, що склалася;

б) бувають ситуації і краще;

в) зараз склалася досить погана ситуація;

г) я знаходжуся в такій ситуації, що гірше не буває.

23. а) секс приносить мені задоволення;

б) тепер секс цікавить мене менше;

в) секс мені не цікавий, від нього лише прикрощі;

г) у моєму становищі безглуздо навіть думати про секс.

24. а) у мене ніколи не було проблем через алкоголь;

б) алкоголь допомагає мені розслабитися, зняти напруження;

в) алкоголь – джерело багатьох моїх проблем;

г) навіть випивка не допомагає мені забутися.

25. а) я не перестаю вчитися, працювати над собою;

б) життя часом дає гіркі уроки, залишається лише вчитися на них;

в) допущені мною помилки так мене нічому й не навчили;

г) мені вже пізно вчитися.

26. а) у мене “легкий” характер;

б) я не дуже товариська людина;

в) у моєму характері є серйозні вади;

г) я погана, нікчемна людина.

27. а) я розраховую прожити довге життя;

б) упевнений, що я проживу ще не один десяток років;

в) я сподіваюся протягти ще років 8–10;

г) я скоро помру.

28. а) вважаю, що я маю великий авторитет;

б) багато хто прислухається до моєї думки;

в) на мене мало хто зважає;

г) я нічого не означаю в цьому житті.

29. а) я веду правильний, здоровий спосіб життя;

б) я не дуже піклуюся про своє здоров'я;

в) я давно "занедбав" своє здоров'я;

г) я відчуваю себе "руїною".

30. а) я заробляю цілком достатньо, щоб ні в чому собі не відмовляти;

б) мого заробітку "на життя" вистачає;

в) через нестачу грошей я вимушений відмовляти собі багато в чому;

г) я відмовляю собі навіть у найнеобхіднішому.

"Ключ":

Опитувальник складається з 5 шкал:

1. Задоволення собою, своїм психічним станом;
2. Задоволення ситуацією, її динамікою;
3. Задоволення сферою міжособистісних стосунків;
4. Задоволення своїм функціональним станом;
5. Задоволення життєдіяльністю.

Кожна шкала складається з 6 пунктів:

1. Пункти № 1, 6, 11, 16, 21, 26;
2. Пункти № 2, 7, 12, 17, 22, 27;
3. Пункти № 3, 8, 13, 18, 23, 28;
4. Пункти № 4, 9, 14,19, 24, 29;
5. Пункти № 5, 10, 15, 20, 25, 30.

У кожному пункті передбачено 4 варіанти відповіді на вибір: а, б, в, г, яким відповідають бали – 0, 1, 2, 3.

Таким чином, сумарна оцінка за кожною шкалою може змінюватися від 0 (всі відповіді "а") до 18 (всі відповіді "г") балів.

При інтерпретації враховується така градація:

0–3 бали – недостовірний результат через ігнорування реальних проблем, інфантилізм;

4–6 балів – успішна адаптація, відсутність серйозних проблем або їх успішне вирішення;

7–9 балів – рівень "нормального" напруження без загрози здоров'ю та благополуччю особистості, якщо таке напруження не є хронічним;

10–12 балів – субекстремальна напружена ситуація, що загрожує виснаженням, незадоволенням життям. Є необхідність у психологічній консультації;

13–15 балів – скрутна життєва ситуація. Є необхідність у психологічній допомозі, психотерапії;

16–18 балів – ситуація життєвої кризи. Є загроза самогубства; необхідна невідкладна психологічна або навіть психіатрична допомога.

На особливу увагу заслуговують особи, в психологічному профілі яких є "піки" більше 13 балів, сума балів за всіма шкалами більше 45, є відповіді з кодом "г".

7.34. Шкала безнадійності Бека (Hopelessness Scale A. Beck)

Мета – вираженість негативного ставлення по відношенню до суб'єктивного майбутнього [13].

Шкала безнадійності Бека (англ. Beck Hopelessness Inventory, скор. BHI) – шкала, яка вимірює вираженість негативного ставлення по відношенню до суб'єктивного майбутнього в дорослих та підлітків. Шкала була розроблена А. Беком і групою його співробітників у Центрі когнітивної терапії Медичної школи університету Пенсільванії (США).

Теоретичні основи. В основі цього поняття, як теоретичного конструкту, лежить когнітивна теорія психічних процесів, зокрема, про депресію як наслідок когнітивних помилок. При розробленні шкали автори дотримувалися концепції Stotland, у рамках якої безнадійність розглядається як система когнітивних схем, загальною ознакою яких є негативне забарвлення очікувань щодо найближчого та віддаленого майбутнього. Індивіди з високими показниками безнадійності вірять:

• що все в їхньому житті буде йти не так;
• що вони ніколи ні в чому не досягнуть успіху;
• що вони не досягнуть своїх цілей;
• що їхні найгірші проблеми ніколи не будуть вирішені.

Такий опис безнадійності відповідає третьому компоненту негативної тріади когнітивної моделі депресії Бека, згідно з якою депресивний стан визначають негативний образ себе, негативний образ свого функціонування в сьогоденні та негативний образ майбутнього.

Практичне значення. Шкала безнадійності Бека вимірює вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Особливою цінністю цієї методики є непрямий індикатор суїцидального ризику в пацієнтів, які страждають на депресію, а також у людей, які раніше вже намагалися здійснити самогубство.

Шкала безнадійності Бека є одним із найзастосовуваніших опитувальників, який заповнюється самостійно. Вона складається з 20 пунктів, кожен із яких оцінюється за принципом "вірноневірно".

Таким чином, теоретично сума балів коливається від 0 до 20, досліджувані із сумою 10 балів і вище схильні до високого ризику суїциду. Проте, навіть при показниках у 17 балів і вище, надзвичайно висока ймовірність помилкової позитивної оцінки.

Внутрішня валідність шкали є дуже високою, що свідчить про надмірність деяких пунктів. Айш і Вассерман, використовуючи факторний аналіз, показали, що ключовим твердженням шкали безнадійності Бека є: "Моє майбутнє уявляється мені похмурим". Шкала містить 11 пунктів, близьких цьому ключовому твердженню, які вимірюють нездатність подолання життєвого стресу. Решта – 9 пунктів, – навпаки, оцінюють здатність справлятися з ним.

Зовнішня валідність (відповідність іншим шкалам) шкали безнадійності Бека (в якій позитивні пункти позначені як "невірно", а негативні – "вірно") показує високу кореляцію зі Шкалою депресії Бека.

Реєстраційний бланк
П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____

Вік _____
Стать _____
Посада _____
Спеціальність _____

Інструкція: “Нижче наводиться 20 тверджень про Ваше майбутнє. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження та оберіть одне, вірне, яке найбільш точно відображає Ваші почуття в даний момент. Обведіть колом слово ВІРНО, якщо Ви згодні з твердженням, або слово НЕВІРНО, якщо не згодні. Серед тверджень немає правильних або неправильних. Будь ласка, зробіть свій вибір (обведіть ВІРНО або НЕВІРНО) для всіх тверджень. Не витрачайте занадто багато часу на одне твердження.

№ з/п	**Варіанти відповідей**		**Твердження**
01	вірно	невірно	Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом
02	вірно	невірно	Мені пора здатися, оскільки я нічого не можу змінити на краще
03	вірно	невірно	Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди
04	вірно	невірно	Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років
05	вірно	невірно	У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися
06	вірно	невірно	У майбутньому, я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається
07	вірно	невірно	Майбутнє уявляється мені в пітьмі
08	вірно	невірно	Я сподіваюся отримати в житті більше доброго, хорошого, ніж пересічна людина
09	вірно	невірно	У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з’являться в майбутньому
10	вірно	невірно	Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього
11	вірно	невірно	Все, що я бачу попереду – швидше неприємності, ніж радості

12	вірно	невірно	Я не сподіваюся досягти того чого дійсно хочу
13	вірно	невірно	Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливішим, ніж я є зараз
14	вірно	невірно	Справи йдуть не так, як мені хочеться
15	вірно	невірно	Я дуже вірю в своє майбутнє
16	вірно	невірно	Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому безглуздо чогось хотіти
17	вірно	невірно	Досить малоймовірно, що я отримаю реальне задоволення в майбутньому
18	вірно	невірно	Моє майбутнє здається мені дуже туманним і невизначеним
19	вірно	невірно	У майбутньому мене чекає більше хороших днів, ніж поганих
20	вірно	невірно	Марно намагатися отримати те, що я хочу, оскільки, ймовірно, я не доб'юся цього

Обробка та інтерпретація результатів

№з/п	Відповідь	Бал	№з/п	Відповідь	Бал
1	невірно	1	11	вірно	1
2	вірно	1	12	вірно	1
3	невірно	1	13	невірно	1
4	вірно	1	14	вірно	1
5	невірно	1	15	невірно	1
6	невірно	1	16	вірно	1
7	вірно	1	17	вірно	1
8	невірно	1	18	вірно	1
9	вірно	1	19	невірно	1
10	невірно	1	20	вірно	1

Максимальний рахунок – 20 балів:

0–3 бала – безнадійність не виявлена;

4–8 балів – легка безнадійність;

9–14 балів – помірна безнадійність;

15–20 балів – безнадійність важка.

7.35. Особистісний опитувальник індивідуальної суїцидальної спрямованості (ІСС)

Мета – виявлення суїцидально небезпечних установок (13).

Цей опитувальник складено як орієнтовну методику для виявлення суїцидально небезпечних установок.

Реєстраційний бланк
П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____
Вік _____
Стать _____
Посада _____
Спеціальність _____

Інструкція: “Уявіть собі, що все почуте Вами далі, сказане від Вашого імені людиною, яка давно й добре Вас знає. Дещо зі сказаного – вірно, підходить Вам, а дещо – не вірно, тобто з цим твердженням Ви не згодні. На бланку відповідей відзначте твердження, з яким Ви згодні, знаком “+” навпроти відповідного номеру твердження, а те, з яким Ви не згодні, – знаком “-”. Якщо Ви не можете або не хочете відповісти, обведіть номер твердження кружечком. Будьте уважні, завдання виконується за обмежений час. Слідкуйте за тим, щоб номер відповіді збігався з номером твердження. Намагайтеся довго не міркувати. Зазвичай те, що спочатку приходить у голову, є найбільш точною відповіддю”.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
71.	72.	73.	74.						

Текст опитувальника :

(будьте уважні та обережні, дотримуйтесь інструкції)

1. Я уважно вислухав інструкцію та готовий відверто відповісти на всі питання.

2. Я часто легко відволікаюся від справи, стаю розсіяним і мрійливим.

3. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.

4. Іноді я можу похвалитися.

5. У мене часто буває веселий настрій.

6. Мене часто охоплюють сумні думки.

7. Я люблю спілкування з людьми.

8. Нерідко відчуваю, що у мене німіють або холонуть руки та ноги.

9. Я швидко забуваю про прикрощі.

10. Іноді відчуваю стук у скронях та пульсацію в ділянці шиї.

11. Я люблю розважатись у веселій компанії.

12. У моїй родині є нервові люди.

13. Буває, що я з упевненістю кажу про речі, в яких мало розуміюся.

14. Часом відчуваю себе безпорадним.

15. У мене багато хороших знайомих.

16. У мене часто болить голова.

17. Я майже завжди рухливий і активний.

18. Якщо я сидів, а потім різко встав, то в мене темніє в очах і паморочиться в голові.

19. Іноді я посилаюся на хворобу, щоб уникнути неприємностей.

20. Буває, що я проявляю інтерес до заборонених тем.

21. У мене часто бувають напади поганого настрою.

22. Мої друзі дивуються моїй працездатності й невтомності.

23. Я людина чутлива й емоційна.

24. Усі проблеми в житті можна розв’язати.

25. У мене бувають напади тремтіння.

26. Я люблю розповідати анекдоти та веселі історії.

27. Часом мені хотілося назавжди піти з дому.

28. Я часто хвилююся через дрібниці.

29. У своє виправдання я іноді щось вигадую.

30. Іноді раптом увесь покриваюся потом.

31. Буває, що я не виконую своїх обіцянок.

32. Часом мені здається, що я ні на що не годжуся.

33. Не всі мої знайомі мені подобаються.

34. Часто в мене немає апетиту.

35. Легко можу розвеселити найнуднішу компанію.

36. Звички деяких членів сім'ї мене дратують.

37. Я легко знаходжу тему для розмови навіть із незнайомою людиною.

38. Мені здається, що я постійно перебуваю в якійсь напрузі й мені важко розслабитися.

39. Часто мені хочеться вмерти.

40. Мене вважають людиною веселою й товариською.

41. Я все сприймаю близько до серця.

42. У мене часто виникають болі у верхній частині живота (під грудьми) та різні неприємні відчуття в животі.

43. Я завжди готовий поговорити як зі знайомими людьми, так і з незнайомими.

44. Якщо я чимось сильно схвильований або роздратований, то відчуваю це ніби всім тілом.

45. Я багато мрію, але нікому про це не розповідаю.

46. Іноді я сповнений енергії так, що все горить у моїх руках, а іноді – зовсім млявий.

47. Я не завжди кажу правду.

48. На спір я можу зробити все, що завгодно.

49. Я так гостро переживаю неприємності, що довго не можу викинути з голови думки про це.

50. Я часто відчуваю себе млявим і втомленим.

51. Я люблю жартувати над іншими.

52. Критика та зауваження завжди дуже чіпляють мене.

53. Мені часто сняться жахи.

54. Я здатний дати волю почуттям і повеселитися в компанії.

55. Іноді без явної причини відчуваю себе млявим і пригніченим.

56. У мене часто буває безсоння.

57. Іноді я переповідаю чутки й плітки.

58. Я до всього ставлюся досить легко.

59. Майже щодня думаю про те, наскільки б я краще жив, якби мене не переслідували невдачі.

60. Я – впевнена в собі людина.

61. Мене часто турбує почуття провини.

62. Я хожу швидко.

63. Нерідко бувають ситуації, коли легко втратити надію на успіх.

64. Часто мені не спиться через те, що в голову лізуть різні думки.

65. Мені здається, що інші часто сміються наді мною.

66. Я – людина безтурботна.

67. Іноді в мене бувають такі думки, яких потрібно соромитися.

68. У мене часто буває сильне серцебиття.

69. Навіть серед людей я відчуваю себе самотнім.

70. Іноді я багато балакаю і мені важко зупинитися.

71. Мені постійно потрібні друзі, які мене розуміють, можуть підбадьорити, втішити.

72. Іноді я відмовляюся від розпочатої справи, бо не вірю в свої сили.

73. У мене бувають періоди, коли мене дуже дратує яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум, хоча на інших людей це так не діє.

74. У мене є погані звички.

"Ключ":

Кожна позитивна відповідь по кожній шкалі на нижчезазначені твердження оцінюється в 1 бал.

1. Шкала "Щ" (щирості): 4, 13, 20, 29, 31, 33, 47, 57, 67, 74.

2. Шкала "Д" (депресивності): 2, 6, 12, 14, 19, 21, 27, 28, 32,36, 39, 41, 45, 49, 52, 55, 59, 63, 65, 69, 72.

3. Шкала "Н" (невротизації): 3, 8, 10, 16, 18, 23, 25, 30,34, 38, 42, 44, 46, 50, 53, 56, 61, 64, 68, 71, 73.

4. Шкала "К" (комунікабельності): 5, 7, 9, 11, 15, 17, 22, 24, 26, 35, 37, 40, 43, 48, 51, 54, 58, 60, 62, 66, 70.

1 шкала “Щ” – шкала щирості. Визначає достовірність результатів. 8–10 балів означають високий рівень щирості відповідей; 4–7 балів – середній рівень; 0–3 бали – свідчать про низький рівень щирості відповідей, орієнтацію лише на соціальне схвалення, дослідження визнається недостовірним.

2 шкала “Д” – шкала депресивності. Визначає рівень схильності до депресивного стану. 17–21 бал – високі оцінки, відповідають наявності цих ознак в емоційному стані, у поведінці, у ставленні до себе, до соціального оточення. 8–16 балів – середній рівень, 1–7 балів – низький рівень депресивності.

3 шкала “Н” – шкала невротизації. Визначає рівень невротизації. 17–21 бал – високі оцінки, можуть відповідати невротическому синдрому, що виявляється в емоційній нестійкості, тривожності. 8–16 балів – середній рівень, 1–7 балів – низький рівень

4 шкала “К” – шкала комунікабельності. Визначає рівень розвитку комунікабельності. 17–21 бал – високий рівень комунікабельності; 8–16 балів – середній рівень; 1–7 балів – низький рівень. Низький рівень комунікабельності в поєднанні з високими показниками депресивності та невротизації може означати суїцидально небезпечну установку досліджуваного до ступеня “пасивної згоди на смерть”.

Список використаних джерел

1. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці. *Актуальні проблеми суїцидології:* зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 1. С. 31–33.
2. Гашека Т. В. Практичні рекомендації для проведення психокорекційної роботи з підлітками за наявності суїцидальних ідеацій. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 7. С. 68–72.
3. Гашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки. *Практична психологія та соціальна робота.* 2005. № 4. С. 53–56.
4. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: монографія. Дрогобич: Коло, 2008. 525 с.

5. Діденко О. І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті злочинця; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 152–155.
6. Екстремальна психологія: підручник / [Євсюков О. П., Куфлієвський А. С., Лєбєдєв Д. В. й інші]; за заг. ред. проф. О. В. Тімченка Харків: УЦЗУ, 2007. 502 с.
7. Заброцький М., Скаковська Л., Лавренюк Л. Психологу про суїцид. *Психолог.* 2007. Трав. (№ 20). С. 25–30.
8. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі. *Соціальний працівник.* 2007.Січ. (№ 2). С.10–12.
9. Загальнопсихологічні особливості суїциду / за ред. В. П. Москальця. *Психологія суїциду.* Київ, 2004. С. 7–81.
10. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків. *Психолог*. 2005. Верес. (№ 35). С. 26–32.
11. Кльоц Л. А., Заброцький М. М. Соціальному педагогу про суїцид. *Соціальний працівник.* 2007.Верес. (№ 17).С.15–31.
12. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.
13. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. та ін. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
14. Коханенко Л. Проблеми самогубства: Погляди І. Сікорського та сучасні досліди. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 4. С. 49–51.
15. Крилова Л. Батькам про підлітковий суїцид. URL: http://ua.racurs.ua/1233-pro-pidlitkovyy-suyicyd
16. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки. Чернівці: [б. в.], 2004. 233 с.
17. Логвиненко О. І., Тимощук О. В. Врахування детермінантів професійної деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїцидальним проявам; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 103–106.

18. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
19. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Практикум психологічного консультування в юридичній сфері: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2019. 320 с.
20. Максимова Н. Ю. Сімейне консультування: навч. посіб. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. 304 с.
21. Матеріали сайту Психологічного центру «Адалін». URL: http://adalin. mospsy.ru/r_03_00/r_03_03b. Shtml
22. Медведєв В. С. Самогубство як проблема юридичної психології. *Актуальні проблеми суїцидології*: зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 2. С. 121–126.
23. Медведєв В. С. Суїцид та професійна деформація працівників органів внутрішніх справ; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 62–65.
24. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навчально-методичний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.
25. Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В. П. Москальця. *Психологія суїциду.* Київ, 2004. С. 145–209.
26. Подмазін С. Діти із суїцидальними тенденціями: психологічна підтримка. *Психолог.* 2002. Берез. (№ 12). С. 8–13.
27. Полегешко О. Психологія суїциду. *Психолог*. 2006. Груд. (№ 47). С. 23–30.
28. Попередження суїцидальної поведінки дітей і підлітків. *Все для вчителя.* 2003. Жовт. (№ 30). С. 53–64.
29. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. *Психологічний аналіз і профілактика: метод. рек. для практ. психологів і соціальних педагогів*. Київ: КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2005. 43 с.
30. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 275 с.
31. Психологічні травми і самогубство: (поради фахівців). *Безпека життєдіяльності.* 2006. № 4. С. 43–44.

32. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с.
33. Психологія суїцидальної поведінки. Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. Київ, 2004.
34. Психологія суїциду: посіб. / за ред. В. П. Москальця. Київ: Академвидав, 2004. 286 с.
35. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. Київ: Шкільний світ, 2009. 119 с.
36. Романовська Д., Собкова С. Робота з підлітками, схильними до суїциду. *Психолог*. 2006. Квіт. (№ 15). С. 26–29. (Психопрофілактика суїциду).
37. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид. *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. № 4. С. 57–62; *Психолог*. 2004. Черв. (23/24). С. 61–63.
38. Собко В. Роздуми про суїцид. *Персонал плюс.* 2006. Серп. (№ 33). С. 6.
39. Сокирська Л. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків. *Соціальний педагог*. 2007. Січ. (№ 1). С. 30–34.
40. Суїцидальна поведінка особистості / за. ред. Т. М. Титаренко. *Психологія життєвої кризи.* Київ: Агропромвидав України, 1998. С. 159–178.
41. Телефанко Б. М., Візняк О. С. Причини та попередження самогубств серед особового складу органів внутрішніх справ; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 10–14.
42. Тененьова Ю. Планета самогубців. *ПіК.*2004. № 20. С. 26–29.
43. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.

44. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2012_5_46
45. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування. Київ: Главник, 2004. 96 с.
46. Федоренко Р. П. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
47. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луцьк: СНУ ім. Лесі Українки, 2012. 200 с.
48. Федоренко Р. П. Психологія молодої сім'ї та сімейна криза: монографія. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2007. 168 с.
49. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї [Текст]: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 364 с.
50. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст]: навч. посіб. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. 260 с. (Посібники та підручники ВНУ ім. Лесі Українки).
51. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст]: навч. посіб. [для студентів вищ.навч.закл.]. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк. 2016. 340 с.
52. Хазратова Н. В. Психологічні проблеми та особистісні кризи студентського віку. *Особистісні кризи студентського віку:* зб. наук. статей / за ред. Т. М.Титаренко. Луцьк, 2001. С. 14–18.
53. Харченко Є. М. Психосоціальні аспекти суїцидальної поведінки при церебральному атеросклерозі. *Київ. міжнар. ун-т. вісник* / ред. кол.: Т. О. Піроженко та ін. Київ, 2006. С. 182–190 (*Психологічні науки;* Вип. 8).
54. Холмогорова А. Б. Сімейні фактори депресії. *Питання психології.* 2005. № 6. С. 63–71.
55. Цимбалюк І. Самогубство як проблема девіантної поведінки. *Психолог.* 2003. Груд. (№ 46). С. 12–14.
56. Цільмак О. М. Профілактика самогубств серед співробітників ОВС. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція,*

профілактика: зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 83–88.
57. Чудакова О. Феномен суїциду. *Соціальна психологія*. 2003. № 2. С. 134–141.
58. Шавроцька Н. та ін. Суїцид як соціально-психологічний феномен. *Психолог.* 2002. Жовт. (№ 38/39). С.46–57.
59. Шебанова С. Г. Мотивація суїцидальної поведінки неповнолітніх як об'єкт комплексного аналізу. *Актуальні проблеми суїцидології:* зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 2. С. 60–66.

РОЗДІЛ 8
ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В РОБОТІ З УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЧЛЕНАМИ ЇХ СІМЕЙ

8.1. Порадник військовослужбовцям та членам їх сімей: «Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до цивільного життя»

Люди, що довгий час перебували в умовах бойових дій, набувають нових якостей, їх світогляд змінюється. Ці якості допомогають вижити в екстремальних умовах, але можуть заважати повноцінно жити в мирних умовах. Кожен боєць та члени його сім'ї мають знати про ці «правила» та їх трансформацію в мирний період.

Знай свою територію

Кожен боєць досконало знає не тільки місце свого перебування, але й розташування ворога. Знає ландшаф, звуки, запахи та чітко відслідковує зміни, що попереджають про небезпеку.

Бійцю	Цивільним
Ви можете використовувати свою спостережливість в мирній професійній діяльності	Слід повідомляти про всі зміни, що відбуваються в вашому житті: перестановка меблів, графік роботи, тощо. Не чіпати речі бійця без його згоди.

Зупинись в хаосі, подивися, що відбувається

Якщо навколо щось незрозуміле – зупинись. Це допомогає визначити «свій-чужий», прийняти рішення для адекватної дії. При будь-яких заворушеннях впади і прижмись – так бійці виживають на війні.

В мирному житті немає чіткої різниці між добре-погано, тому важко зорієнтуватись, як діяти. Тому часто бійці «завмирають» перед телевізором чи в	З розумінням ставитись до поведінки бійця, не підганяти, просто бути поруч. Дати йому можливість адаптуватись. Сувмісно планувати дії на день, на

гаражі і не діють взагалі. Відслідковуй свої дії в часі: що ти зробив протягом дня? За тиждень? Під час відпустки?	тиждень. Розподіляйте обов'язки. Поступово передавайте «владу» чоловікові.

Дій, якщо відчуваєш загрозу

Бистрі, рішучі дії допомогають вижити в небезпечних умовах. «Або ти, або тебе» – це правило закарбовується назавжди і навичка спрацьовує автоматично.

Попередь близьких про те, що ти тепер сильний і пруткий. Пам'ятай про попереднє правило, давай собі час на прийняття рішення. Тренуй інші свої здібності за допомогою усвідомленого дихання, медитації, самонавіювання, самоконтролю.	Будь пильним коло бійця: не можна вмикати світло чи голосну музику без попередження, входити в кімнату без дозволу, підходити ззаду, обіймати без попередження, будити дотиками (тільки здалеку і голосом).

Довіряй тільки перевіреному другу

Бійці довіряють лише тим, з ким вижили в небезпечних умовах. Та близькі, родичі, друзі не входять до цього списку. А інші цивільні, взагалі це – «чужі»

Ваша недовіра може бути корисна в мирній професійній діяльності, наприклад, при патрулюванні чи ревізії. Але вам доведеться заново вибудовувати довіру з рідними та близькими. Успішність та тривалість цього процесу залежить тільки від вас.	Поставтесь з розумінням до недовіри вашої близької людини, будьте лагідними та поступливими. Не ототожнюйте поведінку бійця з ним самим. Любов та доброзичливість запорука налагодження взаємоіснування.

Ніяких почуттів та емоцій

Щоб якісно виконувати бойові завдання, боєць має бути раціональним та дисциплінованим: ворога – бити, командира – слухати, побратиму – допомагати. Діяльність та поведінка бійця в екстремальних умовах різниться від норм, прийнятих в мирний час.

Пам’ятай, ти вижив тому, що був справжнім воїном. Але це інколи лякає цивільних. Почуття повернуться, якщо їх спонукати: дивись дитячі мультфільми, театральні вистави, відвідуй виставки живопису, спостерігай за дітьми чи тваринами – їх поведінка та почуття природні, справжні. Говори в голос про свої відчуття. Можна тренувати міміку перед дзеркалом.	Боєць, який повернувся, змінився. Інколи це зовсім інша людина і вам доведеться знайомитись заново. Дайте час собі і йому. Будьте доброзичливі та люблячі. Щиро говоріть про свої почуття. Більше часу проводьте вдвох, бувайте на природі, спілкуйтесь з друзями та родичами, відвідуйте публічні заходи. Але робіть все поступово, неспішно. Вчіться разом.

Плануй наперед, будь непередбачуваний

На кожен план А, має бути план В, на кожен план В, має бути план В1. Це допомогає орієнтуватись в екстримальних подіях та мати можливість пристосовуватись до несподіваних змін.

Бійці переносять в мирне життя ті навички які допомогли вижити в екстремальних подіях і це, інколи, розцінюють, як неадекватні дії. Але основною метою – є захист рідних та близьких людей. Розкажи їм про це, адже що цивільні можуть знати про виживання.	Поставтесь з розумінням до дій вашої рідної людини. Різка зміна планів, необгрунтовані заборони або прохання, незрозумілі для вас висновки – можуть означати лише бажання вберегти вас від неприємностей. Не перечте відразу, будьте поруч, допоможіть зорієнтуватись. Обговоріть це потім у спокійній обстановці.

8.2. Психотехніки саморегуляції внутрішнім станом та покращення якості життя у військовослужбовців та членів їх сімей

Психологічна допомога військовослужбовцям повинна бути спрямована, насамперед, на допомогу у відрефлексуванні тих почуттів і переживань, які були накопичені. Учасникам зони воєнних дій потрібно повернутись у дострессовий стан. Тут головне – визволення бійців від почуття пережитого страху й провини. Якщо люди бачать смерть своїх товаришів, то почуття провини – закономірне, при цьому об’єктивні причини для нього можуть бути відсутні. Також важливо вивільнити бійця від почуття власної безпомічності, якщо він перебував в оточенні чи під обстрілом, не маючи можливості змінити ситуацію.

Потрібно інформувати учасників бойових дій про закономірності нашої психіки, а саме: пояснити, що подібні почуття може відчувати людина, яка, наприклад, їхала по трасі на своїй легковій машині, а в неї врізалася вантажівка. Потрібно донести до бійців думку, що є речі, які нам не підвладні, і довіру до власних сил слід повертати. При цьому чим раніше вони усвідомлять, за що несуть відповідальність, а що виходить за межі людських можливостей, – тим краще.

Перебуваючи в зоні бойових дій, бійці особливо потребували підтримки з тилу. При цьому варто зауважити, що вони намагалися мінімально ділитися своїми переживаннями з родичами й близькими, тому що, пройшовши через бій, були впевнені, що їхні рідні просто не спроможні винести весь той жах, який вони носять у собі. Оберігаючи своїх близьких від переживань, учасники бойових дій таким чином дають можливість родичам залишатися підтримуючими й забезпечувати підтримку в подальшому.

Психологічна допомога учасникам зони воєнних дій повинна сприяти їх успішній адаптації до нових умов життя. Люди, котрі повернулись із війни, суттєво відрізняються від решти. У них зовсім інша система моральних цінностей, інший рівень духовного розвитку, при якому загострюються інтуїтивні відчуття нещирості взаємин, фальші, корисливих намірів стосовно них. Термін «психологічна реабілітація» найбільш точно відображає процес і результати надання психологічної допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтується на трьох основних діях – спілкуванні, прийнятті бійця таким, яким він є, і допомозі фахівця.

Певних реабілітаційних заходів (насамперед, психологічної допомоги) потребують батьки й члени сімей учасників бойових дій, які самі перебували в психотравмуючій ситуації, очікуючи щоденно страшної звістки. Засобом реабілітації таких сімей можуть ставати Центри психологічної допомоги учасникамбойових дій таїхнім сім’ям. Саме на членів сім’ї випаде багато випробувань, щоб наново відновити довіру та втрачену близькість свого захисника, який повернувся із зони воєнних дій.

Серед заходів, які сприятимуть швидшому входженню бійця у звичне середовище, відновленню здатності до емоційних проявів, заслуговують на увагу правила, запропоновані співробітниками Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗС України: Поки боєць бере участь у воєнних діях, не розповідайте йому про свої страхи й тривоги, не плачте в трубку. Людина в зоні бойових дій живе на межі своїх можливостей. Якщо вона не матиме впевненості, що вдома все добре, то не зможе ефективно виконувати бойові завдання. Бійцю потрібно дати зрозуміти, що вдома чекають його якнайшвидшого повернення, за нього переживають, його люблять і знають, що він повернеться живий, здоровий та з перемогою. Переживання в сім'ях бійців неминучі, але градус хвилювання можна знизити, обмеживши доступ до ЗМІ й захистивши себе від повідомлень «усе пропало,всіх зливають». Є зв'язок із вашим сином/чоловіком/братом – із ним усе добре. На все інше краще не звертати уваги.

Вільний час краще витратити не на перегляд телевізора, а на будь-яку діяльність, пов'язану з наданням допомоги нашим солдатам. Наприклад, допомогу пораненим у госпіталі чи волонтерську діяльність. Займати свій час і думки потрібно роботою на перемогу. Не можна давати собі можливість лінуватися. Із ліні й часу на вільну філософію на політичні теми нічого доброго не вийде. Краще переходити від слів до дії. Від маленького кроку окремої людини складається загальний настрій сім'ї, вулиці, міста та країни.

Найскладніше в поточній ситуації матерям військових. Багато хто з них часто опиняється на межі відчаю. Для них украй важливо, щоби поруч була присутня людина, яка морально сильніша й здатна контролювати емоції. Дайте їм зрозуміти, що поруч є хтось, хто може підтримати та допомогти.

Варто завчасно усвідомити, що боєць, який повернувся із зони бойових дій, – це вже інша людина, яка отримала унікальний досвід. Його потрібно прийняти разом із новими поглядами, знайомствами, проблемами, страхами та, можливо, проявами агресії. Повернення до мирного життя може затягнутися, але без любові, турботи, тепла й найголовніше – прийняття сім'ї – воно стане практично неможливим.

Пам’ятайте: людина, котра пройшла війну, стала набагато сильнішою, мудрішою та досвідченішою. Він повернувся. Живий. Повернувся саме до вас. Усе інше – труднощі, які можна пережити, якщо ви націлені на те, щоб прожити з людиною подальше спільне щасливе життя.

Не відгороджуйтеся. В іншому випадку боєць залишається сам на сам зі своїми спогадами, які інколи є небезпечними для психічного здоров’я. Це призводить до внутрішнього конфлікту, який буде поступово посилюватися. У підсумку виходів із нього може виявитися багато, й усі вони будуть деструктивні для особистості та соціуму.

Слухайте його. Це – важливо. Боєць повинен зрозуміти, що поруч із ним – його рідна людина, яка прийме його будь-яким. Він повинен зрозуміти, що є потрібним. Багато хлопців закриваються в собі, якщо бачать, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути про вбивства й кров. Але він-то цього не може забути, а поділитися йому більше немає з ким. Відсутність цієї можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Дім повинен стати для нього місцем, де можна розслабитися та розкритися.

Забороніть собі ображатися. Не можна не будувати здогади: «...він зі мною не говорить, тому що...». Не можна ставити себе в роль жертви. Людина була в ситуації, де все по-справжньому. У зоні бойових дій немає тієї дипломатії, до якої ми звикли в повсякденному житті – там щось не скажи, тут посміхнися, умовності збережи, так себе не поведи. Боєць налаштований категорично, він так звик. Через це можуть виникати конфлікти.

Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати в повсякденне життя. Він повинен розуміти, що він потрібен тут і не є тягарем. В іншому випадку у свідомості бійців виникає розлом: там він герой, а тут дружина робить усе сама, щоб він начебто відпочив. Ні в якому разі не можна його жаліти – потрібно залучати до побутових питань у міру готовності.

Якщо немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька. Дитина – це додаткова ниточка, яка при-

в’язує бійця до реального життя. Діти розуміють більше, ніж вам здається. Їхня участь і співпереживання можуть стати для учасника бойових дій рятівними.

Якщо близькій вам людині, яка брала участь у воєнних діях, починають снитися кошмари – зверніться до психотерапевта або психолога. Вони допоможуть створити комфортні умови, які сприятимуть усвідомленню безпеки. Наприклад, боєць повернувся додому без видимих фізичних ушкоджень. Однак коли дружина вимикала світло й вони лягали спати, йому здавалося, що поруч сепаратист, який може його задушити. Він починав захищатися. Ситуацію врятувала порада психолога, щоб залишати увімкнутим нічник. Людина прокидається від кошмару, дивиться по сторонах, бачить, що вона вдома, життю нічого не загрожує, ніяких сепаратистів немає, а поруч – кохана дружина.

Усвідомлення того, що поруч кохана дружина, змінює розуміння того, що поруч – бажана дружина. Нерідко учасники бойових дій кажуть, що зникає сексуальний потяг і з’являється агресивний настрій. Із цим можна впоратися, якщо підходити до чоловіка збоку, супроводжуючи це голосом. Ласкаво погладжуйте спину й плечі, ніжно обіймайте. Його потрібно поступово привчати, що вся небезпека минула та удару в спину не буде.

Якщо чоловік не виносить фізичних контактів у принципі, приготуйтеся до того, що потрібно поступово, день за днем, можливо – тиждень за тижнем, налагоджувати контакт. Чоловік має відтанути Чоловікові потрібно дати зрозуміти, що він може прийти до вас у будь-який момент. Ось ваша рука, ви поруч і будете чекати стільки, скільки потрібно, щоб він зміг простягнути свою руку у відповідь.

Буває, що людина, яка повернулась із зони бойових дій, довго мовчить, але в якийсь момент зривається й починає трощити все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально намагатися при-брати всі колючо-ріжучі предмети, щоб вони не потрапили під руку, обмежити перебування людини на кухні. Постаратися зацікавити її більшу частину часу проводити в інших приміщеннях.

При проявах агресії на словах намагайтеся говорити з людиною спокійно. Буде дуже складно, тому що всередині все закипить, але піддаватися на цю агресію не можна. Потрібно своєю поведінкою,

інтонацією й реакцією давати зрозуміти, що ви усвідомлюєте, як йому важко, або що вам складно це зрозуміти, але від того, що на вас кричать, зрозуміліше не стає.

Агресія рідко виникає в колі сім'ї. Переважно це відбувається в компаніях – хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, неправильно подивився. Якщо ви бачите, що ваш чоловік/брат/друг починає заводитися, постарайтеся заручитися підтримкою друзів, які поруч, і вивести людину із зони ризику. Якщо в компанії з'являється людина, яка може спровокувати бійця на конфлікт (це завжди помітно), то потрібно зробити все можливе, щоб уникнути такої ситуації.

Якщо прояви агресії супроводжуються зловживанням алкоголю – варто негайно звертатися до фахівців, тому що спиртне гарантує непередбачуваність у будь-якому стані.

Якщо людина приїхала із зони бойових дій нетвереза й не тверезіє кілька днів і це не властива їй поведінка – відразу звертайтеся до нарколога або психотерапевта. Коли в близької вам людини виникає абстинентний синдром – похмілля – це залежність. На наступній стадії похмілля не з'явиться – це означає, що організм уже не пручається, людині потрібно вкрай мала кількість алкоголю, щоб прийти в стан ейфорії. Це вже не побутовий алкоголізм, це залежність, яку потрібно лікувати терапевтично. Те саме стосується залежності від легких наркотиків, її потрібно лікувати у фахівців.

Багато бійців, які брали участь у воєнних діях, скаржаться на болі в спині. У цьому випадку варто пройти обстеження – носіння бронежилета й переміщення на бронетехніці тривалий час може стати причиною проблем із хребтом. Якщо не знайдені якісь фізичні проблеми в ході обстеження, то травма є психосоматичною. З нею теж потрібно звертатися до фахівців. Корисні будуть розслаблюючі масажі, фізіотерапевтичні процедури, плавання, гімнастика.

Якщо боєць не хоче звертатися до психолога або психотерапевта, хоча ви бачите, що йому потрібна допомога, то фахівець повинен прийти до нього. Можна змоделювати ситуацію, коли у вашому колі спілкування з'являється людина, котра встановить довірчі взаємини з бійцем і допоможе йому усвідомити деякі моменти в його поведінці.

Проведіть лікнеп. Поясніть, що психолог – це не людина-енциклопедія. Психолог – це людина, яка працює зі здоровими людьми, які потрапили в складні ситуації.

Якщо людина не хоче йти до психолога, але готова йти на сповідь до духівника – ідіть до церкви. В окопах атеїстів немає.

8.3. Техніки для управління своїм внутрішнім станом та покращення якості життя

Використання усвідомленості для подолання негативного досвіду (думок, почуттів, подій) Коли ми стаємо більш досвідченими щодо усвідомленого дихання, спостереження тілесних відчуттів і рутинних повсякденних справ, можемо навчитися бути уважними до своїх думок і почуттів, ставати спостерігачами, а потім і більш сприйнятливими до них. Це призводить до зменшення рівня тривоги і підвищує нашу здатність насолоджуватися життям.

Коли більше практикуємося в застосуванні усвідомленості, ми можемо використовувати її навіть під час сильного дистресу, стаючи уважними до фактичного досвіду як спостерігач, використовуючи усвідомлене дихання і фокусуючи нашу увагу на диханні, уважно відслідковуючи тривожні думки, визнаючи їх просто думками, дихаючи разом з ними, дозволяючи їм відбуватися, не вірячи в них і не сперечаючись з ними. Якщо думки занадто сильні або нав’язливі, ми можемо перемкнути увагу на своє дихання, тіло або на звуки навколо нас.

Джон Кабат–Зінн використовує приклад хвиль, щоб пояснити усвідомлений підхід. Уявіть собі, що ваш розум – це поверхня озера чи океану. На воді завжди є хвилі – іноді великі, іноді маленькі, іноді майже непомітні. Хвилі на воді здіймають вітри, які приходять і йдуть, змінюючи напрямок та інтенсивність. Так само, як і вітри стресу та змін у нашому житті, які здіймають хвилі в нашій свідомості. Від більшості вітрів, які збурюють розум, можна знайти притулок. Що б ми не робили, аби запобігти їм, вітри життя і розуму все одно будуть дути. «Ви не можете зупинити хвилі, але ви можете навчитися серфінгу» (доктор Джон Кабат– Зінн, 2004).

Дихальна медитація 1. (доктор Джон Кабат–Зінн)

• Прийміть зручну позу лежачи на спині або сидячи. Якщо ви сидите, тримайте спину прямо, а плечі опустіть.

• Заплющте очі, якщо вам зручно.

• Утримуйте увагу на диханні, будьте присутні з кожним вдихом протягом усього його часу і з кожним видихом – протягом усього його часу, ніби ви пливете на хвилях власного дихання. Щоразу, коли помічаєте, що ваш розум відволікся від дихання, зверніть увагу на те, що вас відволікло, а потім м'яко поверніть увагу до свого живота та відчуття вдиху і видиху. Якщо ваш розум відволікається від дихання тисячу разів, то ваше завдання полягає в тому, щоб щоразу повертати його назад до дихання, незалежно від того, чим він зайнятий. Практикуйте цю вправу п'ятнадцять хвилин у зручний для вас час щодня протягом тижня, незалежно від того, хочете ви цього чи ні, і подивіться, як це – включити дисципліновану практику медитації у своє життя. Усвідомте, що ви відчуваєте, коли щодня витрачаєте деякий час на те, щоб просто бути зі своїм диханням, нічого не роблячи.

Дихальна медитація 2. (за методом доктора Джона Кабат–Зінна)

• Сфокусуйте увагу на диханні – відчутті повітря, яке входить і виходить через ніс або на рухах грудної клітки чи живота.

• Усвідомте свої думки і почуття в ці моменти, просто спостерігаючи за ними, не засуджуючи ні їх, ні себе.

• Водночас зверніть увагу на будь-які зміни в тому, як ви дивитеся на речі і почуваєте себе.

Вправа «Відвідувач». Ця вправа допомагає розвинути усвідомлене сприйняття навколишнього середовища, тіла, дихання, думок та емоцій. Вона допомагає сприймати власні думки та емоції як тимчасові явища, а не як щось, що визначає вас. Вправа розвиває навичку дистанціювання від важких переживань, зменшуючи їхній вплив.

Як виконувати:

1. Уявіть свої емоції та думки як гостей, що заходять до вас у будинок.

• Наприклад, тривога – це неспокійний відвідувач, сум – тихий гість, роздратування – буркотливий незнайомець.

2. Не проганяйте їх і не боріться з ними.

• Вони просто прийшли й так само підуть, як усі гості.

3. Спостерігайте, як вони змінюються і зникають.

• Ви – не ваші думки та емоції, ви лише їхній спостерігач.

Результат: Допомагає зменшити тривогу, знизити вплив негативних переживань та навчитися приймати свої емоції без боротьби з ними. Ви можете практикувати вправу як повністю, так і по частинах, використовуючи будь-яку частину вправи.

Усвідомленість для зайнятих людей.

- Виберіть собі заняття, яке ви будете виконувати з усвідомленістю протягом дня, одну, дві або п'ять хвилин. Наприклад: випити чашку чаю; прогулятися: помити посуд.
- Що б ви не робили, будьте в цьому моменті, прямо зараз. Бачити, чути, нюхати, торкатися, відчувати, дихати.
- Просто помічайте, коли в голову приходять інші думки і відчуття, а потім знову зосередьтеся на обраній вами усвідомленій діяльності.
- Будьте терплячими і співчутливими до себе.
- Описуйте... а не судіть про те, що добре чи погано, приємно чи неприємно.
- Це так, як є.
- Це мине.

«Усе плине. Ніщо не є постійним»
Геракліт

© Carol Vivyan 2009 — 2015

ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ

«Коробкове» або «квадратне» дихання

Таке дихання ще називають тактичним, адже його застосовували ще американські військові для регуляції стресу та покращення працездатності.

Дана вправа отримала свою назву через чотири компоненти, які нагадують своєрідну коробку чи квадрат. Складається вона з чотирьох кроків: вдихати та видихати повітря, рахуючи до чотирьох (можна більше або менше, якщо бракує дихання).

Техніку можна застосовувати до, під час та після нападу тривоги.

Знайдіть у просторі щось квадратне або щось, що нагадує квадрат: вікно будинку, мис черевика, кахлі на підлозі, кишеню рюкзака, власний ніготь.

Зафіксуйте погляд на одному з кутів квадрата.

Далі ви робите вдих, одночасно рахуючи до чотирьох, затримуєте дихання, рахуючи до чотирьох і робите видих, так само рахуючи до чотирьох.

Важливо!

Промовляйте числа чітко й ритмічно: ОДИН-ДВА-ТРИ-ЧОТИРИ. Тримайте весь фокус уваги лише на рахуванні та фокусуйте погляд тільки на кутах квадрата. Голова та шия не рухаються, рухаються лише очі. Це допомагає трансформувати емоції.

Починаємо!

- Перший кут квадрата – погляд фіксує перший кут квадрата.

Вдих (один-два-три-чотири).

- Другий кут квадрата – погляд фіксує другий кут квадрата.

Затримка дихання (один-два-три-чотири).

- Третій кут квадрата – погляд фіксує третій кут квадрата.

Видих (один-два-три-чотири).

- Четвертий кут квадрата – погляд фіксує четвертий кут квадрата.

Затримка дихання (один-два-три-чотири).

Повторіть щонайменше 5 хвилин.

Або зробіть скорочений варіант – два найпростіших способи, які завжди з вами:

1. Видихи вдвічі довші ніж вдихи. Для кращої концентрації можна дихати, рахуючи так: на вдиху – раз, два, на видиху – раз, два, три, чотири.

2. Дихання квадратом: вдих – затримка дихання, видих – затримка дихання, вдих.

Вправа: Циклічні видихи

Це вправа, яка передбачає виконання довгих видихів. Вважається, що вона може зменшити симптоми тривоги та частоту дихання всього за п’ять хвилин.

Дослідники виявили, що циклічні видихи не тільки ефективніші, ніж усвідомленість, але й має більший вплив на зниження тривожності, ніж попередня вправа (box breathing).

«Тривалі видихи, або зітхання, активізують парасимпатичну нервову систему, що, зрештою, уповільнює серцебиття і має заспокійливий ефект. Оскільки цей тип дихальної роботи є особливо ефективним, дослідники рекомендують щоденне циклічне зітхання як спосіб боротьби зі стресом», – зазначають медики.

Потрібно повільно вдихати повітря через ніс, поки легені не наповняться наполовину. Після цього варто зробити паузу, а потім спробувати ще раз вдихнути.

Далі слід повільно видихнути все повітря через рот, роблячи видих довшим, ніж два вдихи.

Психологи радять повторювати вправу щонайменше 5 хвилин.

Глибоке (діафрагмальне) дихання

Вчені описують його «як ефективний підхід, що поєднує розум і тіло для боротьби зі стресом і психосоматичними станами, такими як тривожність і панічні розлади».

Практикуючи глибоке дихання, скорочується діафрагма, розширюється живіт і «поглиблюється» вдих і видих. Це зменшує відчуття, тривоги та стресу.

Аби досягти такого ефекту, радять виконувати його 20–30 хвилин, кажуть в Американському інституті стресу. Для цього потрібно знайти зручне місце, де можна сісти або лягти та заплющити очі.

Спершу слід зробити звичайний вдих. Повільно вдихнути повітря через ніс, дозволяючи грудям і нижній частині живота підніматися, коли легені наповнюються повітрям. Живіт повинен повністю розширитися.

Потім повітря повільно і контрольовано треба видихнути. Слід повторювати вправу поки не буде відчуття спокою та розслаблення.

Вправа: Почергове дихання ніздрями

Один із різновидів дихання в йозі. Дослідники довели, що ця практика покращує увагу та знижує кров'яний тиск, що може вплинути на зменшення тривожності.

Для цього треба зробити вдих, закрити праву ніздрю великим пальцем і видихнути через ліву ніздрю. Потім вдихнути через ліву ніздрю та закрити праву безіменним пальцем і мізинцем. Видихнути через ліву ніздрю та вдихнути ще раз.

Вправа: Дихання джмелів

Його ще називають «диханням з дзижчанням». Це техніка повільного дихання, яка супроводжується дзижчанням бджоли на видиху. Вона позитивно впливає на дихальну і вегетативну нервову системи, сприяє зменшенню стресу і рівня тривожності.

Таку вправу слід робити сидячи у зручному положенні. Спочатку слід зробити вдих і видих через ніс, розслабивши обличчя та щелепу.

Необхідно покласти вказівні пальці на хрящі вух, блокуючи будь-який шум або звуки та зробити глибокий вдих через ніс і видихнути, при цьому видаючи звук дзижчання або гудіння. Вуха закривати не потрібно.

Вправу радять виконувати у декілька підходів.

Вправа: Дихання 4-7-8

Суть вправи полягає у тому, що людина має вдихати повітря протягом чотирьох секунд, затримати дихання на сім секунд, а потім видихати протягом восьми, видаючи при цьому свист (засовуючи язик за передні зуби).

«Під час цієї техніки ваш видих триватиме вдвічі довше, ніж вдих. Коли ви вперше спробуєте, ефект буде ледь помітним, але що

більше ви будете практикувати, то сильнішим він стане. Більшість експертів рекомендують робити це щонайменше двічі на день», – кажуть дослідники.

Вправу можна виконувати сидячи та лежачи. Лікарі радять робити по чотири цикли.

Вправа: Прискорене дихання губами

Дана вправа особливо корисна для тих, хто страждає від тривоги та легеневих захворювань, як-от емфізема та хронічне обструктивне захворювання легень.

Дана техніка допомагає уповільнити дихання завдяки вдиханню і видиханню більшої кількості повітря.

Насамперед потрібно зручно сісти та розслабити тіло. Зробити вдих через ніс, який триватиме дві секунди. Потім видихнути повітря через рот протягом чотирьох секунд, стискаючи губи так, як при поцілунку.

Лікарі радять практикувати цю дихальну вправу кілька разів на день, особливо людям, які мають легеневі захворювання.

Вправа: Резонансне дихання

Вправа передбачає дихання в повільному темпі – зазвичай від чотирьох до семи вдихів на хвилину. Вона зменшує стрес, знижує кров’яний тиск і покращує настрій.

Багато лікарів використовують метод біологічного зворотного зв’язку, заснований на резонансному диханні, щоб допомогти людям навчитися розпізнавати зміни серцевого ритму та контролювати їх за допомогою дихальних вправ.

Спочатку слід вдихнути повітря через ніс, подумки рахуючи до шести секунд, а потім видихнути протягом того самого проміжку часу. При цьому важливо дозволити диханню повільно залишати тіло, не виштовхуючи його з легень.

Вправа: Дихання лева

Дана дихальна техніка полягає в тому, що людина імітує рик лева. На відміну від інших вправ, які переважно тихі та м’які, вона більш інтенсивна.

Її часто використовують у йозі. Хоча існує обмежена кількість досліджень, присвячених саме левовому диханню, деякі з них засвідчили, що вправи можуть бути корисними для зменшення різних симптомів – від тривоги до апное (раптова зупинка дихання увісні).

Для виконання практики потрібно стати на коліна і відкинутися назад так, щоб стегна спиралися на п'яти. Голову слід закинути назад при цьому злегка нахилитись вперед, роблячи великий, повільний вдих через ніс.

Далі треба затримати дихання на кілька секунд, відкрити рот і висунути язик (він повинен звисати вниз). З силою видихнути, роблячи при цьому гучний звук, подібний до ревіння лева.

Техніка релаксації Джейкобсона, також відома як прогресивна м'язова релаксація

Її суть у послідовній напрузі та розслабленні певних груп м'язів.

Доктор Едмунд Джейкобсон винайшов цю техніку в 1920-х роках, щоб допомогти своїм пацієнтам упоратися з тривогою. Він вважав, що розслаблення м'язів може розслабити розум.

Концентруючись на напрузі та розслабленні м'язів, людина фокусується на моменті. Якщо її увага розсіюється, вона може знову зосередитися на відчуттях свого тіла під час виконання вправи. Це стимулює уважність. Інша назва вправи – медитація «сканування тіла».

Мета прогресивної м'язової релаксації за Джейкобсоном полягає у тому, щоб викликати реакцію розслаблення. Вона змушує тіло переходити з пильного, активного стану у більш спокійний. Це викликає фізіологічні зміни, такі як:

- повільніше дихання;
- повільніший серцевий ритм
- зниження кров'яного тиску
- зниження рівня кортизолу

Які переваги прогресивної м'язової релаксації за Джейкобсоном:

– практика релаксаційних технік позитивно впливає і на фізичне, і на психічне здоров'я;
– полегшує симптоми тривожності;
– зменшує стрес;

– знижує артеріальний тиск;
– знижує ймовірність судом;
– допомагає з безсонням;
– знижує частоту нападів мігрені;
– полегшує біль у шиї.

Прогресивна м’язова релаксація за Джейкобсоном також є профілактичним заходом. Вона покращує навички справлятися зі стресом, робить емоційно стійкими та усуває психічну напругу та страхи.

Як практикувати прогресивну м’язову релаксацію

Знайдіть тихе місце, ляжте на підлогу або відкиньтесь на стілець, покладіть руки на коліна. Зробіть кілька повільних рівних вдихів. Тепер зосередьте свою увагу на наступних зонах, намагаючись залишити решту частин тіла розслабленими.

Лоб. Зморщіть чоло на 15 секунд. Відчуйте, як м’язи напружуються. Потім повільно розслабляйте чоло, рахуючи до 30. Зверніть увагу на різницю у відчуттях м’язів, коли розслабляєтесь. Дихайте повільно та рівно.

Щелепа. Напружте м’язи щелепи на 15 секунд. Потім повільно ослабте напругу, рахуючи до 30. Зверніть увагу на почуття розслаблення та продовжуйте дихати повільно та рівно.

Шия та плечі. Збільште напругу в шиї та плечах, піднявши плечі до вух і затримайтеся на 15 секунд. Повільно ослабте напругу, рахуючи до 30. Зверніть увагу, як напруга йде.

Руки та кисті. Повільно стисніть обидві руки в кулаки. Притисніть їх до грудей і утримуйте 15 секунд, стискаючи так сильно, як тільки можете. Потім повільно відпустіть, рахуючи до 30. Зверніть увагу на відчуття розслаблення.

Сідниці. Повільно збільшуйте напругу в сідницях протягом 15 секунд. Потім повільно ослабте напругу протягом 30 секунд. Зверніть увагу, як напруга йде.

Ноги. Повільно збільшуйте напругу у квадрицепсах та литках протягом 15 секунд. Напружте м’язи так сильно, як тільки зможете. Потім обережно ослабте напругу протягом 30 секунд. Зверніть увагу, як напруга йде, а відчуття розслаблення залишається.

Ступні. Повільно збільшуйте напругу в стопах та пальцях ніг. Напружте м'язи настільки, наскільки зможете. Потім повільно ослабте напругу, рахуючи до 30. Зауважте, як зникає вся напруга.

Насолоджуйтесь відчуттям розслаблення, що пронизує ваше тіло. Продовжуйте дихати повільно та рівно.

Адреналінова залежність

Це один із ключових, але маловідомих аспектів адаптації до цивільного життя. Адреналінова залежність – це психологічний стан, за якого людина відчуває компульсивну потребу в ситуаціях, що викликають викид адреналіну (гормону стресу), для досягнення емоційної чи фізіологічної стимуляції. Чому так відбувається. На війні тіло живе в режимі постійної мобілізації всіх ресурсів. Коли є загроза, ендокринна система викидає потужну дозу гормонів стресу, щоб допомогти вижити: пришвидшується серцебиття, загострюються реакції, вмикається гіперфокус. Якщо це відбувається регулярно, нервова система починає функціонувати інакше, звикаючи до постійної напруги. Тому повертаючись у цивільний ритм, мирне життя може сприйматися як недостатнє емоційне. Поведінкові прояви. Постійне прагнення до ризику: раптові захоплення екстремальними видами спорту тощо; Імпульсивні вчинки: може раптово звільнитися з роботи через дрібний конфлікт або спалах гніву, сварки в магазині, образи на слово, сказане в неправильному тоні; Конфлікти з поліцією, агресія в побуті: при зупинці авто миттєвий перехід у режим «загрози», крик, сперечання. Удома – нервова реакція на звук дитячого плачу чи гучні звуки; Соціальне відчуження через те, що інші здаються «повільними», «нереальними», а звичайне життя – сірим. Це може призводити до ізоляції або розчарування. Психологічні прояви. Нездатність розслабитися: навіть у безпечному середовищі тіло напружене, людина не може «відключити голову», погано спить, спить уривками або під час відпочинку перебуває у стані повної бойової готовності;

- Постійна внутрішня напруга: ветеран може казати: «Я не відчуваю нічого. Або все одразу». Відсутність спектру емоцій, окрім гніву, страху, провини або пустоти.
- Тяга до надмірної стимуляції: потрібна гучна музика, напруга в кіно, енергетики, бо «інакше не працює голова».

Фізіологічні прояви

- Постійна втома, але водночас гіперактивність: людина може бігати, працювати, займатися кількома справами, але виснаження накриває зненацька – раптово «вимикається» на кілька днів;
- Соматичні розлади: шлункові спазми, тремтіння, пітливість, болі в серці, навіть при нормальних показниках;
- Порушення сну: ветеран або не може заснути взагалі, або лягає пізно вночі – тільки коли виснажиться емоційно чи фізично;
- Психофізичне виснаження: організм не витримує постійного «високого напруження». Це призводить до хронічної втоми, тривоги, депресії.

Ці прояви можуть бути, як всі одразу, так і деякі з них. І якщо захоплення мотоспортом нікому не шкодить, то, до прикладу, спалахи агресії і соціальне відчуження може призвести до проблем у спілкуванні з близькими людьми, а порушення сну і постійне перебування в напрузі псує якість життя самого ветерана.

Що з цим робити. Перше – визнати, що з вами все не «не так», а якраз очікувано. Ви не «зламались» і не стали якимись «неправильними». Ваш мозок і тіло функціонували в надзвичайному режимі, і цей режим не вимикається миттєво після повернення. Це не психічне захворювання, а адаптаційний процес, у якому домінують навички виживання, а не життя. І як будь-яку адаптацію, її потрібно вести усвідомлено, а не залишати на самоплив. Інакше вона стане деструктивною.

Фізична активність повинна реалізовуватися в контрольованому форматі. Один із природних способів вивільнення адреналіну – це рух, особливо інтенсивний. Проте важливо, щоб фізична активність не перетворилась на новий спосіб «пробити себе» або саморуйнування. Ідеально, коли це структуроване фізичне навантаження з тренером або в групі, де ви відчуваєте межу і контроль. Наприклад, бойові мистецтва, кросфіт або функціональні тренування, ранкові пробіжки чи велоспорт. Вагомо, щоб спорт не підкидав вам зайвої агресії, а навпаки – допомагав стабілізувати психофізіологічний стан.

Також дуже важливо мати можливість та доєднуватися до ветеранських спільнот – це коло, де вам не треба «пояснювати». Де ви

можете говорити своїм "внутрішнім" голосом, не стримуватися і не грати соціальні ролі. Це можуть бути ветеранські простори, групи підтримки, ті ж ветеранські мотоклуби чи неформальне коло побратимів. Ми відновлюємося через зв'язок з іншими, через спільну дію, через довіру. Такі спільноти знижують тривожність, повертають відчуття нормальності та дають ресурс для реінтеграції.

І, звісно, одним із найефективніших способів «переключити» мозок із бойового режиму є психотерапія, особливо спеціалізована. Важливо знайти не просто «доброго психолога», а фахівця з досвідом роботи з ветеранами або травмою. І за такою підтримкою ви завжди можете звернутися до нас. Адреналінова залежність є нейробіологічною зміною, а не слабкістю характеру. Мозок просто адаптувався до умов виживання. Але в цивільному житті ці механізми стають руйнівними, якщо їх не трансформувати. Якщо ви помічаєте ознаки адреналінової залежності у себе чи близької людини, не ігноруйте їх. Звертайтеся по допомогу – це не слабкість, а крок до комфртного життя.

Поради для початківців:

1. Кожен день в один і той самий час, наприклад перед сном, виділяйте на практику 15–20 хвилин. Робіть це у тихому, зручному місці.

2. Вимкніть телефон, щоб не відволікатися.

3. Намагайтеся не затримувати дихання – це може посилити напругу. Глибоко вдихайте, коли напружуєте м'язи, і повністю видихайте, коли розслаблюєтеся.

4. Рухайтесь у тій послідовності, яка вам підходить. Наприклад, ви можете почати з голови і рухатися вниз тілом або навпаки.

5. Перед практикою одягніть зручний вільний одяг.

6. Практикуйте прогресивну м'язову релаксацію, навіть коли ви почуваєтеся спокійно, особливо на початку. Це допоможе швидше виробити звичку.

7. Може допомогти прослуховування запису практики, щоб не тримати в голові послідовність кроків.

Є люди, які вже за короткий час відчувають позитивний ефект м'язової релаксації. Загалом фаза навчання триває від восьми до два-

надцяти тижнів. Тілу і розуму потрібен час, щоб відчуття розслаблення з'являлось швидше.

Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном – це просто і її може виконувати будь-хто і будь-де. Сеанси зазвичай тривають не більше 20–30 хвилин. Регулярно практикуйте техніку для досягнення найкращих результатів. Згодом ви відчуєте себе більш розслабленими та психологічно спокійнішими.

Список використаної літератури

1. Борисова О. О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. *Науковий журнал «Габітус».* Випуск 49. 2023. С. 16–21. DOI https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2
2. Замелюк М., Магдисюк Л., Беспарточна О. Ігрові технології: теорія та практика. *Наукові інновації та передові технології.* 2022. № 12 (14). С. 285–297.
3. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.
4. КОНСТИТУЦІЯ УКРАЇНИ: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР: [зі змін. та допов., внесеними Законом України від 21.02.2014 р. № 742-VII]. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#
5. Коширець, В. В., Мельник, А. П., Шкарлатюк, К. І. Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів у цивільного населення під час війни. *Психологічні студії,* 2024. № 2. С. 54–61.
6. Лебедєва С. Ю., Овсяннікова Я. О., Похілько Д.С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. *Габітус.* 2023. Вип. 45. С. 139–145.
7. Магдисюк Л. І. Психологічні технології та сучасні технології навчання в роботі психолога, педагога з обдарованими дітьми. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. Запоріжжя: КПУ. 2021. № 76. Т. 1. С. 120–130.

8. Магдисюк Л. І., Грушецька О. В. Психотехнології у роботі з дітьми та дорослими: практикум. навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. 188 с.
9. Магдисюк Л. І., Замелюк М. І. Арттерапія в роботі з обдарованими дітьми: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 192 с.
10. Магдисюк Л. І., Замелюк М. І., Сойко О. В., Замелюк І. В. Психотехнології та психологічні аспекти реабілітації військовослужбовців при переході до цивільного життя: виклики та стратегії адаптації. *Психологічні студії.* Вид. дім «Гельветика», 2025. № 1. С. 52–60.
11. Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 100 с.
12. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Замелюк М. І. Технології казкотерапії у практиці психологічного консультування дітей та дорослих: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2024. 216 с.
13. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Грушецька О. В. Причини, патологічні прояви і стадії депресивних станів: гендерний аспект. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*. № 81, 2025. С. 80–85.
14. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. 208 с.
15. Мосієнко О. Психоедукація – первинний засіб в роботі з воїнами АТО. URL: http://iqholding.com.ua/articles/psikhoedukatsiya-pervinnii-zasib-vroboti-zvoinami-ato
16. Назарець А., Магдисюк Л. Нейрографіка як інноваційний метод арттерапії трансформації особистості. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні.* Луцьк: Вежа-Друк, 2022. С. 102–105.
17. Неділько І. М., Хомярчук А. П., Магдисюк Л. І. Інноваційне освітнє середовище: теоретичний аспект. *Перспективи та інновації науки. Електронний журнал.* № 6 (11), 2022. С. 278–288.
18. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод.посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с.

19. Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.
20. Якимець В. М., Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Якимець В. В., Печиборщ О. В., Никоненко А. В., Слабкий Г. О. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2022. № 3 (93). С. 41–50.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Абстрагування (лат. abstractio – відтягую, відриваю) – відокремлення у свідомості одних ознак від інших, а також від об'єктів, яким вони властиві.

Абулія (гр. abulia – нерішучість) – психопатологічний синдром, який характеризується загальною в'ялістю, відсутністю будь-якої ініціативи, прагнення до діяльності, послабленням волі.

Активація – стан нервової системи, який характеризує її збудження і реактивність; процес підсилення активності головного мозку.

Активізація пізнавальної діяльності – мобілізація вчителем, викладачем інтелектуальних, моральних та фізичних сил учнів, студентів для досягнення конкретної мети навчання й виховання.

Активність – риса темпераменту, що характеризується енергією впливу людини на навколишній світ і подоланням перешкод на шляху до мети.

Акцентуація характеру (лат. accentus – наголос) – граничний варіант норми, наслідок посилення окремих рис характеру.

Аналіз (гр. analysis – розкладання) – метод наукового дослідження, що полягає в уявному чи фактичному розкладанні цілого на його складові. У психології – мисленнєва операція, що передбачає розчленування об'єктів у свідомості, виділення їх окремих частин, елементів, ознак і властивостей.

Аналіз продуктів діяльності – метод вивчення кількісного і якісного складу матеріалізованих результатів психічної діяльності людини – архівних матеріалів, щоденників, креслень, малюнків, виготовлених предметів тощо.

Аналізатор – орган чуття, який здійснює аналіз і синтез подразників, що надходять із внутрішнього і зовнішнього середовищ. Складається з рецептора, провідних нервових шляхів (доцентрових і відцентрових) і мозкової ділянки.

Апперцепція (лат. ad – до і perceptio – сприймання) – залежність сприймання від змісту психічного життя і особливостей особистості.

Апраксія (гр. аргахіа – бездіяльність) – порушення здатності виконувати доцільні звичні дії і рухи, що виникає при ураженні окремих ділянок головного мозку.

Аргумент (лат. arguo – показую, виявляю) – підстава, доказ, які наводять для обґрунтування, підтвердження чого-небудь.

Арттерапія – це динамічна система взаємодії між учасником (дитиною, дорослим), продуктом його образотворчої творчої діяльності і арттерапевтом (психологом, педагогом) в арттерапевтическом просторі.

Асиметрія функціональна півкуль головного мозку – неоднаковість функціонального призначення лівої і правої півкуль головного мозку людини. Ліва півкуля забезпечує оперування вербально-знаковою інформацією, а права – образами дійсності. У тварин такої асиметрії немає.

Асоціація (лат. associo – приєдную, з'єдную) – група, в якій міжособистісні стосунки опосередковує особистісно значущий для кожного зміст спільної діяльності.

Атракція (лат. attractio – притягування) – привабливість одного партнера по спілкуванню для іншого.

Аутизм (гр. autos – сам) – хворобливий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків із реальністю, зосередженістю на власних переживаннях, створенням свого примарного світу.

Афект (лат. affectus – пристрасть, хвилювання) – емоційний процес, який виникає у людини швидко, протікає бурхливо і характеризується значними змінами свідомості та порушенням вольового контролю за діями.

Бажання – усвідомлене і цілеспрямоване прагнення людини, яке не викликає довільних дій.

Бар'єри спілкування (франц. barriere – перешкода) – психологічні перешкоди, які виникають у спілкуванні.

Вербальний (лат. verbum – слово) – мовний, словесний.

Витіснення – спосіб уникнення внутрішнього конфлікту завдяки вилученню зі свідомості неприємної інформації.

Витримка – вольова якість, що виражається у вмінні людини своєчасно стримувати небажані спонуки, дії і вчинки.

Вища нервова діяльність – відображувальна умовно-рефлекторна діяльність кори головного мозку і найближчих до неї підкіркових центрів, на яких ґрунтується психічна діяльність людини і тварин.

Відображення – загальна властивість матерії, яка проявляється у здатності матеріальних об'єктів відтворювати з різною адекватністю ознаки, властивості й характеристики інших об'єктів.

Відтворення – мнемічний процес, який забезпечує відновлення матеріалу, що зберігається в пам'яті.

Відчуття – відображення в мозку людини окремих властивостей предметів і явищ об'єктивного світу внаслідок їх безпосереднього впливу на органи чуття.

Відчуття пропріоцептивні (лат. Proprius – власний і receptor – той, що сприймає) – відчуття, які виникають при подразненні рецепторів, розміщених у м'язах і суглобах.

Віктимологія (лат. victima – жертва і гр. logos – слово, вчення) – наука про людей, які стали жертвами несприятливих соціальних умов та насильств.

Власне відтворення – мимовільне або довільне відтворення об'єкта без його повторного сприймання.

Воля – свідома організація і саморегуляція людиною своєї діяльності й поведінки, спрямована на подолання труднощів при досягненні поставлених цілей.

Вольове зусилля – форма емоційного стресу, який мобілізує внутрішні ресурси організму, створює додаткову мотивацію дії і переживається людиною як стан значного напруження.

Вольові якості – відносно стійкі, незалежні від конкретної ситуації психічні утворення, що засвідчують досягнутий особистістю рівень свідомої регуляції поведінки, її влади над собою.

Гальмування позамежне (охоронне) – гальмування окремих ділянок кори головного мозку, яке виникає при перенапруженні відповідних нервових клітин.

Гештальт (нім. Gestalt – образ, форма) – цілісна форма, структура, цілісний образ – одне з основних понять гештальтпсихології, яке було введене для опису якісно своєрідних цілісних характеристик образів чи психічних структур.

Глибина мислення – якість мислення, що виявляється в здатності людини проникати в суть явищ, що пізнаються, виділяти їх суттєві характеристики, розкривати їх причини, виявляти їх зв'язки з іншими явищами, передбачати їх подальший розвиток.

Гнів – негативний емоційний стан, зумовлений появою серйозної перешкоди на шляху до задоволення важливої потреби. Має форму афекту.

Гнучкість мислення – якість мислення, що виявляється у здатності людини легко переходити від одного способу вирішення проблеми до іншого, якщо перший виявився невідповідним, бути вільною від шаблону, швидко реагувати на зміну обставин.

Готовність до відтворення – властивість людської пам'яті легко і швидко пригадувати те, що потрібно в даний момент.

Група – об'єднання людей, створене на основі певної спільної для них ознаки, що виявляється в їх спільній діяльності, зокрема в спілкуванні.

Група велика – група, що охоплює кілька малих груп.

Група дифузна (лат. diffusio – поширення) – нестійке короткочасне об'єднання людей, що виникає лише на основі особистісно значущої діяльності.

Група мала – відносно стійке, нечисленне за складом об'єднання людей, у якому здійснюється безпосередній контакт між його членами.

Група реальна (лат. rialis – суттєвий, дійсний) – контактне об'єднання людей, яке утворилося на основі спільної для них просторово-часової ознаки.

Диференційний поріг чутливості (лат. differens – різниця) – мінімальна різниця в інтенсивності двох подразників, яка викликає ледве помітну відмінність у відчуттях.

Диференційоване навчання – спосіб організації навчально-виховного процесу, що враховує типові індивідуальні особливості учнів, студентів.

Ділова спрямованість особистості – вид спрямованості особистості, що характеризується переважанням мотивів, породжених діяльністю і спрямованих на неї.

Дія – відносно завершений елемент діяльності, спрямований на досягнення певної проміжної мети і підпорядкований загальному мотиву діяльності.

Дія вольова – дія людини, спрямована на досягнення свідомо поставленої мети і пов'язана з подоланням труднощів.

Дія довільна – дія людини, зміст і засоби виконання якої підпорядковані свідомій цілі.

Дія мимовільна – дія людини, яка відбувається при виникненні неусвідомлюваних або недостатньо усвідомлюваних спонукань.

Діяльність – внутрішня (психічна) і зовнішня (фізична) активність людини, що регулюється усвідомлюваною метою.

Експеримент – констатація – педагогічний метод, що передбачає вивчення наявних педагогічних явищ і процесів.

Експеримент перевірковий – педагогічний метод, що передбачає перевірку гіпотези, сформованої у процесі усвідомлення проблеми.

Експеримент творчий (формуючий) – педагогічний метод, що передбачає конструювання нових педагогічних явищ і процесів.

Екстероцептивні відчуття (лат. exter – зовнішній і receptor – той, що сприймає) – відчуття, що виникають при подразненні рецепторів, розміщених на поверхні тіла.

Екстраверсія (лат. extra – зовні і vertere – повертати) – спрямованість особистості на навколишній світ.

Екстраверт – людина, реакції і поведінку якої в основному визначають зовнішні враження, а не внутрішні переживання.

Екстраверт емоційного типу – людина, почуття якої узгоджуються із загальноприйнятими критеріями і переживаннями і перебувають під впливом традиційних цінностей.

Екстраверт інтуїтивного типу – людина, якій властиво у зовнішньому світі сприймати те, що відбувається за межами подій.

Екстраверт мисленнєвого типу – людина, життєві прояви якої залежать від інтелектуальних висновків, хоча будь-яке її судження ґрунтується на зовнішніх критеріях (загальноприйнятих поглядах, традиціях).

Екстраверт сенсорного типу – людина, яку завжди притягують ті об'єкти, які викликають сильні відчуття.

Емоційність – властивість темпераменту, яка вказує на швидкість виникнення і перебігу емоцій.

Емоції астенічні (гр. a і sthenos – без сили) – слабо виражені негативні переживання людини, які знижують її активність, загальний фізичний і психічний тонус і негативно впливають на працездатність.

Емоції стенічні (лат. sthenos – сила) – переживання, що поліпшують самопочуття людини, посилюють її енергію, спонукають до активної діяльності.

Емпатія (гр. empatheia – співпереживання) – здатність людини емоційно відгукуватися на переживання інших людей.

Ефект ореолу (лат. effectus – виконання, дія і франц. aureole – сяяння) – вплив загального враження про людину чи раніше одержаної інформації про неї на сприймання і оцінку її як особистості.

Ефектор – орган (м'яз чи залоза), який реагує на дію зовнішніх чи внутрішніх подразників і є виконавчою ланкою рефлекторного акту.

Жест (лат. gestus – положення, поза, рух тіла) – соціально сформований рух, що передає певний психічний стан людини.

З**агострення** – акцентування якоїсь частини образу або певної його властивості.

Закріплення знань, умінь, навичок – спеціальна робота вчителя щодо реалізації дидактичного принципу міцності засвоєння учнями навчального матеріалу.

Заміщення – перенесення дії з недосяжного об'єкта на доступний.

Заохочення (як метод виховання) – метод, що реалізується через схвалення позитивних дій і вчинків з метою спонукання вихованців до їх повторення.

Запам'ятовування – процес пам'яті, внаслідок якого закріплюється новий матеріал шляхом пов'язування його з раніше набутим.

Запам'ятовування довільне – складна, цілеспрямована розумова діяльність, що підпорядкована певній мнемічній задачі.

Зараження – пряме, безпосереднє, неусвідомлюване передавання однією людиною іншій переживань, образів, спонукань тощо.

Збереження – процес пам'яті, що забезпечує утримування результатів запам'ятовування протягом тривалого часу.

Звичка – дія чи елемент поведінки, які стали потребою.

Згадування – локалізоване в часі та просторі відтворення образів минулого.

Здивування – короткочасна емоційна реакція на раптові обставини, яка не має чітко вираженого позитивного чи негативного знаку.

Ідеал (гр. idea – ідея) – позитивно емоційно забарвлений взірець досконалості, який людина намагається наслідувати.

Ідентифікація (лат. identicus – однаковий, тотожний і лат. facio – роблю) – спосіб розуміння людиною іншого індивіда через усвідомлене чи неусвідомлене уподібнення себе його характеристикам.

Ілюзія (лат. illudo – висміюю, обманюю) – неадекватне сприймання, яке викривлено, помилково відображає об'єкт, що діє на аналізатори.

Ілюстрування (гр. illustrator – той, хто освітлює, пояснює) – метод навчання, який полягає у використанні на заняттях наочності: плакатів, карт, рисунків на дошці, картин та ін.

Індивід (лат. individuum – неподільне)– людина як одинична природна істота, представник виду Homo sapiens.

Індивідуальний стиль діяльності – індивідуальна система прийомів і способів дій, характерна для конкретної людини і доцільна для досягнення успішного результату. Індивідуальність – неповторне поєднання психологічних особливостей і рис людини, що визначає її своєрідність і несхожість на інших людей.

Індивідуація – за К.-Г. Юнгом, процес становлення особистості, який включає налагодження зв'язків між Воно і Самістю, тобто поєднує несвідоме і свідоме.

Індукція навичок (лат. inductio – наведення) – позитивний вплив наявної навички на формування нової.

Ініціативність (лат. initium – початок) – морально-психологічна риса особистості, яка полягає у здатності та схильності до активних і самостійних дій.

Інсайт (англ. insight – осягнення) – миттєве усвідомлення розв'язку певної задачі, вирішення проблеми, момент осяяння.

Інстинкт (лат. instinctus – спонукання) – сукупність природжених форм поведінки тварин і людей.

Інтелектуальні почуття (лат. intellego – відчуваю, пізнаю) – почуття, які виникають у процесі пізнавальної діяльності людини й зумовлені нею.

Інтеракція (лат. inter – між і actio – дія) – сукупність зв'язків і взаємовпливів людей, що складається в спільній діяльності.

Інтерес – (лат. interesse – бути всередині) – емоційний вияв пізнавальних потреб людини, що реалізується у спрямованості людини на певні об'єкти, прагненні глибше і повніше їх пізнати.

Інтерес (як емоція) (лат. interesse – бути всередині) – позитивний емоційний стан, що є одним із провідних мотивів навчання і сприяє засвоєнню знань, навичок і вмінь.

Інтерес безпосередній – інтерес до змісту певної діяльності та процесу її виконання.

Інтерес вузький – інтерес до певного виду діяльності.

Інтерес нестійкий – короткотривалий інтерес до певного об'єкта чи виду діяльності.

Інтерес опосередкований – інтерес до певної галузі діяльності, зумовлений її зв'язком із чимось іншим, що безпосередньо пов'язане з інтересами особистості.

Інтерес стійкий – інтерес до об'єкта чи певної галузі діяльності, який зберігається у людини протягом тривалого часу або всього життя.

Інтерес широкий – інтерес, що проявляється до декількох галузей діяльності.

Інтеріоризація (лат. interior – внутрішній) – процес перетворення зовнішніх, реальних дій із предметами на внутрішні, ідеальні.

Інтероцептивні відчуття (лат. receptor – той, що сприймає) – відчуття, які виникають при подразненні рецепторів у внутрішніх органах і тканинах людини.

Інтерференція навичок (лат. inter – перебування поміж, знищення і ferens – той, хто несе, приносить) – негативний вплив наявної навички на формування нової.

Інтроверт – людина, яка в діях і вчинках більше керується своїми думками і внутрішніми переживаннями, ніж зовнішніми враженнями і впливами.

Інтроверт емоційного типу – людина, яка зосереджена на собі і всюди керується своїми переживаннями, не враховуючи наявних подій і фактів.

Інтроверт інтуїтивного типу – людина, яка інтуїтивно може проникати в майбутнє, але її інтуїція звернута на суб'єктивний психічний світ.

Інтроверт мисленнєвого типу – людина, схильна до теоретизування, мислення якої мало залежить від загальноприйнятих ідей і традицій, а керується власними критеріями.

Інтроверт сенсорного типу – людина, яка в своїх діях керується здебільшого власними емоціями і сприйняттям, а нелогічними міркуваннями.

Інтроспекція (лат. introspecto – заглядаю всередину) – спостереження за власною психічною діяльністю, самоспостереження.

Катехізисна бесіда (гр. katechesis – настанова) – бесіда, спрямована на відтворення тверджень, які потребують дослівного запам'ятовування.

Каузальна атрибуція (лат. causa – причина і attributio – приписування) – причинне пояснення вчинків партнера шляхом "приписування" йому почуттів, намірів і мотивів поведінки.

Коефіцієнт розумової обдарованості (IQ) (англ. intellectual quotient – коефіцієнт інтелектуальності) – стандартизований кількісний показник рівня розумового розвитку людини, який одержують за допомогою тестів інтелекту.

Колективне несвідоме – колективний досвід людства, який передається від покоління до покоління і проявляється в поведінці конкретної людини.

Ко**ливання уваги** – періодичні, короткочасні мимовільні зміни рівня інтенсивності уваги.

Комунікатор (лат. comunico – спілкуюся з кимось) – людина, яка повідомляє інформацію, кодуючи її за допомогою різних знаків.

Конвергенція очей (лат. converge – сходжуся, наближаюся) – зведення на предметі зорових осей обох очей.

Константність сприймання (лат. constans – незмінний, постійний) – відносна постійність перцептивного образу (розміру, форми і

кольору) при зміні відстані, положення спостерігача, освітленості предмета тощо.

Конфлікт (лат. conflictus – зіткнення) – зіткнення протилежних думок, цілей, інтересів, позицій; крайнє загострення суперечностей.

Конформність (лат. conformis – подібний, відповідний) – здатність людини за внутрішньої незгоди піддаватися тиску групи, що проявляється у зміні її поведінки відповідно до вимог групи.

Концентрація уваги – міра заглибленості людини у певний вид діяльності.

Корпорація (лат. corporatio – зв'язок) – група, в якій міжособистісні стосунки опосередковує особистісно-значущий для її індивідів, але асоціальний зміст групової діяльності.

Латентний період відчуття (лат. latentis – прихований) – час, який проходить від початку дії подразника на орган чуття до появи реакції на нього.

Лідер (англ. leader – вести, керувати) – особистість, за якою інші члени групи визнають право брати на себе найвідповідальніші рішення, що зачіпають їх інтереси і визначають напрям та характер діяльності всієї групи.

Лідер авторитарний (гр. autoritas – влада) – лідер, який на практиці застосовує владний одноосібний стиль управління.

Лідер демократичний (гр. demos – народ) – лідер, який використовує стиль управління, що характеризується розподілом владних повноважень між ним і членами групи, спільним прийняттям рішень і взаємною повагою.

Літота (гр. litotes – простота) – прийом створення образів уяви, який полягає у підкресленому применшенні, недомовленості.

Локалізація психічних функцій (лат. localis – місцевий) – місце розташування в центральній нервовій системі людини тих мозкових структур, які пов'язані з її психічними процесами, станами і властивостями.

Локус контролю (лат. locus – місце) – індивідуальна якість людини, яка характеризує її схильність приписувати відповідальність за наслідки своєї діяльності зовнішнім силам (екстернальний локус

контролю) чи внутрішнім станам і переживанням (інтернальний локус контролю).

Мезорівень спілкування (гр. mesos – середній) – рівень аналізу спілкування, на якому вивчають окремі контакти між людьми при виконанні певних завдань чи спілкуванні на певну тему.

Мета – ідеальний образ об'єкта, який у свідомості задовольняє потребу, що виникла.

Метод педагогічного спостереження – метод, що передбачає спеціально організоване сприймання педагогічного процесу в природних умовах.

Метод ранжування – математичний метод розміщення зафіксованих показників у певній послідовності (зменшення чи збільшення), визначення місця елемента у певній множині (наприклад, складання списку учнів залежно від рівня їх успішності).

Метод реєстрування – математичний метод, який полягає у виявленні певної якості в явищах даного класу та її обрахуванні за наявністю або відсутністю (наприклад, кількості скоєних учнем негативних вчинків).

Метод узагальнених незалежних характеристик – метод, що передбачає узагальнення відомостей про учнів, студентів, отриманих із різних джерел (від учителів, батьків, ровесників), зіставлення цих відомостей, їх осмислення.

Методи формування свідомості – методи різнобічного впливу на свідомість, почуття і волю вихованця з метою формування у нього поглядів і переконань.

Мислення – суспільно зумовлений, нерозривно пов'язаний із мовленням психічний процес пошуків і відкриття суттєво нового, опосередкованого й узагальненого відображення дійсності у процесі її аналізу і синтезу.

Мислення абстрактне (лат. abstractio – відтягнення, відвертання) – мислення за допомогою понять, які розкривають суть предметів і виражаються в словах і знаках.

Мислення дискурсивне – розгорнуте мовне мислення людини, опосередковане її попереднім досвідом. Система взаємопов'язаних

логічних міркувань, у якій кожна наступна думка зумовлена попередньою.

Мислення інтуїтивне (лат. intuitio – уява, споглядання) – швидке, згорнуте і мало-усвідомлюване мислення, що не має чітко виражених етапів.

Мислення практичне (гр. praktikos – діяльний) – мислення, що спрямоване на вирішення практичних задач або перетворення практичних ситуацій.

Мислення реалістичне (лат. realis – суттєвий, дійсний) – мислення, що спрямоване на зовнішній світ, відображає його і керується його законами.

Мислення репродуктивне (лат. ге і produco – знову створюю) – мислення, що виявляється у вирішенні проблем за наявним зразком, віднесенні кожної нової проблеми до вже відомого типу.

Мораль (лат. moris – звичай) – система ідей, принципів, законів, норм і оцінок, що регулюють стосунки між людьми.

Моральна свідомість – одна зі сфер суспільної свідомості, що відображає реальні стосунки і регулює моральний аспект діяльності людини.

Моральне виховання – виховна діяльність, що має на меті формування стійких моральних якостей, потреб, почуттів, навичок і звичок поведінки на основі ідеалів, норм і принципів моралі, участі у практичній діяльності.

Моральні звички – корисні для суспільства стійкі форми поведінки, які є внутрішньою потребою особистості і виявляються у будь-якій ситуації й умовах.

Моральні переконання – пережиті та узагальнені моральні принципи, норми.

Моральні почуття – запити, оцінки, спрямованість духовного розвитку особистості.

Моральність – етичне поняття, що означає практичне втілення етичних норм і принципів.

Мотив навчання (лат. motus – рух) – спонукальна причина навчально-пізнавальної діяльності людини.

Мотивація – спонукання, що викликають активність особистості й визначають її спрямованість.

Мрія – особлива форма творчої уяви, за допомогою якої людина створює образи бажаного майбутнього.

Навичка – часткова автоматизація виконання і регулювання доцільних рухів.

Навіювання – психологічний вплив однієї людини на іншу, який частково або й повністю не усвідомлюється як тим, хто його здійснює, так і тим, хто йому піддається.

Надсвідоме – рівень психічної активності особистості при виконанні творчих завдань, який не піддається індивідуальному усвідомлено вольовому контролю.

Наочно-образне мислення – мислення образами, уявленнями, перетворення ситуації в образній формі.

Наполегливість – вольова якість, що виявляється в умінні людини активно викликати дії, потрібні для подолання труднощів, і енергійно діяти під час досягання мети.

Наслідування – свідоме чи несвідоме повторення, відтворення людиною психічних особливостей і поведінки інших людей.

Настрій – загальний емоційний стан людини, який характеризує її життєвий тонус упродовж певного часу, породжений емоціями, що переважали в недалекому минулому чи є наявними.

Научання, научування – набуття людиною знань, умінь, навичок і нових форм поведінки.

Національне виховання – виховання дітей та молоді на культурно-історичному досвіді рідного народу, його традиціях, звичаях і обрядах, багатовіковій мудрості та духовності.

Невроз – функціональне психічне захворювання, яке розвивається внаслідок тривалого впливу психотравмуючих факторів, емоційного чи розумового перевантаження.

Несвідоме – сукупність психічних явищ, що виникають під впливом чинників, яких людина не відчуває і про які нічого не знає.

Нестійкість уваги – особливість уваги, яка виявляється у легкому відвертанні, відволіканні уваги іншими об’єктами.

Нижній абсолютний поріг чутливості – мінімальна сила подразника, що, діючи на аналізатор, спричиняє ледве помітне відчуття.

Нові інформаційні технології (НІТ) навчання – методологія і технологія навчально-виховного процесу, яка ґрунтується на використанні новітніх електронних засобів, насамперед ЕОМ.

Обдарованість – високий рівень розвитку загальних і спеціальних здібностей, що є передумовою творчих досягнень.

Образ ейдетичний (гр. eidos – вид, вигляд) – надзвичайно яскравий наочний образ, відтворений через тривалий час після припинення дії предмета на органи чуття.

Обсяг уваги – кількість об'єктів, які людина може одночасно сприйняти за короткий проміжок часу.

Онтогенез (гр. ontos – суще і genesis – народження, походження) – індивідуальний розвиток організму з моменту народження до смерті.

Осмислення (розуміння) навчального матеріалу – процес мисленнєвої діяльності, спрямований на розкриття істотних ознак, якостей предметів, явищ і процесів та формування теоретичних понять, ідей, законів.

Особистісна спрямованість особистості – переважання в особистості мотивів, спрямованих на забезпечення власного благополуччя.

Особистісне несвідоме – сукупність раніше усвідомлених переживань, які стали забутими або витісненими зі свідомості.

Особистісно-орієнтована технологія навчання – навчання, центром якого є особистість дитини, її самобутність, самоцінність.

Особистість – суспільна істота, наділена свідомістю і представлена психологічними характеристиками, які є стійкими, соціально зумовленими і виявляються у суспільних зв'язках, відносинах з навколишнім світом, іншими людьми та визначають поведінку людини.

Оцінка дня, що минув – прийом самовиховання, що полягає в обліку своєї діяльності, щоденному оцінюванні її результатів з виставленням оцінок за певні вчинки.

Пам'ять – процеси запам'ятовування, зберігання, відтворення і забування індивідом його попереднього досвіду.

Пам’ять довготривала – основний вид людської пам’яті, який характеризується тривалим збереженням набутих знань, навичок і вмінь.

Пам’ять короткочасна – пам’ять, яка характеризується швидким запам’ятовуванням матеріалу, негайним його відтворенням і швидким забуванням.

Пам’ять механічна – пам’ять, що ґрунтується на простому багаторазовому повторенні матеріалу без розуміння його змісту.

Пам’ять мимовільна – процеси запам’ятовування і відтворення, які відбуваються без спеціально поставленої мети щось запам’ятати чи відтворити.

Пам’ять образна – пам’ять, що проявляється у запам’ятовуванні образів і уявлень про предмети, явища, властивості та зв’язки між ними.

Пам’ять рухова – пам’ять, що проявляється у запам’ятовуванні й відтворенні людиною своїх рухів.

Пам’ять сенсорна – пам’ять, яка характеризується дуже коротким (до 2 секунд) збереженням сприйнятої інформації, що фіксується в рецепторах.

Пам’ять словесно-логічна – специфічний вид пам’яті, що проявляється в запам’ятовуванні й відтворенні думок, понять, суджень.

Пам’ять смислова – пам’ять, що ґрунтується на розумінні матеріалу, який запам’ятовується.

Переключення уваги – перенесення людиною уваги з одного об’єкта, виду діяльності на інший.

Переконання – система мотивів, що спонукають особистість діяти відповідно до своїх поглядів, принципів, світогляду.

Переконування – спосіб комунікативного впливу, при якому вихователь звертається до свідомості, почуттів вихованців з метою формування у них певних поглядів, переконань та норм поведінки.

Перцептивні дії – система дій, спрямованих на обстеження предмета у процесі сприймання.

Перцепція (лат. perceptio – сприймання) – чуттєве сприймання зовнішніх об’єктів.

Пізнання – процес цілеспрямованого відображення об'єктивної реальності у свідомості людей.

Післядія в аналізаторі – інерція відчуттів, яка проявляється в існуванні позитивного і негативного послідовних образів.

Пластичність (гр. plastikos – мазь, пластир) – риса темпераменту, яка є свідченням гнучкості, легкості пристосування людини до нових умов.

Пластичність характеру – здатність індивіда змінювати окремі властивості характеру при зміні зовнішніх умов.

Поведінка – система взаємопов'язаних реакцій і дій людини й тварин у взаємодії з навколишнім середовищем. Подразник адекватний (лат. adaequatus – рівний, відповідний) – подразник, до сприймання якого даний орган пристосований і який у звичайних умовах його збуджує.

Подразник неадекватний – подразник, до сприймання якого даний орган не пристосований і який у звичайних умовах його не збуджує.

Подразник підпороговий – подразник малої сили, який ще не зумовлює відчуття і сигнал про нього не передається в кору головного мозку.

Покарання (як метод виховання) – метод, що реалізується через несхвалення, осуд негативних дій та вчинків вихованців з метою їх припинення або недопущення в майбутньому.

Поняття – форма мислення, яка відображає загальні, істотні ознаки предметів і явищ дійсності.

Порівняння – мисленнєва операція, що дає змогу встановити схожі і відмінні ознаки об'єктів, що аналізуються.

Послідовний образ негативний (лат. negativus – заперечний) – наступна фаза у перетворенні позитивного послідовного образу, при якій у випадку кольорового подразника основний колір замінюється на додатковий.

Послідовність мислення – якість мислення, що передбачає уміння людини дотримуватися логічних правил і не суперечити собі в міркуваннях, доводити і обґрунтовувати свої оцінки і висновки.

Потреба – стан живого організму, який виражає його залежність від об'єктивних умов існування та розвитку і спонукає до активності відносно цих умов.

Потяг – неусвідомлюване, нецілеспрямоване спонукання, що виражається в чуттєвому переживанні потреби і не викликає активних дій.

Почуття – специфічна форма відображення дійсності, в якій виявляється стійке суб'єктивно-емоційне ставлення людини з властивими їй потребами до предметів і явищ, які вона пізнає і змінює.

Почуття двоїсте (амбівалентне) (лат. ambo – обидва і valentia – сила, міць) – складне, суперечливе переживання, в якому полярні емоції переплітаються, зливаються чи переходять одна в одну, утворюючи нову якісну характеристику почуття.

Почуття невизначено-орієнтувальне – короткочасне емоційне переживання людини при зустрічі з новим об'єктом.

Прагнення – усвідомлений мотив, у якому виявлена потреба, що може бути задоволена за допомогою вольових зусиль.

Предметність сприймання – особливість сприймання, яка проявляється в тому, що властивості предмета відображаються в образі не ізольовано, а як такі, що належать предмету та перебувають зовні.

Привчання (як метод виховання) – метод, що ґрунтується на вимозі до вихованця виконувати певні дії, наприклад дотримуватися вимог шкільного режиму.

Пригадування – активний процес відтворення у свідомості людини її попереднього досвіду.

Пристрасть – стійке, глибоке й сильне переживання, що на певний час визначає спрямованість думок і дій людини.

Проблема (гр. problems – задача, утруднення) – складне теоретичне або практичне завдання, що потребує вивчення, дослідження й вирішення.

Професійна адаптація (лат. adapto – пристосовую) – процес пристосування людини до професійної діяльності, її умов, досягнення бажаної продуктивності праці й відповідності між професійними намірами, інтересами, якостями особистості та вимогами до діяльності.

Професійна діагностика (лат. professio – спеціальність) – система психологічного вивчення особистості з метою виявлення її професійно значущих рис і якостей.

Психіка (гр. psychikos – душевний) – властивість високоорганізованої матерії, що проявляється у відображенні об'єктивної дійсності.

Психічні властивості – стійкі індивідуально-психічні особливості людини, які характеризують її як особистість чи індивідуальність і виявляються в її поведінці.

Психічні процеси (лат. processus – проходження) – складні види внутрішньої діяльності людини, спрямовані на пізнання себе і навколишнього світу. Психічні стани – емоційно забарвлені мінливі стани людини, які виникають під впливом різних обставин життя, стану здоров'я та інших факторів.

Психологічний захист – регулятивна система, яку особистість використовує для усунення психологічного дискомфорту, переживань, які загрожують Я-образу, і зберігає його на бажаному і можливому за певних обставин рівні.

Психологія (гр. psyche – душа і logos – слово, вчення) – наука про факти, закономірності та механізми психічного життя людей і тварин.

Радість – позитивний емоційний стан, пов'язаний із можливістю задовольнити актуальну потребу, імовірність чого раніше була невелика чи невизначена.

Раціоналізація (лат. rationalis – розуміння) – псевдорозумне пояснення людиною своїх бажань, учинків, зумовлене причинами, визнання яких загрожувало б утратою самоповаги.

Реактивність (лат. re – проти і activus – діяльний) – властивість темпераменту, яка характеризує силу емоційної реакції людини на зовнішні та внутрішні впливи.

Реверберуюче коло збудження (лат. reverbero – відбиваю, відкидаю) – замкнене коло циркуляції збудження в певній групі нейронів головного мозку.

Регресія (лат. regredior – повертаюсь) – повернення до попередніх, безпечніших, простіших і примітивніших стадій психічного життя, на яких переживалося почуття задоволення.

Редукціонізм (лат. reductio – повернення) – методологічна установка, спрямована на зведення явищ одного порядку до явищ якісно іншого порядку.

Рефлекс (лат. reflexus – відображений) – опосередкована нервовою системою відповідь організму на подразник.

Рефлекс безумовний – спадково закріплена форма реакції організму на біологічно важливі впливи ззовні чи зміну його внутрішнього стану.

Рефлексія – усвідомлення суб'єктом того, як його сприймає партнер по спілкуванню.

Рефлекторна дуга – шлях, який проходить нервове збудження в організмі (рецептор – мозкова ділянка – ефектор).

Рецептор (лат. гесіреге – отримувати) – периферійна спеціалізована частина аналізатора, яка перетворює енергію впливу подразника на процес нервового збудження.

Реципієнт (лат. recipiens – той, хто одержує) – людина, яка сприймає і декодує повідомлення комунікатора.

Ризик – активна дія, спрямована на привабливу ціль, досягнення якої пов'язане з елементами небезпеки.

Рівень домагань – прагнення досягти мети тієї складності, на яку людина вважає себе здатною.

Рішучість – вольова якість, що виражається в здатності людини своєчасно і без зайвих вагань приймати обґрунтовані та відповідальні рішення, твердо і непохитно впроваджувати їх у життя.

Розподіл уваги – здатність людини одночасно виконувати два або більше видів діяльності.

Самоактуалізація – прагнення людини до повнішого виявлення, розвитку і реалізації своїх особистісних можливостей.

Самоаналіз – прийом самовиховання, який передбачає критичні роздуми над своєю поведінкою, окремими вчинками.

Самовиховання – свідома діяльність людини, спрямована на вироблення у собі позитивних рис і подолання негативних.

Спостереження – цілеспрямоване збирання психологічних фактів поведінки і діяльності особистості з метою їх подальшого аналізу і

тлумачення. Сприймання – відображення у свідомості людини предметів і явищ об'єктивної дійсності за їх безпосередньої дії на органи чуття.

Стійкість характеру – здатність людини протидіяти зовнішнім впливам і умовам, які намагаються його змінити.

Страждання – негативний емоційний стан, пов'язаний з одержаною інформацією про неможливість задоволення найважливіших життєвих потреб, що до цього часу вважалося ймовірним.

Страх – негативний емоційний стан, який виникає у людини при появі уявної або реальної загрози для її життя чи благополуччя.

Стрес (англ. stress – напруга) – емоційний стан організму, який виникає у напружених обставинах і виявляється у порушенні перебігу психічних процесів, координації рухів, у дезорганізації та гальмуванні всієї діяльності.

Структурність сприймання (лат. structure – побудова, розміщення) – властивість перцептивного образу відображати будову об'єкта сприймання.

Ступінь глибини характеру – властивість, що визначається головними ставленнями особистості, які лежать в основі характеру.

Творчість – продуктивна людська діяльність, здатна породжувати якісно нові матеріальні та духовні цінності суспільного значення.

Темперамент (лат. temperamentum – устрій, узгодженість) – сукупність індивідуально-психологічних якостей, яка характеризує динамічний та емоційний аспекти поведінки людини і виявляється в її діяльності та спілкуванні.

Темперамент афективно-екзальтований (лат. affectus –- настрій, хвилювання і exaltus – дуже високий) – темперамент, властивий людям, які легко захоплюються радісними подіями і впадають у відчай від сумних.

Темперамент афективно-лабільний (лат. affectus – настрій, хвилювання і labilis – нестійкий, рухливий) – темперамент, властивий емоційним людям із різкими перепадами настрою.

Темперамент гіпертимний (гр. hyper – надміру і thymia – душа) – темперамент, властивий активним, комунікабельним, ініціативним і життєрадісним людям.

Формування – процес і результат цілеспрямованих (виховання) і стійких впливів соціальної дійсності, середовища, спадковості й активності особистості (самовиховання).

Фрустрація – тимчасовий стан емоційного розладу, зв’язаний з появою несподіваних, непередбачених труднощів на шляху до досягнення мети, з усвідомленням даремності прикладених зусиль.

Наукове видання

Колектив авторів:
Мушкевич Мирослава Іванівна
Федоренко Раїса Петрівна
Мельник Антоній Петрович
Магдисюк Людмила Іванівна
Дучимінська Тамара Іванівна
Грицюк Ірина Михайлівна
Коширець Віктор Васильович

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЇХ СІМ'ЯМ

Колективна монографія

Друкується в авторській редакції
Верстка *Ілони Савицької*

Формат 60×84 $^{1}/_{16}$. Обсяг 29,76 ум. друк. арк., 28,97 обл.-вид. арк.
Наклад 300 пр. Зам. 113. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.