

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРИ ПСИХОЛОГІЇ, ПЕДАГОГІКИ І ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Кваліфікаційна робота магістра з психології

на тему:

«Особливості психологічної допомоги у ситуації травматичних стосунків»

Допущено до захисту
«___» _____ року

Студентки групи Пс 61-18
факультету перекладознавства
освітньо-професійної програми
Психологічні дослідження
і консультування
за спеціальністю 053 Психологія
Гаврилюк Дар'ї Сергіївни

Завідувач кафедри

(найменування кафедри)

Науковий керівник:
доктор психологічних наук,
професор
Бондаренко О.Ф.

(підпис) (ПІБ)

Національна шкала _____
Кількість балів _____
Оцінка ЄКТС _____

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
KYIV NATIONAL LINGUISTIC UNIVERSITY
Chair of Psychology, Pedagogics

Master's Degree in Psychology

on the topic:

«Counseling clients in situation of traumatic relationships»

*Admitted to the defence of
a thesis*

«____» _____

Student of group PS 61-18
Department of Translation
educational and professional
program
Psychological research
and counseling
Speciality: 053 Psychology
Gavryliuk Daria

Head of a chair

(signature) (Full name)

Research Adviser:
Doctor of Psychological Sciences,
Professor
Bondarenko A.F.

National scale _____

Scores _____

ECTS _____

Анотація

Дипломная работа на тему: **«Особливості психологічної допомоги людям у ситуації травматичних стосунків»**

Об'єкт дослідження – особистісні переживання при травмі міжособистісних стосунків.

Предмет – особливості впливу психологічної травми на особистісні переживання.

Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження особливостей психологічної допомоги людям, що пережили травму в міжособистісних стосунках.

Робота складається з 3 розділів:

В першому розділі розкриваються особливості психотравмуючих ситуацій, з'ясовується сучасний стан проблематики, проводиться теоретичний аналіз наукової літератури за темою дослідження.

У другому розділі проводиться методологічне обґрунтування та процедура проведення емпіричного дослідження (пояснення вибору емпіричних методів збору даних, характеристика вибірки досліджуваних, проведення психодіагностичних методик, бесіди, статистичної обробки даних).

У третьому розділі проводиться аналіз і інтерпретація результатів емпіричного дослідження (якісний та кількісний аналіз отриманих даних, інтерпретація основних виявлених тенденцій, перспективи подальшої розробки теми)

Ключові слова: психологічна травма, травматичні стосунки, психологічна допомога, стрес, переживання, цінності, депресія, етичний персоналізм, екзистенційні жертви, віктимізація.

Annotation

Thesis on the topic: «**Counseling clients in situation of traumatic relationships**»

Object of study – personal experiences with trauma of interpersonal relationships.

Subject – features of the impact of psychological trauma on personal experiences.

The aim of this work is a theoretical justification and empirical study of the characteristics of psychological assistance to people who have survived trauma in interpersonal relationships.

The work consists of three sections:

The first section reveals features of traumatic situations (elucidation of the current state of the problems, theoretical analysis of the scientific literature on the research topic)

The second section provides a methodological justification and the procedure for conducting empirical research (explanation of the choice of empirical methods of data collection, characterization of a sample of subjects, psycho-diagnostic methods, interviews, statistical data processing)

The third section analyzes and interprets the results of the empirical research (qualitative and quantitative analysis of the data obtained, interpretation of the main identified trends, prospects for further development of the topic)

Key words: psychological trauma, traumatic relationships, personal position, victimized attitude, stress, value orientations, depression, ethical personalism, existential victims, counseling.

ЗМІСТ

ВСТУП 6

РОЗДІЛ I. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

1.1. Підходи до визначення поняття психологічної травми в психології.....9

1.2. Психологічні особливості людей у ситуації травматичних стосунків.30

1.3. Наслідки психотравми та психологічна допомога.....36

Висновки до першого розділу.....50

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи та процедура дослідження.....55

2.2. Характеристика вибірки учасників дослідження та процедура дослідження.....58

Висновки до другого розділу.....60

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ І ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Якісний та кількісний аналіз отриманих даних	61
3.2. Інтерпретація основних виявлених тенденцій	69
3.3. Опис реального процесу консультативної допомоги.....	72
3.4. Перспективи подальшої розробки теми	77
Висновки до третього розділу	79
ВИСНОВКИ	80
SUMMARY.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	89

ВСТУП

Вивчення особливостей психологічної допомоги людям, що пережили травму в міжособистісних стосунках є нагальною проблемою сьогодення і важливим питанням збереження психологічного здоров'я людини.

Актуальність цієї теми пов'язана з тим, що в сучасному житті людина знаходиться в умовах постійного стресу і психотравмуючих ситуацій. Технічний прогрес, швидкий темп життя, постійна гонка за матеріальними благами, не відповідність бажаного і реального, проблеми з близькими і рідними людьми все це призводить до травм, які мають різноманітну природу. Починаючи з дитинства і до самої старості людина піддається різноманітним негативним впливам, під час яких спрацьовують різноманітні захисти, для того щоб зберегти цілісність психіки. До психотравмуючих ситуацій відносяться ті, що стосуються загрози життю людини, честі, гідності, ситуацій навмисної омани, шахрайства, що позначається на втраті довіри до людей та світу в цілому, на розвитку кризових станів. «Травма – це гостре, руйнуюче переживання». Переживши травматичну ситуацію, людина виконує величезну внутрішню роботу, що направлена на переоцінку самого себе, свого минулого, перебудову раніше звичних форм поведінки, поглядів стосовно майбутнього. В психіатрії для виділення захворювань, викликаних психотравмуючою подією, використовується термін психогенії. В областях психології, що знаходяться на перетині психології та медицини частіше використовується термін «психічна травма», що означає переживання, яке травмує психіку і знаходить вираження в певній симптоматиці.

Отже, дослідження даної теми є актуальним та потребує виокремлення специфічних прийомів, технік, особливостей роботи з пацієнтами, що пережили психотравмуючі ситуації, які б виявилися найбільш доречними та дієвими в психотерапії.

Гіпотеза. За умови ненадання адекватної психологічної допомоги, ситуативні психотравмуючі переживання трансформуються в патологічні особистісні новоутворення, такі як занижена самооцінка, неадекватний рівень домагань, хронічна підвищена тривожність, тощо.

Проблему **впливу психотравмуючих ситуацій на психіку людини** в своїх роботах **розглядали:** Калшед Д., Бурбо Л., Водопьянова Н. Е., Леонт'єв Д. А., Рассказова Е.І., Калшед Д., Боннано Дж. А., Мадди С. Р., Одінцева М. А., Терр Л.С., Рупперт Ф., Шоу Дж., Колодзін Б., Ліндерман Е., Перри Г., Вихристюк О.В., Уайтхед М., Бадхен А.А., Олександровський Ю.А., Малкіна-Пих І.Г., Шех. О., Сергеев С.С., Грей М.Дж., Літц Б. Т., Магуен С., Сарджвеладзе Н., Беберашвили З., Тарабрина Н.В. та інші.

Метою даної роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження особливостей психологічної допомоги людям, що пережили травму в міжособистісних стосунках.

Виходячи з визначеної мети були сформульовані такі **завдання:**

- 1) з'ясувати сучасний стан проблематики та дослідити людей, що постраждали від травматичних стосунків;
- 2) емпірично дослідити вплив психологічної травми та специфіку її наслідків у постраждалих осіб;
- 3) визначити найбільш адаптивні способи надання психологічної допомоги в залежності від чинників, що зумовлюють специфіку феномену;
- 4) розробити рекомендації щодо вибору оптимальної копінг-стратегії.

Об'єкт дослідження – особистісні переживання при травмі міжособистісних стосунків.

Предмет – особливості впливу психологічної травми на особистісні переживання.

Для вирішення поставлених завдань у роботі використовувались наступні **методи:** теоретичний аналіз наукової літератури за темою дослідження,

емпіричні методи збору даних: опитування, проведення психодіагностичних методик, метод бесіди та інтерв'ю, методи статистичної обробки даних.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося з вересня 2018 року по листопад 2019 року, та складалося з 2 етапів: теоретичного та практичного. Дослідженням було охоплено 30 осіб (21 жінка та 9 чоловіків).

Апробація результатів магістерської дипломної роботи. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на Міжнародних науково-практичних конференціях: «До світу через мови» (Київ, 2019 р.), «Інтеграція світових наукових процесів як основа суспільного прогресу» (Київ, 2019 р.).

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 92 сторінки. Основний зміст викладено на 84 сторінках друкованого тексту. Робота містить 13 таблиць та 5 рисунків. Список використаних джерел складає 55 найменувань, із них 6 – іноземними мовами.

РОЗДІЛ І. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

1.1 Підходи до визначення поняття переживання та психологічної травми в психології.

На сьогоднішній день існує велика кількість розрізнених досліджень, присвячених окремим наслідкам окремих видів психічних травм (І.В. Доровських, 1998; А. В. Карницький, В.С. Рожко, 2000; С. В. Литвинцев та ін., 1998; М. Ш. Магомед-Еминов; М. К. Мурен-Симеоні, 1993; А. Л. Пушкарев та ін., 2000; Е. В. Снедков, В.Н. Мясіщев, С.Д. Семенов, Н.Ф. Дементьєва, Н.Д. Лакосіна, Н.І. Погібко, М.Е. Телешевська, Г.К. Ушаков, Ю.А. Іллінський, Г.В. Морозов, Б.А. Воскресенський, В.Є. Пелипас, Т.Б. Дмитрієва, І.А. Козлова, М.І. Буянов, В.Д. Менделевич, Ц.П. Короленко, Е.Н. Загоруйко. При цьому психологічну травму дослідники визначали як один із видів переживання подій. А саме як динамічну систему, що включає в себе різноманітні елементи та підсистеми (психофізіологічних механізмів, емоцій, когнітивних процесів, установок) в їх взаємодії.

Серед зарубіжних дослідників можна виділити роботи таких авторів, як Р.Д. Сторолоу, Д. Калшед, М. Балінт, Х. Біндер, Т. Каммерер, Х. Теорелля, Х. Кристал, Дж. МакДугалл, Ф. Тастін, Дж. Херман, Дж. Айген.

У зарубіжній психології проблема переживання активно вивчається в рамках дослідження процесів психологічного захисту, компенсації, опановуючої поведінки. Тут описана маса фактів, створена розвинена техніка теоретичної роботи з ними, накопичений великий методичний досвід практичної роботи з особистістю, яка перебуває в критичній життєвій ситуації. В останні роки ця область стала предметом пильної уваги багатьох радянських психологів і психіатрів. Теорія ж діяльності залишалася дещо осторонь від цієї проблематики [33; 34].

Існують чотири ключових поняття, якими в сучасній психології описуються критичні життєві ситуації. Це поняття стресу, фрустрації, конфлікту

і кризи. Незважаючи на багату кількість досліджень, теоретичні уявлення про критичні ситуації розвинені досить слабо. Особливо це стосується теорій стресу та кризи, де багато авторів обмежуються простим перерахуванням конкретних подій, в результаті яких створюються стресові або кризові ситуації.

Нез'ясованість категоріальних підстав і обмежень найбільше позначилася на понятті стресу. Як зауважив Р. Люфт, "багато хто вважає стресом все, що відбувається з людиною, якщо він не лежить на своєму ліжку", а Г. Сельє вважає, що "навіть в стані повного розслаблення спляча людина відчуває певний стрес, і прирівнює відсутність стресу до смерті. Якщо до цього додати, що стресові реакції властиві, за Сельє, всьому живому, в тому числі і рослинам, то це поняття разом зі своїми нехитрими похідними (стресор, мікро- і макростресс, хороший і поганий стрес) стає центром мало не космологічної по своїм домаганням системи, раптом знаходячи гідність не більше і не менше, ніж "провідного стимулу життєствердження, творення, розвитку", "основи всіх сторін життєдіяльності людини" або виступаючи в якості фундаменту для доморощених філософсько-етичних побудов.

Сельє висунув гіпотезу про те, що старіння - це підсумок всіх стресів, яких зазнав організм протягом життя. Воно відповідає фазі «виснаження» загального адаптаційного синдрому, який в деякому сенсі є прискореною версією нормального старіння [25; 28].

Будь-який стрес залишає після себе незворотні хімічні зміни; їх накопичення зумовлює ознаки старіння в тканинах. Особливо важкі наслідки викликає ураження мозкових і нервових клітин. Успішна діяльність, на думку Сельє, залишає менше наслідків старіння.

При безперервній дії стресогенного фактора прояви «тріади стресу» змінюються за інтенсивністю.

Г. Сельє виділяє три стадії цих змін: перша - реакція тривоги, друга - резистентність, третя - виснаження.

Стадія тривоги складається з фаз «шоку» і «протишоку». У відповідь на вплив стресора спочатку відбувається зниження ряду фізіологічних, біохімічних

параметрів (шок), але одночасно включаються захисні гормональні механізми: мозковим шаром надниркових залоз рясно виділяється адреналін; гіпофізом викидається адренкортикотропний гормон і тиреотропний гормон; потім посилюється вироблення і надходження в кров гормонів кори надниркових залоз - глюкокортикоїдів. Організм починає перебудовуватися – відбувається «протишок» [25].

На першій стадії мобілізуються захисні сили організму, починається процес перебудови системи регуляції. У цей момент опір організму знижується і, якщо результат дії подразника виходить за межі компенсації, може наступити смерть.

Основні ознаки першої стадії – інкреція в кров стероїдних гормонів кірковим шаром надниркових залоз, зниження в ньому гранул, що містять гормони, посилення гемоконцентрації, гіпохлоремія, переважання катаболічних процесів в тканинах. Якщо сила дії надзвичайного подразника не перевищує компенсаторних можливостей організму, розвивається друга стадія - резистентності або адаптації. У цей період опір організму ушкодуючому впливу подразника підвищується. Ознаки, характерні для першої стадії, зникають. У корі надниркових залоз знову спостерігаються секреторні гранули, гемодилуція, гіперхлоремія, переважають анаболічні процеси в тканинах з тенденцією до відновлення маси тіла.

В стадії підвищеної резистентності функціональні можливості організму підвищуються на величину вище вихідного рівня. Її розглядають також, як стадію неспецифічної стійкості. Після тривалого впливу надзвичайного подразника можуть вичерпатися компенсаторні можливості і організм переходить в третю стадію - виснаження. Знову з'являються ознаки реакції тривоги, що носять вже тепер незворотній характер. Таким чином, інтегральна мета розвитку загального адаптаційного синдрому - підвищення резистентності організму - адекватна якій і кількісній характеристиці подразника.

Головна тенденція в розумінні поняття стресу полягає в запереченні відсутності адресності ситуацій, що породжують стрес. Не будь-яку вимогу

середовища викликає стрес, а лише та, яка оцінюється як загрозна, яка порушує адаптацію, контроль, перешкоджає самоактуалізації [19].

Необхідними ознаками фруструючої ситуації згідно з більшістю визначень є наявність сильної мотивованості досягнути мету (задовольнити потребу) та перепони, що перешкоджають цьому досягненню [3; 4].

Відповідно до цього фруструюча ситуація класифікується за характером фруструючих мотивів і за характером "бар'єрів". До класифікацій першого роду відноситься проведене А. Маслоу розрізнення базових, "вроджених" психологічних потреб (в безпеці, повазі і любові), фрустрація яких носить патогенний характер, і "придбаних потреб", фрустрація яких не викликає психічних порушень. Два найважливіші параметри, за якими має характеризуватися поведінка від фруструючої ситуації – "мотивоузгодженість", що полягає в наявності осмисленого перспективного зв'язку поведінки з мотивом, що конструює психологічну ситуацію та організованість поведінки, незалежно від того, чи веде досягнення цієї мети до реалізації зазначеного мотиву [14; 16].

Визначення психологічного поняття конфлікту є досить складним. Конфлікт - це зіткнення чогось з чимось. У психології поняття конфлікту включає в себе саме ті протиріччя, які пов'язані з неймовірно сильними емоційними переживаннями. Прихильники психодинамічних концептуальних теорій визначають конфлікт як одночасну актуалізацію двох або більше мотивів (спонукань). Біхевіористи стверджують, що про конфлікт можна говорити тільки тоді, коли є альтернативні можливості реагування. Нарешті, з точки зору когнітивної психології в конфлікті стикаються ідеї, бажання, цілі, цінності - словом, феномени свідомості.

Для з'ясування категоріальної основи поняття конфлікту слід згадати, що онтогенетично конфлікт - досить пізніє утворення Р. Спіць вважає, що дійсний інтрапсихічний конфлікт виникає тільки з появою "ідеаційних" понять. К. Хорні в якості необхідних умов конфлікту називає усвідомлення своїх почуттів і наявність внутрішньої системи цінностей [22].

Проблематика кризи індивідуального життя завжди була в полі уваги гуманітарного мислення, в тому числі і психологічного, в якості самостійної дисципліни, що розвивається в основному в рамках превентивної психіатрії.

Теорія криз з'явилася на психологічному горизонті порівняно недавно. Її початок прийнято датувати статтею Е. Ліндеманна, що присвячена аналізу гострого горя.

Основні положення цієї роботи полягають у наступному:

- гостре горе – це певний синдром з психологічною та соматичною симптоматикою.
- цей синдром може виникати відразу ж після кризи, він може бути відстроченим, може явно не виявлятися або, навпаки, проявлятися в надмірно підкресленому вигляді.
- хамість типового синдрому можуть спостерігатися спотворені картини, кожна з яких представляє особливий аспект синдрому горя.
- ці спотворені картини відповідними методами можуть бути трансформовані в нормальну реакцію горя, що супроводжується вирішенням [14; 15].

Історично на теорію криз вплинули в основному чотири інтелектуальні рухи: теорія еволюції; теорія досягнення і зростання людської мотивації; підхід до людського розвитку з точки зору життєвих циклів і інтерес до опанування екстремальних стресів". Серед ідейних витоків теорії криз називають також психоаналіз (і в першу чергу такі його поняття, як психічну рівновагу і психологічний захист), деякі ідеї К. Роджерса і теорію ролей [2].

Дж. Каплан описав чотири послідовні стадії кризи:

- 1) первинне зростання напруги, що стимулює звичні способи вирішення проблем;
- 2) подальше зростання напруги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними;
- 3) ще більше збільшення напруги, що вимагає мобілізації зовнішніх і внутрішніх джерел;

4) підвищення тривоги і депресії, почуття безпорадності і безнадійності, дезорганізація особистості [22].

Отже, кожному з понять, які фіксують ідею критичної ситуації, відповідає особливе категоріальне поле, що задає норми функціонування цього поняття, які необхідно враховувати для його критичного вживання. Таке категоріальне поле в плані онтології відображає особливий вимір життєдіяльності людини, що володіє власними закономірностями і характеризується властивими їй умовами життєдіяльності, типом активності та специфічною внутрішньою необхідністю. Найкраще це співвідношення узагальнене у роботі Ф.Є. Василюка «Психологія переживання» [4].

Особливе місце в психологічній літературі щодо переживання займають роботи Ф. В. Бассіна, з ім'ям якого в радянській психології 70-х років асоціюються проблематика "значущих переживань" (термін Бассіна) і спроба представити їх як "переважний предмет психології". Зближення цього поняття з великою і неоднорідною масою феноменів і механізмів (серед яких "комплекс неповноцінності" А. Адлера, ефект "незавершеності дії" Б. Зейгарнік, Механізми психологічного захисту, механізм "зрушення мотиву на мету" А. Н. Леонтьєва та ін.), що дозволило Ф. В. Бассіну висунути ряд перспективних гіпотез, що виходять за межі традиційно поняття переживання. Головне ж в роботах Ф. В. Бассіна полягає в майбутньому перекладі до "економічної" точки зору на переживання, тобто до розсуду за поверхнею феноменально відчутного потоку переживання проробленої їм роботи, виробляючої реальні і життєво важливі, значимі зміни свідомості людини [1].

Тема переживання та психотравми досліджувалась багатьма авторами. У науковій літературі до сих пір не існує єдиної думки щодо даної проблеми. У більшості робіт, що розглядають причини, особливості, наслідки впливу психотравмуючих ситуацій на психологічний стан людини, спостерігається комплексний підхід. Автори виходять з того, що психотравмуюча ситуація являє собою одне чи декілька травмуючих епізодів, що глибоко торкнулися психіки людини. Ці події суттєво відрізняються від попереднього досвіду та спричинили

стільки страждання, що людина відгукнулася бурхливою та негативною реакцією.

Феномен «психотравма» досяг найбільшого вивчення і поширення в рамках дослідження причин і проявів посттравматичного стресового розладу. Адепти кризової психології, які висунули і вивчають патогенетичні механізми даної патології, трактують термін «психотравма», як пережите душевне потрясіння в результаті особливих умов взаємодії індивіда і навколишнього світу.

Іноді під психічною травмою розуміється інформаційний удар, в результаті якого інтегративні механізми психіки насильно прериваються, порушується її системність, істотно розладжується адаптація. Також психотравма визначається як психогенний удар, який характеризується надзвичайною гостротою, несподіваністю, раптовістю, незрозумілістю і який супроводжується афективними розладами. Цей підхід характерний для В.М. Кровякова, В.В. Вандишева-Бубко [10; 20].

Деякі вчені, говорячи про травматичні події, позначають їх терміном «психогенія». В інших роботах під психогеніями розуміються психогенно викликані психічні стани і фактори середовища.

Так, під психогенією Х. Біндер розумів незвичайно травматичний вплив середовища, тобто такий, який діє психотравматично в силу своєї об'єктивної обтяжливості.

В.М. Кровяков розділяє патогенні фактори на психічну травму і психогенію. Під психічною травмою він розуміє гострий, раптовий, з важкими наслідками травмуючий вплив (смерть батька, розлучення батьків, відділення від батьків, інцест, зґвалтування). А психогенією в його дослідженнях позначаються тривалі систематичні травматизуючі психогенні впливи, що складаються з ряду сильних повсякденних впливів у вигляді приниження, погроз, психічного тиску, які мають значення для конкретної людини і викликають хронічні фруструючі стани. В якості психогеній виділені: побоювання за життя батьків і своє власне, обмеження контактів з

однолітками, вимоги бездоганної поведінки, покарання за проступки, незадовільні відносини між батьками, важкі хвороби у батьків, пияцтво батьків, нерозділене кохання, крах життєвих планів [10; 18].

Ряд вчених прирівнює психічну травму до травматичних / травмуючих подій.

За визначенням багатьох психіатрів, травмуючою називають «подію, що виходить за межі нормального людського досвіду». Наведемо кілька визначень психічної травми в цьому контексті.

За В.Д. Менделевичем і Д. Магнуссоном, «психічна травма - це життєві події і ситуації, що зачіпають значущі сторони існування людини».

При цьому самі «критичні життєві події» нерідко вивчаються в якості самостійного явища - М. Перре, У. Бауманн; в зв'язку з депресивними розладами - А.Б. Смулевіч, Р. Кесслер; з тривожними розладами та шизофренією - Ф. Голбергер, С. Брезнітс.

Наведемо приклади того, як автори класифікують і описують психічні травми в якості критичних подій.

Під критичними, що змінюють життя подіями прийнято вважати такі події, які відповідають наступним критеріям:

- 1) їх можна датувати за часом;
- 2) вони супроводжуються якісною структурною реорганізацією в структурі «індивід - навколишній світ»;
- 3) вони супроводжуються вираженими афективними реакціями. [9]

У цих випадках психічна діяльність піддається перевантаженню через необхідність адаптації.

До критичних життєвих подій відносять 43 життєві події (Social Readjustment Rating Scale - оцінна шкала соціальної реорганізації), до яких необхідно заново пристосовуватися. Також використовується шкала життєвих подій і труднощів (Life-Events -Difficulties Schedule) і Мюнхенський список подій. У західній психіатрії широко поширена шкала Holmes-Rahe. В цій шкалі психотравмуючі події мають бальну оцінку і на підставі суми балів, оцінюється

сила і інтенсивність психічного впливу життєвих подій. Так, найвищу кількість балів за травмуючий вплив віддається смерті чоловіка (100 балів); розлучення (73 бали), тюремне ув'язнення (63 бали), вихід на пенсію (45 балів) і т.д. На підставі арифметичного підрахунку балів передбачається апріорно оцінити у відсотках ризик виникнення неврозу.

При розгляді психічної травми постає питання про структуру і динаміку її переживання суб'єктом. Саме тому нам необхідно звернутися до категорії переживання у вітчизняній психології (Виготський, 1984; Рубінштейн, 2000; Василюк, 1984; Бассін, 1973; Леонтьєв, 1983). Відзначимо, що в руслі діяльнісного підходу категорія виявляється досить розмитою і неточною. На наш погляд, це відбувається тому, що цими авторами (за винятком Л. С. Виготського) слабо акцентується або втрачається визначальна властивість переживання - переживання завжди є переживанням події (тобто випадку). Під подією ми розуміємо деякі рухи (взаємодії), обмежені певними просторовими і часовими рамками (Неванлінни, 1966). А під переживанням події - «внутрішнє ставлення людини до того чи іншого моменту дійсності. Будь-яке переживання є завжди переживання чогось» [6; 8; 12].

Переживання – це подолання деякого "розриву" життя, це певна відновлювальна робота, як би перпендикулярна лінії реалізації життя. Те, що процеси переживання протиставляються реалізації життя, тобто діяльності, не означає що це якісь містичні позажиттєві процеси: по своєму психофізіологічному складу – це ті ж процеси життя і діяльності, але за своїм психологічним змістом і призначенням - це процеси, спрямовані на саме життя, на забезпечення психологічної можливості її реалізації. Якщо на рівні буття переживання - це відновлення можливості реалізації внутрішніх потреб життя, а на рівні свідомості - набуття свідомості, то в рамках відношення свідомості до буття робота переживання полягає в досягненні смислової відповідності свідомості і буття, що в віднесеності до буття суть забезпечення його змістом, а в віднесеності до свідомості - смислове прийняття ним буття.

Переживання травми розглядається як динамічна система з її підсистемами: психофізіологічною, когнітивною, емоційною, підсистемою установок та ін. При такому розгляді поняття «переживання», воно не суперечить методології діяльнісного підходу, а доповнює його, наближаючи до психологічної практики. У зв'язку з цим особливо ефективною стає розробка уявлень, що сприяють синтезу теоретичного розуміння природи психологічної травми з практичним досвідом психологічної допомоги жертвам травмуючих подій.

На думку Б. Колодзіна, під поняттям «психотравми» розуміється жахлива подія, яку пережила людина, що не так часто трапляється з іншими людьми. За визначенням психіатрів, подія, яку можна охарактеризувати як «психотравмуючу», виходить за межі нормального людського досвіду. Лікарі вважають, що життєва обставина, що має ознаки травмуючої спричинить вплив практично на будь-яку людину. Це значить, що втрата душевної рівноваги, бурхливі психічні прояви в цьому випадку нормальні [11].

В.Д. Менделевич дає таке визначення: психічна травма – це життєва подія, що торкається значимих сторін існування людини і призводить до глибоких психологічних переживань.

Автор виділяє наступні характеристики:

- значимість та актуальність;
- патогенність;
- гострота прояву (раптовість);
- довготривалість;
- повторюваність;
- зв'язок з преморбідними особистісними особливостями [9].

Г.К. Ушаков визначає психічну травму як внутрішній конфлікт, що являється на соматично-послабленій основі в першу чергу у преморбідно схильних до психогенній особам.

Н.І. Козлов розгалужує поняття «психічна травма» та «психологічна травма». Він описує психічну травму як пошкодження психіки, що призводить

до помітного порушенню її нормального функціонування. При психологічній травмі, порушень функцій психіки не спостерігається, у людини залишаються можливості адекватно приймати рішення, адаптуватися в різних обставинах, успішно вирішувати виникаючі проблеми [22; 21].

Психологічна травма може бути викликана різними подіями, але всіх їх об'єднує наявність одних і тих же ознак. Зазвичай це порушення, що приводить в стан крайнього подиву і невпевненості. В такий стан людина потрапляє, коли вона стикається з порушенням звичних уявлень людини про світ або порушеннями її прав.

Згідно DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), травмуюча подія має місце тоді, коли вона пов'язана зі смертю, загрозою життю, важким пораненням або іншою загрозою фізичної цілісності. Але іноді травма виникає і через те, коли людина стає свідком загрозової комусь небезпеки, поранення, смерті цілковито чужої для неї людини [47].

Виходячи з даних визначень, можна зробити висновок, що психотравма – це специфічний клас критичних подій, що змінюють життя.

Психотравмам властиві такі характеристики:

- психотравмуючі події небажані;
- вони володіють негативним впливом;
- їх важко контролювати.

Таким чином, переживання слід відрізнити від традиційного психологічного поняття переживання, що означає безпосередню даність психічних змістів свідомості. Переживання розуміється нами як особлива діяльність, особлива робота з розбудови психологічного світу, спрямована на встановлення змістової відповідності між свідомістю і буттям, спільною метою якої є підвищення осмислення життя.

Психотравма є життєво-важливим явищем для індивіда, що стосується значимих сторін його існування, яке призводить до глибоких психологічних переживань, і внаслідок чого можуть з'явитися порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стресом.

У науково-дослідницькій літературі можна зустріти різноманітні класифікації психічних травм. Розглянемо деякі з них.

На думку Г.К. Ушакова та Б.А. Воскресенського, психічні травми за інтенсивністю діляться на:

- масові (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані;
- ситуаційні гострі, несподівані, багатопланово залучаючи особистість (пов'язані з втратою соціального престижу, зі збитком для самоствердження);
- пролонговані ситуаційні, трансформуючі умови багатьох років життя (можуть бути усвідомлюваними, переборними та неусвідомлюваними, непереборними);
- пролонговані ситуаційні, що призводять до усвідомлюваної необхідності стійкого психічного перенапруження (можуть бути викликані самим змістом ситуації або надмірним рівнем вимог особистості при відсутності об'єктивних можливостей для досягнення в звичайному ритмі діяльності) [22; 29].

В.Н. Мясіщев поділяє психічні травми на об'єктивно-значимі та умовно-патогенні, підкреслюючи тим самим семантичну роль події. Під об'єктивно-значимими розуміються травмуючі події, значимість яких можна вважати високою для переважної більшості людей (смерть близької людини, розлучення, звільнення). Під умовно-патогенними розуміються травмуючі події, що викликають переживання в силу особливостей ієрархії цінностей людини.

Психотравмуючі фактори впливають не тільки на психіку людини, а й на весь організм в цілому. Психотравмуючі впливи в умовах життя мають не тільки психічний, а й соматичний бік впливу.

Психотравма може спричинити морфологічні зміни, що передаються у спадок. Генетика - одна з причин психологічних травм або, навпаки, їх відсутність [17].

Після сильної психотравми пам'ять людини часто репресована, і вона не пам'ятає, що сталося насправді, але пережиті емоції можуть відновлюватися в

пам'яті. Постійно відчуваючи емоції, пережиті під час травми, людина втрачає бачення пережитого досвіду. Як результат, виникає стійкий феномен гострого перезбудження (патерн), який може супроводжуватися фізичним і розумовим виснаженням. Подібні стани призводять до різних типів розлади особистості: тривожного, конверсійного, психотичного, пограничного і т.д. Емоційне виснаження тягне за собою неуважність, через яку людина втрачає здатність ясно мислити і впадає в стан відстороненості (дисоціації) від емоцій. Відбувається оніміння всіх емоцій, і людина стає емоційно віддаленою або холодною, вона завжди чимось стурбована. Дисоціацію зазвичай діагностують як деперсоналізаційний розлад, диссоціативну амнезію, диссоціативну дугу, множинну особистість.

Коли настає критична ситуація, воно зачіпає практично всіх, хто стикається з такою подією. Дослідження показують, що більшість людей страждають від помірному до важкого ступеню після стихійного лиха.

Дослідження свідчать, що більшість людей відчувають помірний характер до важкого лиха після катастрофи. Для більшості людей стресові реакції носять тимчасовий характер (Bonnano, 2004), хоча деякі можуть з'являтися тимчасово через місяці або роки. Загальні реакції на лиха включають сильні емоційні реакції, такі як сильний страх, занепокоєння, розпач, горе, безпорадність, гнів, шок і зневіру; фізичні реакції, такі як втома, нудота, тики, запаморочення, підвищене потовиділення, розлад травної системи, прискорене серцебиття, поколювання і відчуття задухи; когнітивні реакції, такі як нав'язливі думки, замішання, втрата пам'яті, труднощі з прийняттям рішень і проблеми з концентрацією уваги; поведінкові реакції, такі як порушення сну, підвищена пильність, плач і соціальна ізоляція; духовні реакції, такі як кризи віри, зневіра і сумнів в фундаментальних релігійних переконаннях; (M.J. Gray, B.T. Litz, Maguen S, 2004) [30; 35; 36].

Окрім того, ті, хто вижив після стихійних лих часто мають проблеми зі здоров'ям, у тому числі загострення раніше існуючих фізичних і психічних

захворювань і частіше вживання алкоголю та інших речовин. Ці стресові реакції є нормальними реакціями на незвичайні події.

Аналіз різних точок зору на психотравмуючу ситуацію дозволив Р.А. Абдурахманову в своїй дисертації зробити висновок про те, що під терміном психічна травма доцільно розуміти результат впливу на особистість значущих для неї стрес-факторів, який виражається зі зменшеною ефективністю життєдіяльності суб'єкта, зміні його системи саморегуляції. Ці зміни можуть бути результатом інтенсивної разової стресової події або діючої протягом тривалого часу стресової ситуації. При цьому в основі психотравмуючої ситуації можуть лежати усвідомлювані і неусвідомлювані зміни у фізіологічній, емоційній, когнітивній (інтелектуальній) і поведінкової складових системи регуляції.

В.В. Ковалев виділив наступні психотравмуючі фактори:

- шоківі психічні травми (напад тварини, поява чужого, удар блискавки);
- психотравмуючі ситуації відносно короткочасні, але психологічно дуже значимі для людини;
- хронічно діючі психотравмуючі ситуації, що торкаються основних орієнтацій особистості (сімейні конфлікти, суперечливе та деспотичне виховання та ін.);
- фактори емоційної депривації (нестача догляду, піклування, ласки та ін.) [11].

Серед внутрішніх факторів роль відіграє:

- вік (особливо уразливі люди похилого віку і діти);
- стать (в дорослому віці жінки більше вразливі, в дитячому - хлопчики);
- індивідуальні особливості (збудливість, емоційність, нестійкість, імпульсивність сприяє розвитку травми);
- особистісні особливості (травматизації більше схильні до тривожні люди, з вираженими депресивними і істероїдними рисами, сензитивністю, інфантильністю, ригідністю захисних механізмів і копінг-стратегій),

також впливає рівень мотивації, ціннісні орієнтації та установки, морально-вольові якості;

- готовність до надзвичайних ситуацій, схожий досвід;
- початковий нервово-психічний і соматичний стан [11].

В класифікації Ф. Рупперта травми розрізняються за типами невирішених емоційних конфліктів:

- екзистенційні психотравми (ситуації насильства і нещасні випадки, ситуації смертельної загрози життю і здоров'ю);
- травма втрати;
- травма відносин (ураження емоційних зв'язків: відкидання, зрада);
- травма системних відносин (вчинки, які важко виправдати етично і морально: напади, вбивства, інцест) [23; 37].

Залежно від ролі події В. Н. Мясичев виділяє травми:

- об'єктивно-значущі;
- умовно-патогенні.

Об'єктивно-значущими травмами є ті, які визначені релевантними травматичними подіями для більшості людей (смерть близької людини, розлучення, звільнення). Умовно-патогенні обумовлені травматичними подіями, що викликають переживання, пов'язані з втратою значущих матеріальних цінностей (втрата майна, житла і т.д.) [17; 38].

У класифікації І. К. Силенюк на підставі аналізу втрати свободи взаємодії з оточенням виділяються три типи психологічних травм:

- 1) травма фізичного типу, що стосується порушень цілісності фізичних кордонів людини і пов'язаних з цим переживань;
- 2) травма нарцистичного типу, яка зачіпає «Его» людини, що супроводжується руйнуванням внутрішньої цілісності і перешкоджає формуванню ідентичності;
- 3) травма соціальних стосунків, що відноситься до руйнування цілісної картини соціального світу і рольових зв'язків в ньому [26; 41].

Найбільш зрозумілі і найчастіше розглядаються в медичній практиці ситуації зовнішнього впливу на людину, фізичні травми, в яких була порушена вітальність. Прикладом таких ситуацій може бути пожежа, стихійне лихо, автомобільна катастрофа, терористичний акт. А також будь-яка фізична травма. В цих ситуаціях порушена «цілісність фізичних кордонів».

Більш складні ситуації так званої нарцисичної травми. Ця травма зачіпає ідентичність, внутрішню цілісність суб'єкта, ставлять в символічному сенсі під сумнів саму можливість його не фізичного, а душевного існування в світі. Безпека порушується в аспекті ідентичності. Така травма найчастіше відноситься до віку 3-7 років, і її зміст полягає в тому, що близька людина або навколишнє середовище транслюють дитині щось на кшталт: «ти як особистість не існуєш, важлива тільки твоя функція»

Центральною темою психологічних травм є тема невирішених емоційних конфліктів, тому що травма працює, в першу чергу, на рівні почуттів. На основі багатого психотерапевтичного досвіду Ф. Рупперта вдалося виділити центральне почуття в кожному з конфліктів:

- страх смерті (виникає в ході загрожуючих життю ситуацій, в яких людина переживає смертельну небезпеку і смертельний страх) – при екзистенційній травмі;
- страх залишення (виникає, в першу чергу, внаслідок раптової смерті близької людини, з якою у людини була емоційна прив'язаність) – при травмі втрати;
- розчарування (виникає, коли первинні потреби дитини в емоційній прив'язаності, тобто в любові, опорі і захищеності, не задовольняються батьками і міцний зв'язок з батьками виявляється для неї недосяжним. Батьки відкидають дитину, відвертаються від неї – при травмі відносин);
- сором і вина (виникає, коли вся система сім'ї в цілому, вся соціальна група або все суспільство виявляється під впливом травмуючих подій, ініційованих членами даної системи. Наприклад, вбивство, крайня

ступінь насильства, інцест – при переживанні травми системних відносин [23; 52].

Однак у своїй класифікації автор описує не тільки негативні наслідки переживання психотравм, але і їх можливу альтернативу. Так, емоційний конфлікт в разі переживання екзистенційної травми полягає, з одного боку, в замиканні на собі, з іншого – в душевній стійкості. При травмі втрати, емоційний конфлікт виявляється у фіксації на негативних почуттях або звільненні від них. Емоційний конфлікт ставить людину перед вибором: нікому не довіряти або довіряти і любити при травмі відносин. Виявивши травму системних відносин, емоційний конфлікт зафіксовано, з одного боку, в таємниці і приховуванні, з іншого – в прийнятті відповідальності і провини. При цьому перераховані типи травм (екзистенційні, втрати, відносин, системних відносин) можуть бути обумовлені тимчасовими кордонами, типом ситуації і суб'єктивним ставленням людини до ситуації.

Головна мета терапевтичної роботи, на думку Ф. Рупперта, полягає в усуненні душевного розколу і набутті клієнтом опори в собі самому. Важливо, щоб клієнт згадав і усвідомив весь жах того, що стався з ним, тоді він перейметься співчуттям до себе і до своїх душевних ран. Якщо прийняти і визнати душевну травму - вона відійде в минуле [23].

Н.Д. Лакосіна та Г.К. Ушаков (1984) поділяють всі психотравми на три групи (Див табл. 1.1) [12].

Таблиця 1.1

Види психотравм за Н.Д. Лакосіною та Г.К. Ушаковим

Психічні травми, що умовно можна назвати «емоційним позбавленням» (при цьому людина позбавляється об'єкта прив'язання або виявляється поза ситуацією, що викликає	Різноманітні конфлікти	Психічні травми, що представляють загрозу для життя (землетрясіння, повені та інші природні катастрофи)
---	------------------------	---

позитивну емоційну реакцію)		
-----------------------------	--	--

Джерело: складено автором на основі [12]

Зазвичай психотравмуючі події відбуваються раптово та несподівано. Тому жертви травматичних подій піддаються багаторазовим перенавантаженням, та цілому ряду наслідків цих перенавантажень.

Причинами глибоких травматичних уражень в надзвичайних ситуаціях можуть бути (Малкіна-Пих І. Г. 2008):

- раптовість (чим раптовіша подія, тим вона більш руйнівна для жертви);
- відсутність схожого досвіду (люди часто вчать переживати психотравмуючі ситуації на піку їх моменту)
- тривалість (у жертв деяких тривалих ситуацій травматичні ефекти можуть множитися з кожним наступним днем);
- брак контролю (може пройти чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати самі звичайні події повсякденного життя; якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей можуть спостерігатися ознаки вивченої безпомічності;
- горе і втрата;
- постійні зміни (руйнування, викликані катастрофами);
- експозиція смерті (повторювані зіткнення зі смертю можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні; викликати екзистенційну кризу);
- моральна невпевненість (жертва може опинитися у ситуації необхідності приймати рішення, що пов'язані з системою цінностей, змінами життя, наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати);
- поведінка під час події (що людина робила або не робила під час катастрофи);
- масштаб руйнувань (переживання після катастрофи).

Для визначення наявності психотравми необхідно встановити ряд симптомів. Існують наступні симптоми психотравм:

- наявність події, яка оцінюється як сильний удар;

- нав'язливість спогадів (мисленнєве «перемотування» подій, що лежать в основі травми);
- залученість (людина не виокремлює себе та ситуацію, що призвела до психотравми, не може від неї дистанціюватися, подивитися на те що сталося зі сторони);
- постійне відчуття душевного та фізичного дискомфорту, внутрішній спустошеності та пригніченості, образи, розгубленості;
- апатія, небажання що-небудь робити, тяжкий стан приреченості та безвихідності, якої неможливо позбутися;
- схильність реалізовувати життєві сценарії, що направлені на саморуйнування [16; 53].

Але ці симптоми умовні, адже кожна людина відчуває психотравмуючу ситуацію по-своєму. Ступінь важкості ситуації та її наслідків на психіку людини залежить від індивідуального сприйняття, психологічної захищеності людини, стійкості до стресів.

Психотравми бувають двох типів: короткочасна несподівана травмуюча подія та вплив зовнішнього фактора, що постійно повторюється.

Для короткотривалого типу травми характерно:

- одиничний вплив, що загрожує життю і безпеці людини або значущим для неї людям, що вимагає від індивіда реакцій, що перевершують його можливості;
- рідкісне, ізольоване переживання;
- несподівана подія;
- подія, що залишає слід в психіці;
- подія, що призводить до нав'язливих думок про травму, уникнення та фізичної реактивності;
- швидке відновлення відбувається рідко.

Для «постійного» типу психотравм характерно:

- множинний, варіативний і передбачуваний вплив;
- ситуація умисна;

- при першому інциденті переживання схоже з першим типом, але вже при другому і наступних повторях характер переживання ситуації змінюється;
- відчуття безпорадності і неможливості запобігання повторної травми;
- спогади в цьому випадку не такі яскраві. Вони неясні і неоднорідні;
- змінюється Я-концепція особистості: знижується самооцінка, виникає почуття сорому і провини;
- відбуваються особистісні зміни, в результаті яких людина поводить себе відчужено;
- спостерігаються такі захисні механізми, як дисоціація (спогади про те, що подія відбувалася з кимось іншим), заперечення, спроби заглушити реальність (пияцтво).

Таким чином, до першого типу травм можна віднести аварію, катастрофу, теракт, пограбування. До другого - пияцтво (чоловіка, батька, матері) з наступними варіативними наслідками.

В результаті психотравми може розвинутиися ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), гострі психічні розлади, гострі реакції на стрес, психосоматичні хвороби, залежна поведінка.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена, відставлена чи затяжна реакція на дію тривалого і (або) особливо важкого стресу. ПТСР може розвинутиися і в тому випадку, якщо безпосередньо після психотравми не спостерігалось гострого стресового стану. Його перші прояви можуть бути відставлені на кілька місяців від психотравми (до півроку, а в окремих випадках навіть більше). Це хронічне захворювання, яке характеризується хвилеподібним перебігом з періодичними загостреннями [43; 54].

Причиною таких загострень часто стають нові стреси, а також ситуації, що нагадують про психотравми. Діти і підлітки являють собою групу ризику по відношенню до ПТСР, оскільки у них ще недостатньо розвинені особистісні ресурси, що дозволяють ефективно справлятися з наслідками травматичних ситуацій.

До основних (первинних) симптомів синдрому ПТСР відносяться:

- 1) порушення сну;
- 2) патологічні спогади (нав'язливе повернення до екстремальної ситуації);
- 3) нездатність згадати - амнезія на деякі події (уникнення всього того, що нагадує про найбільш екстремальні моменти);
- 4) надчутливість (підвищена пильність до нових небезпечних ситуацій);
- 5) зверхзбудливість (неадекватна зверхмобілізація) [43; 55].

Вплив екстремального стресора призводить до прояву ПТСР у вигляді трьох складових: інтрузії, уникнення та гіперактивності. Тривалість первинних симптомів - один місяць.

До вторинних симптомів ПТСР відносять:

- депресію,
- тривогу,
- імпульсивну поведінку,
- алкоголізм (токсикоманію),
- соматичні проблеми,
- порушення почуття часу,
- порушення ЕГО-функціонування [43].

Зарубіжними дослідниками для виявлення посттравматичних розладів використовуються широко відомі методи (клінічна бесіда, опитувальник тривоги Ч. Спілбергера, шкала депресії Бека, Загальний опитувальник здоров'я та ін.) Вітчизняні дослідники використовують методику СМІЛ, шкалу тривоги Спілбергера-Ханіна, тест САН та ін.

Гостра реакція на стрес (ОРС) розвивається в перші хвилини або години після впливу психотравмуючої ситуації. Її тривалість варіюється від декількох хвилин до декількох днів. Головні ознаки ОРС - високе емоційне напруження, звуження свідомості, фрагментарна орієнтування в місці і часу, грубі порушення організації психічної діяльності, виражені фізіологічні прояви: почастищення серцебиття, пітливість, нудота, порушення сну і апетиту [42].

Отже, психологічна природа психотравми характеризується наступними особливостями:

- 1) психотравму відносять до неусвідомлюваним формам психічної діяльності, тобто підсвідомого;
- 2) невизначеністю і гнучкістю (Н. Саржвеладзе, Л.В. Трубіцина, Н.В. Тарабрина А.В. Бермант-Полякова та ін.);
- 3) наявністю внутрішнього конфлікту - як несумісності, зіткнення протиріч і відносин особистості (З. Фрейд, Д. Калшед, Ф.Е. Василюк);
- 4) психологічної значущості психотравмуючої ситуації для особистості (суб'єктивність сприйняття) (П. Левін, В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Є.І. Крукович та ін.);
- 5) психотравмуюча дія локалізується не поза індивідом, а всередині нього (В. Н. Мясіщев, А.І. Красило і ін.) [13; 17; 22].

1.2 Психологічні особливості людей у ситуації травматичних стосунків

Особливістю психотравм є їх довгостроковий і міцний характер, вони не проходять самі по собі, вони залишаються в свідомості і забуваються дуже повільно. Наслідки психотравми ведуть до неврозів, соціальної ізоляції людини, хвороб психосоматичного характеру, негативної концентрації людської уваги виключно на свій біль і переживання. Найсильніші психотравми не загоюються до кінця і тліють в глибинах підсвідомості та можуть активізуватися в будь-яку мить.

Повторне пробудження психотравматичного больового переживання можливо після того, як людина в новій ситуації зіткнеться з чимось, що нагадує та фатальна подія з минулого, яка травмувала її душу. В цьому випадку схожа ситуація знову запускає весь травматичний ланцюжок асоціацій і людина, знову занурюється в біль, як нібито вона відчула його тільки що.

Кожна людина щодня стикається з різного роду подразниками, і кожна людина реагує на такі події по-різному. Симптоматика цього явища складається з емоційних і фізичних ознак. Психотравми на тлі важкого стресу кодуються по МКБ 10 - F43. При розвитку неврастенії привласнюють код F48.0 [47].

Перш за все, у індивіда можуть спостерігатися різкі скачки настрою: від апатії і байдужості до дратівливості з лютью, які іноді зовсім не контролюються. В той же час людина може соромитися своєї слабкості, нерішучості, відчувати провину за те, що сталося або за неможливість запобігання того, що сталося. Звичайними для людини стають сильна туга, почуття безвиході. Найчастіше потерпілий стає дуже замкнутим, уникає спілкування зі старими знайомими і друзями, перестає відвідувати будь-які заходи.

Людина, що страждає від психотравми, не здатна ні на чому сконцентруватися і зосередитися, нічого не виходить, «все валиться з рук», вона постійно відчуває тривогу і безпричинний страх.

Індивід, який отримав психотравму, втрачає віру в можливість отримати допомогу, людську порядність, в дружбу. Він часто відчуває себе нікому не потрібним, самотнім, втраченим і викресленим з життя. Такі люди часто страждають від порушень сну, їх сон короткочасний з переважанням нічних кошмарів і безсоння.

Емоційні симптоми травмуючої події включають:

- шок, втрату віри, відмовлення;
- лють, скачки настрою, роздратування;
- самозвинувачення, переживання провини;
- відчуття покинутості і сорому;
- почуття безвиході і туги;
- порушення концентрації, розгубленість;
- тривогу, страх;
- замкнутість.

Фізичні симптоми травми включають:

- лякливість;
- безсоння і нічні кошмари;
- підвищене серцебиття;
- хронічні і гострі болі;
- підвищену стомлюваність;
- порушення уваги;
- метушливість;
- м'язову напругу.

Людина, зіткнувшись з дійсністю, яку не очікувала і не хотіла, вдається до певних дій, точніше стратегій, щоб «згладити» дисонанс.

Основними особистісними стратегіями в ситуації концептуального дисонансу є:

- спотворення дійсності - «відхід у інший світ»;
- «конструювання бажаної / альтернативної реальності»;
- спотворення законів і принципів формальної логіки;
- повне заперечення ефективності прогностичних здібностей.

Ці стратегії, в залежності від віку і психічної конституції особистості, можуть проявлятися по-різному. Наприклад, в дитячому віці найбільш поширена дисоціація (особливо при жорстокому поводженні і сексуальній нарузі), яка може проявлятися, наприклад, як «феномен уявного партнера». Конструювання бажаної / альтернативної реальності або відхід в інші світи, проявляється в іграх і фантазіях, а в зрілому віці - у вигляді різного роду залежностей - від ігроманії до алкоголізму.

Д. Холліс виділяє такі ознаки та симптоми психотравмуючої ситуації:

- нав'язливі думки про подію;
- візуальні зображення події;
- втрата пам'яті і здатності до концентрації;
- дезорієнтація, плутанина;
- зміна настрою;
- соціальна ізоляція;

- відсутність інтересу;
- лякливість;
- величезна втома;
- тахікардія, нервозність, безсоння, кошмари;
- сексуальна дисфункція;
- порушення харчування;
- скарги на головний біль та біль у всьому тілі;
- надзвичайна пильність, постійний пошук попереджень про потенційну небезпеку;
- депресія, вина, сором, страх, дратівливість, тривожність, панічні атаки [48].

Ф. Рупперт досліджуючи психологічні особливості людей, що пережили травматичну ситуацію, виділив 4 групи психотравм:

- екзистенційна психотравма (19,6% досліджуваних оцінили як психотравмуючу такі ситуації, як напад, невиліковну хворобу, насильство, теракт, нещасний випадок, автокатастрофу, сексуальне насильство);
- переживання втрати (25,5%) смерть близької людини (одного або обох батьків, друга), улюбленої тварини);
- травма відносин (48%), що пов'язані з ситуаціями зради;
- ситуації здійсненого насильства (6,9%), побиття, насильство над іншими людьми. [23]

Таким чином, суб'єктивне оцінювання травмуючих життєвих ситуацій дозволило виокремити ті, що зустрічаються найбільш часто (Див. рис 1.1).

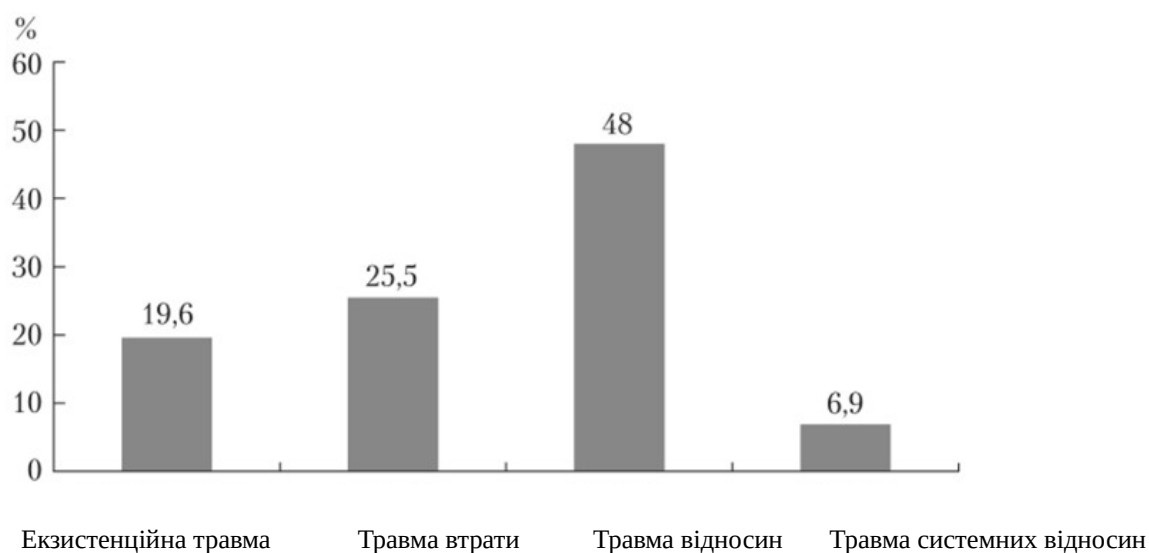


Рис. 1.1 Оцінка травмуючих життєвих ситуацій

Джерело: складено автором на основі [31]

Отже, травма відносин є найбільш поширеним типом психотравм, пережитих людьми протягом життя. Про травмуючі події, пов'язані з міжособистісними відносинами, згадується кожним другим учасником дослідження. Кожен четвертий в якості психотравмуючих виділив ситуації втрат, кожен п'ятий - насильство, нещасні випадки, хвороби. Найбільш рідкісними виявилися травми системних відносин: вони згадувалися виключно в групі наркозалежних осіб.

Цікаві дані були отримані при аналізі строків давності тієї чи іншої травмуючої події. Так, учасники дослідження відзначали, що події, пов'язані з травмою втрати, відбувалися з ними в середньому дев'ять років тому. Події, пов'язані з нещасними випадками, насильством (екзистенційні травми), траплялися в середньому шість років тому, події, пов'язані з травмою системних відносин, - чотири з половиною роки тому. Виявилось, що травмуючі події зради, зрад, відкидання мають найкоротший часовий інтервал (3,7 років).

Таким чином, травми втрат і екзистенційні травми можуть нагадувати про себе навіть у віддаленій перспективі. Учасники дослідження з травмою втрати вказували на травмуючі події, що сталися з ними від двох до 45 років тому. Особи з екзистенційними травмами - на період від одного року до 30 років тому. На відміну від них, особи з травмами відносин відзначали періоди від півроку

до 15 років тому, а з травмами системних відносин - від півроку до 10 років тому. Актуальними і найбільш частими, таким чином, стають травми, пов'язані з відкиданням, зрадою, зрадами (травми відносин).

Були виявлені стратегії подолання того чи іншого типу травми і намічені способи вирішення емоційного конфлікту.

Так, уникнення, непрямі дії, використання маніпуляцій підсилюють екзистенційну травму. З підвищенням життєстійкості відбувається зниження уразливості людини до травмуючої події екзистенційного характеру (насильство, нещасні випадки, проблеми зі здоров'ям). Конфлікт, що виражається в уникаючій і маніпулятивній поведінці (поведінці жертви) може бути вичерпаний через вироблення навичок життєстійкого опанування з екзистенційними травмами.

З підвищенням життєстійкості, особливо таких її компонентів, як залученість і контроль, відбувається зниження дратівливості, гіпертрофованих реакцій страху від можливого впливу травмуючої ситуації, психофізіологічного збудження, обумовленого спогадами про травмуючої ситуації втрати. При переживанні травми втрати можливо вирішення конфлікту, що виражається в пасивній, непрямій і захисній поведінці через формування навичок життєстійкого опанування (залученості, відкритості світу, інфернальному локус контролю). Особи, які принесли травму відносин, частіше за інших вдаються до захисної поведінки жертви. Непрямі дії (маніпуляції) в деякій мірі можуть знизити ступінь травматизації, але не сприятимуть її ефективному подоланню. Чим вище рівень травматизації особистості при травмі системних відносин, тим частіше вона вдається до асоціальних і агресивних дій, сподіваючись на звільнення від душевних страждань.

Разом з тим дослідження показало, що будь-яка травма (екзистенційна, втрати, відносин, системних відносин) віктимізує особистість і породжує безліч конфліктів, які ставлять людину перед вибором віктимного або життєстійкого способів подолання.

Деякі молоді люди піддаються більш високому ризику стати жертвами, піддатися насильству, маргіналізації, опинитися в небезпечних ситуаціях, які роблять їх уразливими для потенційно травмуючих переживань. Проте, дуже важливо розуміти, що будь-яка людина може пережити травму, незалежно від віку або соціального чи культурного походження.

1.3 Наслідки психотравми та психологічна допомога

За словами Ю.Б. Гіппенрейтер, будь-яка травма, будь-яка фіксація створює в мозку людини зону, що погано омивається кров'ю. Всепоглинаючий генералізований страх веде до того, що мозковий базис, на якому повинна була б здійснюватися наша інтелектуальна діяльність, змінюється всюди - або майже скрізь. Зони мозку, групи нервових клітин не можуть включатися в розумову діяльність. Людина позбавляється творчої думки - цього прекрасного зі своїх надбань [5].

Симптоми психотравми можуть спостерігатися кілька наступних місяців. У деяких випадках з часом вони зникають, проте при згадуванні - висока ймовірність їх повторної появи, що обумовлено емоційною пам'яттю, яка змушує людину переживати події знову.

Хворим, які не можуть впоратися зі своїми емоціями і відчують явні симптоми психічних розладів, необхідна спеціальна терапія.

Лікування при психологічних травмах показано в тих випадках, коли людина не може впоратися з наслідками негативних обставин самотужки.

В першу чергу, необхідна консультація кваліфікованого психолога. Крім того, призначається прийом снодійних та седативних препаратів, антидепресантів і заспокійливих засобів. Скасовують застосування лікарських засобів після того, як у пацієнта нормалізується сон і покращиться загальний емоційний стан. Важливо, щоб людина навчилася справлятися зі своїми емоціями і думками самостійно, шукала в житті максимум позитивних

моментів, не зациклюючись на негативних подіях, уникаючи стресів, займаючись спортом, оточуючи себе позитивними людьми, плануючи режим дня і приділяючи увагу своєму харчуванню .

За допомогою правильної тактики в переважній більшості випадків цілком вдається відновити колишній рівень життя та збалансувати психоемоційний стан індивіда.

Деякі науковці припускають, що психологічна травма може ініціювати розвиток межових станів психіки, формування розладів невротичного рівня, в числі яких:

- тривожно-фобічні (нав'язливі страхи);
- обсессивно-компульсивні (нав'язливі думки і ритуальні дії);
- конверсійні (істерія);
- астеничні (неврастенія);
- афективні (депресія).

Психотравмуючі події змінюють життя і функціонування психіки за основними чотирма вимірами:

- змінюється внутрішнє відчуття себе в світі («Я – Духовне») тобто змінюється система цінностей і концепція навколишнього світу;
- змінюється суб'єктивна характеристика перебігу часу (в травматичній ситуації час або «зупиняється», або виникає гостра його нестача) («Я – Реальне»);
- змінюється почуття безпеки («Я – Соціальне»);
- змінюється фізичний стан («Я – Тілесне»).

Дані виміри зумовлюють необхідність використання біопсихосоціоетичної моделі психологічної допомоги при психічній травм, яка дозволяє виділити чотири рівня роботи з наслідками психотравмуючих подій і застосувати відповідні цим рівням методи психологічної допомоги (Див. рис. 1.2) [4].



Рис. 2 Модель психологічної допомоги

Джерело: складено автором [4]

Ця модель дозволяє виділити і теоретично обґрунтувати практичне застосування різних психотерапевтичних напрямків в роботі з психологічною травмою (Мультимодальний підхід психологічної допомоги). У контексті практичної роботи поділ психотравми на кілька рівнів є складним, тому що використовуються психологічні техніки, що дозволяють коригувати психотравму як багатофакторне цілісне утворення. Система (програма) пропонованої психологічної допомоги ґрунтується на наступних вимогах: комплексність, диференційованість і етапність.

При виборі засобів і методів психотерапевтичного впливу сучасний психотерапевт може спиратися на різні підходи. Практично всі найбільш відомі психотерапевтичні школи і підходи працюють з психічними травмами та їх наслідками. Психодинамічний підхід розглядає травму як несвідомий психічний процес і широко використовує методи катарсису і відреагування для вирішення травми (Калшед, 2001). Поведінковий підхід приділяє велику увагу фобічним реакціям, що виникли в результаті травми, і застосовує методи біологічного зворотного зв'язку, техніки релаксації з метою нормалізації реакцій на неприємні лякаючі ситуації. В екзистенційно-гуманістичній психотерапії

подолання наслідків травми передбачає опрацювання екзистенційних «даностей», таких як «смерть», «свобода», «ізоляція», «беззмістовність», яка спрямована на перетворення сенсу переживань при психологічній травмі. У гештальт-підході робота з травмою спрямована на відновлення перерваного циклу реалізації потреб і подолання захисних механізмів. В даному підході широко використовуються метод незавершених ситуацій, техніки діалогу, різні способи роботи з почуттями і тілом [7].

Одним із сучасних методів психотерапії травми, що дозволяє опрацювати травматичний досвід більш цілісно і завершено є соматична терапія травми (СТТ). Він є новим для вітчизняної психотерапії, продуктивно використовується в практиці і представлений в ряді публікацій. Основи соматичного підходу в терапії травми були закладені в роботах П. Левіна (Левін, 2007). Цінність соматичної терапії полягає в тому, що вона була створена спеціально для роботи з шоковою травмою, а потім вже поширена на роботу з іншими видами травмуючих подій: з емоційними травмами, дитячими травмами, травмами розвитку, переживаннями горя, втрати. Специфіка цього методу полягає в тому, що він акцентує значення тілесного досвіду у виникненні травми і в роботі з нею. Він розглядає травматичні реакції насамперед як реакції тіла на травматичну подію. Даний підхід виходить з того, що травма є результатом порушення природних психобіологічних процесів і може бути зцілена. На думку автора, травматичні симптоми виникають в результаті переривання захисних реакцій втечі, боротьби або заціпеніння, які є природною відповіддю живого організму на травматичну подію, а також в результаті накопичення збудження нервової системи, або залишкової енергії, яка була мобілізована при зустрічі з травмою і не знайшла виходу (або розрядки) [13].

Виходячи з такого розуміння, соматична терапія травми передбачає завершення незавершених реакцій, розрядку підвищеного збудження (або зупиненої енергії) і завдяки цьому – звільнення від травматичних симптомів, перетворення травматичних дезадаптивних реакцій в адаптивні захисні реакції. Згідно з підходу П. Левіна, психотерапевтична робота з травмою відбувається

завдяки пробудженню природної здатності до саморегуляції, яка розуміється як психологічна та біологічна здатність людини до цілеспрямованої самоорганізації. Саморегуляція тлумачиться також як природна здатність людини до самоцілення, заснована на внутрішніх ресурсах організму, активація і тілесне усвідомлення яких допомагає подолати психічну травму.

У концепції СТТ описуються основні травматичні симптоми, які виникають при будь-якому виді психічних травм:

- гіперзбудження (прискорене серцебиття і дихання, безсоння або порушення сну, плутанина в думках, панічні атаки);
- заціпеніння;
- безпорадність: відчуття пригніченості і розбитості;
- дисоціація тіла і свідомості [13].

Існує також техніка десенсибілізації і переробки травмуючих переживань за допомогою руху очей (ДПДГ) – це метод, запропонований Ф. Шапіро в 1987 році [Шапіро, 1998]. Вважається, що метод придатний в основному для лікування випадків одиначної травматизації, таких, наприклад, як травма, отримана в результаті автокатастрофи, проте є досвід застосування терапії і для лікування агорафобії і депресії, панічних симптомів. Існують дані про те, що ДПДГ застосовується для лікування посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій, жертв насильства, катастроф і стихійних лих, а також при фобіях, панічних і диссоціативних розладах. З перших років свого використання ДПДГ показав високу ефективність у ветеранів військових конфліктів, які в ході терапії змогли звільнитися від обтяжливих нав'язливих думок і спогадів, кошмарних сновидінь та інших проявів ПТСР [32].

Одна з основних передумов ДПДГ полягає в тому, що велика частина психопатології заснована на попередньому життєвому досвіді, висхідному зазвичай до раннього дитинства. Мета психотерапії за допомогою ДПДГ полягає у швидкій переробці дисфункціональної спадщини, яку ми отримали в минулому і перетворенні цієї спадщини в щось корисне для нас. За допомогою ДПДГ дисфункціональна інформація зазнає спонтанної зміни своєї форми і

значущості - включаючи ті інсайти і афекти, які швидше підсилюють потенціал клієнта, ніж послаблюють його.

В основу методу лежить уявлення про існування у всіх людей особливого психофізіологічного механізму – адаптивної інформаційно-переробної системи. При її активізації відбувається спонтанна переробка і нейтралізація будь-якої травмуючої інформації, причому цьому супроводжують позитивні зміни в когнітивній сфері, емоціях і поведінці. Важкі психічні травми і стреси можуть блокувати діяльність системи. У цих випадках спогади про травму і пов'язані з ними уявлення, афективні, соматовегетативні і поведінкові реакції не отримують свого адаптивного дозволу, продовжуючи зберігатися в центральній нервовій системі в ізольованому стані. Негативна інформація якби «заморожується» і тривалий час зберігається в своєму первісному, непереробленому вигляді за рахунок ізоляції нейронних зв'язків мозку, що забезпечують доступ до цих спогадів, від інших асоціативних зв'язків пам'яті. При цьому не відбувається нового навчання, так як відповідна психотерапевтична інформація не зв'язується з ізольованою інформацією про травмуючу подію (Шапіро, 1998). В результаті негативні емоції, образи, відчуття і уявлення з минулого проникають в сьогодення, викликаючи сильний душевний і фізичний дискомфорт. Передбачається, що рухи очей або інші стимули, що використовуються при ДПДГ, запускають процеси, які активізують прискорену переробку травматичного досвіду за аналогією з тією, що в нормі відбувається на стадії сну зі швидкими рухами очних яблук (БДГ-сну). Використання в ході проведення процедури ДПДГ повторюваних серій рухів очей, ймовірно, призводить до розблокування ізольованої нейронної мережі мозку, де зберігається травматичний досвід, який, в свою чергу, піддається десенсибілізації і прискореній когнітивній переробці. Спогади, які мають високий негативний емоційний заряд, переходять в більш нейтральну форму, а відповідні їм уявлення і переконання клієнтів набувають конструктивний характер [32].

Раптові негативні події нерідко призводять до тяжких наслідків. Психологічна травма може бути не тільки джерелом клінічних діагнозів (психоз, невроз, посттравматичний синдром, психосоматичні стани, фобії), але і завдавати істотної шкоди фізичному здоров'ю і соціальному життю людини. Так, пережита травма може стати поштовхом для перегляду життєвих принципів, пріоритетів. В результаті людина втрачає бажання до особистісного розвитку, соціальний статус, нормальні взаємини з близькими людьми.

Психотравми накладають відбиток і на сексуальне життя. Скутість, замкнутість, недовіра до людей провокують відмову від інтимної близькості. Наприклад, у жінок часто виникає страх перед інтимною близькістю після важкого розставання, кохання без взаємності, сексуальних домагань. Нерідко перешкодою для сексуального життя стає переривання вагітності [46].

Безпосередні реакції людей після травми, є досить складними, на них впливають власний досвід, доступність природних опор, їхні навички подолання стресових ситуацій, життєві навички сім'ї, а також соціальні правила. Хоча реакції варіюються за ступенем вираженості, навіть найгостріші реакції є природними реакціями на лікування травми – вони не є ознакою психопатології. Стили подолання варіюються від орієнтованих на дії до рефлексивних та від емоційно-експресивних до стриманих. Клінічно стиль відповіді менш важливий, ніж ступінь успішності подолання зусиль, що дозволяє продовжувати необхідні заходи, регулювати емоції, підтримувати самооцінку, підтримувати та насолоджуватися міжособистісними контактами. Початкові реакції на травму можуть включати виснаження, розгубленість, смуток, тривожність, збудження, оніміння, дисоціацію, плутанину, фізичне збудження та притуплений вплив. Більшість відповідей є нормальними, оскільки вони стосуються більшості тих, хто вижив, і є соціально прийнятними, психологічно ефективними та обмеженими у власних силах. Показники більш серйозних реакцій включають постійні страждання без періодів відносного спокою або спокою, сильні симптоми дисоціації та інтенсивні нав'язливі спогади, які тривають, незважаючи на повернення до безпеки. Затримки реакцій

на травму можуть включати постійну втому, розлади сну, кошмари, страх перед повторними явищами, тривожність, депресію та уникнення емоцій, відчуттів чи діяльності, пов'язаних із травмою, навіть віддалено.

Деякі люди, що пережили травму мають труднощі з регулюванням емоцій, таких як гнів, тривога, смуток і сором – це тим більше, коли травма сталася в молодому віці. У людей, які є старшими така емоційна дисрегуляція, як правило, недовговічна і являє собою негайну реакцію на травму, а не постійну картину. Самолікування, а саме зловживання наркотичними речовинами – це один із методів, якими травмовані люди користуються, намагаючись відновити емоційний контроль, хоча в кінцевому підсумку це викликає ще більші емоційні порушення (наприклад, зміни впливу афекту під час і після вживання). Інші зусилля, спрямовані на емоційну регуляцію, можуть включати поведінку з високим рівнем ризику чи самопошкодження, невпорядкованому харчуванні, нав'язливій поведінці, як от азартні ігри чи перевтома, а також репресія чи відмова емоцій; однак, не всі форми поведінки, пов'язані з саморегуляцією, вважаються негативними. Насправді, деякі люди знаходять творчі, здорові та діяльнісні способи управління сильним впливом, породженим травмою, наприклад, через поновлення бажання до фізичних навантажень або шляхом створення організації для підтримки тих, хто пережив певну травму [48].

Травматичний стрес, як правило, викликає дві емоційні крайнощі: почуття або занадто сильне (переповнене), або занадто мале (оніміння) емоцій. Лікування може допомогти клієнту знайти оптимальний рівень емоцій та допомогти йому пережити належним чином і врегулювати важкі емоції. При лікуванні основною метою є – допомога клієнтам навчитися регулювати свої емоції без використання речовин або іншої небезпечної поведінки. Це, ймовірно, вимагатиме вивчення нових навичок подолання та того, як долати неприємні емоції; деякі клієнти можуть скористатися практиками уважності, когнітивної перебудови та специфічними для травми десенсибілізаційними підходами, такими як десенсибілізація та рух очей [49].

Як фізична травма вносить зміни в колишній уклад життя і залишає в тілі «відбиток» події, так і психологічна травма залишає на все подальше життя свій слід в психіці людини. Тільки за допомогою підтримки оточуючих, системи самопідтримки і психологічної допомоги, можливий процес прийняття та відновлення. У терапії можуть використовуватися групова, індивідуальна і сімейна психотерапія.

В залежності від тяжкості психологічної травми людини може вдаватися до тих чи інших видів допомоги і підтримки. Уміння висловити горе сльозами або словами, розділити його з іншою людиною, є сильним ресурсом і способом впоратися з травмою. Але є ситуації, коли психологічна травма настільки виражена, що в цьому випадку необхідне призначення медикаментозних препаратів, проходження психотерапії.

Для того, щоб людина прийшла в себе, повинно пройти чимало часу. Бідкання – це природний процес після травмуючої події. Це болючий процес, і тому важливо в такій ситуації вміти приймати підтримку інших людей. Крім того, процес переживання психотравми повинен підкріплюватися власним бажанням позбутися від гнітючих подій.

Психологічну травму часто називають емоційною, так як в результаті змінюється поведінка людини, її реакції на звичайні речі. Причина психотравми завжди несподівана, людина виявляється невідготовленою і нездатною контролювати ситуацію. При цьому фізичне здоров'я може взагалі не постраждати, так як вплив відбувається на нервову систему. Причому цей вплив негативний і настільки потужний, що закладена природою гнучкість психіки, її здатність адаптуватися до нестандартних обставин, виявляється недостатньою, і з'являється відчуття втрати можливості впливати на події, що відбуваються. Дуже велике значення в роботі з психотравмою має підготовка і кваліфікація терапевта, і не тільки теоретичні знання або володіння техніками. Оскільки вираженість травматичних ситуацій досить інтенсивна – терапевту необхідно витримувати сильні переживання пацієнта, залишаючись в контакті з собою та й з пацієнтом. Необхідно завжди пам'ятати про можливу ретравматизацію і не

допустити її. Особливо важливі для терапевта, що працює з травмами, навички самопідтримки, соматичного резонансу, чітке розуміння і відчуття меж, емпатія, фізична і психічна стійкість. Вкрай значимі якості і тривалість особистої терапії самого терапевта, оскільки, багато в чому, саме в особистій терапії необхідні навички мають сформуватися [50].

Лікування психічної травми можливо через прогресивний підрахунок (ПК), соматичне переживання, біологічний зворотній зв'язок, терапію внутрішньосімейного ладу, сенсомоторну психотерапію. Популярна когнітивно-поведінкова терапія, яка застосовується для лікування симптомів, пов'язаних з психологічною травмою, в тому числі зі стресовим розладом. Рекомендації Інституту медицини визначають когнітивно-поведінкові методи як найбільш ефективним способом лікування ПТСР [51].

Самостійним розділом в лікуванні наслідків психотравм виступає травма-терапія. Вона являє собою адаптивний спосіб психологічної допомоги, так як дозволяє працювати зі спогадами, пов'язаними з психотравмою, на підставі чого пацієнт отримує можливість розібратися зі своїми внутрішніми депресивним матеріалом (думки, почуття і спогади) і отримати поштовх для особистісного розвитку, включаючи вироблення таких навичок як життестійкість, контроль власного еґо, компліментарність (доброзичливе співчуття, емпатія) і т.д. Травма-терапія ділиться на психічне утворення і кілька видів технік: когнітивна, емоційна, експериментальна обробка, обробка травми і емоційне регулювання.

Найбільш частим способом боротьби з травмою в наших умовах є спроба поступово витіснити її з пам'яті. Постраждалому пропонується забути про те, що трапилось, прийняти це як доконаний факт минулого і звернутися до майбутнього - думати про хороше і зайнятися якоюсь справою. Однак це виявляється нездійсненним в силу природи впливу психотравми. Своєю появою в житті людини травма не просто привносить щось дуже неприємне і хворобливе, вона кардинально змінює реальність, в якій живе людина - так, немов, вона виявила, що навколишній світ був лише оманливою декорацією, і вже немає ніякої можливості робити вигляд, що ця таємниця досі не розкрита.

Більш того, цей світ виявляє свою принципову ворожість, а сама людина вже не може заперечувати абсолютної своєї беззахисності перед ним - надто нищівний і очевидний досвід зіткнення з травмою. Таким чином, порушенням виявляється весь життєвий лад, людина виявляє себе живучи перед обличчям невідступної і неконтрольованої небезпеки, всі її представлення та захисти відкинуті травмою в минуле, сьогодення нестерпно, а майбутнє лише лякає. Далеко не завжди весь цей комплекс переживань представлений в свідомості - психотравма знижує рівень свідомості, засмучує розумову діяльність. Особистісні ресурси підірвані, людина відчуває себе втраченою, «розібраною», вона перелякана тим, що з нею сталося і в жаху від того, що з нею відбувається.

Все це може залишитися непоміченим і оточуючими, особливо якщо травматична подія не відноситься до розряду загальноприйнятих про неї уявлень – не пов'язана зі смертю, катастрофами і серйозними каліцтвами. Специфіка психологічної травми схожа із специфікою стресу – свого часу Ганс Сельє, вводячи поняття стресу, уточнив: "Стрес – це не те, що з вами сталося, а то, як ви це сприймаєте". Іншими словами, що для одного стрес, для іншого всього лише прохідне непорозуміння. Психологічна травма обумовлена не тільки зовнішньою подією, вона, можна сказати, виявляється підготовленою і внутрішніми факторами - уявленнями і психологічним складом особистості.

Перебіг життя після травматичної події виявляється тотально «інфікованим» – все, що в ньому відбувається так чи інакше, прямо чи опосередковано, явно чи приховано пов'язано з травмою. Модус життя набуває захисні риси – «що б ти не робив, ти повинен уникнути повторення травми», поведінка і самопочуття пронизані тривогою, характерна тенденція до самозвинувачень і обмеження життєвої активності. З плином часу зв'язок цього стану з травмою може загубитися з поля зору, людина вже звикається з таким своїм особистісним складом, а навколишні приймають її так, немов такою людина і є. Трагедія, як раз, в тому, що травматичні події глибоко і надовго поховали життєві сили і оптимістичний душевний склад багатьох і багатьох

людей. Реальність така, що мало хто з людей, що живуть на цій землі, unikнули у своєму житті щонайменше однієї травматичної події [45].

У будь-якому випадку, варто розуміти, що підступність і глибина травматичних впливів може вислизнути від погляду неспеціаліста і оптимальну роботу над їх наслідками краще покласти на професійного психолога. Там, де залучається психологічна допомога, позитивна динаміка подолання травми впевненіша і ґрунтовніша, ніж у випадках стихійного її проживання, а небезпека формування хронічного посттравматичного синдрому зведена до мінімуму. Серйозність можливих наслідків психотравми не залишає сумнівів в тому, що думки і плани про благополучне життя будуть реалістичними лише після того, як завершиться психологічне опрацювання всього комплексу травматичних переживань.

В рамках поведінкових підходів до травми, увага концентрується, в основному, на специфічних стимулах і фобіях. В ході терапії пацієнти повинні протистояти з неприємними ситуаціями до тих пір, поки їх реакції не стануть "звичними". Тут застосовуються методи біологічного зворотного зв'язку і техніки релаксації, які допомагають пацієнтам дезактивувати збудження, що виникло в результаті пережитої травми. Ці методи дозволяють усунути окремі симптоми травми, але не зачіпають її глибинних шарів і витоків.

Сучасні когнітивістські підходи, працюючи з різними посттравматичними симптомами і тривожними станами, підкреслюють важливість когнітивних і перцептивних чинників в їх виникненні, але при цьому недооцінюють значення чуттєвого досвіду, тілесних переживань, тілесних реакцій і їх ролі в організації та детермінації поведінки і свідомості.

Також існує соматична терапія психічної травми – тілесний підхід, що заснований на вивченні нормальної інстинктивної поведінки при травмі як моделі лікування травматичних розладів. Згідно з цим підходом травма формується в результаті незавершеної інстинктивної реакції втечі або боротьби, що є природною відповіддю організму на стресову подію.

Підхід характерний тим, що біологію людини він звертає на службу психології та психотерапії. На думку П. Левіна, здатність до вирішення і завершення травматичних епізодів загрози життю вбудована в біологію людини. Для того щоб залишатися здоровими, всі живі істоти повинні розряджати енергію, яка була мобілізована в ситуації загрози життю. Ця розрядка завершує реакцію на загрозу і дозволяє повернутися до нормального функціонування. Здатність організму адекватно відповідати на будь-яку запропоновану середовищем умову, а потім повертатися до вихідного рівня функціонування називається гомеостазисом. Таким чином, в соматичній терапії використовуються природні можливості людини до самоцілення, до саморегуляції, спираючись на внутрішні ресурси її організму [13].

Метод соматичної терапії психічної травми був розроблений спочатку для роботи з шокowymi травмами, проте його подальше застосування показало, що він ефективний також і при інших видах травм: емоційних, травмах розвитку, реакціях горя, втрати, при різноманітних конфліктах і стресових ситуаціях. Можливість звернення до тілесного досвіду в реальній практичній терапевтичній роботі робить його досить універсальним.

Зроблений нами огляд основних уявлень про психологічну травму і її психотерапії вказує на складність даного явища і на відсутність єдиного психотерапевтичного підходу, який би сприймався як цілком "самодостатній" в роботі з травматичними розладами. Кожен з наведених вище підходів спрямований, по суті, на прицільне опрацювання будь-якого одного з аспектів травматичного переживання - тілесного, емоційного, смислового або поведінкового.

Завдання ефективної психологічної роботи з психічною травмою вимагають розробки комплексного інтегративного психотерапевтичного підходу, який дозволяв би пропрацювати цілісний досвід травматичного переживання.

Дуже велике значення для роботи з травмою має підготовка і кваліфікація терапевта, і не тільки теоретичні знання або володіння техніками. Оскільки

рівень травматичних енергій досить інтенсивний, терапевту необхідно витримувати сильні переживання і відчуття свої та клієнта, залишаючись в цей момент в контакті не тільки з собою і своїм тілом, а й з клієнтом. Необхідно завжди пам'ятати про можливу ретравматизацію і не допустити її. Особливо важливі для терапевта, що працює з травмами, навички самопідтримки, соматичного резонансу, чітке розуміння і відчуття меж, емпатія, фізична і психічна стійкість. Вкрай значимі якість і тривалість особистої терапії самого терапевта, оскільки, багато в чому, саме в особистому терапії необхідні навички мають можливість сформуватися.

Також, велике значення в роботі психолога з психологічною травмою має спільний пошук ресурсів для подолання з проблемною, кризовою ситуацією. Ресурси можуть бути як зовнішні, так і внутрішні. Якщо в якості зовнішніх ресурсів для людини можуть виступити люди, інші нематеріальні і матеріальні ресурси, то в якості внутрішніх – усвідомлення своїх умінь, успіху в минулому, спогади про дорогих людей, природі, іграх, захопленнях і ін., або ж оволодіння новими необхідними навичками. При приємних спогадах обличчя людини розгладжується, з'являється посмішка, мова стає спокійніше. Взаємодія, яка включає не тільки концентрацію на проблемі, а й на приємних спогадах, або хоча б нейтральних, дає можливість черпати сили в складній для неї ситуації [13].

Слід розуміти, що на відновлення після важких травматичних подій потрібен час і в подальшому самостійна робота людини з травмою в формі переживання представляє природний динамічний процес.

Якщо потерпілий потребує термінової медичної (психіатричної) допомоги, його необхідно передати відповідним фахівцям.

Досвідчений психолог в процесі терапії психотравми допоможе вирішити такі завдання:

- опрацювати травматичні відчуття, спогади;
- розрядити реакцію на стрес, вибрати стратегію опору;
- навчити регулювати емоційні навантаження;

- відновити довіру до оточуючих, налагодити спілкування з близькими людьми;
- відновитися після негативних емоцій.

Рішення звернутися за допомогою, має бути усвідомленим, оскільки при лікуванні психотравми пацієнту доведеться зіткнутися з хворобливими спогадами, лякливими емоціями, нестерпними картинами з минулого. Тому робота з психологом вимагає не тільки професіоналізму з боку фахівця, але і сили волі, бажання подолати травму від пацієнта [44].

Висновки до першого розділу

Психічна травма розглядається не як щось виняткове, а як явище, що зустрічається в житті практично будь-якої людини. При цьому переживання психічної травми розглядаються як тимчасові порушення цілісності та функціонування особистості, викликані зовнішньою подією.

Сила психологічної травми залежить від декількох факторів:

- значущість події, що викликала травму;
- стресостійкість особистості;
- підтримка у важкий момент;
- своєчасна допомога, а також лікування психологічної травми.

Психічна травма розуміється як шкода, нанесена на психічному стані та здоров'ї особистості, в результаті якого інтегративні механізми психіки пошкоджуються, порушується її системність, істотно розладжується адаптація. Психічна травма виступає як психогенний вплив, що характеризується надзвичайною гостротою, несподіваністю, раптовістю, незрозумілістю, що несе небезпеку, загрозу екзистенційним цінностям людини: здоров'ю, коханню, сім'ї, матеріальним благам і навіть життю, що самі по собі можуть викликати афективні розлади. А тому під впливом психічної травматизації у людини

можуть виникати нервово-психічні розлади неспсихотичного (неврози) і психотичного (реактивні психози) типів.

Отже, психологічні травми порушують нормальне функціонування психіки і призводять до межових розладів або, навіть, до клінічних станів. На межовому рівні можуть з'являтися як тимчасові відчуття дискомфорту, так і стійкі стани з наявністю змінених утворень, які послаблюють імунітет, працездатність і адаптивні здібності мислення. Раптові та гострі травмуючі ситуації можуть призводити до клінічних станів (посттравматичний синдром), приносити шкоду здоров'ю, призводять до психосоматичних захворювань, неврозів, реактивних станів. Руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події для людини, ступеня її психологічної захищеності (сили духу) і стійкості до тих чи інших факторів, і життєвих ситуацій.

Психотравма розуміється також як жахлива подія, яку пережила людина, що не так часто трапляється з іншими людьми. За визначенням психіатрів, подія, яку можна охарактеризувати як «психотравмуючу», виходить за межі нормального людського досвіду.

Ситуації та події, які можуть призвести до психологічних травм, включають:

- акти насильства, такі як збройні пограбування, війна чи тероризм;
- стихійні лиха, такі як пожежі, землетруси чи повені;
- міжособистісне насильство, таке як зґвалтування, жорстоке поводження з дітьми або самогубство члена сім'ї чи друга;
- причетність до серйозної аварії на транспортному засобі або на робочому місці.

Інші стресові ситуації, які здаються менш важкими, все ще можуть викликати травматичні реакції у деяких людей.

У багатьох людей виникають сильні емоційні чи фізичні реакції після переживання травматичної події. Для більшості ці реакції стихають протягом декількох днів або тижнів.

У деяких симптоми можуть тривати довше і бути більш важкими. Це може бути пов'язано з кількома факторами, такими як характер травматичної події, рівень доступної підтримки, попередній та поточний життєвий стрес, особистість та ресурси подолання.

Симптоми травми можна описати як фізичні, когнітивні, поведінкові та емоційні.

Фізичні симптоми можуть включати в себе надмірну настороженість, лякливість, втому / виснаження, порушений сон і загальні болі. Когнітивні симптоми можуть включати нав'язливі думки та спогади про подію, візуальні образи події, кошмари, погану концентрацію та пам'ять, дезорієнтацію та розгубленість. Поведінкові симптоми можуть включати уникнення місць чи заходів, які нагадують про подію, соціального відходу та ізоляції та втрати інтересу до нормальної діяльності. Емоційні симптоми можуть включати страх, оніміння і відстороненість, депресію, провину, гнів і дратівливість, тривожність і паніку.

Ступінь впливу і наслідки психічної травми залежать від характеру, стійкості людини до негативного досвіду, індивідуальної значущості конкретної події. На відміну від психологічного негативного досвіду, наслідки психічної травми проявляються відразу ж після травмуючої події. Прояви включають такі патологічні стани:

- невиразну свідомість, сплутання мислення;
- провали в пам'яті, ретроградна амнезія;
- дивний вираз своїх думок;
- неуважність;
- неадекватні реакції;
- розвиток безпідставних страхів;
- напади панічних атак;
- порушення мови.

Психічна травма призводить не тільки до порушення роботи психіки, але і може стати причиною втрати працездатності, фізичної обмеженості.

Більшість людей, які переживають травматичну подію, не потребують лікування. А для деяких людей травма виснажлива, і буде потрібне лікування задля нормального психічного здоров'я. Лікування включає психологічні втручання, орієнтовані на травму. Вони зосереджені на освіті, техніці управління стресом та допомагають людині протистояти страшним ситуаціям та спогадам.

Отже, травма - це подія чи низка подій, які є настільки непосильними та загрожуючими життю чи розуму, що людина не може впоратися. Розум може вимкнутись (відмежуватись) під час події або, принаймні, не зможе згодом зібрати різні елементи події та «інтегрувати» їх або об'єднати їх разом. Наприклад, почуття можуть бути відірвані від думок, або когнітивне розуміння того, що відбувається, може бути відрізане від чуттєвого досвіду. Саме ця відсутність "інтеграції" характеризує травму. Тому травмована особа може не мати можливості цілісно думати про те, що сталося, або висловлювати чи зв'язувати свої почуття з приводу пережитого. Травматичні події можуть зберігатися «окремо» у свідомості від звичайного повсякденного досвіду, а в деяких випадках можуть призвести до фактичної амнезії.

Традиційні підходи до лікування емоційних травм включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та систематичну десенсибілізацію для зниження реактивності до травматичного стресору.

Останні розробки в лікуванні емоційних травм включають нові, ефективні форми психотерапії та соматичні (тілесні) терапії, розроблені з урахуванням нової інформації про мозок. Хоча часто інтенсивно міжособистісні, ці терапії є також психологічними та неврологічними за своїм фокусом та застосуванням. Ця група терапії спирається на природжені інстинктивні ресурси, а не на ліки, щоб отримати зцілення. Єдине, що їх об'єднує – це поєднання розмовної терапії з тілесною відповіддю. Вони включають:

1. Десенсибілізація (EMDR) (Франсіс Шапіро).

2. Соматична психотерапія: (Томасом Ханн).

3. Соматичне переживання: (Пітер Левін).

Робота з психічною травмою - це тривала і важка праця як для людини, яка звернулася за допомогою, так і для терапевта, і до цього клієнт повинен бути готовий. Терапія травм залежить від багатьох факторів, які необхідно враховувати: вид травми, термін отримання травми, характерологія людини, наявність підтримки і мотивації у клієнта.

Для того, щоб людина прийшла в себе, повинно пройти чимало часу. Бідкання – це природний процес після травмуючої події. Це болючий процес, і тому важливо в такій ситуації вміти приймати підтримку інших людей. Крім того, процес переживання психотравми повинен підкріплюватися власним бажанням позбутися від гнітючих подій.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи та процедура дослідження

В даному дослідженні вивчення особливостей психологічної допомоги людям, що пережили травму в міжособистісних стосунках були використані три методики: «Методика стосунків» О.Ф. Бондаренко, Опитувальник депресії

анкети стану здоров'я (РНQ-9), Експрес-діагностика внутрішнього світу пацієнта А. Амбрумової [39; 40].

Вибір цих методик зумовлений тим, що вони є найбільш вдалимими щодо дослідження психологічних та психічних особливостей індивідів у ситуації травматичних відносин, їх емоційного стану, а також визначення їх позиції в міжособистісних стосунках.

Зокрема додатковим аргументом на користь зазначених методик послуговували ті обставини, що вони є найбільш придатними саме для експрес-діагностики, враховуючи складність психічних станів людей, що перебувають у травматичній ситуації, що, на наш погляд, становить неабияку перевагу.

1. «Методика стосунків» О.Ф. Бондаренко

Вибір методики зумовлений тим, що дана методика дозволяє визначити особливості міжособистісної взаємодії, і, зокрема, саме особистісну позицію індивіда у стосунках. Методика становить фактично статистично вивіреним семантичний диференціал, що призначений для замірів 5 основних параметрів міжособистісних стосунків. Методика діагностує взаємний вклад в міжособистісні стосунки, дозволяє визначити специфіку стосунків, ідентифікувати страждання в категоріях: гармонія, партнерство, паразитування. За допомогою цієї методики психолог може дати прогноз розвитку міжособистісних стосунків, з урахуванням рангів взаємних внесків у міжособистісні стосунки (Див. Додаток Д на сторінці 91).

Досліджуваному пропонується опитувальник, що призначений для обох партнерів (Сторона А та Сторона Б). Досліджуваний має заповнити бланк за обох партнерів. Але специфіка даної методики полягає в тому, що вона може бути використана як при роботі з двома членами діади, так і з одним з неї. Справа в тому, що коли бланки (Сторона А та Сторона Б) заповнюються обома членами діади, ми маємо уявлення про фактичний образ ситуації у перцептивному полі кожного з обстежуваних суб'єктів. Натомість, коли ми не маємо можливості діагностувати обох членів діади, в дію включаються проєктивні механізми. Зрозуміло, що коли одна особа заповнює бланк

опитувальника і за себе, і за іншого члена діади, фактично ми аналізуємо саме образ ситуації, як він представлений у свідомості даної особистості. На перший погляд може здаватися, що ця безумовно-суб'єктивна картина не може вважатися такою, що заслуговує на увагу, але ми виходимо з загально-відомої обставини, що саме образ ситуації диктує людині спосіб тієї чи іншої поведінки.

Бланк складається з питань, що поділені на 5 блоків: психосоціальні цінності, матеріальний вклад, смислові набуття, почуття, що переживаються та екзистенційні жертви. Досліджуваний оцінює задані характеристики стосунків в балах, від 0 до 3. Після цього підраховується сума балів по кожному з блоків. Отримані бали переносяться в ключ до обробки результатів, де вносяться суми балів за обидві сторони (А і Б). Бали переводяться в ранги (I, II, III). Чим вищий ранг – тим стосунки є більш взаємно благополучними і відповідно прогноз стосунків є більш позитивним.

2. Опитувальник депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9)

PHQ-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE) є інструментом для оцінки та визначення ступеня тяжкості депресії. Даний опитувальник містить 9 питань, що спрямовані на визначення рівня депресії досліджуваного. В останньому питанні пропонується повідомити, наскільки проблеми зробили для досліджуваного важкими виконання його роботи, турботу про дім або можливість жити із іншими людьми. Цей єдиний пункт, що відображає суб'єктивну оцінку пацієнтом тяжкості його стану, не використовується для підрахунку балів PHQ або постановки діагнозу, а скоріше описує загальну оцінку пацієнтом погіршення його життя, пов'язаного з наявністю того чи іншого симптому. Ця оцінка може бути корисна в ухваленні рішення про початок або коригування лікування, так як вона тісно пов'язана як з тяжкістю симптоматики психічних розладів, так і з багаторазовою оцінкою погіршення якості життя, пов'язаного зі станом здоров'я. Визначення ступеня тяжкості депресії за шкалою PHQ-9 розраховується шляхом присвоєння значень 0, 1, 2 і 3 категорій відповідей «Не турбувало», «Кілька днів», «Більше половини часу» і

«Майже щодня», відповідно. Загальний результат за шкалою PHQ-9 після підрахунку балів буде перебувати в діапазоні від 0 до 27 (Див. Додаток Г на сторінці 90).

Підраховується сума балів і в залежності від суми балів, виявляються такі показники:

- 1-4 бали – Депресії немає;
- 5-9 балів – Легка депресія;
- 10-14 балів – Помірна депресія;
- 15-19 балів – Помірно-важка депресія;
- 20-27 балів – Важка депресія. [39; 40]

3. Експрес-діагностика внутрішнього світу пацієнта А. Амбрумової

Методика становить собою вимірювальні шкали запропоновані Айною Амбрумовою. Методика побудована за принципом загальновідомих шкал вимірювання рівня домагань Рубінштейн-Рембо. Методика направлена на визначення значущих для людини цінностей, таких як: здоров'я, матеріальне благополуччя, кар'єра, сім'я, дружба, любов, діти, свобода, везіння та інше. Досліджуваний визначає важливість тієї чи іншої цінності в балах (0-10). Згідно з правилами опрацювання результатів, умовною межею що свідчить про наявність проблемних колізій у свідомості обстежуваного, прийнято вважати різниці в оцінках інших та у себе інтервал у 3 бали. Скажімо, якщо у рубриці «як оцінюють люди значущість такої цінності як здоров'я у обстежуваного виявилася оцінка у 9 балів, у той час як у нього самого ця оцінка зазначена як 4, то це свідчить про наявність дисгармонії у самостваленні (Див. Додаток Є на сторінці 92).

2.2 Характеристика вибірки учасників дослідження та процедура дослідження

Вибірка, на якій проводилося дослідження складалася з 30 осіб, серед яких 21 особа жіночої статі та 9 осіб чоловічої статі. У дослідженні брали участь студенти I– IV курсів. Дослідження проводилось у Київському національному лінгвістичному університеті.

Розподіл даних за змінною «вік» не відповідає нормальному. Як можна побачити з гістограми до експериментальної вибірки ввійшли переважно досліджувані юнацького віку (Див рис. 2.1)

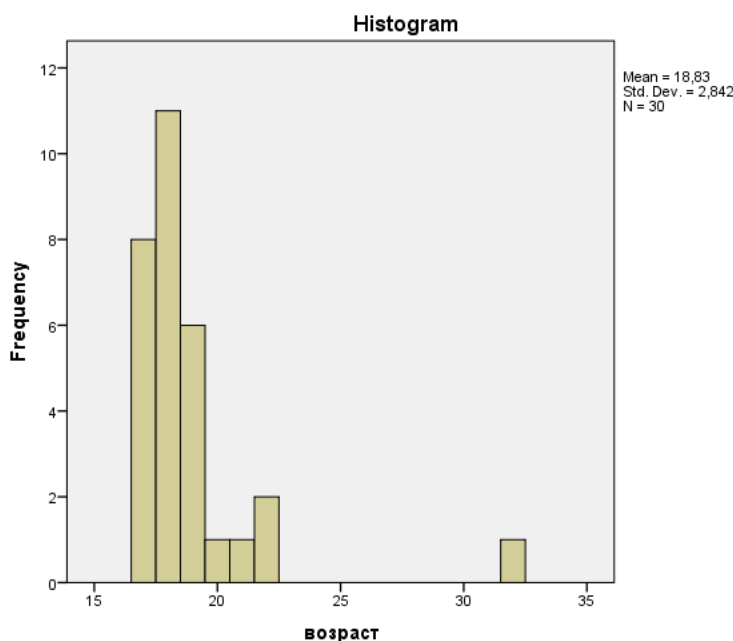


Рис. 2.1 Розподіл даних за змінною «вік»

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Розмах даних за змінною «вік» = 15. При цьому наймолодшому досліджуваному 17 років, а найстаршому – 32, при показнику асиметрії – 16.

Найбільша кількість досліджуваних віком від 17-19 років, що становить собою 83% від загальної кількості обстежуваних (Див. табл 2.1)

Таблиця 2.1

Частотний розподіл за змінною «вік»

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17	8	26,7	26,7	26,7
18	11	36,7	36,7	63,3
19	6	20,0	20,0	83,3
20	1	3,3	3,3	86,7

21	1	3,3	3,3	90,0
22	2	6,7	6,7	96,7
32	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

У дослідженні взяли участь 30 досліджуваних, з яких 21 – жіночої статі, та 9 – чоловічої, що становить 70% і 30% відповідно. Описові статистики за змінною «стать» (Див. табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Частотний розподіл за змінною «стать»

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid жін	21	70,0	70,0	70,0
чол	9	30,0	30,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Згідно з процедурою обстеження, у довільному порядку серед зацікавлених, були розповсюджені зазначені методики, спосіб роботи з якими пояснювався на інструктивній бесіді. При цьому ми виходили з того, що наша інформація знайшла відгук у зацікавлених студентів. Після опрацювання заповнених бланків діагностичних методик, були виявлені особи, особистісна позиція яких (зокрема віктимна) та психоемоційний стан передбачали певну психологічну роботу. Власне опису аналізу та інтерпретації результатів даного дослідження і присвячений III розділ.

Висновки до другого розділу

Отже, відповідно до сформульованих завдань, ми спиралися на три основні методики: «Методика стосунків» О.Ф. Бондаренко, Опитувальник

депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9), Експрес-діагностика внутрішнього світу пацієнта А. Амбрумової, які дали нам змогу визначити ступені депресії, діагностувати особливості міжособистісної взаємодії у ситуації травматичних стосунків, визначити значимість людських цінностей для кожного з досліджуваних.

Поліфункціональність методик дозволяє одночасно віднести їх також до груп методів, призначених для діагностики особистісних аспектів людини, її стану та можливостей.

Вибірка становила 30 досліджуваних, що відповідає вимогам даного дослідження.

Як видно з отриманих даних, вибірка становить вельми показовий матеріал для дослідження, відбиваючи фактичні вікові та статеві параметри контингенту студентів Київського національного лінгвістичного університету.

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ І ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Якісний та кількісний аналіз отриманих даних

З отриманого масиву емпіричних даних були відібрані такі, що підлягають процедурі кількісної обробки. Їхньому опрацюванню передували стандартні процедури кодування, що уможливило її подальшу обробку за

допомогою статистичних методів дослідження. Розрахунки здійснювалися із застосуванням програмного пакету SPSS Base for Windows 23.0.

Вихідна матриця, даних у якості змінних містила параметри, що були виділені з застосованих методик:

1. О.Ф. Бондаренка «Методика стосунків»:

- психосоціальні цінності;
- матеріальний вклад;
- смислові набуття;
- почуття, що переживаються;
- екзистенційні жертви.

2. Опитувальник депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9):

- депресії немає;
- легка депресія;
- помірна;
- помірно-важка;
- важка депресія.

3. Експрес-діагностика внутрішнього світу пацієнта А. Амбрумової:

- здоров'я;
- матеріальне благополуччя;
- кар'єра;
- сім'я;
- дружба;
- любов;
- діти;
- свобода;
- везіння.

Перевірка відмінності емпіричних розподілів від нормального була здійснена за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова. Виявлення латентних взаємозв'язків між змінними проводилося за допомогою методів кореляційного аналізу.

Завданням **першого етапу** кількісної обробки даних було загальне орієнтування в отриманому масиві інформації. Для цього наводимо описові статистики за методикою «Опитувальник депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9)» (Див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Відсотковий розподіл за змінною «вираженість депресії»

	Frequenc y	Percent	ValidPerce nt	Cumulative Percent
Valid відсутня	2	6,7	6,7	6,7
легка	14	46,7	46,7	53,3
помірна	7	23,3	23,3	76,7
помірно- важка	5	16,7	16,7	93,3
важка	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Як можна побачити з результатів кількісного аналізу, найбільший відсоток (47%) досліджуваних має легку ступінь депресії, помірний ступінь депресії властивий 23% досліджуваним, «помірно-важка» властива (17%), тоді як найбільший ступінь вираженості депресії «важка» властивий 7%, що є значущим показником вираженості депресії від загальної кількості досліджуваних (Див. рис 3.1)

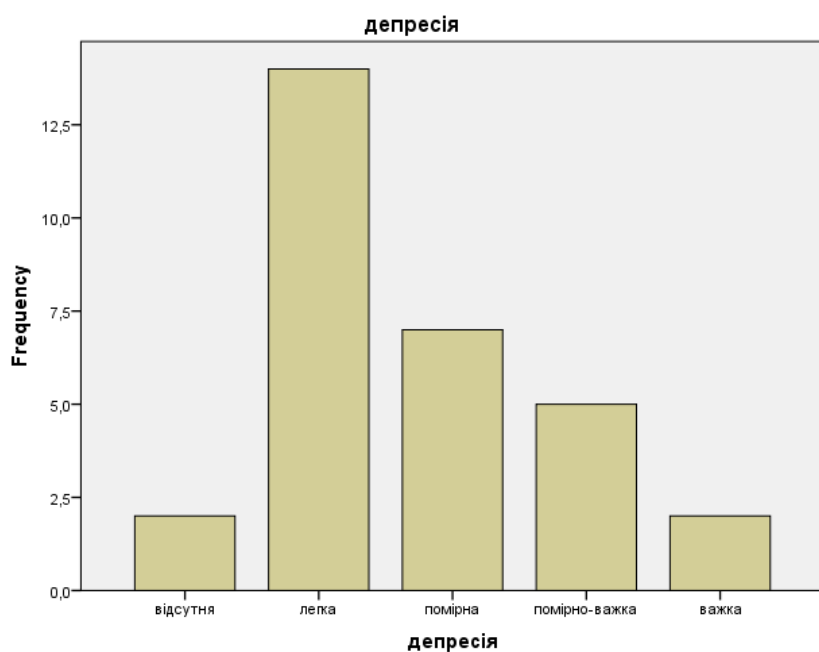


Рис. 3.1 Описові статистики за змінною «депресія»

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Як можна побачити з результатів кількісного аналізу, найбільший відсоток (73%) досліджуваних має високий ступінь почуттів, що переживаються, середній та низький ступені 13% відповідно (Див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Описові статистики за змінною «почуття, що переживаються»

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid високий ступінь	22	73,3	73,3	73,3
середній ступінь	4	13,3	13,3	86,7
низький ступінь	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Високий ступінь вказує на те, що людина переживає у цих стосунках почуття, що її засмучують. І, відповідно, низький ступінь вказує на те, що

людина переживає лише позитивні почуття у стосунках. Ці показники свідчать про високу вираженість негативних почуттів, що переживаються (Див. рис. 3.2).

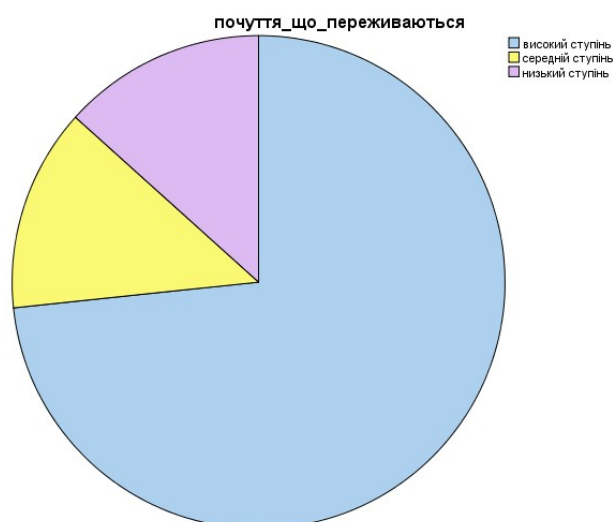


Рис. 3.2 Відсотковий розподіл за змінною «почуття, що переживаються»

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Завданням **другого етапу** кількісного аналізу даних було виявлення взаємозалежності і взаємозумовленості між параметрами методик «Опитувальник депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9)» та «Експрес-діагностика внутрішнього світу пацієнта А. Амбрумової. За допомогою критерію рангової кореляції Спірмена був виявлений помірний зворотній кореляційний зв'язок між рівнем вираженості депресії та важливістю сімейних цінностей (здоров'я: $r=-362$, $p=0,05$, сім'ї: $r=-545$, $p=0,002$, та дітей: $r=-455$, $p=0,01$) (Див. Додаток А, Б на сторінці 89)

Отримані дані засвідчили, що чим більше виражений рівень депресії, тим менш важливою є для індивіда суб'єктивна цінність здоров'я та сім'ї. Наше дослідження підтвердило загальновідомий клінічний факт, що депресія спричиняє втрату зацікавленості навіть в найважливіших сторонах життя. (Див табл. 3.3).

Кореляційний аналіз змінних «депресія» та «цінність здоров'я» за критерієм Спірмена

			депресія	здоров'я
Spearman's rho	депресія	Correlation Coefficient	1,000	-,362*
		Sig. (2-tailed)	.	,050
	N		30	30
	здоров'я	здоров'я	Correlation Coefficient	-,362*
Sig. (2-tailed)			,050	.
N		30	30	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Отримані дані засвідчили, що чим більше виражений рівень депресії, тим менш важливою є для індивіда суб'єктивна цінність здоров'я та сім'ї. Наше дослідження підтвердило загальновідомий клінічний факт, що депресія спричиняє втрату зацікавленості навіть в найважливіших сторонах життя.

Прямий помірний кореляційний зв'язок був виявлений між змінними «вираженість депресії» та «почуттями, що переживаються» ($r=0,422$, $p=0,02$).

Чим вищий ступінь вираженості депресії, тим почуття, що переживаються є глибшими в сторону незадоволеності стосунками, пригніченості, печалі, відчуттям занепокоєння. Адже, як відомо, депресивні стани характеризуються астеничним вектором емоцій, тобто таким, що пригнічує життєдіяльність організму (Див. табл.3.4).

**Кореляційний аналіз змінних «депресія» та «почуття, що переживаються»
за критерієм Спірмена**

			депресія	відчуття, що переживаються
Spearman's rho	депресія	Correlation Coefficient	1,000	,422*
		Sig. (2-tailed)	.	,020
		N	30	30
		<hr/>		
	почуття, що переживаються	Correlation Coefficient	,422*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,020	.
		N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

Між змінною «депресія» та іншими цінностями (матеріальне благополуччя, кар'єра, дружба, любов, свобода та везіння) статистично значущого зв'язку не було виявлено.

В результаті кореляційного аналізу за критерієм Пірсона був виявлений статистично значущий зв'язок між змінними «почуття, що переживаються» та «екзистенційні жертви» ($r=544$, $p=0,002$).

Як засвідчили результати статистичного аналізу, чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття самого себе в стосунках з партнером, як відчуття віддалення чи приближення до самого себе, а також відчуття жертвування в стосунках, або, навпаки, набуття позитивного. Перелічені показники об'єднані в змінну «екзистенційні жертви». Даний результат свідчить про те, що, чим більше людина в стосунках перебуває у позиції жертви, чим стосунки її більше віктимізують, тим більше вона знаходиться у стані пригнічення та рефлексії щодо своєї позиції у стосунках. (Див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Кореляційний аналіз змінних «екзистенційні жертви» та «почуття, що переживаються» за критерієм Спірмена

		ЭЖ	ПЧ
Spearman's rho екзистенційні жертви	Correlation Coefficient	1,000	,544**
	Sig. (2-tailed)	.	,002
	N	30	30
почуття, що переживаються	Correlation Coefficient	,544**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,002	.
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS Base for Windows 23.0

В результаті кореляційного аналізу за критерієм Пірсона був виявлений статистично значущий зворотній зв'язок між змінними «почуття, що переживаються» та «психосоціальними цінностями» ($r=-0,429$, $p=0,01$).

Як засвідчили результати статистичного аналізу, чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття благополуччя, довіри, підтримки, особистісного статусу, нових перспектив у житті, отримання нової інформації та зміцнення здоров'я. Перелічені показники об'єднані в змінну «психосоціальні цінності». Даний результат є дещо передбачуваним, оскільки чим глибше людина переживає почуття прив'язаності в сім'ї, тим більше готова робити свої вклади в ці відносини. І відповідно, чим більш поверховими є почуття, тим вклад є меншим (Див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Кореляційний аналіз змінних «психосоціальні цінності» та «почуття, що переживаються» за критерієм Пірсона

		психосоц цінності	почуття, що пережив
психосоц. цінності	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 30	-,429* 30
почуття, що пережив.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,429* 30	1 30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Джерело: складено автором на основі результатів SPSS

Base for Windows 23.0

Завданням **третього етапу** кількісного аналізу даних була факторизація структури ціннісних смислів досліджуваних. Виявлення латентної структури взаємозв'язків між змінними (цінностями) проводилося за допомогою ФА методом головних компонент з підпрограмою повороту факторних структур за принципом Varimax. У якості значущих були виокремлені ті кореляційні зв'язки, значення яких було не менше 0,5.

В результаті факторного аналізу за методом головних компонент, було виокремлено 3 фактори, що описують 30,3%, 19,9%, 15,4% сумарної дисперсії. (Див. Додаток В на сторінці 90)

До першого (основного) фактору – «фактор сімейних цінностей» увійшли такі цінності: матеріальне благополуччя, сім'я, любов, діти та свобода. Примітно, що такі цінності протягом багатьох років залишаються взаємопов'язаними. Можна припустити, що матеріальне благополуччя пов'язано зі свободою тим, що воно дає незалежність в житті людини. З іншого

боку, зв'язок матеріального благополуччя, сім'ї та дітей дають впевненість в наступному дні, в створенні сім'ї та в майбутньому своїх дітей. Чим більше сімейні цінності, тим менша цінність грошей, але, з іншого боку, сім'я виступає для людини як опора, тобто людина не шукає індивідуалістичних цінностей в грошах.

До другого фактору відносяться: сім'я, дружба та діти – фактор дружніх та родинних стусунків. Зв'язок сім'ї та дітей є дещо передбачуваним, так як ці цінності нерозривно пов'язані між собою. Правильні стосунки між батьками та дітьми повинні базуватися, перш за все, на дружніх засадах. Можна припустити, чим стосунки в сім'ї згуртованіші та дружні, тим вони є більш позитивними (Див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Статистичні характеристики виділених факторів

	Component		
	1	2	3
health	,099	,292	-,532
money	-,682	,294	,288
carier	-,394	,401	,430
family	,758	,578	,107
frienship	,418	-,755	-,056
love	,510	-,439	,287
children	,756	,580	,082
freedom	-,522	,111	-,722
luck	-,487	-,103	,461

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extract

До третього фактору належать: здоров'я та свобода – як основоположні цінності, що людина не хоче порушувати. Здоров'я для багатьох людей служить обмежувальним фактором для самореалізації, а тому, якщо у людини погане здоров'я – то у його в житті наявні обмеження, і навпаки, якщо здоров'я гарне – це дає більше можливостей до самореалізації.

Завданням **четвертого етапу** було вивчення закономірностей вектору зрушень між значеннями змінних «психосоціальні цінності, матеріальний вклад, смислові набуття, почуття, що переживаються та екзистенційні жертви» у двох вибірках із застосуванням G-критерію знаків. Для цього дані суб'єктивних оцінок досліджуваних за «Методикою стосунків» були розподілені на 2 вибірки: оцінки самих досліджуваних та їх партнерів.

Результат статистичної обробки зафіксував низку зрушень у бік розходження досліджуваних ознак («психосоціальні цінності, матеріальний вклад, смислові набуття, почуття, що переживаються та екзистенційні жертви») у двох вибірках. Разом з тим, коефіцієнт достовірності ($p=0,8$) засвідчив, що всі вони носять випадковий характер. Отже зрушення за досліджуваними змінними «психосоціальні цінності, матеріальний вклад, смислові набуття, почуття, що переживаються та екзистенційні жертви» у двох вибірках на рівні статистичної тенденції відсутні.

3.2 Інтерпретація основних виявлених тенденцій

Виходячи з отриманих даних, за «Опитувальником депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9)» можна зазначити те, що більшість опитуваних має легку вираженість депресії (47%), помірну вираженість складає 23% досліджених, іншими словами відчуття пригніченості, зниження настрою та самооцінки, песимізм виступають основними ознаками даного стану.

Аналізуючи отримані дані з «Методика стосунків» О.Ф. Бондаренка, найбільший відсоток досліджуваних розцінюють почуття, що переживаються як негативні, такі, що засмучують. Тобто, людина, яка знаходиться в стосунках, описує їх як ті, що не дають відчуття радості, задоволеності, спокою, довіри, зацікавленості та почуття надійності.

Примітно, що зв'язок вираженості депресії та важливості сімейних цінностей, таких як здоров'я, сім'я та діти полягає в тому, що для індивіда суб'єктивна цінність здоров'я, сім'ї та дітей, іншими словами сімейних

цінностей, є менш важливою при високому рівні вираженості депресії. А саме, депресія спричиняє втрату зацікавленості навіть у найважливіших сторонах життя.

Інший зв'язок представлений між змінними ступеню вираженості депресії та почуттями, що переживаються, який виражається в тому, що, чим вищий ступінь вираженості депресії, тим глибшими є переживання почуттів в полюсах: радість – печаль, біль – задоволеність, недовіра – довіра, занепокоєння – спокій, байдужість – зацікавленість, страх – безстрашність. Тобто, людина перебуваючи у депресивному стані проектує свої почуття як на партнера, так і на їх стосунки загалом. Стосунки можуть бути гармонійними, але якщо людина у стані пригніченості та зниження настрою, то вона бачить навколишній світ у «сірих кольорах».

Можна зазначити, що взаємозв'язок між такими параметрами, як «почуття, що переживаються» та «екзистенційні жертви», згідно з «Методикою стосунків» є прямопропорційним та полягає в тому, що суб'єктивне відчуття самого себе в стосунках з партнером відчувається в двох напрямках: як відчуття віддалення чи приближення до самого себе, а також відчуття жертвування в стосунках, або, навпаки, набуття позитивного. Це свідчить про те, що, чим більше людина в стосунках перебуває у позиції жертви, чим стосунки її більше віктимізують, тим більше вона знаходиться у стані пригнічення та рефлексії щодо своєї позиції у стосунках.

Згідно аналізу «почуттів, що переживаються» та «психосоціальних цінностей» спостерігаються такі результати: чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття благополуччя, довіри, підтримки, особистісного статусу, нових перспектив у житті, отримання нової інформації та зміцнення здоров'я. Можна припустити, що чим глибше людина переживає почуття прив'язаності в сім'ї, тим більше готова робити свої вклади в ці відносини. І відповідно, чим більш поверховими є почуття, тим вклад є меншим.

Щодо системи ціннісних смислів досліджуваних, були виявлені 3 фактори:

- 1) фактор сімейних цінностей;
- 2) фактор дружніх та родинних відносин;
- 3) фактор цінності здоров'я.

Варто зазначити, що досліджувані надають більшого значення саме сімейним цінностям, що виступають головними орієнтирами в їх житті. Саме цінність: сім'ї, матеріального благополуччя, любові, дітей та свободи є найважливішим компонентом суб'єктивної утворюючої активності і самого суб'єкта в ній. Тобто, вони служать важливим фактором соціальної регуляції взаємин людей і поведінки індивіда.

Сімейні цінності в даному випадку конкретизуються в понятті функцій сім'ї, в психології сімейних відносин - це сфера життєдіяльності сім'ї, безпосередньо пов'язана із задоволенням потреб її членів.

Таким чином, система сімейних цінностей відображає благополуччя / неблагополуччя міжособистісних стосунків в родині.

Отже, сім'я є одним з важливих феноменів буття людини. Вона була і залишається джерелом безпеки, духовності, стабільності, близькості. Крім того, саме сім'я забезпечує своїм членам економічну, соціальну та фізичну безпеку, виступає «базою» для успішної соціалізації нового покоління.

Фактор дружніх та родинних стосунків являє собою важливість наявності дружнього спілкування в сім'ї. Примітно, що стосунки, що є безкорисливими, заснованими на спільності інтересів і захоплень, взаємній повазі, взаєморозумінні та взаємодопомозі, що передбачають доторкання до душевних сторін людського життя – є ресурсом для людини в сімейних стосунках.

Важливо підкреслити роль батьків, як роль друга, товариша у спілкуванні з дитиною. Такі стосунки будуть гармонійними та цінними для всіх сторін.

Не менш важливим, є фактор здоров'я та свободи, як взаємнообумовлені людські цінності. Дійсно, роль здоров'я в житті людини є неоціненною, адже воно нерозривно пов'язано з усіма сферами життєдіяльності людини, і, зокрема,

зі свободою. Здоров'я як умова свободи життя вплетено в систему найважливіших людських цінностей. Воно виступає як необхідність нормальному життю людини.

Підсумовуючи сказане вище, отримуємо такі результати:

- 1) чим більше виражений рівень депресії, тим менш важливою є для індивіда суб'єктивна цінність здоров'я та сім'ї;
- 2) існує зв'язок, що чим вищий ступінь вираженості депресії, тим почуття, що переживаються є глибшими в сторону незадоволеності стосунками, пригніченості, печалі, відчуттям занепокоєння;
- 3) було зафіксовано, що чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття самого себе в стосунках з партнером, як відчуття віддалення чи приближення до самого себе, а також відчуття жертвування в стосунках, або, навпаки, набуття позитивного;
- 4) існує взаємозв'язок того, що чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття благополуччя, довіри, підтримки, особистісного статусу, нових перспектив у житті, отримання нової інформації та зміцнення здоров'я.

Систему ціннісних смислів досліджуваних можна описати трьома основними факторами: фактор сімейних цінностей, фактор дружніх та родинних відносин та фактор цінності здоров'я.

Детальний аналіз факторної структури наведено в пункті магістерської роботи 3.1.

3.3 Опис реального процесу консультативної допомоги

Після проведення основного дослідження, була проведена психотерапевтична робота в рамках консультативного підходу «Етичний персоналізм». Даний підхід спирається на власне етичну проблематику, ціллю якої є позбавлення пацієнта від мук шляхом лікування та зцілення. Психолог має справу з 3 рівнями об'єкту:

- 1) організмом та його станами;
- 2) образом цього стану;
- 3) раціоналізацією людини з приводу того, що з нею відбувається.

А тому, завдання спеціаліста – розібратися в первинній трихотомії: стану, функціонування організму та та зрозуміти образ людини з урахуванням її організму.

Була проведена бесіда з 4 досліджуваними при подоланні виктимної позиції жертви.

Першим етапом було визначення етіології страждання людини, а саме встановлення причин страждання, що можуть бути органічними, психогенними або біохімічними, іншими словами, розуміння суті етичного дисонансу. Органічні причини пов'язані з пошкодженням органів, про біохімічні причини йдеться коли відбувається порушення мозкових нейромедіаторів. Власне, якщо пацієнт має органічну або біохімічну причину страждання – психолог має залучити до терапії психіатра, адже природа страждання полягає в порушеннях організму. Психогенна причина виникає під впливом психічних процесів, що відбуваються в організмі людини (емоційних потрясінь, стресів та ін).

А тому, психолог працює саме з психогенною природою страждання.

Другим етапом було проведення психологічного консультування, згідно з протоколом, в якому було виділено 5 етапів (Див. Додаток Ж на сторінці 92):

- 1) актуалізація установки на подолання ситуації;
- 2) питання щодо ресурсів людини;
- 3) пошук психологічної помилки;
- 4) актуалізація рефлексії;
- 5) альтернативні шляхи розвитку ситуації;
- 6) пошук носія абсолютної цінності добра;
- 7) звернення до образу референтної фігури;
- 8) пошук прийнятної стратегії лікування.

В результаті проведеної консультативної роботи, досліджувані пройшли всі етапи, а саме:

- 1) відрефлексували свою позицію жертви;
- 2) знайшли свою ключову помилку;
- 3) оцінили своє ставлення до ситуації з позицій абсолютного добра чи зла;
- 4) зверталися до образу значимої для них людини, яка виступає для них психологічним ресурсом (підтримкою).

Трьома досліджуваним була надана успішна психологічна допомога, четвертому досліджуваному психологічна допомога не могла бути здійснена, адже були наявні сильні переживання, а також особливості функціонування організму, такі як безсоння, сильне серцебиття. А тому, за рекомендацією психолога, пацієнта було направлено на консультацію до психіатра.

Діалог реальної консультативної роботи

Психолог: Як би ви могли сформулювати свою скаргу від першої особи у вигляді закритого питання?

Клієнт: Чи зможу я змінити характер цих стосунків?

П: Давайте зосередимося на більш приземлених завданнях, більш доступних нам. Як би ви могли спростити свою задачу?

К: Чи зможу я, принаймні, зрозуміти, що насправді відбувається в цих стосунках?

П: Безумовно, ми зробимо все можливе і неможливе для цього. Давайте з'ясуємо на який особистісний ресурс ви можете покластися?

К: Як це?

П: Скажімо, хто вам може реально допомогти вирішити цю задачу або ж заради кого ми будемо напружуватися?

К: Хто реально, тільки я...

П: Справа в тому, що ви вже не змогли цього зробити. Може, давайте подумаємо заради кого ми будемо докладати зусилля?

К: Заради брата?

П: А чому не заради вас?

К: А це не егоїзм?

П: Констатую: з ресурсами у нас не дуже, згодні?

К: Схоже, що так.

П: Як ви дивитесь на таку цінність як благополуччя сім'я?

К: О! Мама так переживає.

П: От бачите, є заради кого напружуватися. Мама, ви особисто, і, безумовно, брат. Давайте тепер згадаємо в чому на ваш погляд полягала ваша ключова помилка?

К: Помилка...помилка...я, мені здається, перебрала на себе виховні функції мами, після того, як він став курити маріхуану. Він хоч і старший на рік за мене, але під впливом свої приятелів якось розгубився і хотів довести їм, що він теж крутий. А я дізналася, злякалася і почала виховувати, а він образився.

П: У яких конкретних ваших діях реалізувалася ваша хибна поведінка?

К: Я спочатку, чомусь, почала проводити з ним просвітницькі бесіди. Це його дратувало. Він у відповідь сміявся і казав «Ходім, покурим, сестро». Знущався наді мною, а я не розуміла, а це ще більше його дратувало.

П: А далі?

К: А далі він перестав зі мною розмовляти, почав цуратися, я розгубилася, але намагалася бути дорослою, поводи́ла себе як старша сестра, а потім сказала, що все розкажу батькам.

П: Це все й зруйнувало?

К: Так.

П: А хто вас благословив на цю поведінку?

К: Як це?

П: Хто санкціонував цю поведінку?

К: Ніхто. Я ні з ким не радилася. Я сама обрала таку стратегію.

П: Тоді, давайте спробуємо оцінити вашу поведінку з позиції абсолютного добра чи зла?

К: Тобто?

П: Ну, зрозуміло, що ви хотіли якнайкраще, але фактично до чого це призвело?

К: До псування стосунків..

П: Отже як ви оцінюєте свою поведінку?

К: Будете сміятися, яле мені здається, що це чорт мене попутав...так себе поводити..читати нотації, удавати з себе виховательку.. Що робити?

П: Як я розумію, в ідеалі, потрібно, по-перше, відновити стосунки, а по-друге, що також не просто, відвернути брата від пагубної звички. Згодні?

К: Звісно!

П: Скажіть будь ласка, хто вас любив найбільше, коли ви були маленькою дівчинкою, років 4-5?

К: Моя хрещена...

П: Вона ще жива?

К: Так, але дуже старенька...

П: Будь ласка, згадайте зараз себе маленькою дівчинкою, влітку, разом зі своєю хрещеною.

К: Так...

П: Дивіться сюди (підіймає руку). Уявіть собі, як ваша хрещена дивиться на вас, що випромінюється від її образу?

К: Тепло..світло.

П: Прошу вас звернутися до образу хрещеної, любов якої ви найбільше відчували і попросіть у її образу допомоги, благословіння вашим зусиллям.

П: Що відбувається з вами?

К: Я заспокоююся, відчуваю себе більш впевненою, яось легше...

П: Добре. Давайте зараз спокійно обговоримо можливі варіанти стратегій виходу з цієї ситуації. Почнемо з рефлексії того що сталося.

К: Ну..перше, я думаю, зайняла строгу батьківську позицію.

П: Так. Що ще?

К: Я не задумалася над найімовірнішими мотивами брата. Для чого це йому? Для самоствердження? Для покращення свого статусу у групі? Задля боротьби за свою автономію? Або заради компенсації чогось?

П: Так. Далі.

К: Я не зайняла дружню позицію. Він не відчув, що я його люблю насправді і турбуюся про нього, насправді.

П: З чого починаємо?

К: Мені необхідно заспокоїтися і виробити правильну особистісну позицію розуміння партнерства, солідарності з ним, а не зі звичкою.

П: Вірно! Апелювати до здорової частинки його особистості. Пропоную вам кілька рольових занять для опрацювання позиції і розробки можливих алгоритмів корекційних бесід з вашим братом.

К: З вами?

П: Спочатку з вами. Якщо знадобиться, можна і зі мною.

К: Коли починаємо?

П: Давайте з вівторка, о 16 годині.

К: З братом?

П: Поки що займіть нейтральну, привітну позицію.

3.4. Перспективи подальшої розробки теми

Після проведеної роботи варто дещо додати стосовно перспектив подальшого дослідження у даній сфері. Дана тема є актуальною, адже проблема психотравмуючих міжособистісних стосунків є нагальною в житті кожної людини, так як стресові ситуації та ситуації етичного дисонансу викликають травматизацію психіки людини. Травмуючі життєві обставини спричиняють деструктивний вплив на будь-яку людину. Це означає, що людина втрачає душевну рівновагу, відчуття задоволеності від життя та міжособистісних стосунків. А тому, завданням спеціаліста в галузі психології є надання вчасної кваліфікованої психологічної допомоги, проведення відповідних психодіагностичних методів, серед яких можна виділити метод бесіди, опитування, інтерв'ю.

Вчасна психологічна допомога в даній життєвій ситуації особистості є дуже важливою, так як це дає змогу вчасно встановити причини страждання, її

етіологію, провести консультативну роботу, в результаті якої пацієнт зможе зрозуміти свою ключову помилку, оцінити своє ставлення до ситуації та знайти відповідну копінг-стратегію.

В контексті подальшої роботи у вивченні даної проблеми потребує уваги питання методологічної та теоретичної бази, на яку спирається практична робота психолога в ситуації подолання наслідків травматичних стосунків. Ресурсною базою для такої роботи може стати розвиток антропологічного підходу психологічного консультування. Зокрема, в рамках цього підходу пропонується оригінальний погляд на природу міжособистісних відносин та людини в цілому. Акцентується значущість належності людини до певної соціокультурної традиції як значущий параметр для формування структури особистості, її світогляду та стратегій поведінки в міжособистісних ситуаціях. Зазначимо, що концепція етичного персоналізму (автор, професор О.Ф. Бондаренко) базується саме на цьому підході в психологічному консультуванні.

Сутнісне розуміння рушійних сил та механізмів, які зумовлюють розвиток відносин в міжособистісних стосунках дозволить також розширити і репертуар психотехнічних способів роботи психолога-консультанта.

Також, з огляду на те, що в рамках нашої роботи досліджувались особливості переживання психотравмуючих стосунків в юнацькому віці (вибірка включала досліджуваних віком від 17 до 19 років, у середньому), то хотилося б підкреслити доцільність та актуальність продовження роботи саме з юнацьким віком. Цей віковий період характеризується надзвичайною емоційною вразливістю і водночас недостатньою сформованістю сталих механізмів адаптації до травмуючих ситуацій.

В більш ширшому аспекті можна говорити про можливість досліджень особливостей впливу психотравмуючих стосунків на вікових періодах життя людини. Це може бути, наприклад, дослідження індивідуально-особистісних відмінностей переживання на різних вікових етапах.

Висновки до третього розділу

Був проведений якісний та кількісний аналіз результатів емпіричного дослідження. Основні висновки за результатами дослідження та їх інтерпретація такі:

- 1) чим більше виражений рівень депресії, тим менш важливою є для індивіда суб'єктивна цінність здоров'я та сім'ї.
- 2) існує зв'язок, що чим вищий ступінь вираженості депресії, тим почуття, що переживаються є глибшими в сторону незадоволеності стосунками, пригніченості, печалі, відчуттям занепокоєння.
- 3) було зафіксовано, що чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття самого себе в стосунках з партнером, як відчуття віддалення чи приближення до самого себе, а також відчуття жертвування в стосунках, або, навпаки, набуття позитивного.
- 4) існує взаємозв'язок того, що чим глибшими є почуття, що переживаються, тим більшим є суб'єктивне відчуття благополуччя, довіри, підтримки, особистісного статусу, нових перспектив у житті, отримання нової інформації та зміцнення здоров'я.

Систему ціннісних смислів досліджуваних можна описати трьома основними факторами: фактор сімейних цінностей, фактор дружніх та родинних відносин та фактор цінності здоров'я.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи проведену роботу в рамках дослідження, можна сформулювати наступні висновки.

Першим завданням нашого дослідження було з'ясування сучасного стану проблематики, історичного огляду підходів до визначення психологічної травми, визначення психологічних особливостей людей у ситуації травматичних стосунків та наслідки травмуючих ситуацій. Нами була показана специфіка впливу психотравмуючої ситуації на особистість, її стан, поведінку та майбутнє в цілому. А саме, психотравмуюча ситуація становить величезний вплив на психіку людини, функціонування організму на біохімічному чи психогенному рівнях.

Виходячи з аналізу теоретичної літератури можна сформулювати узагальнене визначення психотравмуючої ситуації. Психотравмуюча ситуації розглядається як несподівана травмуюча подія, що призводить до порушення цілісності та функціонування особистості, або, навіть, до межових розладів та клінічних станів. Ситуації та події, що призводять до психологічних травм включають: акти насильства, війна чи тероризм, стихійні лиха, міжособистісне насильство, серйозна аварія. Симптоми травми можна описати як фізичні, когнітивні, поведінкові та емоційні. Ступінь впливу і наслідки психічної травми залежать від характеру, стійкості людини до негативного досвіду, індивідуальної значущості конкретної події.

Більшість людей, які переживають травматичну подію, не потребують лікування. А для деяких людей травма виснажлива, і буде потрібне лікування задля нормального психічного здоров'я. Лікування включає психологічні втручання, орієнтовані на травму. Вони зосереджені на освіті, техніці

управління стресом та допомагають людині протистояти страшним ситуаціям та спогадам.

Традиційні підходи до лікування емоційних травм включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) та систематичну десенсибілізацію для зниження реактивності до травматичного стресору.

Другим завданням було проведення емпіричного дослідження щодо впливу психологічної травми у постраждалих осіб. Були проведені методики: «Методика стосунків» О.Ф. Бондаренка, Опитувальник депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9), Експрес-діагностика внутрішнього світу пацієнта А. Амбрумової, що дали змогу встановити ступені вираженості депресивних станів, а також відслідкувати ціннісні орієнтації індивідів, визначити найважливіші з них, встановити зв'язки між ними. Найголовнішою методикою, що дала найбільш показові результати, виявилася «Методика стосунків», що підтвердила вплив психотравмуючих стосунків на особистість, а також дала змогу виявити позицію жертви у стосунках міжособистісної взаємодії.

Отримані данні показали, що вибірка становить вельми показовий матеріал для дослідження, відбиваючи фактичні вікові та статеві параметри контингенту студентів Київського національного лінгвістичного університету.

Згідно третього завдання, нами було проведений аналіз отриманих результатів методик, визначення кореляційних зв'язків між змінними, виявлення якісних та кількісних результатів, що свідчать про певні особливості в психо-емоційному здоров'ї досліджуваних, а саме, про наявність депресивних станів, пригніченості, зниженого настрою, незадоволеності життям, інтерпретація цих зв'язків та опис психологічної допомоги, зокрема проведення консультативної роботи з досліджуваними.

SUMMARY

This master thesis is about the influence of psychotraumatic relations on a personality, its emotional states and functions. It describes value orientations, emotions and personal outlook of the subjects involved in traumatic relations. The study also evaluates individual and typical attitudes of these subjects both with the impact of traumatic relations on their personality applying special diagnostic techniques, informative as to the emotional and personal changes. In a proper situation the author illustrates dynamics of personal experiences of those traumatized subjects. The paper describes most appropriate and efficient way of counseling which helps to overcome a personal victims position of a client.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бадхен А. А. Методичний посібник по роботі з посттравматичним стресовим розладом / А. А. Бадхен, Т. І. Михайлова, М. М. Певзнер. – СПб, 2001.
2. Баєва І. А. Екстремальна ситуація в контексті психології безпеки // Психологія екстремальних ситуацій / І. А. Баєва, В. В. Рубцов, С. Б. Малих. – Москва, 2007.
3. Бурбо Л. П'ять травм, які заважають бути самим собою. / Л. Бурбо. – Москва: Софія, 2014.
4. Василюк Ф. Э. Психологія переживання (аналіз подолання критичних ситуацій) / Ф. Э. Василюк. – Москва: ФГБОУ ВО МГУТУ им. К.Г. Разумовського, 2000. – 200 с. – (Московський психотерапевтичний журнал). – (№ 1).
5. Деркач А. А. Професіоналізм діяльності в особливих і екстремальних умовах / А. А. Деркач, В. Г. Зазикін. – Москва, 2003.
6. Забродін Ю. М. Основні напрямки досліджень діяльності людини-оператора в особливих і екстремальних умовах // Психологічні проблеми діяльності в особливих умовах / Ю. М. Забродін, В. Г. Зазикін, Б. Ф. Ломов. – Москва, 1985.
7. Калшед Д. Архетипічні захисти особистісного духу / Д. Калшед // Внутрішній світ травми / Д. Калшед. – Москва: Академічний Проект, 2001. – С. 368.

8. Китаєв-Смик Л. Психологія стресу / Л. Китаєв-Смик. – Москва: 1983. – С.368
9. Красило Л. І. Соціально-гуманістичний аналіз психологічної травми / Л. І. Красило // Культурно-історична психологія / Л. І. Красило., 2009. – С. 83.
10. Краснова О. В. Антологія важких переживань: соціально-психологічна допомога: Збірник статей [Електронний ресурс] / О. В. Краснова // М.: МПГУ; Обнінськ: «Принтер». – 2002.
11. Колодзін Б. Як жити після психічної травми / Б. Колодзін. – Москва: Шанс, 1992.
12. Лакосіна Н. Д. Навчальний посібник з медичної психології. / Н. Д. Лакосіна, Г. К. Ушаков. – Москва: Медицина, 1984.
13. Левін П. А. Пробудження тигра - зцілення травми. Природна здатність трансформувати екстремальні переживання / П. А. Левін, А. Леонова, Є. С. Мазур. – Москва: АСТ, 2007.
14. Медведєв В. І. Функціональні стани людини в трудовій діяльності / В. І. Медведєв. – Москва, 1981.
15. Ліндемманн Е. Клініка гострого горя // Психологія емоцій. Тексти / Під ред. В. К. Вілюнас, Ю. Б. Гіппенрейтер / Е. Ліндемманн. – Москва, 1984.
16. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. / І. Г. Малкіна-Пих. – Москва, 2008.
17. Мясичев В. // Вибрані праці – Москва, 1995.
18. Осухова Н. Г. Психологічна допомога у важкій и екстремальних ситуаціях: Навчальний посібник для студ. вищ. навч. закладів. 2-е изд., Испр. М., 2007.
19. Перрі Г., Як впоратися з кризою. М., Педагогіка-прес, 1995.
20. Рассказова Є.І. Е.И. Динаміка сенсу в процесі опанування тривогою 2005
21. Рибников О. Н., Смекаліна Л. В. Механізми соціально-психологічної адаптації осіб небезпечних професій у віддалений період після впливу надзвичайної ситуації // Механізми стресу в екстремальних умовах: Збірник наукових праць / За ред. І. Б. Ушакова. М., 2004.

22. Ромек В. Г. Теорія вивченої безпорадності // Журнал практичного психолога. 2000. № 3-4.
23. Рупперт Ф. Психологічна травма // Питання ментальної медицини і екології. 2012. Т. 18. №4. С. 81-92.
24. Сарджвеладзе Н., Беберашвілі З., Джавахишвили Д. та ін. Травма і психологічна допомога.- М.: Сенс, 2007. 180 с.
25. Сельє Г. Стрес без дистресу. М., Прогрес, 1979. - 125 с.
26. Силоньок І. К. Характеристика посттравматичного синдрому підлітків // Вестник Адыгейского державного університету. Сер. 3. Педагогіка і психологія. 2013. № 3. С. 136-143.
27. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Биховець Ю.В. і ін. Практичний посібник з психології посттравматичного стресу. Ч.1 Теорія і методи. - М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. - 208 с.; Ефективна терапія посттравматичного стресового розладу / Под ред. Е. Фоа, Т.М. Кіна, М. Фрідмана. - М.: «Когито-Центр», 2005. - 467 с.
28. Уайтхед М. Консультування людини в стані горя: модель допомоги. Психологія зрілості і старіння, № 1 (17), весна, 2002.
29. Федуніна Н. Ю. Екстрена психологічна допомога. Закони жанру // Московський психотерапевтичний журнал. 2006. № 4.
30. Франкл В. Воля до сенсу. М., 2000..
31. Франкл В. Людина в пошуках сенсу: Збірник. М.: Прогрес, 1990. - 368с.
32. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей: Основні принципи, протоколи і процедури. М.: Незалежна фірма «Клас», 1998. -496 с.
33. Шех О. І., Сергеев С. С. Теорія і практика психологічної допомоги при травматичному стресі. СПб., 2007.
34. Шех О. І., Сергеев С. С. Технології психологічної допомоги в кризових і екстремальних ситуаціях. СПб., 2007.

35. Bonanno, G.A. Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? /G.A. Bonanno. — American psychologist. — January 2004. — Vol. 59. № 1с.
36. Gray, M.J. Acute psychological impact of disaster and large-scale trauma: limitations of traditional interventions and future practice recommendations /M.J. Gray, B.T. Litz, Maguen S.. — Prehospital and disaster medicine. — January-March. 2004. — Vol. 19. № 1.
37. Mitchell J. When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process /.. — Journal of Emergency and Medical Services. — 1983. —№8.
38. Spitzer R. L. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. / R. L. Spitzer, K. Kroenke, Williams // JBW for the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. / R. L. Spitzer, K. Kroenke, Williams., 1999. – (282). – С. 1737–1744.
39. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure /Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW.. — J Gen Intern Med, 2001. — С. 606–613.
40. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9 /Löwe B, Unutzer J, Callahan CM, и др. — Med Care, 2004. — С. 1194–1201.
41. Psychotrauma [Электронный ресурс] // Science Direct. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/psychotrauma>.
42. Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder [Электронный ресурс] // PMC. – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726154/>.
43. Post-traumatic Relationship Syndrome [Электронный ресурс] // The Neurotypical. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: https://www.theneurotypical.com/posttraumatic_relationship_syndrome.html.
44. PTSD and Relationships [Электронный ресурс] // Bridges to recovery. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.bridgestorecovery.com/post-traumatic-stress-disorder/ptsd-and-relationships/>.

45. Abuse, trauma, and mental health [Электронный ресурс] // Women Health. – 2019. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.womenshealth.gov/mental-health/abuse-trauma-and-mental-health>.
46. Trauma - reaction and recovery [Электронный ресурс] // Better Health Channel. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/trauma-reaction-and-recovery>.
47. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy [Электронный ресурс] // American Psychological Assosiation. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.apa.org/pubs/journals/tra/>.
48. Psychosocial interventions for posttraumatic stress disorder in children and adolescents [Электронный ресурс] // UpToDate. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-interventions-for-posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents>.
49. Traumatic Stress and Human Behavior [Электронный ресурс] // MH Life Science. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.psychiatrictimes.com/dissociative-identity-disorder/traumatic-stress-and-human-behavior>.
50. Post-traumatic stress disorder [Электронный ресурс] // NICE. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>.
51. Posttraumatic Relationship Syndrome: A Case Illustration [Электронный ресурс] // Clinical Case Studies. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650104264934?journalCode=ccsa>.
52. When Past Romantic Trauma Damages Your Current Relationship [Электронный ресурс] // Psychology Today. – 2019. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/having-sex-wanting-intimacy/201802/when-past-romantic-trauma-damages-your-current-relationship>.

53. Posttraumatic Relationship Syndrome: A Treatment Model [Электронный ресурс] // Journal of Social Distress and the Homeless. – 2013. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/sdh.2007.16.1.22?journalCode=ysdh20>.
54. Traumatized relationships: Symptoms of posttraumatic stress disorder, fear of intimacy, and marital adjustment in dual trauma couples [Электронный ресурс] // American Psychological Assosiation. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://psycnet.apa.org/record/2014-16599-002>.
55. Healing From A Traumatic Relationship [Электронный ресурс] // O.school. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.o.school/stream/healing-from-a-traumatic-relationship>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Кореляційний аналіз змінних «депресія» та «сім'я» за критерієм Спірмена

			депресія	сім'я
Spearman's rho	депресія	Correlation Coefficient	1,000	-,545**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	30	30
		сім'я		
	сім'я	Correlation Coefficient	-,545**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Додаток Б

Кореляційний аналіз змінних «депресія» та «діти» за критерієм Спірмена

			депресія	діти
Spearman's rho	депресія	Correlation Coefficient	1,000	-,455*
		Sig. (2-tailed)	.	,012
		N	30	30

діти	Correlation Coefficient	-,455*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,012	.
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Додаток В

Результат факторного аналізу (Статистичні характеристики виділених факторів)

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,723	30,251	30,251	2,723	30,251	30,251
2	1,788	19,868	50,119	1,788	19,868	50,119
3	1,390	15,446	65,565	1,390	15,446	65,565
4	,989	10,985	76,550			
5	,802	8,912	85,462			
6	,647	7,187	92,649			
7	,366	4,065	96,714			
8	,225	2,501	99,215			
9	,071	,785	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Додаток Г

Бланк до «Опитувальника депресії анкети стану здоров'я (PHQ-9)

Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі проблеми:	Жодного разу	Декілька днів	Більшу частину часу	Майже кожен день
1. Вам не хотілося нічого робити	0	1	2	3
2. У Вас був поганий настрій, Ви були придушені або переживали почуття безвиході	0	1	2	3
3. Вам було важко заснути, у Вас був переривчастий сон, або Ви занадто багато спали	0	1	2	3
4. Ви були стомлені, або у Вас було мало сил	0	1	2	3
5. У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали	0	1	2	3
6. Ви погано про себе думали: вважали себе невдахою, або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою родину	0	1	2	3
7. Вам було	0	1	2	3

важко зосередитися на чому- небудь				
8. Ви рухалися або говорили настільки повільно, що оточуючі це помічали? Або, навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися набагато більше звичайного	0	1	2	3
9. Вас відвідували думки про те, що Вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі якоїсь шкоди	0	1	2	3

Бланк до «Методики стосунків» О.Ф. Бондаренка

БЛАНК МЕТОДИКИ

Инструкция. Сторона А.
Для ориентировки в обсуждаемой ситуации и прогноза вариантов её развития оцените, пожалуйста, в баллах приведенные ниже характеристики отношений, исходя из ее понимания Вами.

I В этих отношениях мне не хватает:

Благополучия	0	1	2	3
Ощущения дружеской поддержки	0	1	2	3
Повышения собственного статуса	0	1	2	3
Новых перспектив в жизни	0	1	2	3
Получения новой информации	0	1	2	3
Укрепления здоровья	0	1	2	3
Сумма:				

II В данные отношения я вношу:

Собственные компетенции	0	1	2	3
Материальные блага	0	1	2	3
Связи	0	1	2	3
Личное время и внимание	0	1	2	3
Помощь, услуги	0	1	2	3
Сумма:				

III В этих отношениях я получаю:

Преобразование жизни (своей/других)	0	1	2	3
Удовлетворенность общением	0	1	2	3
Сокровенность личного	0	1	2	3
Возможность почувствовать себя настоящим мужчиной/женщиной	0	1	2	3
Ощущение надёжности	0	1	2	3
Сумма:				

IV В этих отношениях я испытываю:

печаль	-3	-2	-1	0	1	2	3	радость
боль	-3	-2	-1	0	1	2	3	удовлетворение
недоверие	-3	-2	-1	0	1	2	3	доверие
беспокойство	-3	-2	-1	0	1	2	3	покой
равнодушие	-3	-2	-1	0	1	2	3	заинтересованность
страх	-3	-2	-1	0	1	2	3	бесстрашие
Сумма:								

V В данных отношениях:

Я удаляюсь от самого себя	-3	-2	-1	0	1	2	3	Я приближаюсь к самому себе
Пожертвованное превышает приобретенное	-3	-2	-1	0	1	2	3	Приобретаемое превышает жертвованное
Сумма:								

БЛАНК МЕТОДИКИ

Инструкция. Сторона Б.
Для объективации обсуждаемой ситуации и прогноза вариантов её развития оцените, пожалуйста, в баллах приведенные ниже характеристики отношений, исходя из ее понимания Вашим партнером.

I В этих отношениях мне не хватает:

Благополучия	0	1	2	3
Ощущения дружеской поддержки	0	1	2	3
Повышения собственного статуса	0	1	2	3
Новых перспектив в жизни	0	1	2	3
Получения новой информации	0	1	2	3
Укрепления здоровья	0	1	2	3
Сумма:				

II В данные отношения я вношу:

Собственные компетенции	0	1	2	3
Материальные блага	0	1	2	3
Связи	0	1	2	3
Личное время и внимание	0	1	2	3
Помощь, услуги	0	1	2	3
Сумма:				

III В этих отношениях я получаю:

Преобразование жизни (своей/других)	0	1	2	3
Удовлетворенность общением	0	1	2	3
Сокровенность личного	0	1	2	3
Возможность почувствовать себя настоящим мужчиной/женщиной	0	1	2	3
Ощущение надёжности	0	1	2	3
Сумма:				

IV В этих отношениях я испытываю:

печаль	-3	-2	-1	0	1	2	3	радость
боль	-3	-2	-1	0	1	2	3	удовлетворение
недоверие	-3	-2	-1	0	1	2	3	доверие
беспокойство	-3	-2	-1	0	1	2	3	покой
равнодушие	-3	-2	-1	0	1	2	3	заинтересованность
страх	-3	-2	-1	0	1	2	3	бесстрашие
Сумма:								

V В данных отношениях:

Я удаляюсь от самого себя	-3	-2	-1	0	1	2	3	Я приближаюсь к самому себе
Пожертвованное превышает приобретенное	-3	-2	-1	0	1	2	3	Приобретаемое превышает жертвованное
Сумма:								

**Бланк до «Експрес-діагностики внутрішнього світу пацієнта» А.
Амбрумової**

10									
5									
0									
	Здоров'я	Мат.блгпл	Кар'єра	Сім'я	Дружба	Любов	Діти	Свобода	Везіння

Протокол проведення психологічної консультації

Спочатку проводиться опитування на наявні скарги пацієнта та їх причини. Відбувається актуалізація установки на подолання ситуації. Після з'ясування і позитивного підкріплення відповіді ставиться питання на наявні ресурси людини. Потім аналізуються висхідні чинники, що призвели до базисної психологічної поведінки: якою була ключова помилка, що привела людину до цієї ситуації? Відбувається актуалізація рефлексії. Далі ситуація охарактеризовується пацієнтом за допомогою використання шкали абсолютних цінностей (добра чи зла). З цього слідує, що психолог звертається до носія цієї абсолютної цінності добра пацієнта (просимо благословення на позитивний вчинок). Вибір прийнятної стратегії виходу з ситуації.

