

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича
факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології

**КОГЕРЕНТНІСТЬ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РІВНІВ ПСИХІЧНОЇ
ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА
САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ В КОНТЕНТІ ТРАВМУЮЧОЇ КОН'ЮНКТУРИ
ВІЙНИ**

Дипломна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:

Студентка VI курсу, групи 622

спеціальності: 053 «Психологія»

Спеціалізація: «Практична психологія»

Стирова Інна Валер'янівна

Науковий керівник: к.п.н.,

доцент Сімак Алла Анатоліївна

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № _____

від «_____» _____ 2022р.

Зав кафедри _____ доц. Радчук В.М.

Чернівці 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ РАКУРСИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГЕРЕНТНОСТІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РІВНІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА САМОРЕАЛІЗАЦІЇ В КОНТЕНТІ ТРАВМУЮЧОЇ КОНЬЮКТУРИ.....	8
1.1.1. Експлікаційний аналіз дефініцій та типів репрезентацій дитячої психотравми.....	13
1.1.2. Онтологічно-пресупозиційні особливості війни як колективної травми суспільства та її психологічні наслідки.....	18
1.2. Аналітичне конституювання функціональних моделей особистості в парадигмі схема-терапії.....	21
1.3. Структурно–динамічні індикатори самореалізації особистості	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ ДИТЯЧИХ ПСИХОТРАВМ ДЛЯ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ У КОНТЕКСТІ ТРАВМИ ВІЙНИ.....	29
2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження: характеристика вибірки та методів дослідження.....	29
2.2. Психологічні особливості самоактуалізації респондентів середнього віку на тлі ситуації війни.....	49
2.3. Характерні риси прояву дитячої травми й дезадаптивних схем структурної організації особистості в умовах воєнного часу.....	61
РОЗДІЛ ІІІ. ВІДОБРАЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ У ПРОЦЕСІ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВПЛИВИ ВІЙНИ.....	76
3.1. Взаємозв’язок дитячої травми, дезадаптивних схем та самоактуалізації осіб середнього віку у контексті війни.....	76

3.2. Аналітичне спостереження за динамікою самореалізації особистості в процесі психологічного супроводу осіб середнього віку, що переживають травму війни.....	83
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	101
ДОДАТКИ.....	122

ВСТУП

Актуальність теми. Наукове дослідження психотравми бере свій початок з другої половини XIX століття, причому актуальність вивчення даного феномену визначалася не тільки аспектами історичного і соціокультурного розвитку суспільства, але й самим процесом становлення психологічної науки, а також зародженням психотерапевтичної практики як такої. Щодо об'єктивної ролі суспільного фактора у становлення вчення про психотравми, то науково-технічний прогрес у зазначений період приніс людині не лише комфорт, але спричинив нестійкість певних ланок соціального життя людства, породив нові виклики перед індивідом. Зокрема, у прогресивно спрямованій «технологічній реальності» змінюється соціальна природа міжособистісних стосунків і самовідчуття, самоусвідомлення людини у світі.

Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу, особливо у дітей полягає у тому, що діти належать до найбільш вразливих категорій населення з ще не сформованою психікою та опорною здатністю організму, і таким чином діти особливим чином відчують перебіг та вплив екстремальних подій.

Для багатьох дітей такі екстремальні події як еміграція, війна, розлучення батьків або втрата одного з них є травмівними – такими, що значно порушують їхню життєдіяльність, шкодять здоров'ю, спричиняють стреси, кризи, психотравми. Під психотравмою (зокрема, й дитячою) вчені розуміють переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та особистими можливостями усунення цієї загрози.

Окрім цього, вплив закладених у дитинстві патернів поведінки на формування функціональних моделей особистості у дорослому віці, або специфіку прояву певних розладів дозволяють здійснити дослідження ранніх дезадаптивних схем (РДС). Ранні дезадаптивні схеми досліджувались такими вченими як Geoffrey Young, який є одним з основоположників схема-

терапії; J. Farrell and A. Shaw, які розробили клінічне карівництво по схема-терапії; Gerhard Zarbock, Christoph Luz, Peter Graaff, Ruth A. Holt; Gerhard Zarbock, Christoph Luz, Peter Graaff, Ruth A. Holt, які працювали над дослідженням ефективності схема-терапії у дітей та підлітків, та розробили практичний посібник адаптований під їх потреби.

Теоретичним підґрунтям нашого дослідження стали праці G. Selye, K. Young, Z. Freud, J. Young та багатьох інших авторитетних дослідників. Зокрема, вивчаючи феноменологію психотравми у філософсько-психологічному дискурсі, послуговувалися працями P. Tillich, A. Ouylenburg, Z. Freud, P. Jane, D. Kalsheda. Специфіка дитячої психотравми та її вплив на становлення особистості дорослого індивіда послідовно аналізується у дослідженнях І. Музиченка, С. Влад, Л. Гребінь, Л. Гридковець та ін.

Феноменологію війни як глобального конфлікту та її вплив на людську свідомість висвітлюють А. Kardiger, О. Христук, І. Олещук, А. Булан, О. Блінов. Окремо зауважимо про праці, котрі стосуються методології реабілітаційної – тут великий вклад зробили О. Кокун, Н. Лозінська, В. Ткаченко, В. Алещенко та ін. Вивчаючи парадигму схема-терапії, ми послуговувалися працями видатних дослідників (теоретиків і практиків) психотерапії, серед них – А. Бек, В. Абрамов, J. Young.

Ключові аспекти з вивчення питань самореалізації та само актуалізації особистості почерпнули ми у дослідженнях А. Maslow, W. Frankl, К. Jung, М. Боришевського та ін.

Отже, актуальність зазначеної проблематики, її недостатня розробленість зумовили вибір теми нашого дослідження: «Когерентність особливостей прояву рівнів організації функціональних моделей особистості та самореалізації в контенті травмуючої кон'юнктури війни»

Об'єкт – психічне функціонування особистості в контенті травмуючої кон'юнктури війни.

Предмет – структурно-функціональні параметри особливостей симультанного детермінуючого впливу дитячої травми на зміну

рівнів психічної організації функціональних моделей особистості та їїсамоактуалізуючого потенціалу в умовах війни.

Мета дослідження: полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні й експериментально-діагностичній експлікації когерентності особливостей прояву рівнів психічної організації функціональних моделей особистості та самореалізації в контенті травмуючої кон'юнктури війни.

Гіпотезою дослідження: стало припущення про те, що психічне функціонування особистості в контенті травмуючої кон'юнктури війни дестабілізується індукуючи зміни рівнів психічної організації редукуючи самоактуалізуючий потенціал, а взаємна детермінація травмуючої кон'юнктури та релевантних рівнів психічної організації функціональних моделей особистості тригерують процес дії ранніх дезадаптивних схем (РДС) когерентність цих факторів каталізують зміни в аксіологічній сфері особистості.

Завдання роботи:

1. Проаналізувати актуальні науково-теоретичні погляди на феномен дитячої травми, формування дезадаптивних схем і реакцій та їх впливу на самоактуалізацію осіб середнього віку в умовах війни.
2. Виявити психологічні особливості самоактуалізації респондентів середнього віку на тлі ситуації війни.
3. Описати характерні риси прояву дитячої травми й дезадаптивних схем структурної організації особистості дорослих в умовах воєнного часу.
4. Розкрити взаємозв'язки дитячої травми, дезадаптивних схем та самоактуалізації осіб середнього віку у контексті травми війни.

Описати аналітичне спостереження за динамікою самореалізації особистості в процесі психологічного супроводу осіб середнього віку, що переживають травму війни.

У процесі дослідження застосовано такі **методи:**

– *теоретичні:* аналіз, синтез та узагальнення теоретико-методологічних засад досліджуваної проблеми, представлених у науковій літературі;

– *психодіагностичні*: «Методика діагностики п'яти дитячих травм L.Bourbeau»; «Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Geoffrey Young»; «Шкала оцінки впливу травматичної події»; «Методика САМОАЛ Maslow»; бесіда; спостереження.

– *статистичні*: знаходження середніх величин, процентних співвідношень, кореляційний аналіз за критерієм Mann - Whitney рангової кореляції Spirmena, (r_s).

База дослідження. Емпірично-діагностичне дослідження проводилося на базіМКП («Місце Компактного Поселення») Чернівецької області; Вікнянської ОТГ Заставнівського району, село Вікно та на базі Благодійного Фонду «Право на Захист». Сукупна вибірка становила 40 осіб (віком від 35 до 45 років), з них 20 жінок і 20 чоловіків; сукупна вибірка була диференційована за статусом тимчасового територіального переміщення – чоловіки/жінки тимчасово переміщені особи (ВПО) – ($n = 20$ осіб) та чоловіки/жінки місцеві мешканці – ($n = 20$ осіб).

Робота була спланована та здійснена з урахуванням основних правил особистої безпеки і збереження психологічного здоров'я респондентів і психолога-дослідника.

Практичне значення роботи полягає у розробці практичних рекомендацій щодо використання психодіагностичного інструментарію в консультативній практиці з особами перебуваючими в умовах травмуючої кон'юнктури війни; результати нашої роботи можуть бути в нагоді адміністраціям і соціально-психологічним службам МКП, волонтерським рухам та благодійним організаціям, які надають соціально-психологічну допомогу особам, постраждалим від війни як тимчасово переміщеним особам так і місцевим мешканцям.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (40 найменувань), 5 рисунків, 2 таблиці, 5 додатків. Загальний обсяг роботи викладено на 95 сторінках, з яких 83 – основний

зміст.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ РАКУРСИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГЕРЕНТНОСТІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ РІВНІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА САМОРЕАЛІЗАЦІЇ В КОНТЕНТІ ТРАВМУЮЧОЇ КОНЬЮКТУРИ

1.1. Герменевтичний огляд концептуальних підходів до феноменології психотравми

У самому лексичному значенні слова «стрес» передбачене його подвійне семантичне трактування – стан як реакція на несприятливі обставини, проте із захисною метою. Цитуємо: «Стрес [англ. stress – напруження] – стан напруження організму людини або тварини як захисна реакція на різні несприятливі фактори (холод, голод, фізичні та психічні травми тощо)» [138, с.835]. Таким чином, стрес виникає як відповідь на стресор (травмуючий чинник, першопричину), але він же також є певною захисною оболонкою організму, що забезпечує від глибшого травмування. ,

Основоположник вчення про стрес канадський ендокринолог Hans Selye (Janos Hugo Bruno Schej) понад 50 років свого професійного життя присвятив питанням загального адаптаційного синдрому і стресу, розглядав це явище як захисне, а точніше таке, що допомагає організмові залишатися живим у екстремальних ситуаціях. G. Selye розглядає стрес як відповідь організму на нетипові, завищені вимоги зовні до нього, і наголошує: організм готовий побороти складні виклики двома способами - прямою боротьбою з травмуючим чинником (стресором) або ж уникаючи його, терплячи чи втікаючи [80]. Перший тип реакцій вчений кваліфікує як активний, другий – як пасивний. G. Selye виходив з гомеостатичної моделі функціонування організму і розглядав стресори як поштовхи, вектори та стимули, що мобілізують внутрішні ресурси, викликаючи реакцію загального адаптаційного синдрому і таким чином забезпечують психологічний

гомеостаз – підтримують здатність до самооновлення та самовітворення. Так, за G. Selye, першою стадією вищевказаного синдрому є імпульс тривоги, («фаза шоку»). Проте в цей же час мобілізуються його захисні сили (так звана «фаза протишоку»). Якщо стрес чи інший травмуючий чинник не припиняється, організм переходить у стадію резистентності, тобто внутрішнього опору, під час якої спостерігається підвищена стійкість до сторонніх впливів та подразнювальних чинників. Як наслідок, «фаза протишоку» або призводить до стабілізації стану і зцілення, або на зміну їй приходить період виснаження. А він, у свою чергу, супроводжується порушенням соматичних процесів, занепадом сил і може закінчитися загибеллю організму [13].

Виходячи з цього, бачимо, що стрес і травмуючі чинники можуть мати як позитивне значення (якщо вони мобілізують захисні ресурси організму чи слугують поштовхом для певних активних дій), так і негативне (якщо стресовий фактор виявляється сильнішим за захисні ресурси організму).

Наукове дослідження психотравми бере свій початок з другої половини XIX століття. Причому актуальність вивчення даного феномену визначалася не тільки аспектами історичного і соціокультурного розвитку суспільства, але й самим процесом становлення психологічної науки, а також зародженням психотерапевтичної практики як такої.

Щодо об'єктивної ролі суспільного фактора у становленні вчення про психотравми, то науково-технічний прогрес у зазначений період приніс людині не лише комфорт, але спричинив нестійкість певних ланок соціального життя людства, породив нові виклики перед індивідом. Зокрема, у прогресивно спрямованій «технологічній реальності» змінюється соціальна природа міжособистісних стосунків і самовідчуття, самоусвідомлення людини у світі.

Ще в I половині XIX століття в Європі спостерігається екзистенційний бунт, спрямований проти втрати особистістю індивідуальності. Переосмислення людиною свого місця у світі, відкриття

можливостей існування у реальності власних переживань, почуттів і думок, зароджуються у філософії позитивізму Schelling, філософії волюнтаризму Nietzsche.

Теолог і філософ-екзистенціаліст Paul Tillich у праці «Мужність бути» зазначає, що «31 липня 1914 року завершується XIX століття і екзистенційний бунт перестав бути бунтом. Він став дзеркалом емпіричної реальності» [141, с.36].

Історичні події початку XX століття, а зокрема воєнна конфронтація геополітичного простору, спричинили наростання відчуття тривожності, безпомічності, страху і руйнівної тривоги. У цьому контексті розвиваються науково обґрунтовані уявлення про психотравму, досліджуються причинно-наслідкові зв'язки виникнення хвороби, викликані психічною травматизацією [4].

Поняття «психічна травма» вперше було використано в 1878 році німецьким лікарем-психіатром Albert Oylenburg, який вивчав нервові захворювання. До кінця XIX століття в Європі склалися теоретично обумовлені полярні моделі теоретичних уявлень про психотравму і роль несвідомого у її природі [45].

Перша модель була озвучена у працях психоаналітика Sigmund Freud та його наставника, основоположника катартичного методу психотерапії Joseph Breuer. Ця модель була передусім пов'язана із вивченням феномену істерії і розумінням істеричного неврозу як результату фіксації психіки на афективних витісненнях травматичних переживань. Травма, за Sigmund Freud, не завжди заявляє про себе негативними переживаннями й хворобливими згадками, а швидше стає «збудником» невротичної симптоматики [59].

Друга модель представлена в роботах французького психіатра П'єра Жане, який вивчав невротичні симптоми істерії, які виникають внаслідок дисоціативної функції психіки як реакції на травму.

Зазначимо, що вклад цих двох великих мислителів і практиків у

розвиток ідей психотравми характеризується низкою розбіжностей у їхніх поглядах, що зачіпають теоретичні, клінічні, терапевтичні й методичні аспекти.

Зокрема, між Sigmund Freud і P'єr Janet неодноразово виникали розбіжності з приводу розуміння природи травми і її ролі в роботі психіки, а також щодо терапевтичних методів роботи з травмою. Основна увага в психоаналізі була спрямована не так на концепцію психотравми, як на роль захисних механізмів у її подоланні. Якщо в теорії Sigmund Freud в роботі з травмою акцент робиться на афекті і системі реагувань, то у P'єr Janet – на психології поведінки, діях і їх успішному виконанні. Разом з тим, попри розбіжності у поглядах, Sigmund Freud та P'єr Janet зробили вагомий вклад у вивчення феноменології психодрами [37, 59].

Феноменологія психодрами в роботах сучасних дослідників розкривається через тривогу дезінтеграції, дисоціації і розщеплення психіки, архетипну систему захисту і фрагментацію особистості, лаконізм психологічного захисту, психотичну і невротичну симптоматику, ПТСР тощо (ці позиції викладені у працях Nancy McWilliams, Donald Kalsched, Heinz Kohut, Alfried Lengre, Otto Fenichel, Karl Theodor Jaspers тощо) [].

Розуміння психотравми з екзистенційного погляду знаходимо в роботах А. Langre. Події, згідно з теорією вченого, стають травматичними, за рахунок жаху, який відчуває людина, оскільки в момент події руйнується базове сприйняття життя.

Розвиваючи ідею про буття як форму страждання, D.Kalshed зазначає: психотравма може спричинитися не тільки і не стільки зовнішніми подіями, скільки внутрішніми чинниками. Тобто травмована психіка починає травмувати сама себе – фактично відтворюючи повторно травматичний досвід [75].

У роботі «Психоаналітична теорія неврозів» Otto Fenichel виокремлює такі **групи симптомів і станів, що виникають внаслідок психотравми:**

1. Відбувається блокування «Я-іпостасі», Его як можливості адекватного

тестування реальності. Психічна діяльність концентрується на вирішенні одного завдання – подолати травматичну ситуацію і вивільнитися від виниклого застійного стану напруженості. 2.Порушення сну, тривожні або повторювані сновидіння, в яких повторно переживається травма або інакше вона інтерпретується (прогнозуються наслідки, до прикладу). 3.Фіксування свідомості на травматичному факторі і його неодноразове прокручування повторно. 4.Пристипи неконтрольованих емоцій – гнів, тривога, які виникають неусвідомлено, мимовільно, і можуть виявлятися через плач, крик, мімічні реакції. 5.Коли травматичний матеріал не має психологічних репрезентацій, він відштовхується на соматичний рівень [164].

Подолання наслідків психотравми Otto Fenichel, як і Freud, бачить у віддаленні від травмуючої події, а також у підтримці ситуації, що сприяє відновленню психічних ресурсів індивіда, а далі необхідна підтримка в розряді накопиченого афекту через рухову діяльність та емоційні сфери.

На значенні моторної, рухової активності в стані психічної травми для можливості «розрядки» і активної боротьби, а також її впливові на формування подальшої психопатології чи її відсутності, вказувалиу своїх працях D. Kalsched, S. Jorgensen, E. Jarlnes та інші [1].

У моделі гештальт-терапевтичного підходу психотравма – це феномен границі контакту в площині «організм-середовище», що є наслідком блокування природного перебігу процесу переживання. Це проявляється у руйнуванні чи деформації «Я», при цьому спосіб переривання переживання формує специфічну феноменологію травми, визначаючи її тип і характер прояву, а також особливості психотерапії [64].

У гештальт-терапії виділяють наступні механізми контактування з дійсністю: дефлексія;проекція;інтроекція;конфлюенція.

Ці ж механізми можуть відігравати певну роль у виникненні різних форм суїцидальної поведінки. Гештальт-терапевт у роботі з травмою підтримує self-процес, контакт з клієнтом, і цей контакт створює можливості «реанімації» зупинених, заблокованих переживань [74].

Процес проживання і переживання болісних відчуттів, пов'язаних із травматичним досвідом, сприяє трансформації образу себе і навколишнього світу.

Підсумовуючи сказане, зазначимо: студії психотравми виникають як наслідок і як відповідь на зміни у самій природі людської психіки. А ці зміни, у свою чергу, продиктовані змінами соціальними, техногенними та геополітичними. Термін «психодрама» є певною мірою базовим, оскільки передбачає подальшу класифікацію.

1.1.1. Експлікаційний аналіз дефініцій та типів репрезентацій дитячої психотравми

Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу у дітей полягає у тому, що діти належать до найбільш вразливих категорій населення зі ще не сформованою психікою та опорною здатністю організму, і таким чином діти особливим чином відчують перебіг та вплив екстремальних подій.

Для багатьох дітей такі екстремальні події як еміграція, війна, розлучення батьків або втрата одного з них є травмівними – такими, що значно порушують їхню життєдіяльність, шкодять здоров'ю, спричиняють стреси, кризи, психотравми.

Під психотравмою (зокрема, й дитячою) вчені розуміють переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та особистими можливостями усунення цієї загрози [17].

Синонімічні назви на позначення психотравми: емоційний травматичний стрес, емоційна травма [22]. Цей стан, як правило, супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, когнітивними змінами та змінами у принципах регуляції афектів, а це, в свою чергу, може призводити до тривалих фізичних, психічних та особистісних розладів.

На фізіологічному рівні у жертви відбувається біохімічний дисбаланс (саме цим можна пояснити втрату (повну чи часткову) больової чутливості, надмірне нервово збудження, амнезію, зниження імунітету, загальне виснаження тощо).

Внаслідок дії психотравми також змінюється робота мозку: зокрема, блокується міжпівкульна симпатична передача, поіншому працюють нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають передусім ті його ділянки, які пов'язані з контролем над агресивністю та циклом сну.

Дослідниця Г.Кісарчук зазначає: «У людини, яка пережила стрес, інакше починає функціонувати пам'ять – механізм травматичної пам'яті, необхідний для виживання індивіда, стає причиною посттравматичних стресових станів. Після припинення дії стресора яскраві емоційні образні спогади не просто зберігаються у довготривалій пам'яті, але знову і знову з'являються у пам'яті оперативній, сприяючи розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Останній означає інтенсивну і зазвичай пролонговану реакцію на сильний травматичний стресор, такий як природні катаклізми (землетруси, повені, пожежі), лиха, викликані людьми (переслідування, терористичні акти, воєнні дії, насильство, тортури, тощо)» [46].

Діти вирізняються підвищеною чутливістю до змінних і переломних подій, які не характеризуються високою константністю. З огляду на це сильний травмівний фактор здатен порушити звичний для дитячого плин життя. З одного боку, дитина відчуває цілком реальну загрозу і реагує на неї плачем, криком, істерією тощо, а з іншого боку – психологічні механізми подолання сильних травмівних переживань не завжди ефективно спрацьовують, адже дорослі часто самі не здатні повноцінно відновити власну цілісність психологічну, а отже – гарантувати безпеку чи хоча би дати їй розуміння, що вони знають що робити - дорослі також не можуть у подібних ситуаціях [27].

За характером травмівного чинника дитячі психотравми можемо

поділити на такі типи: *первинна травматизація* (дитина сама стала прямим учасником чи очевидцем події); *вторинна травматизація* (дитина дізналася про перебіг травмівних подій зі стороннього джерела – з розповідей, сюжету на телебаченні тощо). Вторинна травматизація у фахових колах називається «травмою уяви», коли дитина «додумує» можливий, вірогідний перебіг подій і реагує на цю уявну проекцію як на травму) [33].

Як зазначає І.В. Музиченко, «..крім фізичної загрози, не менш травматичними можуть бути події, що викликають у дитини розрив уявлень про себе і ситуацію, в якій можливе її існування. В основному, це можуть бути події, пов'язані з приниженням або з позбавленням уявлень про майбутнє. Таким чином, переживання психотравми – це процес, що виникає внаслідок впливу на людину події, що включає об'єктивну або суб'єктивну загрозу життю або фізичній та психологічній цілісності» [75,с.119].

У процесі кваліфікації і дефініції психотравм у дітей, важливо виокремити і врахувати такі фактори розвитку психотравми: характер (вид) психотравмивного фактора; швидкість та інтенсивність впливу психогенного фактора; значеннєвий зміст психотравми для особистості, глибина її проникнення; психологічний аспект особистості самої жертви.

Дослідники вирізняють **такі різновиди психотравмивних ситуацій** (залежно від кваліфікаційного фактора) [40]:

I. За тривалістю впливу: *шокові психотравми* – такі, що несуть пряму загрозу життю та добробутові людини, діючи прямо на інстинкти самозбереження. До факторів впливу зазначеної групи дослідники відносять неочікувані напади, раптову травматизацію (соматичну), різкий звук чи лякливий візуальний образ (особливо актуальне для дітей). На основі прямої дії на інстинктивну та афективну сфери шокові психотравмивні фактори не усвідомлюються цілком та внаслідок швидкої, раптової дії не можуть спричиняти свідомої аналітичної обробки їхнього змісту та значення. Такі фактори мають здатність спричиняти різного роду фобії. Наступна група - *ситуаційні психологічні травми* – на противагу факторам першої групи,

шоковим, вони впливають на більш тонкі, високі, усвідомлені рівні психіки.

Ситуаційні психотравмівні чинники можуть бути порівняно короткотривалими, але разом з тим суб'єктивно сильними і важливими. До цієї групи фахівці відносять звістку про важку хворобу або смерть близької людини, розлучення батьків, викрадення (кіднепінг) тощо. Хронічно діючі психотравмівні чинники – такими кваліфікуються травмівні ситуації, що мають постійний систематичний вплив на конкретну людину. До прикладу, тривале захворювання (власне чи когось із рідних), тривале переживання смерті рідної людини тощо. Хронічну психотравму може переживати дитина, чия родина схильна до алкоголізації чи сімейного насилля. Довготривала психотравмівна ситуація поступово нарощує афективне напруження на тлі якого незначна стресова подія за принципом «крайньої краплі» може призвести до гострої афективної реакції [120].

II. За причинами, що призвели до психотравми: стихійні лиха (селеві потоки, урагани, паводки); ДТП та інші екстремальні ситуації в дорозі; техногенні катастрофи (до цієї групи відносять радіоактивне зараження води, викид токсичних речовин і результати аварій або витоків на промислових об'єктах; події воєнного характеру (війна, бойові дії, окупація, перебування в заручниках, полон тощо); кримінальні дії (згвалтування, сексуальний чи інший булінг, тортури, рукоприкладство у родині тощо) [96].

III. За масштабами завданої шкоди: *масові* – колективні травмівні ситуації, які разом переживає велика група людей (громада, народ тощо); *одиночні* – травмівні ситуації, які пережила кожна особистість з числа жертв індивідуально у різний час [101, 114].

VI. За соціально-значущими наслідками: *вузько спрямовані* (такі, що завдають збитків якомусь конкретному напрямку життєдіяльності); *багатопланові* (внаслідок них потерпають або перебувають під загрозою різні аспекти життя людини) [103].

V. За інтимно-особистісними наслідками: *біологічно значущі* (такі, що ставлять під удар фізичне та психічне здоров'я, можуть стати причиною

розвитку психосоматичних захворювань, неврозів); *особистісно значимі* – вони ведуть до важких змін у характері та загальній психологічній структурі особистості.

Дитяча психотравма у плані наслідків може проявитися згодом відразу на кількох рівнях розвитку особистості: *на емоційно-психологічному* (розвиток фобій та комплексів з одного боку, підвищеної стійкості та витривалості – з іншого); *на когнітивному* (проблема з пізнанням та засвоєнням інформації); *на поведінковому* рівні: впертість, закритість, підвищена тривожність, дратівливість, надмірна конфліктність, комунікативна дезадаптація і т.ін [155].

Щодо впливу на особистість, то з одного боку, стрес може слугувати консолідуючим фактором (так зване «швидке дорослішання»), а з іншого, без належної психологічної допомоги особистість дитини починає формуватися викривлено, під тиском хворобливих переживань [27, 33].

Іноді у пошуках компенсації пережитого травмивного досвіду дитина може обирати девіантні (аж до злочинних) форми поведінки [44].

У боротьбі з наслідками впливу психотравми у дітей-пацієнтів фахівці використовують такий методологічний інструментарій: арт-терапія, соматична терапія П.Левіна, тілесна терапія, пісочна терапія, екзистенціальна терапія тощо [155, 33].

Іноді (залежно від клінічної картини) фахівець вдається до комбінування методик з прицілом на те, аби якомога надійніше знівелювати травмивний фактор і його вплив на особистість дитини.

Проте значний психотерапевтичний ресурс закладений і в самій свідомості дитини: так, із захисною метою свідомість «стирає» частину травмивних спогадів (зокрема, можемо часто у меморатах очевидців Голодомору прочитати про те, що вони були малими і не пам'ятають, хоча їм на той момент було 8-10 років). Таким чином свідомість захищає дитину від повторного травмування при пригадуванні.

1.1.2. Онтологічно-пресупозиційні особливості війни як колективної травми суспільства та її психологічні наслідки

Серед травмівних чинників особливе місце займає війна, адже вона діє не тільки в особистісному, а й колективному зрізі. Зазвичай психотравми, завдані внаслідок глобальних суспільно-політичних катаклізмів, екстремальних подій називають колективними.

Наведемо дефініцію колективної травми за формулюванням Людмили Царенко: «**Колективна травма** – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів. Причини колективних травм: війни; геноцид у різних виявах (в Україні це Голодомор); катастрофи (техногенні та гуманітарні); стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції і перевороти (державні та військові); депортація або вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою); обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство); політичні, релігійні та інші репресії; терористичні акти, що викликали суспільний резонанс; вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів» [148].

У цьому вичерпному, на наш погляд трактуванні, влучно охарактеризовано не лише саму сутність колективної психотравми, а й її шляхи її етіології.

Традиційно виокремлюють такі **специфічні риси колективної травми**: *не має чітких меж поширення* (адже зачіпає не тільки прямих учасників, а й охоплює людей, що мають опосередкований стосунок до

травмівних подій; *хронологічна невизначеність* – оскільки колективна психотравма фіксується не лише в безпосередньо-фізичній, а і в історичній пам'яті, то наслідки її можуть резонувати з жертвою та її нащадками упродовж кількох десятиліть після того, як відбулася подія – такі психотравми у дослідників є всі підстави називати історичними; жертвою, прямим об'єктом травматизації є не індивід, персону, а група людей, іноді – цілий народ;

Вивчення психотравми крізь призму пережитого воєнного досвіду значною мірою зароджується в часи Першої світової війни. Адже саме світова війна як глобальний конфлікт призвела до великої кількості жертв, втрат, і як наслідок – психотравм та нервових зривів.

Одним із перших феноменологію воєнної психотравми вивчав Ch.Majers. Саме цей вчений подібні розлади назвав «контузією», травмою, що коренями сягає саме психологічних вимірів. Дослідник прийшов до висновку, що психологічний стрес від довготривалого спостерігання за насиллям у різних його проявах може ставати причиною невротичних синдромів у солдатів. За характером і типом перебігу такий стан нагадує істерію або граничить з нею. Важливо наголосити, що на початку ХХ століття бойовий невроз визнано справжнім психічним розладом, який стається не залежно від особистих морально-психологічних якостей бійця. Ця теза послідовно розвинена у працях V.Giverza, Ch.Majers.

Дослідження даної теми еволюціонувало в часи Другої світової війни. Студії, починаючи від 50-60 років ХХ століття, спрямовують вектор дослідницького акценту на медичний аспект (A.Kardiger, J.Appel, G.Spiegel).

«Вчені констатували факти про те, що 200-240 днів участі у бойових діях достатньо для того, щоби викликати велике напруження психічних процесів і, як наслідок, певні психічні зміни. Проте американські психіатри виявили й ті фактори, які можуть захистити або від гострих зривів психіку солдата, або призвести до швидкого відновлення. Отож, цими факторами, які вже на сучасному етапі намагаються врахувати деякі високопрофесійні

бойові підрозділи, є: емоційний контакт між солдатом, його бойовим підрозділом та їхнім командиром»[114].

Уже 80-ми роками ХХ століття датується офіційне визнання ПТСР – зокрема, Американська психіатрична асоціація віднесла до числа розладів посттравматичний стресовий розлад. До цього вчений А.Kardiger описував травматичний невроз, не називаючи його «ПТСР», але наведений ним симптоматичний опис повністю співпадає із симптоматикою ПТСР.

У сучасній симптоматичній картині важливим терміном є також поняття бойового стресу. **Бойовий стрес** – це сукупність суб'єктивних станів, що переживаються військовослужбовцями в процесі адаптації до умов, що є загрозливими для їх життєдіяльності, це процес мобілізації всіх наявних ресурсів організму для подолання загрозливої для життя ситуації» [9,с.47].

Як тільки ПТСР став «реальним діагнозом», є підстави говорити про якісно новий етап вивчення психотравми. Як зазначає дослідник історико-теоретичних аспектів вивчення психотравм, спричинених війною, О.Л.Христук, «.. важливим спонукальним фактором для вивчення психологічної травми послугував розвиток жіночого американського визвольного руху 1970-х років. Це посприяло визнанню такого факту, що посттравматичний стресовий розлад частіше трапляється не серед чоловіків підчас війни, а серед жінок у мирному житті» [147]. Про це йдеться у праці «Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної драми: від історії до сучасності».

Реакція організму на пережитий воєнний досвід залежить від кількох факторів. Цитуємо за працями А.А.Буланзінні **фактори, котрі є визначальними в даному процесі**: тривалість безпосереднього перебування у зоні військового конфлікту; сила психологічного переживання екстремальної ситуації; особиста мотивація; ідейно-патріотичне налаштування; попередній бойовий досвід (або його відсутність); особиста бойова активність – кількість здійснених операцій, їхнє значення для

солдата; вміння долати стрес; розрядка шляхом вживання психоактивних речовин;

інтенсивність прямих бойових втрат підрозділу, де солдат проходить службу.

За оцінками американських експертів у галузі психології та психіатрії, близько 90% військовослужбовців відчувають в бою страх у активно вираженій формі [16].

Виділяють такі форми страху: переляк; тривога; афективний страх; індивідуальна паніка; групова (колективна) паніка.

Щодо взаємозв'язку психотравм учасників бойових дій та їхньої боєздатності, то статистичні дослідження, наведені у працях R. Gabriel, свідчать про наступне: адаптаційний період із поступовим нарощенням морально-психологічних можливостей бійця становить приблизно 15-25 днів, відтак солдат досягає піку. Але після 40-денного перебування у зоні активних бойових дій настає психологічний злам і запускається механізм поступового виснаження. А це означає, що якщо після 45 днів активного і безперервного зіткнення з противником солдат не буде відправлений в тил, то такий борець дуже швидко стане не просто невмотивованим, а небоєздатним.

Підсумовуючи сказане, підкреслимо: війна і відповідно військовий досвід вважається глобальною психотравмою, яка здійснює вплив на психіку індивіда не лише в момент фактичного ураження, а й кілька десятиліть поспіль. З одного боку, глобальний шок максимально акумулює усі резервні сили організму і це проявляється на різних рівнях, а з іншого – йдеться про пролонговану психотравму, робота з якою вимагає послідовності і глибокої аналітики.

1.2. Аналітичне конституювання функціональних моделей особистості в парадигмі схема-терапії

Схема-терапія кваліфікується, як інтегративний підхід до лікування пацієнтів з психічними розладами, що спостерігаються упродовж тривалого

часу і потребують комплексного трактування першопричин. Засновником даного підходу є Geoffrey Young – доктор філософії, науковець Колумбійського університету, основоположник та очільник центру когнітивної терапії у Нью-Йорку та Коннектикуті, засновник Інституту схема-терапії.

Вчений розробив даний метод у кінці 80-х років ХХ століття. За своєю сутністю схема-терапія опирається на основні постулати та модель особистості класичної терапії А. Бек, проте є деякі відмінності.

Зокрема, теоретик когнітивної терапії А. Бек використовує поняття «схема» у сенсі «керівництво до інтерпретування отриманої інформації». Володимир Абрамов так окреслює відмінність схема-терапії Geoffrey Young від когнітивної концепції Бека: «...на відміну від неї, у схема-терапії, окрім когнітивних і поведінкових технік, використовують також експерієнтальні, або емоційно-фокусовані техніки [1]. Акцент на необхідності роботи з емоціями дозволяє відносити схема-терапію до третьої хвилі когнітивно-поведінкової терапії. Іншу характерну ознаку терапій третьої хвилі – акцент на роботі з процесом переживання, а не зі змістом когніцій – схема-терапія поділяє лише частково, хоча наразі ці положення активно розвиваються і обґрунтовуються».

Класична схема-терапія базується на подібних, проте все ж дещо відмінних методологічних векторах: «У контексті когнітивного розвитку схема становить патерн, за допомогою якого люди пояснюють об'єктивну дійсність або свій досвід, який опосередковує їхнє сприйняття і спрямовує їхні реакції. Схема – це абстрактна репрезентація характеристик деякої події, свого роду план його найбільш значущих елементів. У психології цей термін часто асоціюється з ім'ям Jean Piaget, який докладно описав схеми на різних етапах когнітивного розвитку дитини» [24].

Важливим аспектом методологічного застосування схема-терапії є те, що її часто поєднують із духовними практиками (молитвами, медитаціями, традиційними релігійними практиками тощо). Суттєвою перевагою і ключем

до популярності даного підходу є його смислова прозорість – схема-терапію доволі легко розуміють і самі пацієнти, що значно поглиблює сеанс психотерапії.

«Схема-терапія зберігає дві найважливіші характеристики когнітивно-поведінкової терапії: вона структурована і систематична. Психотерапевт проводить процедури з оцінки стану пацієнта та його лікування у певній послідовності. Діагностичний етап передбачає застосування процедур, що оцінюють схеми, копінгові стратегії та поведінкові патерни. Етап лікування – активний і цілеспрямований, що орієнтується не тільки на отримання інсайтів, а й на забезпечення змін у когнітивному, емоційному, міжособистісному та поведінковому контекстах. Схема-терапія також корисна під час роботи з парами: вона допомагає обом партнерам зрозуміти та оздоровити свої схеми», - зазначає Geoffrey Young[167].

Схема-терапія у сучасному розумінні будується на базі когнітивно-поведінкової терапії зі включенням у її канву елементів психодинамічного підходу, теорії прив'язаності, емоційно-фокусованої терапії, гештальт-терапії тощо.

Також варто наголосити на індивідуальному підході до кожного пацієнта.

Схема-терапія опонує простий і доступний *метод аналізу та коригування взаємодії між пацієнтом і терапевтом у процесі лікування*. «Таким чином, працюючи з пацієнтами, психотерапевти можуть відслідковувати власні схеми, копінгові стратегії та режими. Схема-терапія надзвичайно чутлива і гуманна на противагу «звичайному лікуванню»» [121].

У рамках пропрацювання векторних пріоритетів у схема-терапії використовується *«принцип замісного батьківства»* - тобто психотерапевт намагається заповнити потреби пацієнта, які не були вчасно задоволені в дитинстві.

Теоретики та практики психотерапії, котрі застосовували схема-терапію, впроваджували або частково залучали її до лікування осі I, у тому

числі афективних розладів, тривожних станів, сексуальних девіацій, розладів харчової поведінки, соматоформних розладів (розлад «уявної хвороби») тощо.

Проте, за спостереженням Geoffrey Young, даний метод не є універсальним: «..наприклад, при депресії показник успішності лікування становить понад 60 відсотків безпосередньо після курсу лікування, але частота рецидивів становить близько 30 відсотків через рік, тобто майже для третини пацієнтів лікування в результаті не дає бажаних результатів. Часто пацієнти з наявними прихованими розладами особистості та характерологічними проблемами не в повній мірі реагують на традиційну когнітивно-поведінкову терапію.

Geoffrey Young у теорії схема-терапії здійснює припущення, що певні схеми та патерни (особливо продиктовані травматичним досвідом чи токсичними соціальними контекстами), якщо цей досвід мав місце на етапі формування особистості (дитячий чи підлітковий вік), можуть згодом стати осердям психічних розладів, розладів осі I тощо.

З цього випливає *концепція дезадаптивних схем* – саморуйнівних емоційних та когнітивних патернів.

Дослідники виокремлюють **5 базових потреб, прогалини у задоволенні яких у ранньому дитинстві можуть призвести до формування дезадаптивних схем**: надійна прихильність (ступінь прийняття, довіру, турботу, любов тощо); автономність і самоусвідомленість; свобода висловлення, свобода чуттєвості, емоційна свобода; спонтанність та гра; межі, самодисципліна.

Загалом засадниче значення у концепції Geoffrey Young належить теорії про значення базових емоційних проблем у розвитку особистості.

Складність клінічного випадку і рівень латентності девіацій визначають тривалість курсу схема-терапії та коефіцієнт її потенційної ефективності.

У процесі терапії значний акцент робиться на пропрацьовуванні

дитячих травм особистості, аналізові джерел психотравм у дорослому віці, глибинному аналізові стану дорослої особистості. Лише після того, як спостерігається пом'якшення, а то й взагалі усунення гострої симптоматики, схема-терапія може застосовуватися для багатьох розділів осі I та осі II, корені яких – персональні проблеми пацієнта упродовж різних періодів його життя [1, 13].

Іноді у процесі схема-терапії можуть застосовуватися психотропні препарати.

Важливим аспектом конституювання функціональних моделей особистості є *ідея «діалогічного «Я»*». Про це детально йдеться у праці Володимира Абрамова «Порівняльний аналіз і шляхи інтеграції психотерапевтичних підходів схема-терапії та наративної терапії»: «Ідеї теорій діалогічного «Я» наявні у схема-терапії у вигляді моделі частинок (modeles, режимів, субособистостей) особистості. Розрізняють чотири групи часток: дитячі частки, копінг-частки, дисфункційні батьківські частки та здорові дорослі частки. Частка з'являється у момент активізації схеми, відображає стан людини в поточний момент і відповідає певній поведінці. У процесі терапії клієнта вчать усвідомлювати момент активізації частки та належним чином задовольняти емоційні потреби, що спричинили її активацію. Схема-терапія використовує техніки крісел, запозичивши їх у гештальт-терапії. Підчас їх здійснення відбувається діалог між різними частками, що сприяє підсилению дорослої частки й турботі про частку вразливої дитини, що розглядається як важлива мета схема-терапії» [167, 22, 23].

Важливим принципом у становленні схема-терапії стала так звана «регуляція звучання» - зокрема, у перших працях зі схема-терапії лікарям пропонували вчити пацієнта чи клієнта боротися із голосом авторитарного, карального батьківства, рекомендувалося також впроваджувати емпатичну конфронтацію допінг-часток. Один з ефективних методів – підчас «техніки крісел» крісло означене як «для каральної частки» виноситься за межі

кімнати, де відбувається сеанс, таким чином чинник штучно усувають.

Інший важливий аспект – *імагінативна дескрипція* – клієнт детально переказує травмівну подію, описує свої відчуття (психологічні та тілесні), відтворює картину якомога реалістичніше, «..але в момент порушення базової емоційної потреби у згадку втручається терапевт або доросла частка клієнта, піклуючись про вразливу частку та задовольняючи базові емоційні потреби» [167]. Таким чином змінюється фінал травмівного спогаду.

Підсумовуючи сказане, зазначимо, що метод схема-терапії є досить молодим і багато в чому він акумулював досвід попередніх терапевтичних концепцій. Роблячи акцент на пропрацьовуванні незадоволених вчасно базових емоційних потреб, цей метод є таким, що ставить у фокус основної уваги не тільки психічне, а й психологічно-душевне відновлення особистості клієнта.

1.3. Структурно–динамічні індикатори самореалізації особистості

Бажання продуктивносамореалізовуватися є одним із векторів успішного розвитку людини та її різноаспектного прогресування. Це також важлива передумова зростання якості життя індивідуума.

Одними із найпопулярніших праць, котрі висвітлюють тему самореалізації особистості, є праці А. Maslow, V. Frankl, E.Fromm, W.Reich та ін. Психологи вважають дане питання одним із тих, що дає ключ до розуміння принципів розвитку особистості у дискурсі. Зокрема, у полі зору психологів питання про те, які чинники визначають активність процесу самореалізації особистості та системність цього процесу.

Загалом проблематика самореалізації особистості як такої витокami сягає праць Friedrich Nietzsche та Carl Gustav Jung [169]. Самореалізацію детермінують по-різному: прагнення бути успішними, мати повагу, прагнення перемагати тощо.

А.Adler головним рушієм самореалізації особистості вважає творчу силу «Я». Науковець наділяє Я-детермінанту «здатністю до усвідомленої активності за допомогою якої осмислюється, інтерпретується досвід людини,

зокрема, здійснюється пошук такого досвіду, який допомагає у створенні її унікального життєвого стилю» [53,с.23]. Дослідник вважає, що «Я-творче» людина набуває в боротьбі з комплексами, серед них і комплекс меншовартості. І ця набута сила якісно «перезапускає» життя.

Carl Gustav Jung у своїх працях наголошує, що індивідуалізація (поєднання свідомого і несвідомого у цілісне особисте) – це закономірний, зумовлений самою природою стан індивіда[169].

Проте цей процес розкривається не в усіх, адже передбачає здатність до пошуку змісту власного життя, відкриття цього сенсу., він потребує відповідальності за перебування у процесі [146].

К. Goldstein самореалізацію називає рушієм, головною силою життя.

Дослідник пише, що «здоровим є той організм, в якому тенденція до само актуалізації діє зсередини, а труднощі, які виникають через зіткнення із зовнішнім світом, організм долає не на основі тривоги, а завдяки радості перемоги» [6].

Структурно-динамічними індикаторами процесу самореалізації особистості можемо вважати такі чинники, що впливають на перебіг даного процесу і динамізують чи сповільнюють, гальмують його. Зокрема, сюди віднесемо: наявність стартових умов (природні задатки, сприятливе оточення для розвитку талантів, соціальні комунікації, партнерство тощо);наявність чи відсутність психотравм (у одних випадках психотравма є рушієм до самоудосконалення, це аналізувалося у попередніх пунктах нашого дослідження, вона здатна акумулювати резервні ресурси організму, у інших же випадках травма стає причиною апатії, депресії, психоз ламу і як наслідок – зупинки процесу самореалізації;відповідність особистості індивіда запитам часу та середовища;внутрішня сила індивіда.

Окремі дослідники кваліфікують аксіологічні вектори у процесі самореалізації особистості як певний тип установок. «На основі ціннісних орієнтацій, які складаються з комплексу різноманітних установок, здійснюється вибір тих чи інших актуальних установок, в якості цілей та

мотивів діяльності. Зв'язок ціннісних орієнтацій із спрямованістю особистості характеризує її в аспекті соціальної та моральної зрілості» [11].

Таким чином, ми робимо висновок, що аксіологічна спрямованість індивіда у процесі самореалізації та самоактуалізації є важливим чинником, це соціально обумовлена детермінантна складова оцінки себе, власного способу життя та подальших напрямів діяльності.

Психотравма як досвід чи навіть період у житті індивіда може стати рушієм до зміцнення та росту, поштовхом до акумуляції всіх необхідних сил, а може стати «каменем спотикання» на шляху до самореалізації особистості.

Роль психотерапевта у цій системі, на наш погляд, відіграє вирішальну корегувальну роль – саме професійне втручання допомагає скерувати отриманий досвід у таке русло, аби отримати досвід та міцність для самореалізації, але не підгрунття для глибших травм [71].

Поняття «стрес» та психотравма – порівняно нові у психології і безпосередньо пов'язані з розвитком самого суспільства. Ще новішими є методи психотерапії, покликані скоригувати наслідки психотравм та пом'якшити їхній вплив на особистість. Феноменологія психотравм розглядається з позицій кількох (часто взаємосуперечливих) концепцій. Мидетальніше аналізуємо дві, найбільш антагоністичні, проте базові.

Перша із концепцій сформульована і пропрацьована психоаналітиком S.Freud та його послідовниками. Така концепція зосереджує увагу на вивченні істерії як замісному механізму, що витісняє травматичні переживання. Друга концепція озвучена у працях психіатра P'er Zhane, який також вивчав феномен істерії, проте дещо під іншим ракурсом. Акценти концепції S.Freud – афект і система реагувань, акцент праць P.Zhane – психологія поведінки.

Ми окремо аналізуємо погляд дослідників на роль дитячих психотравм у становленні дорослої особистості, адже йдеться не лише про фактичну травматизацію, а про розрив не до кінця сформованих уявлень про дійсність.

Війна як колективна психотравма детально аналізується дослідниками

початку і середини ХХ століття (Перша та друга світові війни відповідно).

Оскільки у практичній частині нашого дослідження ми послуговуємося методологічною структурою функціональних моделей особистості крізь призму схема-терапії, дана концепція розглядається осібно.

Враховуючи, що йдеться не лише про травму як наслідок психотравми, а й про закономірності впливу психотравми на процес самореалізації, ми аналізуємо дане питання в теоретико-методологічному аспекті.

Зараз усі ми переживаємо переломні (в суспільно-політичному, історико-націєтворчому планах) часи. Вони багато в чому суголосні із часами, коли зароджувалася феноменологія досліджень психотравми, вчень про неї як таких. Припускаємо, що наше дослідження матиме продовження уже крізь призму роботи з досвідом початку ХХІ століття.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ ДИТЯЧИХ ПСИХОТРАВМ ДЛЯ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ У КОНТЕКСТІ ТРАВМИ ВІЙНИ

2.1. Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження:

характеристика вибірки та методів дослідження

Метою емпіричної частини нашого дослідження було визначення когерентності особливостей прояву рівнів організації функціональних моделей особистості та само актуалізації в контенті травмуючої кон'юктури війни.

Досягнення мети дослідження стало можливим шляхом перевірки провідної гіпотези про те, що психічне функціонування особистості в контенті травмуючої кон'юктури війни дестабілізується індукуючи зміни рівнів організації редукуючи самоактуалізуючий потенціал, а взаємна детермінація травмуючої кон'юктури та релевантних рівнів організації

функціональних моделей особистості тригерують процес дії ранніх дезадаптивних схем (РДС) когерентність цих факторів каталізують зміни в аксіологічній сфері особистості.

На першому етапі дипломного дослідження відбулося виокремлення проблеми, вивчення теоретичних напрацювань з окремих аспектів теми дослідження, ознайомлення з передумовами виникнення феномену дитячої травми, визначення специфіки формування та особливостей функціонування ранніх дезадаптивних схем (РДС) та їх кореляцію з структурно-динамічними індикаторами самоактуалізуючого потенціалу особистості.

Другим етапом дипломного дослідження було проведення емпіричного дослідження, основою для якого стала вибірка: з 40 осіб (віком від 35 до 45 років), з них 20 жінок і 20 чоловіків, які були диференційовані за статусом вимушеного територіального переміщення – чоловіки/жінки тимчасово переміщені особи (ТПО) – (n = 20 осіб) та чоловіки/жінки місцеві мешканці – (n = 20 осіб).

В процесі емпіричного дослідження був застосований найбільш актуальний, на сьогодні, психодіагностичний інструментарій – шкали ідентифікації психічних травм, ранніх дезадаптивних схем, впливи травматичних подій утворюючі рівні психічної організації особистості та самоактуалізуючого потенціалу в контенті травмуючої кон'юнктури війни: «Методика діагностики п'ять дитячих травм L. Bourbeau»; «Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Geoffrey Young»; «Шкала оцінки впливу травматичної події»; «Методика САМОАЛ Maslow»; бесіда; спостереження.

В ролі базового методу використовувалась *бесіда* – метод психологічної вербальної діалогової комунікації між психологом і досліджуваним, ціллю якого є отримання психологом відомостей від респондента. Під час прямої взаємодії між психологом і респондентом відбувається усний обмін інформацією. Бесіда є одним із найбільш результативних методів психології. Спонтанні запитання у такому дослідженні допоможуть у вивченні поведінки

досліджуваного. Підчас проведення опитування важливо спостерігати за реакціями людини і навіть випадковими обмовками. Бесіда повинна бути вільною, не директивною, більше подібною на вільну розповідь, досліджуваного про себе і своє життя. Довірлива атмосфера тут відіграє важливу методологічну роль. Запис і опрацювання отриманої інформації здійснюється після завершення бесіди.

Наступний метод використаний нами – **спостереження** для отримання додаткової інформації – цілеспрямоване, систематичне, безпосереднє відстежування і фіксація важливих явищ із наміром отримати певну інформацію для задалегідь окреслених цілей дослідження і не передбачає отримання інформації з вторинних джерел. У випадку написання даного дослідження використовувалися особисте спостереження, зафіксоване безпосередньо спостерігачем; вільне неструктуроване – всі поведінкові елементи спостерігалися без задалегідь визначеної схеми; систематичне – спостереження здійснювалося регулярно і дозволило виявити тенденції у процесах. Недоліки обраного методу: важко забезпечити репрезентативність, суб'єктивність сприйняття спостерігача, поведінка об'єктів може відхилюватися від природної поведінки при відкритому спостереженні, присутність спостерігача відіграє прямий вплив на досліджуваного, а отже – й на результати. Метод важкий і трудомісткий при документуванні результатів спостереження.

Для вивчення феномену дитячих травм був обраний **діагностичний опитувальник «П'ять дитячих травм» Lise Bourbeau**, який складається із 5-ти блоків, у кожному з них 40 питань. Перші шість питань кожного блоку стосуються опису конституції тіла досліджуваного, і автор рекомендує відповідати на них самому досліднику із власних спостережень за тілом респондента. На думку Lise Bourbeau, наявність дитячої травми у людини можна визначити з форми тіла, а також з того, як людина сидить, рухається, танцює, говорить. Саме тому дуже важливо підчас проведення тесту бесідувати з респондентом, спостерігати за його тілом і голосом. У процесі

тестування часто ставало зрозуміло, що респондент, відповідаючи на питання, або не усвідомлює наявності у нього ознак поведінки, про яку йде мова, або щиро вірить, що він відповідає ідеалізованому образу свого «Я» [14].

Бажання респондента виглядати кращим стає серйозною перешкодою в на шляху до отримання правдивих результатів тесту, тому Лонгетюдне спостереження за клієнтом у психотерапевтичному процесі допоможе психологу відтворити більш повну картину наявності дитячої травми.

Далі перераховані характерні зовнішні і поведінкові ознаки особистостей, котрі відповідають класифікації «П'ять дитячих травм».

Травма «Відкиненого» формує маску втікача. Наявність цієї травми викликає у індивіда бажання піти геть від ситуацій чи людей, якими він може бути відштовхнений. У втікача голос слабкий, безсильний. Він сутулиться, старається якомога менше місця зайняти в кріслі. Любить підібгати під себе ноги (коли не прив'язаний до землі – вже є факт уявної втечі). Намагається бути непомітним, втекти в себе і не робити нічого такого, щоби спровокувало інших відштовхнути його.

Він знецінює себе, вірить в те, що не має право проживати в соціумі (на відміну від інших). Переконає себе, що він серйозно зайнятий собою та іншими людьми, зацікавлений ними – аби не відчувати, як його відштовхують. Він не може це усвідомити, тому що ховається, зникає, як тільки у нього починається паніка, а іноді він зникає на випередження. Натомість оточуючі бачать паніку в його очах. Страждаючий травмою відкиненого тільки підсилює свою травму тим, що займається самобичуванням – називає себе нікчемною, вважає себе незначним у житті інших людей, він взагалі намагається уникати складних для нього ситуацій.

Травма «Покинутого» формує маску залежного. Залежний схожий на маленьку дитину, котра вимагає до себе уваги і всіляко намагається її привернути. Він плаче, скаржиться, підкоряється всьому і вся, досить виконавський, але недооцінює себе – так і не вірить, що може діяти

самотійно. Такий індивід вдається до різних маніпуляцій, аби не відчувати самотність і отримувати багато уваги. У залежного – дитячий голос з відтінком жалю, він при сидінні або сповзає у кріслі, або шукає опори – навіть якщо це спинка сусіднього крісла. Верхня частина його корпусу нахилена вперед. Такий індивід може завдавати страждань власному тілу. Особи з таким типом травми часто хворіють або стають жертвою обставин, і підсвідомою ціллю таких обставин є бажання отримати підтримку, допомогу і увагу.

Вдає незалежного, розповідає всім, як йому добре одному. Але при цьому все влаштовує таким чином, аби бути серед людей. За відсутності фізичного партнера телефон і телевізор компенсують йому людське товариство. Як правило, при спостереженні за такими особами страх самотності стає очевидним. У «залежного» сумні очі. Він може відлякувати оточуючих тим, що «чіпляється» за них, і в результаті вони тікають.

Травма «Приниження» формує маску мазохіста. Мазохіст при сидінні широко розставляє ноги. Така людина в розмові часто додатково інтонує свій голос, вдаючи зацікавленість. У більшості випадків обирає невідповідне для себе місце, тому відчуває себе некомфортно. Індивід здатен ігнорувати власні потреби і думати тільки про інших, ціль – стати хорошим, шляхетним, завжди корисним, іноді він перебільшує власні можливості. Скидає на себе справи і обов'язки тих, хто ним нехтує, фактично випереджуючи прохання про допомогу. Прихована психологічна вигода полягає в тому, що відчуваючи себе корисним – такий індивід перестає відчувати себе приниженим. Він не відчуває свободи, бо уникає її. Дії мотивовані страхом, соромом за себе або страхом потенційного приниження.

Мазохіст переконує себе в тому, що все, що він робить для інших – дає йому величезне задоволення. І таким чином він начебто приносить радість собі, хоча насправді – лише незручності і дискомфорт. Він знаходить пояснення і виправдання людям і ситуаціям, які його принизили. Оточуючим він може здатися людиною вільною, адже у нього завжди є час і кошти на те,

що він хоче зробити. Його широко відкриті на світ очі виказують інтерес до всього і бажання пережити безліч різних досвідів. Такий індивід принижує себе, порівнює з іншими, знецінює власні заслуги, звинувачує себе. Може принижувати себе одежею, яка йому не пасує і яку він часто заплямлює.

Він змушує страждати своє тіло від переїдань, наповнює свій організм їжею, яку неможливо як слід засвоїти. Він також може завдавати собі страждань тим, що перебирає на себе чужу відповідальність і таким чином позбавляє себе свободи і вільного часу.

Травма «Зради» формує маску того, що все контролює. Такий індивід недовірливий, скептичний, обережний, авторитарний і нетерпимий. Намагається здаватися сильною особистістю, боїться бути ошуканим і використаним. Не дозволяє вирішувати за нього, бунтує.

Такій особі притаманна хитрість, яка часто переходить в обман з метою зберегти репутацію сильного. Людина з таким типом травми часто забуває про власні потреби, вона понад усе прагне здаватися надійною – тою, що ніколи не зрадить.

Людам такого типу притаманна показна впевненість при відсутності довіри до себе. «Контролер» сидить, відкинувшись тулубом назад схрестивши руки, коли слухає. Натомість коли бере слово – нахиляється вперед, аби виглядати більш переконливим, знов-таки – надійним в очах співбесідника. Контролер вирізняється гучним голосом. Відчуває страх зречення. Всупереч цьому страху, інтенсивно створює проблеми і конфліктні ситуації, внаслідок яких припиняє подальше спілкування з окремими людьми.

Переконає себе в тому, що розлуки корисні. Комунікабельність і готовність до нових знайомств не дають йому повної картини того, скількох людей він викреслив зі свого життя. В гніві його очі стають жорстокими і навіюють страх, який здатен відштовхнути багатьох.

Здатен до самообману, порушує зобов'язання перед самим собою. Не уміє делегувати обов'язки іншим людям через впевненість, що інші можуть

тільки все зіпсувати. В той же час він зайнятий контролем і перевіркою інших, забуваючи про себе.

Травма «Несправедливості» формує маску ригідного. Рухи і тон холодні, різкі, сухі. Ригідний тип сидить абсолютно прямо. Мова механічна, стримана. Іноді він схрещує ноги або руки – коли йому не хочеться відчувати те, що відбувається. Тіло так само стає жорстким, ригідним, як і його поведінка. Схильний в усьому шукати і досягати досконалості, з огляду на це часто відчуває гнів, нетерпіння, критикує себе і докоряє.

Надмірно вимогливий і не поважає власні обмеження. Переконує себе в тому, що в нього безліч друзів, які люблять його таким, як він є. Більше всього боїться холодності, байдужості – хоча сам виявляє її всім єством. Має проблеми з об'єктивним сприйняттям світу, оскільки себе вважає щирою, теплою людиною, яка все робить для того, аби навкруги панували гармонія і справедливість. Надзвичайно вимогливий до себе, часто сам собі створює стресові ситуації. Несправедливий до себе, аж надто самокритичний, ігнорує свої позитивні риси і знецінює результати власної роботи, натомість недоліки не помічає. Схильний бачити лише недоліки чи хибні результати, не уміє отримувати задоволення. Сильне страждання може розбудити в ньому руйнівну агресію. Іноді верхня частина тіла має в собі ознаки однієї травми, а нижня – іншої. А в дітей часто спостерігається відмінність між лівим та правим боками тіла. Коли тіло людини відповідає масці «контролера», але разом з тим дещо обвисає і здається огрядним, або дослідник бачить очі «залежного», можна вважати, що респондент страждає травмами «Зраджений і «Покинутий».

Можливі також інші комбінації. Хтось може виділятися об'ємним тілом мазохіста і в той же час прямою, жорсткою осанкою ригідного. Це вказує на дві травми – «Приниження» і «Несправедливість». Люди з великим тілом мазохіста і маленькими ногами, Люди с великим тілом мазохіста и маленькими ногами, и кісточками, щиколотками втікача страждають травмами «Приниженого» і «Відкиненого».

Его особистості відволікає від самоусвідомлення власних травм. Воно переконане, що визнання і усунення травми призведе до втрати захисту і до страждань. Кожному типу характеру притаманний його власний страх. Кожен носій певної маски не усвідомлює страх, але оточуючим він помітний.

Его індивіда витрачає велику кількість внутрішніх ресурсів на приховування власного страху від соціуму, а в результаті індивід стає ошуканим власним Его, живучи в ілюзії відсутності страху і травм.

Виходячи з цих причин, результати тестування, як правило, не відображають об'єктивну картину травм – лише частково.

Правдиві відповіді на питання даного тесту можуть з'явитися в результаті довготривалої психотерапії. Тому в більшості випадків про наявність у респондента тої чи іншої травми можна зрозуміти з того, як деякі бали загальної шкали вирізняються від решти – це дає латентні підстави припускати про наявність травм і продовжувати психодіагностику.

Lise Bourbeau також відзначає, що травми як правило не трапляються в чистому одиничному вигляді. Травма «Несправедливості» часто спостерігається в парі з травмою «Зрада». У багатьох людей поєднуються травми «Покинутого» і «Відкиненого», їм відповідають маски «залежного» і «втікача». Можливі три, чотири чи навіть всі п'ять травм у однієї людини. При цьому зазвичай одна травма як правило домінує, а другі менш помітні, можуть взагалі бути непомітними. Якщо домінує одна з масок, це означає, що людина використовує її для захисту частіше, ніж інші. Це також означає, що вона відображає найважливішу із травм. Якщо маска з'являється зрідка і ненадовго, це означає, що пов'язану з нею травму людина відчуває слабо.

Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Geoffrey Young дозволяє визначити закономірності поведінки, які сформувались в дитячому віці та закріпилися проявляючись в дорослому віці. Ці схеми-режими в більшості випадків не помічаються людьми і стають частиною їхнього життя. Дана методика дозволяє виявити найбільш актуальні ранні дезадаптивні схеми (РДС) серед досліджуваних респондентів. тест із 232

питань, який застосовується у схема-терапії і дає змогу визначити, які ранні дезадаптивні схеми є у досліджуваного[167]

Використовується у поведінково-когнітивній психотерапії. Результати тесту можуть підтверджувати або спростовувати гіпотези, які вже виникли у психотерапевта після розмови про поточні проблеми клієнта. При проведенні тесту необхідно всі невідповідності і розбіжності трактувати разом із досліджуваним.

Підчас проведення опитування деякі опитувані виявили, що саме заповнення схемного питальника Geoffrey Young активувало їхні схеми, вони відчували сильні емоції при заповненні. У цьому випадку доводилося давати питання невеликими групами.

Схемний питальник Geoffrey Young містить 5 загальних категорій, вони стосуються сформованого у дитинстві дефіциту емоційних потреб, їх сам Geoffrey Young визначив як домени. В сумі всі схеми, що входять у склад п'яти доменів, становлять 18.

Домен I. Порушення зв'язку та відкидання. За наявності цього домену особистість не здатна вибудовувати здорові відносини з соціумом на основі винесеного з дитячої травми переконання в тому, що потреби отримувати любов, турботу, мати безпеку, бути прийнятним бути частиною соціальної групи не задовольнялися в дитинстві. Родина таких індивідів вирізнялася нестабільністю у стосунках (схема Покинутість-Нестабільність), в родині були прийнятними образи і насилля (Недовіра-очікування жорстокого ставлення), батьки були холодними, ігнорували (Емоційна депривація), відкидали (Дефективність-Сором'язливість), батьки часто ізолювали дитину, відсторонювалися від спілкування з нею (Соціальне відчуження). Особистості зі схемами цього домену або створюють стосунки-самознищення, токсичні відносини, або уникають стосунків взагалі.

Схема Покинутості/Нестабільності – так індивіди нестабільні в стосунках з поважними та авторитетними людьми через власний страх стати покинутими. Вони бояться, що авторитетні люди нездатні продовжувати

надавати емоційну підтримку, опіку і практичний захист, тому що вони самі – емоційно нестабільні і непередбачувані (наприклад, спалахи гніву) ненадійні, тому що часто підводили, або часто на тривалий час залишали дитину з іншими людьми. Живуть у страху того, що близькі. Живуть зі страхом того, що близькі неминуче помруть чи покинуть їх заради когось іншого.

Схема/Недовіри – очікування жорстокого поводження. Індивід очікує того, що інші завдадуть йому болю, образять, одурять, будуть маніпулювати та використовувати. Впевнений в тому, що нанесені йому збитки вчиняються в результаті необґрунтованої, неприпустимої надмірної недбалості. В індивіда психологічна установка, він перманентно впевнений, що його неодмінно ошукають або йому не пощастить.

Схема Емоційної депривації – вони живуть з установкою того, що їхні емоційні потреби не будуть почуті і задоволені іншими. Існує три основних форми емоційної депривації: а) депривація опіки: відсутність уваги, любові (прив'язаності), емоційного тепла, дружніх чи товариських стосунків; б) депривація емпатії: відсутність розуміння, бажання вислухати, відсутність чи брак можливості відкритися і поділитися своїми переживаннями; в) депривація захисту: відсутність сили, управління, або керівництва від інших.

Схема Дефективності/Сором'язливості: у людини присутнє відчуття власної дефективності (ущербності), людина вважає себе поганою, небажаною, непотрібною, підлеглою, тою яка стоїть нижче за всіх (по розвитку та розуму) у важливих аспектах взаємовідносин з іншими. Попри те, що сама виїдає себе критикою, така людина надчутлива, нетерпима до критики інших, болісно реагує на осудження чи відторгнення, така людина заздрісна, вона постійно порівнює себе з іншими, схильний до підвищеної рефлексивності, втрачає відчуття власної безпеки в оточенні людей; відчуває сором відносно своїх недоліків. Особистими недоліками вважає егоїзм,

спалахи агресії, недопустимі сексуальні бажання, довго не пробачає себе, у разі небажаного фізичного проявлення соціальної некомпетентності.

Схема Соціальної відчуженості: індивід гостро відчуває себе ізольованим від світу, відмінності від інших людей. Такої людині не притаманно відчувати себе часткою групи людей або суспільства.

Домен II. Порушення автономії і ефективності. Автономність – це вчасна сепарація від батьків, здатність до адаптації до дорослого життя в соціумі і самостійного незалежного функціонування. Індивіди зі схемами цього домену інфантильні, нездатні відділити своє Его від фігури батьків і жити самостійно. Як правило, в дитинстві їх батьки гіперопікали, піддавалися їхнім забаганкам, не дозволяли отримувати власний досвід самостійних справ, захищали від небезпек і пошкоджень або навпаки (але такі випадки вкрай рідкісні) – не приділяли дітям уваги, не займалися їхнім вихованням, що призвело до проблеми автономності у індивіда. Їхні батьки не сприяли виникненню необхідних подій і обставин для формування власного успішного досвіду в досягненні цілей за межами батьківського дому, що не дозволило сформуватися у особистості належного рівня впевненості в собі. У респондентів, які за результатами дослідження матимуть високі бали за наведеними нижче схемами, відсутні навички необхідні для досягнення поставлених цілей. Їм не властиво чітке розуміння власної ідентичності, що призводить до нездатності жити своїм власним життям.

Схема Залежності/Безпорадності: особистість вірить у свою нездатність компетентно справлятися з повсякденними обов'язками: піклуватися про себе, вирішувати щоденні проблеми і нові завдання, приймати здорові рішення самостійно, часто виглядає безпорадною.

Схема Уразливості: особистості, що живе у страху перед неминучими катастрофами, які можуть статися будь-якої миті, відчувають їх безсилля перед ними. Страху зосереджені на одному чи кількох пунктах: а) медичні катастрофи: серцеві напади, СНІД; б) емоційні катастрофи: божевілля; в)

зовнішні катастрофи: обривання троса ліфтів, напад злочинців, аварія у літаку, землетрус.

Схема Сплутаності/Нерозвинена ідентичність: у осіб, які набирають в опитувальнику за цією схемою вищі бали - надмірна емоційна залученість, близькість з одним або декількома значимими іншими (часто батьками) на шкоду повноцінній індивідуалізації та нормальному соціальному розвитку. Часто у них спостерігається впевненість у тому, що хтось із учасників цих симбіотичних відносин не зможе вижити або бути щасливим без постійної підтримки іншого. Їм властиве почуття задушення та розчиненості, сплавленості, обплутаності іншими або недостатньою індивідуальною ідентичності. Часто переживають почуття спустошеності, відсутності мети, у деяких випадках мають сумнів у праві на своє існування.

Схема Неуспішності: індивіди, які підпадають під характерологічний опис ознак цієї схеми впевнені у тому, що зазнали невдачі чи неминуче зазнають її у майбутньому; у тому, що вони - набагато гірші за рівних їм людей у різних сферах діяльності (у школі, на роботі, у спорті тощо). Як правило, переконані у своїй дурості, некомпетентності, бездарності (бесталанності), неосвіченості, неуспішності щодо інших.

Домен III. Порушення кордонів. У осіб із схемами цього домену у взаємодії із соціумом не вироблені необхідні внутрішні кордони, або вони відчують труднощі щодо самодисципліни. Їм властиво нехтувати правами інших людей, вони не здатні до співпраці, брати на себе відповідальність, виконувати свої зобов'язання, досягати поставлених перед собою довгострокових цілей. Це, як правило, нарциси, не здатні до альтруїстичного способу мислення або вчинків, розпещені, безвідповідальні. Вони росли в сім'ях, де батьки потурали всім бажанням дитини, заохочували вседозволеність. У деяких випадках вседозволеність не є першоджерелом виникнення схеми, а може бути гіперкомпенсацією емоційної депривації. Респонденти, результати яких показують високий бал за схемами цього домену у своєму дитинстві не мали поняття про правила, які існують у

суспільстві, у них не формовано навички враховувати інтереси інших людей, у них не розвинена здатність до самоконтролю. У дорослому житті їм складно контролювати свої емоційні імпульси, стримувати бажання, спрага отримати задоволення тут і тепер не дозволяє їм досягати поставленої собі мети, досягнення яких розраховане на тривалий період.

Схема Привілейованості/Грандіозності: особистості впевнені у своїй перевазі над іншими людьми та володінні особливими правами та привілеями, у відсутності будь-яких правил, необхідних для нормальної соціальної взаємодії, яким усі зобов'язані слідувати. Вони наполегливо переконані, що їм дозволено все, що захочеться, вони відірвані від реальності, в якій існують розумні межі, вони можуть бути перебільшено зосереджені на перевазі, наприклад, вибіркові у спілкуванні, вважають гідними найуспішніших, найвідоміших, найбагатших – прагнучи до досягнення влади та контролю, не уваги та схвалення. Схильні до яскраво вираженого суперництва, прагнуть доменування. Маніфестують: свою силу, примушують до прийняття іншими їхніх поглядів, схильні до контролю за поведінкою інших людей на власний розсуд, не виявляють емпатії, не турбуються про потреби та почуття інших.

Схема Недостатності самоконтролю: особистості з ознаками цієї схеми або відмовляються від самоконтролю, або володіють ним недостатньо. У них фрустрована толерантність до досягнення цілей або обмеження надмірного вираження своїх емоцій та імпульсів. При помірній формі прояву цієї схеми – надмірна вираженість уникнення дискомфорту: болю, конфліктів, конфронтацій, відповідальності та перенапруги – ціною втрати самоздійснення (самовираження), обов'язків чи цілісності.

Домен IV. Спрямованість на інших. Особи зі схемами цього домену надмірно акцентовані на задоволенні чужих потреб і нехтують своїми. Їхньою метою є схвалення, щоб не втратити емоційний зв'язок, уникнути покарання чи відплати. Вони сконцентровані на емоційних реакціях іншої людини, не помічаючи своїх. Схильні до гніву та до того, щоб його не

помічати, ігнорують свої симпатії. Це пояснюється тим, що в дитинстві вони були позбавлені волі бути собою, розуміти і відчувати себе, а задовольняли потреби, швидше за все, незрілої інфантильної особистості батьків. Дорослими вони деструктивно екстернально спрямовані та страждають від відсутності інтернальних навичок. Любов в сім'ї, де вони росли, була умовною - щоб заслужити прийняття та схвалення потрібно було стримувати справжні прояви своєї особистості. Їх батьки забезпечували інтерес своїх емоційних потреб, переоцінювали свій соціальний імідж, ставили його вище за унікальність і пов'язані з ними потреби своєї дитини.

Схема Покірності: люди, описані в цьому домені схильні до беззастережного підпорядкування контролю інших людей, їм властиве почуття примусу з метою уникнути гніву, помсти чи відмови. Існує дві основні форми підкорення: а) підпорядкування потреб: придушення (нехтування) власними уподобаннями, судженнями та бажаннями; б) підпорядкування емоцій: придушення емоційного вираження почуттів, особливо – гніву. Зазвичай включає в себе сприйняття власних бажань, думок і почуттів як не важливих для інших людей. Схильні часто демонструвати надмірну поступливість, що поєднується з гіперчутливістю до відчуття загноаності у пастку. Що зазвичай призводить до виникнення гніву, що проявляється у неадекватних, дезадаптивних симптомах: пасивно-агресивної поведінки, неконтрольованих спалахів агресії, психосоматичні симптоми, реагування назовні, схильність до алко- та наркозалежностей.

Схема Самопожертви: Особи надмірно сфокусовані на добровільному задоволенні потреб інших людей у повсякденних ситуаціях ціною власного задоволення своїх потреб. Основні причини: запобігання заподіяння болю іншим, уникнення почуття провини від відчуття себе егоїстичним, або підтримка відносин з іншими, яких вони сприймають як нужденних. Часто являється результатом гіперчутливості до болю інших людей. Іноді призводить до того, що власні потреби не задовольняються обуренням тих, про кого він піклується, що перегукується з поняттям «співзалежність».

Схема пошуку схвалення: індивіди, описані в цій схемі, прагнуть отримати схвалення, визнання або уваги від інших людей. Іноді – пристосовуються до інших ціною власної безпеки та розвитку. Їхня самоповага залежить від реакцій інших людей, а не від власних відчуттів. Іноді це призводить до зацикленості на своєму соціальному становищі, статусі, зовнішності, визнанні, грошах чи досягненнях. Часто це відбивається на головних життєвих рішеннях, які виявляються несправжніми та незадовільними. У деяких буває гіперчутливість до заперечення.

Домен V. Надмірна відповідальність та жорсткі стандарти. Особи, описані в цьому домені, схильні пригнічувати свої спонтанні бажання, спонукання та почуття. Багато ресурсу витрачають те що, щоб створювати собі жорсткі правила на шкоду своєму щастю, пригнічують прояви висловлювання себе, прагнуть свого успіху з допомогою здорового відпочинку, особистих взаємин, на шкоду своєму здоров'ю. Їхні сім'ї були суворими, стосунки батьків директивними або навіть деспотичними, в них виховувалася самовідданість, зречення від власних інтересів на догоду чужим, батьками заохочувалося самовладання, критикувалося самозадоволення, підносилося, як негативний егоїзм, спонтанність припинялась заохочувальною мотивацією зі сторони батьківна користь стриманості почуттів і бажань, критика батьками людей, схильних до отримання задоволеньЇх привчили бути настороженими, життя сприймати як суворе випробування, сіре явище, позбавлене радощів і щастя. Песимістичні, тривожні особистості, незадоволені собою та життям, уважні та обережні, які чекають на неприємності та руйнування.

Схема Негативізму/Песимізму: особистості сфокусовані на негативних аспектах буття протягом усього життя: болі, смерті, втратах, розчаруванні, конфліктах, вині, нерозв'язності проблем, почутті образи, бояться робити помилки, у зв'язку з цим бояться ризикувати, очікують зрад, виключають позитивний розвиток подій чи результат. Цілком вкладаються в роботу, часто буває важливою цінністю - фінансовий достаток, що понад очікування

міжособистісних відносин. Налаштовані на поганий результат, навіть якщо якісь аспекти життя виглядають цілком успішними, знецінюють їх та напружено очікують на провал. Їм властивий надмірний страх зробити помилку, яка призведе до крайніх форм шкоди: ганьби, приниження, неприємної ситуації руйнування, втрати. Оскільки потенційні негативні наслідки завжди перебільшуються, такі люди часто характеризуються як хронічно тривожні, пильні, незадоволені, нерішучі, ті, що скаржаться.

Схема Пригніченості емоцій. Люди з цими схемами придушують спонтанні дії, свої почуття, потребу у комунікації, зазвичай, з метою уникнення розчарування з боку інших людей, почуття сорому чи втрати контролю над своїми потягами. Найчастіше придушенню піддаються: а) гнів та агресія; б) позитивні потяги: радість, сексуальне збудження, кохання, прихильність, гра; в) уразливість, ранимість, бажання вільно говорити про почуття та потреби інших людей; г) надмірне фокусування на раціональності при ігноруванні емоцій.

Схема Жорстких стандартів/Прискіпливості. Особи, описані в цій схемі, впевнені в необхідності прагнути дуже високих інтерналізованих стандартів поведінки з метою уникнення критики. Зазвичай це призводить до того, що відчуття створеного особисто ними внутрішнього тиску вони сприймають як тиск ззовні з боку близьких, наслідком чого найчастішим явищем буває енергетичний спад, втома, знесилення. Надто прискіпливі до себе та інших. Завжди відчувають опір та труднощі у досягненні задоволення, релаксації, задоволення результатами своєї діяльності, що відбивається на здоров'ї, самоповазі тощо. Жорсткі стандарти зазвичай виражаються так: а) перфекціонізм, надмірна увага до деталей, недооцінка результатів своєї діяльності щодо норми; б) ригідні, жорсткі настанови, правила та зобов'язання у багатьох сферах життя, включаючи нереалістично високі моральні, етичні, культурні чи релігійні стандарти правил поведінки; в) гонитва за досконалістю, невиправдана витрата великої кількості часу та енергії.

Схема Пунітивності. Люди, характеристика яких описана в цій схемі, переконані в тому, що люди повинні бути жорстоко покарані за помилки. Схильні до ідеалізації себе, завищених стандартів вимог до себе та оточуючих. Агресивні, гнівні і нетерпимі по відношенню насамперед до себе самих, а по-друге по відношенню до людей, які не виправдовують надії або невідповідних стандартів. Зазнають труднощів у прощенні помилок собі самому та іншим людям, не має навичок розглядати пом'якшувальні обставини, співпереживати. Не сприймає реалістичний факт людської недосконалості. Психометричні характеристики: більшість дослідників сходяться на думці щодо високого рівня психометричних характеристик методики. Опитувальник апробований на клінічних вибірках у різних країнах. Субшкали опитувальника продемонстрували високу надійність, внутрішню консистентність: значення Кронбаха знаходяться в межах від 0,68 до 0,96. Досліджувалися дискримінативна, критеріальна та прогностична валідність. Показано, що методика задовільно диференціює піддослідних за критерієм особистісної тривожності: особи, які мають сильно виражені дисфункціональні переконання, демонструють високу тривожність.

«Шкала оцінки впливу травматичної події» стала наступною методикою, яка послужила дослідницьким інструментом [166]

Перший варіант ШОВТС (Impact of Event Scale – IES) було опубліковано 1979 р. Horowitz зі співавторами (Horowitz, Wilner et. al, 1979). Опитувальник складається з 15 пунктів, заснований на самозвіті та виявляє переважання тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події. Симптоми вторгнення - термін «вторгнення» intrusion - англ.) Іноді перекладається як «нав'язування» - включають нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи або думки. До другої категорії належать симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних із травматичною подією, зниження реактивності. Зміст самозвіту було прив'язано до специфічних життєвих подій, а також до специфіки показників, що вимірюються.

Далі, D.Weiss з колегами (Weiss, Marmar, Metzler 1995) дійшли висновку, що IES може бути кориснішою, якщо вона буде здатна діагностувати не тільки такі симптоми ПТСР, як вторгнення та уникнення, але й симптоми гіперзбудження, які входять до діагностичного критерію DSM-1V і є складовою психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, «Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута (IES-R)» почала містити 22 пункти. Метою додавання нових 6 пунктів (субшкала «гіперзбудження») є опис наступних областей: агресія та дратівливість; гіпертрофована реакція переляку; проблеми з концентрацією; психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами; безсоння. Один новий пункт вторгнення виявляє стани, що переживаються заново, схожі з дисоціативними.

Субшкала «Вторгнення». Головною ознакою є флешбеки, коли людина мимоволі, постійно, подумки повертається в ситуацію, яка її травмує. Перед очима раптом з'являється картина пережитого страху[9]. Нерідко цьому передують тригери, які були частиною стресогенної ситуації. Наприклад, плач дитини, певне зображення, звук гелікоптера, що летить, тощо. Саме тоді свідомість людини звужується. Її тіло перебуває у реальності, а подумки вона потрапляє у ту жахливу атмосферу, яка порушила її психічний баланс. Таке часто трапляється з особами, які пережили жах бойових дій. Варто тільки їм почути звук літака, що пролітає, їх поведінка змінюється: вони падають на землю, закривають голову руками або змушують інших бігти, рятуватися. Стають збудженими, агресивними, не піддаються переконанням. Флешбеки здатні тривати від кількох хвилин до кількох годин. Крім самих картин людина може відчувати ті самі відчуття, які супроводжували її під час катастрофи. Нав'язливі спогади можуть впроваджуватись у життя постраждалого через сновидіння, але двома різними шляхами. Перший варіант: уві сні людина бачить жахливі картини пережитої травми, кидається, реагує на них криком, може прокидатися у холодному спітнінні. Другий

варіант: уві сні людина бачить добре завершення подій, які насправді завершилися жахливо.

Субшкала «Уникнення». З наявністю ознак цієї шкали особистість намагається витіснити будь-які спогади про травмівну подію. Людина намагається забути, або переживає часткову амнезію найважливіших моментів травмівної ситуації, стає абсолютно апатичною і байдужою до всього, навіть до того, що раніше викликало інтерес; виникає відчуття самотності та відстороненості. Поступово особистість частково чи повністю втрачає здатність налагоджувати близькі стосунки з людьми. Такі емоції та почуття, як кохання та радість, стають недоступними через захисну емоційну скупість. Помітно знижується творчий потенціал. Разом з цим зростає почуття відчуженості від навколишнього світу. Сама людина відчуває, що віддаляється. За підсумками змін формується нова Я-концепція. Але висловити ці почуття та відчуття складно, внаслідок чого індивід з думкою, що його ніхто не розуміє, справді замикається у собі. На цьому тлі розвивається депресія, непевненість у собі, почуття нікчемності та непотрібності. Втрачається сенс життя, розвивається виснаження. Нерідко формується почуття провини та орієнтація на коротке життя, відзначається саморуйнівна поведінка чи агресія на зовнішній світ. Якщо людина зловживає алкоголем, то спалахи гніву стають дедалі яскравішими і несподіванішими [2].

Субшкала «Фізіологічна збудливість» описує, наскільки процес захопив вегетативну нервову систему. У людини з ціми ознаками з'являється фізіологічна гіперактивність з такими реакціями організму як: безсоння; дратівливість; знижена концентрація уваги; спалахи гніву та інші афективні реакції; надпильність; готовність «бігти».

Таким чином, відповіді на прямі запитання дають розгорнуту картину наявності чи відсутності у досліджуваного ознак прояву ПТСР у трьох напрямках «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічна збудженість»

Діагностична методика визначення рівня самоактуалізації

«САМОАЛ» дає можливість з'ясувати загальний рівень реалізації особистістю її потенційних можливостей та визначити рівень самоактуалізації за окремими її проявами [172].

Шкала орієнтації в часі показує, наскільки людина живе сьогоденням, не відкладаючи своє життя “на потім” і не намагаючись знайти порятунк у минулому. Високий результат характерний для осіб, що добре розуміють екзистенціальну цінність життя “тут і тепер”, здатних насолоджуватися актуальним моментом, не порівнюючи його з минулими втіхами і не знецінюючи очікуванням майбутніх успіхів. Низький результат показують люди, невротично заглиблені в минулі переживання, з завищеним прагненням до досягнень, підозрілі і невпевнені у собі.

Шкала цінностей. Високий бал за цією шкалою свідчить, що людина поділяє цінності особи, яка самоактуалізується, до їх числа А. Maslow відносив такі, як істина, добро, краса, цілісність, відсутність роздвоєності, життєвість, унікальність, досконалість, досягнення, справедливість, порядок, простота, легкість без зусиль, гра, самодостатність. Перевага цих цінностей вказує на прагнення до гармонійного буття і здорових стосунків з людьми, далеке від бажання маніпулювати ними в своїх інтересах.

Погляд на природу людини може бути позитивним (висока оцінка) або негативним (низька). Ця шкала описує віру в людей, в могутність людських можливостей. Високий показник може інтерпретуватися як стала основа для щирих гармонійних міжособистісних стосунків, природна симпатія, довіра до людей, чесність, неупередженість, доброзичливість.

Висока *потреба в пізнанні* характерна для особи, що самоактуалізується, завжди відкритій новим враженням. Ця шкала описує спроможність до миттєвого пізнання – безкорисливе бажання нового, інтерес до об'єктів, не пов'язаний прямо з задоволенням різних потреб. Таке пізнання, вважає А. Maslow, точніше і ефективніше, оскільки його процес не деформується бажаннями і потягами, людина при цьому не схильна судити, оцінювати і

порівнювати. Вона просто бачить те, що є, і цінує це.

Прагнення до творчості або *креативність* – неодмінний атрибут самоактуалізації, яку можна назвати творчим ставленням до життя.

Автономність, на думку більшості гуманістичних психологів, є головним критерієм психічного здоров'я особи, її цілісності і повноти. Це поняття тяжіє до таких рис, як життєвість (aliveness) і самопідтримка (self – support) у F.Perls, спрямованість зсередини (inner – directed) у D.Rismana, зрілість (ripeness) у K.Rogers. Особа, яка самоактуалізується автономна, незалежна і вільна, однак це не означає відчуження і самотності. В термінах E.Fromma автономність – це позитивна “свобода для”, що відрізняється від негативної “свободи від”.

Спонтанність – це якість, що випливає з упевненості в собі і довіри до навколишнього світу, властивих для людей, які є самоактуалізованими. Високий показник за шкалою спонтанності свідчить про те, що самоактуалізація стала способом життя, а не є мрією чи прагненням. Здатність до спонтанної поведінки обмежується культурними нормами, в природному вигляді її можна спостерігати хіба що у маленьких дітей. Спонтанність співвідноситься з такими цінностями, як свобода, природність, гра, легкість без зусилля.

Саморозуміння. Високий показник за цією шкалою свідчить про чутливість, сензитивність людини до своїх бажань і потреб. У таких людей не формуються психологічні захисти, що заважають людині адекватно сприймати і оцінювати себе, вони не схильні підмінити власні смаки і оцінки зовнішніми соціальними стандартами. Показники за шкалою саморозуміння, спонтанності і аутосимпатії, як правило, пов'язані між собою. Низький бал за шкалою саморозуміння властивий людям невпевненим, які орієнтуються на думку оточуючих. D.Riesman називав таких “орієнтованими ззовні” на відміну від “орієнтованих зсередини”.

Аутосимпатія – природна основа психічного здоров'я і цілісності особи. Низькі показники мають люди невротичні, тривожні, невпевнені в собі.

Аутосимпатія зовсім не означає тупої самовтіхи або некритичного самосприйняття, це просто добре усвідомлена “Я-концепція”, що служить джерелом сталої адекватної самооцінки.

Шкала *контактності* вимірює товариськість особи, її спроможність до встановлення тривалих і доброзичливих стосунків з оточуючими. В опитувачі САМОАЛ контактність розуміється не як рівень комунікативних здібностей особи або як навички ефективного спілкування, а як загальна схильність до взаємнокорисних і приємних контактів з іншими людьми.

Шкала *гнучкості* в спілкуванні співвідноситься з наявністю або відсутністю соціальних стереотипів, спроможністю до адекватного самовираження в спілкуванні. Високі показники свідчать про автентичну взаємодію з оточуючими, спроможність до саморозкриття. Люди з високою оцінкою за цією шкалою орієнтовані на особистісне спілкування, не схильні до фальшу або маніпуляцій, не змішують саморозкриття особи з самопредставленням – стратегією і тактикою управління створюваним враженням. Низькі показники характерні для людей ригідних, негнучких, не впевнених у власній привабливості, в тому, що вони цікаві співрозмовнику, та спілкування з якими може приносити задоволення.

2.2. Психологічні особливості самоактуалізації респондентів середнього віку на тлі ситуації війни

Шкала *прагнення до самоактуалізації*. За результатами емпіричного досліджень рівень прагнення до самоактуалізації серед опитаних груп чоловіків та жінок середнього віку за статусами: тимчасово переміщені та місцеві становлює підвищені бали, які можна рахувати позитивною ознакою: чоловіки: 100% (ТПО), 100% (місцеві); жінки: 90% (ТПО), 90% (місцеві мешканки). Низький: чоловіки: 0% (ТПО та місцеві); жінки: 10% (ТПО), 0% (місцеві). Високий: чоловіки: 0% (ТПО та місцеві); жінки: 0% (ТПО), 10% (місцеві).

Шкала *орієнтація в часі*. Добре розуміють швидкоплинність життя лише 10% чоловіків (ТПО), 10% жінок ТПО, 10% жінок місцевих, вони розуміють екзистенційну цінність життя «тут і тепер», вміють отримувати задоволення від моменту, не зациклюються на спогадах гарного минулого.

Низький результат показали 60% чоловіків ТПО, 20% тимчасово переміщених жінок, 10% жінок місцевих мешканок, що свідчить про те, що вони живуть більше або у спогадах минулого, або очікуванням кращого майбутнього, не мають довіри до соціуму та впевненості в собі.

Підвищеними є показники: чоловіки: 30% (ТПО), 65% (місцеві); жінки: 70% (ТПО та місцеві мешканки). Високий: чоловіки: 10% (ТПО) 0% (місцеві); жінки: 10% (ТПО), 10% (місцеві).

Шкала *«Цінностей»*. За результатом дослідження наступне відсоткове співвідношення респондентів, які живуть фундаментальними цінностями, мають особисті термінальні цінності, прагнуть до гармонійного буття та здорових відносин, запобігають маніпуляції іншими людьми у своїх інтересах 10% жінок тимчасово переміщених та 30% місцевих. Для наступної групи досліджуваних у відсотках чоловіків: 60% (ТПО), 55% (місцеві); жінок: 80% (ТПО), 60% (місцеві) – цінності мають значення, але не є пріоритетом у житті. Низькі бали: чоловіки: 40% (ТПО), 50% (місцеві); жінки: 10% (ТПО), 10% (місцеві), вони свідчать про те, що респонденти більш зосереджені не на нефундаментальних цінностях, а на матеріальних, або короткострокових задоволеннях.

Шкала *погляд на природу людини*. Високий відсоток набрали респонденти, які мають надійну основу для якісних міжособистісних відносин, вони об'єктивні, правдиві, довірливі, доброзичливі, вірять у силу та надзвичайні здібності людини: чоловіки: 40% місцеві; жінки: 10% ТПО, 30% місцеві. Низький бал за цією шкалою визначився у осіб, які не оцінили природу людини, не схильні брати на себе відповідальність, часто містифікують, коли не справляються з труднощами у пошуках винного: чоловіки: 40% місцеві; жінки: 10% ТПО, 30% місцеві. Стримано сприймають

природу людини респонденти, у яких підвищені бали: чоловіки: 100% (ТПО), 60% (місцеві); жінки: 90% (ТПО), 75% (місцеві).

Шкала *потреби у пізнанні*. Люди, які прагнуть пізнання, які знаходяться у постійному пошуку нових знань, не схильні до заздрощів, не порівнюють себе з іншими, не засуджують навколишніх, бачать та сприймають те, що є таким як воно є: чоловіки: 10% ТПО, 0% місцеві; жінки: 30% ТПО, 10% місцеві. Навпаки не мають пізнавального інтересу до буття та світу, зорієнтовані на задоволенні особистих потреб, є закритими: чоловіки: 30% ТПО, 10% місцеві; жінки: 20% ТПО. На середньої межі між вищими та нижчими характерними ознаками цієї шкали є респонденти з підвищеними показниками: чоловіки: 60% (ТПО), 90% (місцеві); жінки: 50% (ТПО), 90% (місцеві).

Шкала *прагнення творчості та креативність*. Креативні творчі люди, естети, вони бачать у навколишньому гарне, вміють перетворювати сірий світ або прості в ньому речі на прекрасні, це ті, що за результатами нашого дослідження набрали високий бал: жінки: 50% ТПО, 40% місцеві. Світ, як знебарвлений, в якому гарні ролі отримують інші, в якому інші створюють, а вони позбавлені креативу набрали низький бал: чоловіки: 30% (ТПО), 20% (місцеві); жінки: 10% (ТПО). Підвищені бали мають: чоловіки: 70% (ТПО), 80% (місцеві); жінки: 40% (ТПО), 60% (місцеві).

Шкала *Автономність*. Особистості, які перестали покладатися на інших, очікувати допомоги від оточуючих, скуштували смак вільного життя, в якому є ризик, але він їх не лякає, які не сприймають свої помилки, як вирок, а навпаки збагачують себе новим досвідом навіть негативним – це та частка респондентів, яка має високі бали: жінки: 10% (ТПО), 10% (місцеві). Не пережили вчасної сепарації від своїх батьків у дитинстві та взяли до свого дорослого життя орієнтованість на різні об'єкти особи, які набрали низький бал: чоловіки: 30% (ТПО), 10% (місцеві); жінки: 40% (ТПО), 30% (місцеві). Решта респондентів набрали підвищений бал: чоловіки: 70% (ТПО), 90% (місцеві); жінки: 50% (ТПО), 60% (місцеві).

Шкала *спонтанність*. Підвищені бали мають: чоловіки: 70% (ТПО), 90% (місцеві); жінки: 50% (ТПО), 80% (місцеві). Низький: чоловіки: 30% (ТПО), 10% (місцеві); жінки: 50% (ТПО), 20% (місцеві). Високі: чоловіки: 0% (ТПО та місцеві); жінки: 0% (ТПО та місцеві).

Шкала *саморозуміння*. Досліджуванні, які набрали високий бал по цій шкалі чітко розуміють себе, свої потреби, та знають яким шляхом їх задовольнити, вони мають високий рівень емоціонального інтелекту, самоактуалізовані, та цілеспрямовані: чоловіки: 10% (місцеві); жінки: 20% (місцеві). Схильними до того, щоби задовольняти потреби інших на шкоду собі, або замінюють свої інтереси догоджаючи соціальним стандартам, часто не мають своєї думки і тим паче не вміють її відстоювати: чоловіки: 20% (ТПО), 50% (місцеві); жінки: 50% (ТПО), 50% (місцеві). Підвищені бали: чоловіки: 80% (ТПО), 40% (місцеві); жінки: 50% (ТПО), 80% (місцеві).

Шкала *автосимпатія*. Добре усвідомлюють себе, свої бажання, цілі, поважають свою думку, не схильні до конформності, цілісні особистості це невисока кількість респондентів, що набрали вищі бали за цією шкалою: 10% жінок місцевих мешканок. Низький бал свідчить про невпевненість в собі, тривожність та невротичність він виявлений за кількістю 30% чоловіків ТПО, 40% чоловіків місцевих мешканців; 10% жінки ТПО, 40% місцевих мешканок. На середньому рівні усвідомлена «Я-концепція» у чоловіків тимчасово переміщених на 70%, 60% чоловіків місцевих мешканців; жінки тимчасово переміщенні 90%, та 50% місцевих мешканок.

Шкала *контактність*. Серед всіх опитаних здатні встановлювати міцні стосунки з оточуючими та мають високий рівень контактності лише 10% тимчасово переміщених чоловіків. Контактність не як рівень комунікативних навичек, а особистісна спрямованість на те, щоби будувати довгострокові відносини з оточуючими на підвищеному рівні балів була виявлена у 90% (ТПО), 70% (місцеві); жінки: 30% (ТПО), 30% (місцеві). Люди, які з різних причин уникають тісних відносин, або не мають мотивації до них, або не мають здорових навичок у міжособистісних стосунках за результатами

дослідження показали низький бал: чоловіки: 30% (місцеві); жінки: 70% (ТПО), 30% (місцеві)

Шкала *гнучкість в спілкуванні*. Чи не основна риса, яку треба мати для уникнення конфліктних ситуацій у всіх міжособистісних стосунках – це гнучкість. Гнучкі люди мають більше успіху у всіх сферах життя: сімейні стосунки, відносини у трудовому колективі, вони позбавлені соціальних стереотипів та адекватно сприймають світ, автентично взаємодіють з оточуючими, зберігаючи свою здатність до саморозкриття, не здатні до лицемірства. За нашими дослідженнями це жінки, які набрали високий бал 10% тимчасово переміщених осіб та 10% місцевих мешканок. Низькі показники свідчать про ригідність, закомплексованість, невпевненість в своїй привабливості як зовнішньої так і внутрішньої це - 20% чоловіків ТПО, 30% чоловіків місцевих мешканців та 10% жінок ТПО, 10% місцевих мешканок. Підвищений рівень показників за цією шкалою мають: чоловіки: 80% (ТПО), 70% (місцеві); жінки: 80% (ТПО), 70% (місцеві). (Див. Додаток А, Таблиця 2.2.1; Додаток А (продовження), Таблиця 2.2.2)

Отже за результатами дослідження з'ясувалося, що жіноча частка досліджуваних має вищі показники самоактуалізації ніж чоловіча по таких шкалах (САМОАЛ), як ціннісно-сміслові (20% вис. бал), орієнтація у хронологічному зрізі (15% вис. бал), у прагненні до творчості та креативності (45% вис бал), на відміну від чоловічої групи, яка за шкалами контактності, саморозуміння та орієнтації в часі продемонструвала показники високого балу в 5%. Причиною цього можуть бути психофізіологічні та соціально-рольові відмінності між чоловіками та жінками. Також слід відмітити, що в основному показники місцевих мешканців як чоловіків так і жінок є вищими за показники тимчасово переселених осіб. Так до прикладу багато показників чоловіків місцевих мешканців на 20% є вищими за показники чоловіків ТПО, лише по шкалам: *погляд на природу людини* та шкала *контактності* у чоловіків ТПО є вищим за показники місцевих мешканців, що можливо пояснюється тим, що обставини, в яких опинилися чоловіки ТПО змусили

самоактуалізуватися саме в цих напрямках: долаючи перешкоди (обстріли, бомбардування) вивозити свою родину, застосовуючи надзвичайні здібності людини, якими її наділила природа, покладаючи на себе надвідповідальність – евакуювати сім'ю. Один з досліджуваних чоловіків надто емоційно розповідав свою історію про те, як він ніколи у життю не відчував такої шаленої відповідальності прийняти рішення вивозити родину з Ірпеня, чи ще залишитися вдома? При цьому він плакав, як маленька дитина, дякував, що в нього з'явилась можливість нарешті висловивши почуття розслабитись. Та друга шкала – *контактність* – адже при переселенні чоловіки вимушені долати внутрішні перешкоди та налагоджувати нові тісні та якісні стосунки у своєї родині та з незнайомими верствами населення. У жінок тимчасово переміщених за шкалами *цінності та гнучкості в спілкуванні* теж спостерігається підвищення балів на відміну від місцевих жінок. Багато хто з респондентів жінок ТПО під час дослідження ділився своїми враженнями від війни, розказуючи про те, що вона змусила переоцінити їх своє життя, що в небезпечних для близьких обставинах вони винесли для себе одне – що немає нічого ціннішого за життя, близьку людину, любов до неї та Бога (в якого увірували майже 80% опитаних нами респондентів, кажучи про те, що в мить бомбардувань Бог був єдиною надією та захистом). *Гнучкість в спілкуванні* – це те, в чому жінки жительки МКП (місця компактного поселення) вимушені зростати кожного дня, тому що всі родини, які тривалий час проживали окремо від батьків, за обставинами евакуації та переселення вимушені жити в однієї кімнаті з літніми батьками, які в умовах стресу втратили свою звичайну адекватність та стали занадто інфантильними, у порівнянні з тим, якими вони були до військових подій. Так під впливом нових переусвідомлених цінностей, що треба цінувати життя близької людини жінки ТПО в важких умовах проживання вимушені формувати в собі навички *гнучкості у спілкуванні*.

Як показав статистичний аналіз, показники самоактуалізації за шкалою ціннісно-сміслової сфери респондентів жіночої статі середнього віку

достовірно ($p=0,0004$, за критерієм Mann - Whitney) вищі, аніж у чоловіків (див. Додаток А (продовження), Рис. 2.2.1).

Причиною цього можуть бути глибинні відмінності ролей, які виконують чоловік та жінка у суспільстві. Саме для жінок фундаментальні цінності більш актуальні, глобальною причиною цього є роль жінки-матері – вона відповідає за духовну складову у вихованні потомків, вона здійснює місію надихати рід, на ній лежить відповідальність не тільки за те, яку професію вибере нащадок, а й за те, який духовний зміст буде у нього, бо саме він в майбутньому представлятиме в суспільстві саму жінку, її чоловіка та весь їх рід. У єврейських релігійних сім'ях вважається, що жінка відповідає за духовне збереження традицій у майбутніх поколіннях, саме тому жінка має знати всі релігійні закони. Чоловіки більш спрямовані на зовнішній світ, та за своєю сутністю чоловіки живуть на віддачу. Гідним, чоловіка у його очах, робить його здатність заробити гроші з метою забезпечити сім'ю, у чоловіків закладена потреба побудувати свій дім, створити сім'ю, подбати про продовження роду, і частіш за все це відбувається не усвідомлено [49].

Наше дослідження проводилося в умовах війни, тому треба зауважити, що саме за цих умов в чоловіках загострилося прагнення захищати близьких, свою батьківщину. Жіноча смислова сфера особистості під час війни теж зазнала змін у ставленні до себе, до навколишнього світу, до власного минулого і до майбутнього, відбулася глобальна переоцінка цінностей через усвідомлення цінності життя та спонтанної непередбачуваності смерті, саме безпомічність перед війною, як перед стихійним лихом змушує жінку обирати фундаментальні цінності, які повертають сенс у життя (бо треба вижити за ради дітей), та сприяють самоусвідомленню [146].

У порівнянні показників креативності як одного з аспектів самоактуалізації особистості за критерієм Mann - Whitney жіноча група на відміну від чоловічої продемонструвала значно ($p=0,003$) вищі результати (див. Додаток А (продовження), Рис. 2.2.2).

Безумовно, що на результати досліджень напряду впливає вибірка

респондентів - наше дослідження було проведене поміж середньостатистичних чоловіків та жінок. З огляду на культуральні установки, середньостатистичний чоловік у нашому суспільстві, нажаль, сприймається як той, що вдень працює, а вечір проводить на дивані. І якщо порівнювати цей образ чоловіка з образом середньостатистичної жінки, яка вимушена виконувати багато ролей та досягати безліч цілей, щоби зберегти себе, своїх дітей, за яких вона відповідальна, та сім'ю, без якої в нашому суспільстві жінки відчують себе вкрай некомфортно, то для жінки створені такі умови, в яких вона не зможе вижити без креативу в сенсі А. Maslow, який він розглядає, як установку на самореалізацію особистості [172]. На чому наполягають біхевіористи (J. Watson, E. Tonraik, B. Skinner) [175] вони стверджують, що на самоактуалізацію впливає поведінка людини, яка формується під впливом соціального оточення та внутрішніх процесів становлення людини. З іншого боку українські вчені висловлюють думку про те, що велику роль у підвищенні самоактуалізації відіграє природній потенціал особистості, який може в супутніх умовах актуалізуватися, або навпаки в умовах дистресу блокуватися психікою людини [49].

Тоді до культурального чинника загального образу чоловіка додаються умови військового стану в країні, під час яких проводилося наше дослідження, тому цілком природною можна вважати реакцію чоловіків на ситуацію в країні, адже кожен з опитуваних респондентів потенційно готовий до мобілізації, тому зниження рівня креативності, можна пояснити стресом, в якому перманентно знаходяться наші досліджуванні.

За шкалою орієнтації у часі при порівнянні показників одного з аспектів самоактуалізації особистості між респондентами, що мають статус ТПО, і місцевими мешканцями достовірно ($p=0,01$, за критерієм Mann - Whitney) більш виражений у респондентів зі статусом ТПО (див. Додаток А (продовження), Рис. 2.2.3).

При психологічному супроводі тимчасово переміщених осіб спостерігалася ретравматизація актуальною травмою бойовими діями. Тому

тимчасово переміщеними особами життя сприймається як покладене на паузу, ця ланка суспільства перебуває в очікуванні кращих часів, коли закінчиться війна, і тоді можна буде повернутися до звичного ладу. Тому майже 60-70% ТПО живуть без роботи і не намагаються шукати будь-який спосіб самореалізації в очікуванні кращих часів. Тобто людина не живе сьогоденням, а відкладає його на «потім», живе спогадами минулого, шкодує за втраченим часом, майном, можливостями, роботою тощо, знаходить притулок у минулому [150]. Багато хто з тимчасово переміщених осіб не знайшли екзистенційну цінність життя «тут і тепер», не здатні насолоджуватися актуальним моментом, не порівнюючи його з минулими радощами, що цілком виправдано пережитими втратами.

За результатами дослідження достовірно різняться показники спонтанності ($p=0,006$, за критерієм Mann - Whitney) як одного з аспектів самоактуалізації особистості: у респондентів, що мають статус ТПО, значно менші показники у порівнянні з місцевими мешканцями (див. Додаток А (продовження), Рис. 2.2.4).

Здатність до спонтанності, яка формується впевненістю в собі при наявності довіри до навколишнього світу, була значно втрачена тимчасово переміщеними особами в наслідок пережитої травми військових подій, мотивація до спонтанної поведінки фрустрована неочікуваним військовим втручанням та його наслідками (реалістично побачені смерті людей втрата близьких, повне знищення будинків та інфраструктури, місяці, проведені в підвалах з дітьми та літніми людьми без води, світла та тепла, втрата базової потреби у фізичній та психічній безпеці). Такий аспект самоактуалізації, як спонтанність на момент дослідження (шостий місяць військового конфлікту) для соціальної групи зі статусом ТПО значно втратив свою актуальність [3].

Спонтанність формується цінностями свободи, природністю, грою, легкістю. Ці екзистенційні цінності та особистісні навички, очевидно, були значно «пошкоджені» травмою війни, котра все ще переживається.

В процесі дослідження стало відомо, що жіноча група респондентів

самоактуалізована за шкалами: ціннісно-смилова (20% вис. бал), креативності (45% вис бал) та орієнтація у хронологічному зрізі (15% вис. бал) де у жінок результати значно перевищують показники респондентів чоловічої статі. Причиною цього можуть бути психофізіологічні та соціально-рольові відмінності між чоловіками та жінками. Чоловіки за шкалами контактності, саморозуміння та орієнтації в часі продемонстрували показники високого балу в 5%. Показники місцевих мешканців як чоловіків так і жінок є вищими за показники тимчасово переселених осіб. Так до прикладу багато показників чоловіків місцевих мешканців на 20% є вищими за показники чоловіків ТПО, та лише по шкалам: погляд на природу людини та шкала контактності у чоловіків ТПО показники є вищими за показники місцевих мешканців, що можливо пояснюється обставинами, в яких опинилися чоловіки ТПО. У жінок тимчасово переміщених за шкалами цінності та гнучкості в спілкуванні теж спостерігається підвищення балів на відміну від місцевих жінок, що теж пояснюється суворістю пережитих обставин та скрутними умовами проживання.

Самореалізація особистості у наш час відбувається на тлі війни в Україні, яка на момент описання результатів дослідження тривала уже понад 250 днів. Це – мультитравматична ситуація, яка продовжується і здійснює величезний вплив на усіх жителів України і на всі сфери їхнього життя. При цьому важливо прослідкувати, як проявляється дана травма на рівні психологічних переживань. Майже всі респонденти травмовані новинами, або реальними подіями: втрата близьких чи знайомих людей, які або загинули, як мирні жителі східної частини України, або як учасники бойових дій, або перенесли важкі поранення. Більшість досліджуваних пережили травмівні події наступного характеру: важка хвороба близької людини, або своя; втрата житла; розлучення; нещасний випадок (автокатастрофа, стихійне лихо); мобілізація близької людини до лав ЗСУ та її участь у бойових діях (див. Додаток Б Табл. 2.2.3).

Ступінь й ефекти впливу актуальної травми війни на психічне здоров'я

респондентів вивчали за «Шкалою оцінки впливу травматичної події». За субшкалою «Вторгнення» на рівні високого балу на момент проведення дослідження зафіксовано 90% чоловіків ТПО; 60% чоловіків місцевих мешканців – разом – 75%; 90% жінок ТПО та 60% місцевих мешканок – разом – 75% (Див. Додаток, Таблиця). Цей показник свідчить про такий рівень впливу травматичної події, на якому обрані механізми психологічного самозбереження не витримують навантаження, ознакою є флешбеки, нав'язливі сни, кошмари, втрата здорового сну.

За субшкалою «Уникнення» спостерігається високий бал у респондентів чоловічої статі: 90% (ТПО), 80% (місцеві чоловіки) – загалом – 85%; серед жінок: 80% (ТПО), 90% (місцеві мешканки) – загальна кількість 85%. При такому високому рівні балів у респондентів симптоматичною ознакою може бути витіснення спогадів про травмуючу подію, з'являється апатія, втрачається інтерес до життя, знижуються творчі здібності.

За субшкалою «Фізіологічна збудженість» високий бал виявлено у 60% чоловіків ТПО, 80% місцевих мешканців, загальна кількість складає 70%; 70% у жінок ТПО, 50% місцевих мешканок, загалом 60% жінок мають ознаки збудження вегетативної нервової системи у формі безсонні; дратівливості; зниження концентрація уваги; спалахів гніву та інших афективних реакцій.

З рештою загальних показників нижнього, середнього та підвищеного прояву ознак ПТРС за дослідженнями по «Шкалі оцінки впливу» можна ознайомитися у Таблиці 2.2.4 (див Додаток Б (продовження), Таблиця 2.2.4.).

«Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Horowitz стала єдиною методикою, за якою спостерігалася відвертість чоловіків про їх травми. В своїх відповідях на запитання про пережиті травмивні події більш 80% респондентів чоловічої статі визнавали біль, якого вони зазнали під час війни через втрату близької людини, хворобу когось з рідних, втрату житла від бомбардувань, або участь близьких у бойових діях. За цією методикою показники жінок ТПО та чоловіків ТПО – однакові, така сама тенденція спостерігається і в показниках жінок та чоловіків місцевих жителів.

Показники по шкалах вторгнення та уникнення показали високі бали серед чоловіків ТПО - 90%, що на 10% перевищує показники жінок. Це єдина методика у нашому дослідженні, в якій чоловіки були щирими та відвертими у зізнанні свого болю, та високі бали (чоловіки ТПО – 90%, місцеві – 80%) за шкалою уникнення пояснюють дещо занижені результати, що ми отримали по решті методик, які будуть описані нами нижче. Якщо порівнювати показники переселених осіб з місцевими жителями як жіночої так і чоловічої статі, то тут показники на 30% нижчі за показники тимчасово переміщених осіб. Із спостережень під час дослідження фіксувалось підвищене фізіологічне збудження у осіб ТПО, яке було помітним у надмірної рухливості, реакціях на любі незначні подразники (гучні звуки, хлопок дверима), та на деякі слова, наприклад, одна респондентка зауважила, що вона не може чути, коли її називають «переселенка», вона надто роздратовано висловлювала цю думку, при цьому намагалася сховати свою слабкість за ригідністю в інтонації та жестах, та це звучало як образа на світ, який не зазнав цього болю. Також відмінністю при проведенні досліджень була явна підвищена конфліктність досліджуваних ТПО, агресивність, яку не в змозі були утримувати досліджувані під тиском пережитої травмивної події.

Висновки: З огляду на результати досліджень по самоактуалізації особистості треба відмітити, що жінки більш прагнуть до самоактуалізації, ніж чоловіки в порівнянні за всіма шкалами дослідження. За шкалою ціннісно-сміслової сфери ($p=0,0004$, за критерієм Mann - Whitney), креативності ($p=0,003$, за критерієм Mann - Whitney), що можна пояснити психофізіологічними відмінностями, культуральними спрямованостями та різними соціальними ролями.

За результатами дослідження можна сказати, що чоловіки тимчасово переміщені під впливом пережитого стресу значно відстають майже по всіх шкалах самоактуалізації від місцевих чоловіків, але за показниками шкал погляд на природу людини та контактність їх показники значно перевищують місцевих жителів. Схожа картина спостерігається і у жінок.

Майже за всіма шкалами показники жінок ТПО свідчать про те, що їх здатність до самоактуалізації дещо пригнічена в умовах стресу, але є дві шкали *цінності та гнучкості в спілкуванні*, за якими показники жінок тимчасово переміщених значно вищі за бали місцевих жительок, що обумовлено пережитими військовими подіями, ризиком для життя, переоцінкою цінностей та проживанням у МКП. Враховуючи вплив ретравматизації бойовими подіями осіб тимчасово переміщених, нами виявлено зниження показників за шкалою *орієнтація у часі* за критерієм Mann - Whitney ($p=0,01$) на відміну від місцевих жителів їх здатність жити в моменті «Тут і тепер» була порушена війною, а життя «зупинилося» в очікуванні кращих часів. Що також вплинуло на здатність до спонтанності тимчасово переміщених осіб, що обумовлено синдромом вивченої безпомічності через побачені реалії війни, та усвідомлену беззахисність людини в умовах надзвичайної загрози для життя. За шкалою оцінки впливу травмуючої події показники тимчасово переміщених осіб значно (30%) перевищують показники місцевих жителів. Та на відміну від результатів тесту САМОАЛ, показники жінок та чоловіків ТПО однакові, як і показники місцевих жителів чоловіків та жінок.

2.3. Характерні риси прояву дитячої травми й дезадаптивних схем структурної організації особистості в умовах воєнного часу

На підставі емпіричного дослідження, проведеного нами серед чоловіків та жінок середнього віку без урахування їх статусу, можна сказати, що показники жінок, які оцінюють наявність дитячих травм, значно перевищують показники чоловіків у Додатку А, Таблиця. Так, наприклад, травма «Відкинутого» (маска втікача), Травма «Покинутого» (маска залежний), Травма «Прийнятого» (маска мазохіст) – 100% чоловіків з обома статусами набрали низький бал. Жінки – 70% – мають підвищені показники; 15% – високий бал, що свідчить про наявність у них травми

«Відкинутого». Якщо порівнювати дві групи жінок з різними статусами ТПО та місцевих мешканок, то за статусними ознаками всього 10% відмінностей, де показники жінок ТПО вищі. Говорячи про групу досліджуваних чоловіків, можна стверджувати, що жодна травма у тесті «П'ять дитячих травм» Lise Bourbeau не була виявлена у чоловіків з високими показниками. Хоча не варто вважати, що досліджувані чоловіки не пережили дитячих травм взагалі. Швидше за все чоловіки, які відповідали на питання даного тесту, не мають достатньої навички рефлексії і тому наявність дитячих травм можна визначити, як латентне, і показники підвищених балів, які фіксуються у графі травм «Зради»: 50% серед місцевого населення та 70% - у ТПО, що у сумі формує 60% загальний показник чоловіків з обома статусами. І травма «Несправедливості» (маска ригідного) – підвищений бал набрали 100% опитаних місцевих чоловіків та 80% – чоловіків ТПО, що дає 90%. З чого можна зробити висновок, що серед опитаних нами чоловіків ця травма є основною, хоча і має латентну форму. У жінок ситуація сильно відрізняється через те, що жінки більш емоційні, більше схильні до самоаналізу та самостійного вивчення психології, чесніше у власних оцінках свого психічного стану, тому й результати мають промовисті показники. Високий бал у графі Травма «Зради» серед жінок ТПО лише на 10% вищий за 30%, набраних жінками зі статусом місцевих мешканок, травма «Несправедливості» набрала однакову кількість балів у жінок із різними статусами – 40%. Можна з упевненістю сказати, що покоління 70-80-х виховувалося в холодності, строгості і навіть затисненості, що чоловіки, що жінки, щоправда, із застереженням на то, що чоловіки швидше за маніфестують наявність латентної форми травми «Несправедливості» та травми «Зради». Так само в результаті отриманих результатів спостерігається тенденція наявності двох травм, і як стверджує Lise Bourbeau, травма «Зради» є у більшості випадків у тих респондентів, чий показники щодо травми «Несправедливості» теж перевищували норму: у 9 респондентів жінок із 20 опитаних, обом вищевказаним травмам високі показники. У 4 із

20 присутні парно травми «Покинутого» та травма «Приниженого»; у 4 з 20 пара травма «Знедоленого» та травма «Покинутого», що на практиці підтверджує, що спостереження Lise Bourbeau також актуальні і для України. Наочно можна побачити ці показники у Таблиці 2.3.1 (див. Додаток В).

Якщо статистично порівнювати відмінності досліджуваних показників прояву основних п'яти дитячих травм (за Lise Bourbeau) за статтю, то показники жінок значно ($p \leq 0,05$, за критерієм за критерієм Mann - Whitney) перевищують результати досліджень чоловіків. Таку різницю навряд чи можна пояснити відсутністю дитячих травм у осіб чоловічої статі, скоріш за все, це пояснюється запереченням існування травм, або дезадаптивних реакцій на травмуючі події [68]. З огляду на значні відмінності між чоловічою та жіночою когніцією, чоловіки більш схильні до логічного раціонального мислення. Тому під час емпіричного дослідження психологічні питання викликали складнощі у сприйнятті: по декілька разів перечитувалися чоловіками, викликали у них багато уточнюючих запитань. Відповіді формувалися з раціональної оцінки фактів, а не з усвідомлення своїх емоційних звичок та реакцій на певні подразники. Чоловіки докладали зусиль до спротиву власним переживанням, які викликали у них поставлені запитання, з метою зберегти свій внутрішній психічний потенціал. Взагалі заперечення, або невизнання, це обрана респондентами чоловічої статі копінгова стратегія [131], вона спостерігається у результатах дослідження та виявляється при порівнянні показників у рангових сумах основних п'яти дитячих травм (за Lise Bourbeau) між досліджуваними чоловіками і жінками (за критерієм Mann - Whitney) (див. Додаток В (продовження), Рис.2.3.1).

Дитяча психологічна травма зумовлює формування дезадаптивних схем поведінки особистості. І нам важливо було дослідити, як це виглядає у наших респондентів, які схеми у них домінують і як це проявляється у їхньому дорослому житті.

За результатами проведеного дослідження серед вибірки респондентів двох протилежних статей з різними статусами отримано наступні результати.

Схемний опитувальник Geoffrey Young показав результати того, що чоловіки незалежно від їхнього статусу місцеві жителі або тимчасово переселені особи не мають високих критичних балів, які оцінюють наявність дезадаптивних схем, але показники підвищеного рівня майже за всіма дезадаптивними схемами знову свідчать про можливу латентну форму.

Схема *Покинутості - Нестабільності* – 75% чоловіків обох досліджуваних груп продемонстрували підвищений показник балів, високий бал не виявлений. Серед жіночих груп, показники сильно відрізняються – жінки групи ТПО – 60% високий показник наявності схеми Покинутості-нестабільності, місцеві мешканки – 30% високих балів. Зріз середнього балу відрізняється на 10%, при чому місцеві жительки (40%) перевищують показники жінок ТПО (30%).

Схема *Недовіри - Очікування жорстокої поведінки*: показники чоловіків ТПО по цій дезадаптивній схемі на 20% (80%) перевищують показники чоловіків місцевих жителів (60%), у разі, якщо підвищений бал розглядати, як латентну форму прояву недовіри, то 70% чоловіків загалом мають ознаки наявності схеми Недовіри та очікування жорстокої поведінки. У жінок групи ТПО – 60% - високі бали, місцеві мешканки – 50%. Підвищенні показники – 30% ТПО и 50% - місцевих мешканок. Загалом більш ніж половина жінок від всієї кількості опитаних, мають недовіру та очікують жорстку поведінку, про що свідчить високий бал – 55%. Загальний підвищений бал серед жінок складає 40%.

Схема *Емоційної депривованості* – підвищений бал з різницею в 20%: чоловіки ТПО – 70%, місцеві – 90%. Жінки: високі бали: ТПО – 40%, місцеві – 30%; підвищенні – ТПО – 50%, місцеві 40%. В підсумку – 35% всіх жінок емоційно депривовані та мають високий бал.

Наступна схема, до розгляду – *Дефективності - Сором'язливості*: чоловіки ТПО – 70% підвищений бал, місцеві мешканці – 60%, різниця складає 10%. Жінки на відміну від чоловіків показали підвищенні бали: ТПО жінки – 30%, місцеві мешканки – 20%; підвищенні показники: жінки ТПО –

60%, місцеві – 40%. Якщо порівнювати чоловіків та жінок, то показники дещо відрізняються. Загалом чоловіки не відчують себе сором'язливими та показали 0% високого балу, 25% жінок продемонстрували сором'язливість; підвищений бал: чоловіки загалом – 65%, жінки – 50%.

По схемі *Соціальної відчуженості* підвищенні показники - чоловіки ТПО – 60%, місцеві – 50%; жінки ТПО – 80%, місцеві мешканки – 60%. Високий бал в жіночому зрізі: 20% - ТПО, 30% - місцеві мешканки, чоловіки – 0%. Загалом соціально відчуженими з критично високими показниками є жінки – 25%; підвищенні показники: чоловіки – 55%, жінки – 70%.

Схема *Залежності – Безпорадності* підвищений бал: серед чоловічої групи ТПО – 80%, чоловіки місцеві мешканці – 100%, жінки ТПО – 80%, місцеві – 70%. Високий показник по цієї схемі у жінок ТПО та місцевих мешканок складає 10%, чоловіки – 0%. Загалом чоловіки – 90% підвищений бал, що можна рахувати латентною безпорадністю, жінки – 75%; високий в жіночому зрізі – 10%, чоловіки відверто не рахують себе безпорадними – 0%.

Схема *Вразливості*. Показник місцевих чоловіків (80%) на 10% вищий за чоловіків ТПО (70%); схожа картина спостерігається і серед жінок: жінки місцеві (70%) на 10% більш вразливі на відміну від жінок ТПО (60%). Загалом чоловіки – підвищений бал – 75%; жінки – 65%, але серед жіночих груп виявлений високий бал – 25% на загал.

Схема *Заплутаності - Нерозвиненої ідентичності* чоловіки ТПО та місцеві мешканці мають однакову ознаку наявності цієї схеми – 70%, що в загальному теж буде складати 70%. Високі бали виявлені у жінок ТПО – 50%, у місцевих – 10%, загалом у обох жіночих груп – 30%. Підвищений бал: жінки ТПО – 50%, місцеві мешканки – 60%. Загальний бал підвищеного рівня обох жіночих груп – 60%.

З ознаками наявності схеми *Неуспішності* підвищеного рівня виявлено 80% чоловіків ТПО та 70% місцевих чоловіків, що загалом складає – 75%. Високий бал у жіночих групах: жінки ТПО – 10%, місцеві мешканки – 20%, загалом – 15%. Підвищенні бали мають 60% - жінки ТПО та 50% місцеві

жительки, загальний показник по підвищеним балам обох жіночих груп складає – 55%. У загальному порівнянні чоловіків (75%) та жінок (55%) – різниця складає 20% по підвищеному показнику, та на відміну від чоловіків жінки продемонстрували високий бал, який встановив 15%, чоловіки 0%.

Схема *Привілейованості – Грандіозності* показники підвищених балів чоловіків обох груп складають 80%, що у загальному дає такий самий відсоток. Підвищений бал у жінок ТПО – 70%, місцевих – 60%, загалом – 65%. Високий бал складає 30% - жінки ТПО та 40% - місцевих мешканок, загалом – 35%. У порівнянні з групами чоловіків, які незмінно демонструють латентну форму прояву у схеми Привілейованості-Грандіозності також, як і у всіх інших схемах, жінки мають високі показники – 35%.

Схема *Недостатності самоконтролю*. Підвищений бал чоловіки ТПО – 70%, місцеві – 80%, у загальному – 75%, високого показнику не виявлено. Підвищений бал жінки ТПО – 60%, місцеві – 50%, загальний показник – 55%. Високий бал Недостатності самоконтролю – жінки ТПО – 10%, місцеві мешканки – 20%, загальна кількість – 15%.

Схема *Покірності* – підвищений показник балів чоловіки ТПО – 60%, місцеві – 80%, загалом – 70%, високий бал не виявлений. Підвищений бал серед жіночих груп складає: 70% - жінки ТПО, 80% - місцеві мешканки, загалом – 75%. Високі показники: 30% - жінки ТПО та 10% - місцеві, загалом це складає 20% обох жіночих груп.

Схема *Самопожертви* – підвищений бал: чоловіки ТПО – 80%, чоловіки місцеві – 90%, у загальному це 85% чоловіків обох груп. Підвищений бал для жіночих груп: жінки ТПО – 60%, місцеві – 80%, загальна сума складатиме – 70%. Високий бал виявлений серед жінок ТПО – 30%, місцевих – 20%, загальна кількість – 25%.

Схема *Пошуку схвалення* – підвищений бал виявлений у обох чоловічих груп – 90%, що у загальному показнику теж складатиме – 90%. Підвищений бал серед жінок: група ТПО – 90%, група місцевих мешканок – 50%, загалом

обох жіночих груп – 70%. Високі показники: жінки ТПО – 10%, місцеві – 40%, у сумі – 25%.

Схема *Негативізму - Песимізму* – підвищений бал чоловіки: ТПО – 90%, місцеві – 100%, загально – 95%. Підвищенні показники серед обох жіночих груп складають 40%. Високі бали: жінки ТПО – 50%, місцеві – 30%, загальна кількість наявності схеми Негативізму-Песимізму високий бал серед жінок – 40%. Що розюче відрізняє жіночу групу віж чоловічої з різницею у 40%.

Схема *Придушення емоцій*. Чоловіки обох груп мають 100% підвищений показник. Жінки ТПО – 70% та жінки місцеві мешканки – 90% - підвищенні показники, що у загальному складатиме – 80%. Високі показники: жінки ТПО – 30%, жінки місцеві – 10%, загальна сума – 20%.

Схема *Жорстоких стандартів - прискіпливості*: чоловіки обох досліджуваних груп одногосно продемонстрували 100% підвищених балів. У жінок підвищенні показники становлюють: 30% - жінки ТПО та 60% - місцеві жінки, загальний показник підвищених балів - 45%. Високі бали серед жіночих груп: 70% - жінки ТПО, 20% - місцеві мешканки, що у сумі складає – 45%.

Схема *Пунітивності* – тобто впевненості в тому, що кожен вчинок має бути покараним. Чоловіки: підвищений бал – 100%. Жінки підвищений бал: ТПО – 60%, місцеві – 40%, загальна кількість підвищеного показника – 50%. Високі бали у жінок ТПО – 30%, місцевих мешканок – 10%, разом 20%.

Чоловічі та жіночі показники зведено у дві таблиці, див. Таблиця 2.3.2 і Таблиця 2.3.3. (див. Додаток В (продовження Таблиця 2.3.2); див. Додаток В (продовження Таблиця 2.3.3))

Результати статистичного аналізу за допомогою критерію Mann - Whitney для двох незалежних вибірок показали, що за показниками шкал: Недовіри-Очікування жорсткої поведінки, Емоційної депривованості, Дефективності-Сором'язливості, Неуспішності, Привілейованості-Грандіозності, Самопожертви у рангових сумах прояву дезадаптивних схем

за (Geoffrey Young) між досліджуваними жінками та чоловіками є достовірні відмінності. З огляду на те, що у сучасному суспільстві жінки є більш відкритими до психологічної самоосвіти, самопізнання та самоусвідомлення під впливом життєвих обставин (народження дитини, як досвід перинатальної психології, виховання дітей - безпосередній контакт з психологічною службою дитячого садочку, або школи, читання літератури психологічного напрямку для самовдосконалення у якості вихователя). Все це робить жінку психологічно досвідченою самоусвідомленою [68]. Недовірливе ставлення чоловіків до психології пов'язане з культуральними стереотипами, сформованими в нашому суспільстві в часи радянського союзу, в яких психолог дорівнюється лікарю психіатру, та в його послугах потребують душевно хворі люди (див. Додаток В (продовження)Рис. 2.3.2).

У тимчасово-переміщених осіб спостерігаються значущо вищі показники ($p=0,02$) за такою дезадаптивною схемою (за Geoffrey Young) як пунітивність (див. Додаток В (продовження) Рис. 2.3.3). Практикою психологічного супроводу підтверджена гіпотеза про те, що пережита травма втрати житла, навіть якщо житло тимчасово залишене, але не зруйноване остаточно, втрата базової потреби бути захищеним та мати фізичну та психічну безпеку, обумовлену ризиком для життя, пережитими бомбардуваннями та тривалим перебуванням у бомбосховищах, в підвалах без життєво необхідних продуктів харчування та води, ризик втрати близької людини, втрати власного життя – цей досвід вплинув на сприйняття життя, як на суворе покарання за будь-які помилки. В наслідок хронічного стресу тимчасово переміщені особи більш схильні до прояву гніву та нетерпіння до самих себе та інших людей, в разі, якщо оточуючи не відповідають стандартам очікування. Особистість, яка пережила травмуючі події, не знаходить у своїй свідомості пом'якшуваних обставин, які допомогли би припустити людську недосконалість, вона не нездатна прийняти її, втрачаючи співчуття до себе та інших та маніфестує непростення помилок собі та іншим 9, 10,13, 16, 19]

Geoffrey Young вибірково об'єднав усі 18 схем за змістом у п'ять доменів, тому отримані статистичні данні по результатам дослідження дезадаптивних схем ми об'єднали в середнє арифметичнє результатів % по кожній групі схем, що дало наступну інформацію.

I Домен підвищенні показники: чоловіки ТПО мають 72%. Разом чоловіки обох груп мають підвищений бал - 70%. Високий бал мають лише жінки: ТПО – 42%, місцеві – 32%, загальна сума високого балу у I Домені складатиме 37%. Підвищений: жінки ТПО – 50%, місцеві – 46%; разом – 48% (Див. Додаток, Таблиця).

Домен II: загальний відсоток чоловіків з підвищеним балом – 77,5, чоловіки ТПО – 75%, місцеві – 80%. Жіночі показники мають високі бали: жінки ТПО – 25%, місцеві – 15%, загальний високий показник жіночих груп складає – 20%. Підвищений бал серед жінок ТПО – 62,2%, місцевих – 65%, загальна кількість жінок з показником підвищеного балу – 63,75% (Див. Додаток, Таблиця).

Домен III: підвищений показник в групі чоловіків ТПО – 75%, місцевих – 80%, загальна сума складає – 77,5%. У порівнянні з підвищеним балом жіночих груп: жінки ТПО – 65%, місцеві – 55%, що у підсумку обох досліджуваних груп складає – 60%. Відмінність між чоловіками та жінками складає 17,5%. Високий бал було виявлено лише серед жінок: жінки ТПО – 20%, місцеві – 30%, що в сумі дає – 25% серед жінок обох груп (Див. Додаток, Таблиця).

Домен IV. Високий бал у чоловіків не був виявлений. Підвищений бал складає: чоловіки тимчасово переселені – 76,6%, місцеві – 86,6%, загальна кількість у відсотках становлює – 81,6. Серед досліджуваних груп жінок підвищений бал мають: жінки ТПО – 73,3%, місцеві – 70%, загальна сума – 71,6%. Високий бал було виявлено у жінок ТПО та місцевих мешканок – 23,4%, що у підсумку показників обох груп складає 23,4% (Див. Додаток, Таблиця).

Домен V. Підвищені показники: чоловіки ТПО – 97,5%, місцеві – 100%, загальний відсоток – 98,75%. У жінок підвищені бали: жінки ТПО – 50%, місцеві мешканки – 57,5, загальна кількість у відсотках – 53,75%. Високий бал серед досліджуваних жіночих груп: жінки ТПО складає 45%, місцеві мешканки – 17,5%, загальна сума – 31,25% (див. Додаток В (продовження), Табл. 2.3.4 і 2.3.5).

Кожен з п'яти доменів Geoffrey Young за описаними їм ознаками співпадають з описом «П'яти травм» Lise Bourbeau. Тому наступні статистичні підрахунки поєднанні у Таблиці для подальшого порівняння результатів дослідження кожної з п'яти травм Lise Bourbeau з показниками відповідного до неї домену (за Geoffrey Young).

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методиками П'ять травм Lise Bourbeau - Травми «Відкинутого» (що за описом відповідає I Домену за Дезадаптивними схемами Geoffrey Young) з I Доменом (див. Додаток В (продовження) Табл. 2.3.6). За результатами дослідження травми «Відкинутого», 100% чоловіків обох груп з різними статусами демонструють низький бал, на відміну від показників, отриманих за методикою дезадаптивних схем Geoffrey Young. Опитувальник «П'ять травм» Lise Bourbeau за рівнем формулювання питань більш доступний для фахівця психології, який може скласти психологічний портрет особистості, яку консультує, з якою працює, критично відповідаючи на питання, в яких закладена поведінкова або реактивна ознака наявності травми. Наша практика показала, що пересічному респонденту для проходження опитування за цією методикою треба мати високий рівень рефлексії та сомоусвідомленості, щоби достовірно відповідати на питання, сформовані Lise Bourbeau. Питання, які розроблені Geoffrey Young мають більш уточнюючий характер, варіативно повторюються та створюють для респондента лінгвістичну «пастку», яку важче уникнути, що за нашим

практичним спостереженням гарантує точніші результати. Тому підвищені показники чоловіків ТПО I Домену мають 72%, місцевих чоловіків – 66%, та разом складають 70%, хоча стриманість у відвертому оцінюванні себе чоловіками все ж зберігається. У порівнянні результатів двох жіночих груп. Високі бали жінки ТПО: травма «Відкинутого» – 0%, тоді як I Домен за (Geoffrey Young) – 42%; місцеві мешканки травма «Відкинутого» - 10%, I Домен (за Geoffrey Young) – 32%.

Травми «Покинутого» (Lise Bourbeau), яка за описом співпадає з II Доменом (Geoffrey Young), підвищені показники респондентів чоловічої статі: ТПО – 10% (Lise Bourbeau) - 75% (за Geoffrey Young); місцеві чоловіки – 0 (Lise Bourbeau) - 80% (за Geoffrey Young). Серед жінок обох груп підвищені показники: жінки ТПО – 70% (Lise Bourbeau) - 62,5% (за Geoffrey Young), місцеві мешканки – 60% (Lise Bourbeau) – 65% (за Geoffrey Young). Результати досліджень серед жінок також показали наявність високого балу за опитувальником Geoffrey Young: ТПО – 25%, місцеві – 15%, хоча дослідження травми «Покинутого» (за Lise Bourbeau) – не показало жодного високого результату (див. Табл. 2.3.7).

Травми «Приниженого» (Lise Bourbeau), яка за описом співпадає з IV Доменом (Geoffrey Young), підвищені показники респондентів чоловічої статі: ТПО – 0% (Lise Bourbeau) – 76,6% (за Geoffrey Young); місцеві чоловіки – 0 (Lise Bourbeau) – 86,6% (за Geoffrey Young), виявлений високий бал (за Geoffrey Young): лише у чоловіків місцевих мешканців – 3,4%. Серед жінок обох груп підвищений бал у порівнянні показників двох методик: жінки ТПО – 90% (Lise Bourbeau) – 73,3% (за Geoffrey Young), місцеві мешканки – 60% (Lise Bourbeau) – 70% (за Geoffrey Young). Результати досліджень серед жінок також показали наявність високого балу за опитувальником Geoffrey Young: ТПО – 23,4%, місцеві – 23,4%, хоча дослідження травми «Покинутого» (за Lise Bourbeau) – не показало жодного високого результату (див. Додаток В (продовження) Табл. 2.3.8).

Травми «Зради» (Lise Bourbeau), яка за описом співпадає з III Доменом

(Geoffrey Young), підвищені показники респондентів чоловічої статі: ТПО – 70% (Lise Bourbeau) – 75% (за Geoffrey Young); місцеві чоловіки – 50% (Lise Bourbeau) – 80% (за Geoffrey Young), виявлений також високий бал (за Geoffrey Young): лише у чоловіків місцевих мешканців – 5%. Серед жінок обох груп підвищений бал у порівнянні показників двох методик: жінки ТПО – 60% (Lise Bourbeau) – 65% (за Geoffrey Young), місцеві мешканки – 60% (Lise Bourbeau) – 55% (за Geoffrey Young). Результати досліджень серед жінок також показали наявність високого балу за двома опитувальниками: ТПО – 40% (Lise Bourbeau) – 20% (за Geoffrey Young), місцеві – 30% (Lise Bourbeau) – 30% (за Geoffrey Young) - див. Додаток В (продовження) Табл. 2.3.9).

Травми «Несправедливості» (Lise Bourbeau), яка за описом співпадає з V Доменом (Geoffrey Young), підвищені показники респондентів чоловічої статі: ТПО – 80% (Lise Bourbeau) – 97,5% (за Geoffrey Young); місцеві чоловіки – 100% (Lise Bourbeau) – 100% (за Geoffrey Young), високий бал не виявлений. Серед жінок обох груп підвищений бал у порівнянні показників двох методик: жінки ТПО – 40% (Lise Bourbeau) – 50% (за Geoffrey Young), місцеві мешканки – 40% (Lise Bourbeau) – 57,5% (за Geoffrey Young). Результати досліджень серед жінок також показали наявність високого балу за двома опитувальниками: ТПО – 40% (Lise Bourbeau) – 45% (за Geoffrey Young), місцеві – 40% (Lise Bourbeau) – 17,5% (за Geoffrey Young), - див. Додаток В (продовж.) Табл. 2.3.10).

З огляду на результати чоловіків ТПО та місцевих мешканців, єдиний показник наявності високого балу в IV Домені (за Geoffrey Young) – 3,4% у місцевих мешканців чоловічої статі. Загалом у чоловіків не виявлено високих балів, які би свідчили про яскраву наявність ознак дезадаптивних схем, дитячої, або актуальної травми, хоча за статистичними показниками «Шкала оцінки впливу травматичної події» (за М. Horowitz) 80% представників обох чоловічих груп пережили травмуючі події, 90% чоловіків ТПО та 80% місцевих чоловіків мають ознаки впливу травматичної події, але за цією ж

шкалою 85% чоловіків представників обох груп обрали тактику уникнення [17, 8, 5]. Чоловіча категорія обраних нами респондентів не схильна до спогадів та обговорення подій травматичного характеру, вони обирають уникати спогадів про пережиті ситуації, що нагадують стресогенні події, людей, місць, розмов, які можуть нагадати про травму, витіснення спогадів про найважливіші моменти травмуючої ситуації [104].

З огляду на всі отриманні нами результати, можна зробити висновок, що тест «П'ять травм» Lise Bourbeau потребує від респондента високого рівня самоусвідомлення та рефлексії, тому що за змістом вони співпадають опису п'яти доменів дезадаптивних схем Geoffrey Young, але за результатами дослідження ми бачимо, що по п'яти травмах результати нижчі майже по всіх шкалах у всіх респондентів, що можна пояснити великою кількістю уточнюючих запитань тесту дезадаптивних схем, які за змістом не описують на пряму відхилення від загально прийнятої близької до ідеальної норми поведінки, або образу людини, наприклад: прагнення фізично чіплятися за інших (чіпати, торкатися, поправляти) і так далі, - таке питання одразу порушує ідеалізовану уяву індивіда про себе та запускає модель блокади та самозахисту, в результаті дослідник отримує заперечення замість достовірної інформації про досліджуваного. Прямі питання «П'яти травм» скоріш розраховані на відповідь фахівця, ніж на респондента. Тому за результатами досліджень за Geoffrey Young по всіх шкалах спостерігається наявність високих (в основному серед жіночих груп) та підвищених балів (серед всіх респондентів) на відміну від «П'яти травм». Треба зауважити, що по п'ятому Домену (за Geoffrey Young), як і по травмі «Несправедливості» (Lise Bourbeau), було зафіксовано найвищі показники як серед чоловіків ТПО та місцевих мешканців, так і серед жінок обох соціальних груп різних за статусом. Цю травму можна рахувати нашою національною відмінністю, як спадщину від сталінських часів, яка ще досі залишає свій слід у нашої ментальності.

Також можна зауважити, що жіноча частина досліджуваних у наслідок

психофізіологічних відмінностей емоційніша за чоловіків, що спостерігається по всіх результативних показниках всіх діагностичних методик в частині дослідження психотравм, окрім «Шкали вторгнення травмуючої події», за якою показники обох жіночих груп (ТПО та місцеві мешканки) не відрізняються наявністю високих та підвищених балів від груп чоловіків, не зважаючи на те, що питання за цією шкалою теж відверті, але вони більше стосуються фізичного стану та психічних реакцій на травмуючі події, що не змушує досліджуваного піддавати сумнівам своє психічне здоров'я на відміну від тесту за Lise Bourbeau та опитувальника за дезадаптивними схемами Geoffrey Young. А відтак можна припустити, що отриманні нами показники за методиками Lise Bourbeau та Geoffrey Young дещо занижені. За відсутністю високих показників, підвищений бал у чоловічих груп може свідчити про латентну наявність психотравм та дезадаптивних схем. Явну відмінність у показниках серед жінок та чоловіків можна пояснити тим, що жіноча частина суспільства більш психологічно розвинена, самоусвідомлена та має рефлексивні навички, що викликано відповідальністю жінки за майбутні покоління, яка покладається на неї у ідентичності матері, за рахунок чого жінка вимушена цікавитись психологією, як наукою.

З огляду на всі отриманні нами результати, можна зробити висновок, що тест «П'ять травм» Lise Bourbeau потребує від респондента високого рівня самоусвідомлення та рефлексії. Зміст питань самої анкети «П'ять травм» був важким для сприйняття середньостатистичного респондента. А отже і результати досліджень по цієї методиці були нижчими в порівнянні з результатами за методикою дезадаптивних схем Geoffrey Young, хоча за кількістю описаних травм та їх змістом вони схожі.

Методика П'ять травм Lise Bourbeau. За результатами спостережень у жінок тимчасово переміщених у зв'язку із пережитими подіями військового вторгнення в Україну актуалізувалися дитячі травми відкинутого, покинутого та приниженого, це спостерігається в тенденції підвищення

показників по цим шкалам. Серед отриманих результатів чоловіків ТПО та місцевих мешканців переважає діада травм несправедливості та зради. Дещо схожа картина спостерігається у жінок, але у них по цих самих дитячих травмах в поєднанні із травмою покинутого зафіксовані критично високі показники.

Треба зауважити, що зріз показників по травмі «*Несправедливості*» (Lise Bourbeau) та по п'ятому Домену (за Geoffrey Young) *Надмірна відповідальність та жорсткі стандарти*, було зафіксовано найвищі показники як серед чоловіків ТПО та місцевих мешканців, так і серед жінок обох груп різних за статусом. Цю травму можна рахувати нашою національною відмінністю, як спадщину від сталінських часів, яка ще 2022 році продовжує простежуватися у нашої ментальності.

За результатами спостережень та бесіди, можна зробити заключення, що наявність дитячих травм значно знижує психологічну стійкість особистості, та за умов пережитого стресу наявні дитячі травми актуалізуються, що підвищує вразливість індивіда та напряму впливає на його самоактуалізацію.

У порівнянні результатів двох методик п'ять травм (за Lise Bourbeau) та дезадаптивних схем Geoffrey Young, за якими у респондентів чоловічої статі не виявлено високих показників та на підставі результатів «Шкали впливу травмивної події», за якою навпаки високі бали чоловіків дещо перевищують показники жінок, можна стверджувати, що заперечення, або невизнання – це копінгова стратегія респондентів чоловічої статі, яка обрана ними для збереження резильєнтного потенціалу.

Підбиваючи підсумки, зауважимо: результати статистичного аналізу (за критерієм Mann – Whitney) показали, що за дезадаптивними шкалами: Недовіри-Очікування жорсткої поведінки, Емоційної депривованості, Дефективності-Сором'язливості, Неуспішності, Привілейованості-Грандіозності та Самопожертви у рангових сумах прояву дезадаптивних схем за (Geoffrey Young) між досліджуваними жінками та чоловіками є достовірні

відмінності вищих показників респондентів жіночої групи, що з приводу психофізіологічної конституції жінки обумовлено її емоційністю. Також є достовірні відомості про те, що в умовах війни шкала пунітивності у респондентів зі статусом ТПО має більшу актуальність у порівнянні з місцевими мешканцями.

РОЗДІЛ 3.

ВІДОБРАЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ У ПРОЦЕСІ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВПЛИВИ ВІЙНИ

3.1. Взаємозв'язок дитячої травми, дезадаптивних схем та самоактуалізації осіб середнього віку у контексті війни

Взаємозв'язок дитячої травми, дезадаптивних схем та самоактуалізації осіб середнього віку досліджувався за допомогою статистичного аналізу з використанням коефіцієнту рангової кореляції Спірмена. Пер за все нас цікавило питання про те, чи можна говорити про вікові зміни у переживанні травми та її наслідків для самоактуалізації. У свідомості пересічних громадян побутує уявлення про те, що «час лікує». Але чи завжди з часом, з віком людини її травма стає меншою?

Як видно з таблиці 3.1.1 (див Додаток Г), травма «Несправедливості» ($r_s=-0,32$) корелюється і схема «Жорстоких стандартів» ($r_s=-0,35$) мають зворотній зв'язок за віковими ознаками, у той час як вік має прямий зв'язок з такими шкалами самоактуалізації, як «автономність» ($r_s=0,33$), «саморозуміння» ($r_s=0,38$), «контактність» ($r_s=0,34$), «гнучкість у спілкуванні» ($r_s=0,38$). Що можна трактувати, як те, що в молодому віці дитячі травми актуальні та впливають на відношення індивіда до себе та до

соціуму, але в процесі дорослішання за рахунок переоцінки цінностей особистість змінює своє ставлення до батьків, дитинства та болю, який взяла із собою з минулого. З віком особистість заглиблюється в пізнання себе та самоактуалізується (див. Додаток Г (продовження), Рис. 3.1.2.) [30].

Загалом отриманні нами показники коефіцієнту кореляції (за критерієм рангової кореляції *Spirmena*, r_s) показників психодіагностики респондентів за методиками *Lise Bourbeau* і *Geoffrey Young*, показують логічну узгодженість даних, що підтверджує достовірність отриманих нами результатів та обґрунтованість висновків (див. Додаток Г, Табл. 3.1.2).

Оскільки маємо пряму кореляцію дитячої травми лише зі симптомами збудження як наслідками актуальної травми, то, можемо зробити висновок проте, що дитяча травма насамперед формує готовність людини до надмірного реагування на травмивні події, її настороженість, тривожність як рису особистості. Відповідно, чим обширніша й глибша дитяча травматизація, тим більш готовою є людина сприйняти актуальну травму (війну у нашому випадку) як катастрофічну подію, більше збудження це у неї викликатиме, і важче буде це надмірне збудження подолати, бо воно буде актуалізувати дитячі травми (див. Додаток Г (продовження) Табл. 3.1.3).

Як показує кореляційний, самоактуалізація взаємопов'язана із наслідками дитячих і актуальних травм дуже неоднозначно. З одного боку, деякі аспекти самоактуалізації зростають у взаємозв'язку із підсиленням деяких наслідків дитячих травм у вигляді формування дезадаптивних схем поведінки і наслідків переживання актуальної травми. Так, спостерігається достовірною пряма кореляція між загальним показником самоактуалізації і такими дезадаптивними схемами (за *Geoffrey Young*) як самопожертва ($r_s=0,33$) і пошук схвалення ($r_s=0,33$). Якщо розглядати схему Самопожертва, то слід сказати, що вона набирає дисфункціональних чинників у разі, коли призводить до проблем у житті, коли на її тлі виникають соматичні симптоми, або руйнуються особисті стосунки індивіда, коли схема призводить до емоційної депривованості. Але з культуральної та релігійної

точки зору Самопожертва набуває особливої цінності, а відтак є метою самовдосконалення для багатьох віруючих людей [12, 26]. Для деяких особистостей Самопожертва стала причиною вибору професії за класифікацією людина-людина: лікар, вчитель, психолог, волонтер, військовий, що напряду дає можливість при наявності схеми Самопожертви самоактуалізуватися в своєму покликанні. На відміну від схеми Пошуку схвалення, яка спрямовує людину на те, щоби отримувати схвалення від сторонніх людей, але ця мета не мотивована бажанням допомогти або забезпечити комфорт іншим, саме ця схема стимулює особистість до конструктивних дій, або вчинків, якщо не заглиблюватись саме в наміри такої людини [6].

Такий аспект самоактуалізації як цінності достовірно прямо корелює з проявами таких дезадаптивних схем як емоційна депривованість ($r_s=0,33$), самопожертва ($r_s=0,32$), пошук схвалення ($r_s=0,41$). Емоційна депривованість формує шизоїдний тип особистості, це люди, які багато часу проводять на самоті, а для спілкування обирають те, що не завдасть шкоди: самопізнання, музику, книги, що стає копінговими стратегіями в системі уникнення ретравмуючої комунікації з соціумом. Люди такого типу глибокі, освічені, вони не зупиняються у пошуках нових знань, у самовдосконаленні, творчому прояві себе, що за А. Maslow є ознакою особистості, яка прагне до гармонійного буття та самоактуалізації. З тієї ж самої причини потреба у пізнанні як рушійна сила самоактуалізації зростає у взаємозв'язку з підсиленням таких дезадаптивних схем як емоційна депривованість ($r_s=0,53$), дефективність-сором'язливість ($r_s=0,49$), соціальне відчуження ($r_s=0,33$), самопожертва ($r_s=0,38$). Вище перелічені ознаки дезадаптивних схем нами вже були розкриті, тому зосередимо увагу лише на схемі Дефективності, яка змушує особистість ставитися до себе з надмірною критикою і вважати свою індивідуальну характеристику вкрай негативною, що також як і у наявності схем соціального відчуження, емоційної депривованості, призводить до уникнення близьких відносин, де оточуючим можуть відкритися недоліки, в

наявності яких носії цих схем впевнені.

Креативність як прояв самоактуалізації підсилюється у прямому взаємозв'язку з недовірою-очікуванням жорстокої поведінки ($r_s=0,38$), емоційною депривованістю ($r_s=0,57$), дефективністю-сором'язливістю ($r_s=0,48$), соціальним відчуженням ($r_s=0,34$), привілейованістю-грандіозністю ($r_s=0,34$), самопожертвою ($r_s=0,32$), пошуком схвалення ($r_s=0,54$), як дезадаптивними стратегіями. Узагальнена картина виглядає, як прямий взаємозв'язок креативності з майже усіма дитячими травмами (за Lise Bourbeau), окрім травми покинутого (див. Рис. 3.1.1). Для осіб, які мають перелічені вище травми, на відміну від «залежного», творчість - це копінгова стратегія вижити, для «залежного» чи не єдиною копінговою стратегією є об'єкт іншої людини поруч. Залежний відчуває себе за умови присутності поруч іншої особи в безпеці, в протилежному випадку він переживає реакцію «замри», такий собі емоційний «ступор» - захисним механізмом такого стану є вимкнути свою свідомість, щоб не відчувати болю, а отже в такому стані людина позбавляється активності, яка необхідна для того, щоби відшукати копінгову стратегію. Травма покинутого (маска залежного) змушує людину висловлювати себе через інший об'єкт. Viktor Frankl якось сказав, що він намагається не заключати психотерапевтичних угод з особами, які знайшли та реалізували себе у творчості, тому що зцілююча психотерапевтична інтервенція може призвести до втрати творчої ідентичності пацієнта. Чим це пояснюється? Під час нестерпного болю, (адже травма – це біль, якого більше терпимої міри), та під час самотності, заручником якої стає травмована людина (по причині багатьох чинників: зневіри в людей, внутрішнього сорому, страх відкриватися, бути осміяним) - творчість, допомагає позбавитись болю, висловлюючи його в художній формі, не даремно арт-терапія стала такою популярною серед психологів та психотерапевтів, які працюють з кризовими станами травмованих, або ретравмованих осіб під час повномасштабної російської воєнної агресії. Людина сублімує свій біль у творчу форму. Таким чином арт-терапія

допомагає особам в моделі блокади висловити свій біль за допомогою творчості. Але якщо людина сублімувала свій біль у творчість до психотерапії, і це було для неї чи не єдиною можливістю позбавитися болю, після проходження психотерапії, вона зцілюється, а коли біль зникає, не залишається потреби у творчості, хоча креативна здатність особистості залишається. Таким чином, можна погодитись із Viktor Frankl в тому, що травма у позитивному сенсі стимулює самоактуалізацію в більшості травм за Lise Bourbeau (Див. Додаток Г (продовження) Рис.3.1.1.) [14].

Орієнтація у часі як показник самоактуалізації погіршується у той час, коли підсилюються такі дезадаптивні схеми як покинутість-нестабільність ($r_s=-0,33$), вразливість ($r_s=-0,34$). Коли особистість формується в умовах емоційно-психологічного дефіциту, коли середовище, в якому вона зростає, травмуюче, токсичне, непередбачуване з загрозою для життя, в ньому відсутня стабільність, та сама по собі наявність травми призводить до великого розриву у особистості між тілом та думками, між реальністю та фантазійним світом, в якому вона ховається від потенційної загрози, тому ці чинники напряду призводять до втечі від «тут і тепер», адже у дитинстві, коли формувалися ці дезадаптивні схеми, «тут і тепер» ставалося лише «погане» [168].

Погляд на природу людини зазнає негативних змін тим сильніше, чим більше проявляється така схема як залежність-безпорадність ($r_s=-0,33$) – вище ми вже торкалися травми покинутого з маскою «залежного», та з огляду на ознаки цієї дезадаптивної схеми, особа, яка ховається від загроз зовнішнього світу в іншій особі, апріорі не може вірити в над здібності людини, адже вона сама позбавлена сили, для неї єдиною силою виступає хтось інший, але не вона. Автономність знижується у взаємозв'язку із підсиленням неуспішності ($r_s=-0,44$), тому що автономність, яка формується у віці від 1 до трьох років забезпечує надбання у вигляді сильної волі через дорослих членів сім'ї; у віці від 3 до 7 років – навичка «вчитися» забезпечує надбання ініціативи, через однолітків; від 7 до 12 років - навичка вчитися – надбання почуття

компетентності. Якщо конструктивний ланцюжок навичок та надбань в період вікової кризи замінюється негативним, то і навички набуваються з ознакою мінус: замість сильної волі – слабка; замість ініціативності, цілеспрямованості – почуття провини, пасивність; замість почуття компетентності – невпевненість в собі, згідно вікової періодичної таблиці криз. А відтак Неуспішність має прямий зв'язок з автономністю [33].

Спонтанність погіршується з підвищенням інтенсивності цілого комплексу дезадаптивних схем: покинутості-нестабільності ($r_s=-0,32$), недовіри-очікування жорстокої поведінки ($r_s=-0,39$), заплутаності-нерозвиненості ідентичності ($r_s=-0,53$), неуспішності ($r_s=-0,40$), пригнічення емоцій ($r_s=-0,32$), пунітивності ($r_s=-0,31$), а у більш узагальненому сенсі - з вираженістю травми приниженого ($r_s=-0,32$). Шкала Спонтанності вимірює здатність індивіда спонтанно та безпосередньо висловлювати свої почуття, поводитись природно, розкуто демонструвати оточуючим свої емоції. Спонтанність – це вміння усвідомлювати власні почуття та те, якою мірою вони проявляються у поведінці [172]. Наведені вище дезадаптивні схеми формуються в умовах, де емоційно проявляти свої почуття небезпечно, де дитина з метою самозбереження забороняє собі відчувати, тому в дорослому віці такі особи виглядають, як позбавлені емоційного інтелекту. Їм важко призначати імена своїм емоційним станам, вони звикли до копінгової стратегії втікача, тому саме здатність називати свої почуття у таких індивідів можна рахувати великою перемогою [131, 167].

Аутосимпатія як прояв самоактуалізації обернено корелює з привілейованістю-грандіозністю як дезадаптивною схемою ($r_s=-0,36$). Схема привілейованості-грандіозності своєю наявністю характеризує нарцисичні ознаки особистості, які формуються потуранням усім забаганкам дитини, виникає перекося, в час, коли дитина потребує самостійності, для надбання необхідних навичок, нею гіперопікуються, потім, коли настає час демонстрації власних дитячих вмінь в групі однолітків, дитина розуміє, що вона їх не має на відміну від оточуючих дітей у садку, так з'являються перші

ознаки неповноцінності, а втім злості на оточуючих, деструктивні заздрощі і як гіперкомпенсація, яка стає альтернативою болісному позору, самоізоляція від інших. З боку виглядає така людина самозакоханою, але насправді вона не знає себе, далека від здорової аутосимпатії [167]. Також ми бачимо, що такий аспект самоактуалізації як саморозуміння погіршується у взаємозв'язку майже з усіма дитячими травмами, окрім травми зрадженого (див. Додаток Г, Рис. 3.1.1). Всі перелічені травми, окрім травми «Зради» за (Lise Bourbeau) примушують індивіда створювати маску, тривалий час підтримувати її з метою виживання, цей енергозатратний процес спрямований на близьку фігуру батька чи матері повністю фокусує увагу особистості не на собі, а на близькій людині. А відтак особистість втрачає здібність розуміти себе. Травма «Зради», чи не єдина в переліку всіх травм, яка формує в індивіда маску сили та контролера, для того, щоби контролювати оточуючих, треба чітко розуміти себе та свої потреби, а відтак (за Lise Bourbeau) причиною збереження саморозуміння при наявності травми «Зради» є саме ця маска [14]. Однак щодо актуальних травматичних подій та їх взаємозв'язку із проявами саморозуміння, то тут виявлено позитивну кореляцію з уникненням, як симптомом актуальної травми ($r_s=0,37$). Це можна пояснити тим, що особистість чітко розуміє, що для того, щоби вижити, треба усунути подразник у вигляді актуальної травми.

Отже здійснюючи психологічний супровід осіб, постраждалих від наслідків війни, методика «П'ять травм» Lise Bourbeau та книга «П'ять травм, що заважають бути собою» цієї ж авторки рекомендована нами для роботи психолога з метою діагностування наявності дитячих травм через спостереження та бесіду з клієнтом та донесення до клієнта змістовної інформації про деструктивні маски, які обирає особистість в процесі свого дорослішання в дезадаптивних умовах деструктивної сім'ї. Саме розуміння клієнтом руйнівної стратегії обраної ним маски та відмова від її користування приведе його до очікуваних результатів конструктивної взаємодії з соціумом, позитивних змін у особистому житті та підвищення

рівня самоактуалізації та реалізації себе у багатьох ідентичностях. Сам опитувальник на початковому етапі консультування може бути інформативним за умов відповідей на зміст питань про клієнта самим психологом/психотерапевтом. За мірою зростання клієнта в усвідомленні себе, як допомога до саморефлексії приблизно після 10 сесій роботи з психологом клієнт зможе оцінити свої ознаки правдиво, скориставшись опитувальником.

Схема-терапія Geoffrey Young повноцінний посібник для практичної роботи у психологічному супроводі, в якому описані протокольні сесії до прикладу фахівця, що надає можливість практично зазирнути в середину когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії/терапії.

З огляду на те, що обидва напрямки працюють з дитячою психотравмою, або дезадаптивною схемою, яка була сформована у дитинстві, може повстати питання, яке відношення це має до кризового консультування в умовах війни. Наша практика показала, що під час початкових сесій психолог допомагає клієнту вийти з кризового стану, але для повернення клієнта до повноцінного життя, з високим рівнем самоактуалізації неодмінно прийдеться працювати з дитячими психотравмами.

«Шкала впливу травмуючої події» теж рекомендована нами, як проста та результативна для оцінки рівня посттравматичного стресового розладу. Актуальна у кризовому консультуванні.

Тест САМОАЛ доказав свою валідність та релевантність на практиці. Його, як і опитувальник дезадаптивних схем Geoffrey Young можна використовувати на початку роботи з клієнтом та після завершення з метою діагностування отриманих результатів. Але не варто чекати великого прогресу, бо добрим прогресом буде результат, в якому клієнт реалістично оцінить рівень свого стану та психологічного розвитку з позиції свого підвищеного емоційного інтелекту завдяки психологічному супроводу.

3.2. Аналітичне спостереження за динамікою самореалізації особистості в процесі психологічного супроводу осіб середнього віку, що переживають травму війни

Спостереження за динамікою самореалізації відбувалося в процесі психологічного супроводу клієнтів БФ «Право на Захист»

Зазвичай у психологічному супроводі ми керуємось еkleктичним підходом. Нами використовуються різні техніки:

1. Техніки Когнітивно-Поведінкової психотерапії для виводу клієнта з кризового стану, а саме: «Створення безпечного місця»; техніки роботи в уяві: «Метод екрану», «Техніка рук та дистанції». Робота з образами: «Оправлення в рамку», «Позитивні контр-зображення», «Приховування образу», «Уявні помічники», «Вимкнення»; слухові, нюхові та кінестетичні техніки; техніки подвійного фокусу уваги, робота зі снами, відволікання уваги тощо[17, 44].
2. Атр-терапевтичні техніки: казкотерапія, малювання, ліплення.
3. Схемо-терапія.
4. Техніка по роботі з втратою «Опіка Ангела», яка містить в собі 10 сесій з різними техніками в тому числі арт-терапевтичні, та робота з образами.
5. Також для прискорення результатів різні проєктивні методики у вигляді асоціативних тестів за Jung, Carl Gustav [169].
6. Вісім потреб у стосунках Richard Erskine (транзактний аналіз)

Клієнтк К

Дівчина 20 років. Має вищу освіту, працює за фахом тележурналісткою. Корінна жителька Маріуполя. В 2014 році бігла з мамою від війни з Міста Маріуполь, переїхали до Чернівців, де вони разом перебували до 24 лютого 2022 року. Мати клієнтки орендує квартиру в місті

Ч. Саме в ній разом з мамою мешкає клієнтка. В лютому місяці клієнтка пережила початок повномасштабного вторгнення РФ в Україну, ця подія для неї була травматичною. Наприкінці квітня вона дізналася про руйнування бабусиної квартири, в якій вони жили всією родиною: клієнтка з бабусею та мамою.

Основною існуючою проблемою клієнтка вважає тривожний стан та безсонню, втрату сенсу життя, втрату свого звичайного позитивного стану, до якого вона звикла, свій стан під час першої сесії описувала, як стан хронічної втоми. Проблема, що визначена клієнткою полягає в тому, що вона перестала жити якісним життям, що її життя більш схоже на існування, вона втратила емоції та виконує всі обов'язки автоматично. І це її турбує.

Сама робота тележурналістки її подобається: подобається бути візитівкою телеканалу, але не подобається ставлення до неї і всього персоналу з боку керівників (вербальне знецінювання, та знецінювання мовою низької заробітної плати. Недотримання тайм менеджменту – робочі часи перебільшують нормативи.

Клієнтка єдина дитина в сім'ї. Дорослішала без тата (мама розлучилася з батьком, коли клієнтці було 3 роки). Авторитетною та близькою людиною для клієнтки була її бабуся, яка теж проживала в Маріуполі. Мешкали втрьох саме з цією бабусею. В 12 років клієнтка болісно пережила перше військове вторгнення окупантів в Україну. З цим періодом в неї пов'язано багато важких спогадів. Є досвід будівництва подружніх стосунків з хлопцем, який страждав лудоманією. В цивільному шлюбі з яким вона прожила 2 роки. Останній рік разом вони перебували у Польщі, де клієнтка працювала баристою та заочно закінчувала навчання в університеті.

Попереднього досвіду психологічного консультування не має.

Клієнтка має бажання займатися журналістикою, але отримувати за це достойну зарплатню.

Клієнтка 35 років на вигляд, з ледве помітним тонким макіяжем. Охайна, одягається дотримуючись офіційно-ділового стилю. Має пластичні

жіночі рухи, харизматична, з неповторним самобутнім шармом. Гарно володіє постановленою чистою українською мовою. М'який приємний голос.

Самостійно звернулася про психологічну допомогу в організацію «Право на захист», в якій надається послуга безкоштовної психологічної консультації особам, постраждалим від війни.

Домовились з клієнткою про психологічний супровід, клієнтка погодилась відвідувати індивідуальні консультації один раз на тиждень (терапевтичні).

Між психологом та клієнткою була підписана угода про психологічний супровід на десять сесій. Після чого клієнтка пройшла тестування за всіма методиками в два блока.

Результат: наявних дитячих травм за тестом П'ять травм Lise Bourbeau: Травма покинутого (маска залежного) – 24 бали, Травма зради (маска контролюючого) – 23 бали; Травма покинутого (маска залежного) – 20; Травма зради (маска контролюючого) – 23 (див. Додаток (прожовж), Табл.3.2.3).

Шкала впливу травмуючої події: Клієнтка написала: «Втрата Бабусі» та початок повномасштабного вторгнення в Україну - війна.

За субшкалою «Вторгнення» - 24 – високий бал: Субшкала уникнення – 28 (високий). Субшкала «збудливість»: високий бал - 33. Тест показав високий рівень по трьох шкалах – клієнтка переживає високий рівень тривоги та субклінічний рівень депресії(див. Додаток (прожовж), Табл.3.2.5).

На підставі результатів клієнтці було запропоновано звернутись до психіатра для отримання належної медичної допомоги, клієнтка погодилася.

Схемний опитувальник Geoffrey Young – «негативізм / Песимізм» - 21 бал, що свідчить про те, що клієнтка фокусується на негативних аспектах буття таких як біль, смерть, втрати, розчарування, конфлікти, провина, невіршені проблеми, почуття образи, можливі помилки, зрада тощо) та заперечує позитивні аспекти. Високий показник за цією суб-шкалою може також означати перебільшені очікування у сфері роботи, фінансів чи

міжособистісних відносин, або очікування того, що все неодмінно буде погано, і навіть якщо якісь аспекти життя здаються цілком успішними, врешті-решт все обов'язково скінчиться невдачею. При саме цьому високому показнику може спостерігатись надмірний страх зробити помилку, яка призведе до: руйнування, втрати, приниження, попадання в неприємну ситуацію. Оскільки потенційні негативні наслідки завжди перебільшуються, такі люди часто характеризуються як хронічно тривожні, пильні, незадоволенні або нерішучі. Решта показників низькі та середні бали (див. Додаток (прожовж), Табл.3.2.7).

Рекомендовано звернутися до психіатра. Домовились про наступну консультацію.

За результатами тесту САМОАЛ: низькі показники: автономність – 27; потреба у пізнанні – 20. Підвищені бали по всіх решта шкалах. Високий бал по шкалі гнучкість у спілкуванні(див. Додаток Д, Табл.3.2.1).

I сесія

Під час першої сесії клієнтка виглядала збудженою, багато розповідала про себе, але разом з тим відчувалася недовіра та бажання контролювати процес консультування інколи керувати ним.

В процесі бесіди з'ясувалося, що клієнтка пів року тому втратила любу бабусю, яка зі слів клієнтки «була ближчою, ніж мама». Бабуся захворіла на COVID-19 та померла у лікарні. Клієнтка звинувачує себе в тому, що вона не була поряд з бабусею, яка померла при дивних обставинах у лікарні та під час похорон на її тілі було виявлено синці від ременів на зап'ястях рук та на кісточках ніг, якими утримували бабусю у російської лікарні. Під час пандемії бабуся поїхала до родичів у Росію, де отримувала лікування атипової пневмонії у державній лікарні. Сліди насилля, які клієнтка побачила на тілі рідної людини справили не неї глибоке важке враження, клієнтка відчувала провину перед бабусею за те, що вона не була поряд, не мала нагоди поговорити з нею, попроситися, надати їй необхідну допомогу, захистити її.

Із спостережень: ознаки дитячої «травми зради» (маска контролюючого) – під час консультації клієнтка намагалася контролювати процес консультації, направляти його на її розсуд, була помітна недовіра, відчувався спротив. Робоча гіпотеза: клієнтка знаходиться в петлі втрати на даний момент на стадії депресії. Обтяжуючими обставинами смерті близької людини були ознаки насилля на тілі бабусі, які були виявлені нею після лікарні у померлої, це стало для клієнтки інтроектним подразником (насилля, яке бабуся пережила перед смертю сприймалося, як таке, яке пережила сама клієнтка). Враховуючи те, що клієнтка журналіст та кожного дня формує зміст стрічки новин, втрата близької людини підсилюється ретравматизуючими подіями повномасштабного вторгнення країною агресором, яку клієнтка вимушена спостерігати, готуючись до ефіру кожного дня. Мною було запропоновано попрацювати над втратою, зробити спробу протягом 10 консультацій пережити горе та відпустити втрату. Клієнтка погодилася.

II - VI сесія

Під час чотирьох сесій поспіль клієнтка приходила із запитом про допомогу вирішити її життєво необхідні питання: визначитися із професією: залишитися на цієї роботі, чи погодитись на більш оплачуване місце, але там не буде стажування за улюбленою професією? Кого з трьох хлопців обрати, з ким залишитися? Часто Клієнтка розповідала про свої далеко хідні плани, про те, яку кар'єру вона хоче зробити у якості моделі. Клієнтка більш не поверталася до згадувань про Бабусю, за умовчанням стало зрозуміло, що торкатися цього болю Клієнтка поки що не бажає. Деякі сесії проходили без запитів, клієнтка зізналася в тому, що їй важко формулювати запит. Та складалося таке враження, що клієнтка просто приходить на сесії за віянням моди.

VII сесія.

Запитом для консультації було бажання зрозуміти себе та своє

ставлення до чоловіків з метою запобігання повторного відтворення аб'юзивних відносин. Цей запит свідчив про підвищення рівня самоактуалізації клієнтки.

Під час цієї консультації розібрали «Систему стосункових потреб» Ернскіна з погляду на те, яку саме її потребу задовільняє клієнтка за рахунок цих відносин, а також роздивились ці відносини з позиції трикутника Карпмана. Клієнтка впізнала в собі роль Рятівника. Згодом відстежила в собі цілий ланцюжок деструктивних відносин з близькими в яких вона рятує світ навколо.

Під час бесіди за допомогою уточнюючих запитань у клієнтки формувалося рефлексивне сприйняття її партнера, якого вона розглядає, як потенційного обранця. Приділили час розгляданню маніпуляцій в міжособистісних стосунках, які використовуються у відносинах замість відвертих висловлювань особистих побажань та потреб. Психолог пояснила Клієнтці систему формування у дитинстві деструктивних навичок маніпулювати. Та умови, за якими людина може залишити деструктивні відносини, побудовані за трикутником драми Карпмана.

VIII Сесія

На сесію клієнтка прийшла розстроєною та поділилася тим, що у неї на цьому тижні розбомбили хату, що вона отримала це повідомлення з фото в ночі та навіть не мала можливості закричати, бо в сусідньої кімнаті спала мама, клієнтка не хотіла повідомляти про це маму.

Мною була запропонована та проведена дитяча проєктивна методика «Будиночки, яка заснована на тесті luscher. За результатами проведеного дослідження клієнтка побачила картину своєї підсвідомості.

Клієнтка визначилася зі своїми основними цінностями та за допомогою методики був виявлений внутрішній конфлікт клієнтки, який полягав у образі на Всесвіт, заздрості місцевим людям та ненависті до них за те, що вони не бачили війни та «жирують», далі поділяючи світ на «західну» та «Східну» Україну. За допомогою уточнюючих питань та схематичної подачі повної

картинки взаємодії з Всесвітом, клієнтка отримала інсайт.

Психолог: «Які бонуси Ви отримуєте від образи на Всесвіт? Що Вам це приносить?»

Клієнт: «Біль, розчарування, ненависть. Ніякого ресурсу.»

Психолог: Як би Ви могли вплинути на цю ситуацію? Якби ці люди постраждали в такий же мірі як і Ви, Вам стало би краще?

Клієнт: Так.

Психолог: Ви впевнені? Чому коли людина все життя ненавидить одного з своїх батьків, втрачаючи його, відчуває нестерпний біль та скорботу від втрати, та ця втрата переноситься важче, ніж втрата батька, з яким були добрі відносини?

Клієнт: Ви рахуєте, що мені буде боляче?

Психолог: Вважаю так. Так влаштована людська психіка.

Клієнт: Але ж вони таке говорять та так ставляться...

Психолог: Як Ви можете повпливати на їх ставлення?

Клієнт: В мене немає ніяких впливів, я відчуваю свою безпорадність.

Психолог: А якщо спробувати взаємодіяти зі Всесвітом? Поскаржитися Йому на тих людей, які викликають і Вас образу? Таким чином Ви відкриєте для себе можливість виразити свій біль, гнів, відправити його від себе та сподіватися на зміни. Мій психотерапевт казав, що наша злість та ненависть – це негативна енергія, яка має здібність накопичуватися. Та якщо ми припустимо що це діє в реальності, та відправимо цю енергію туди, де з неї можуть зробити трансформацію у щось добре, ми отримаємо звільнення від негативної емоції та надію на завершення війни. А скажіть, що могло би Вас заспокоїти, та дати Вам ресурс в даній ситуації?

Клієнт: Ну, якась там спадщина, десь у Америці чи Європі, якої вистачило би на утримання всієї моєї родини.

Психолог: А якщо запросити такий «бонус» у Всесвіту за допомогою медитації, малювання своєї мрії? Чи не дасть це Вам можливість вирішити внутрішній конфлікт? Сублимувати його во взаємодію зі Всесвітом?

Клієнт: Треба буде спробувати.

Клієнтка отримала інсайт, залишилася задоволеною, але було видко, що отримана інформація потребує часу на сприйняття.

Рекомендовано: Читати книгу Станіслава Грофа «Космічна гра»

IX сесія

Клієнтка прийшла на консультацію знову без запиту. Ця сесія була передостанньою. Та я запропонувала клієнтці підвести підсумки. Під час бесіди клієнтка знову розповідала про свої великі плани на майбутнє. Та я спитала її, коли вона планує починати діяти? Та що її заважає розпочати свою кар'єру? Клієнтка задумалася та відповіла, що вона, нібито чекає, що до неї хтось підійде та візьме її за руку та поведе в країну, де все вже готове для неї.

Психолог: а хто ця фігура?

Клієнтка: мені щось здається, що це мама...

Задумалася...

Клієнтка: та невже я ще досі чекаю на маму?

Клієнтка отримала свій інсайт. Я розповіла клієнтці про швидкоплинність життя, про те, що молодість – це не на завжди, та в молодості треба встигнути зробити все заплановане. Кожен вік прекрасний по-своєму, але, не варто залишати справи молодості на потім.

Після цієї сесії у нас була перерва в місяць (літня пора відпусток).

X сесія

Клієнтка прийшла зміненою. Її обличчя сяяло, очі були сповнені життям, сенсом, впевненістю. Клієнтка розповіла про те, що після останньої сесії її життя змінилося. Вона розірвала стосунки зі всіма хлопцями та почала жити своїм життям: навчилася кататися на самокаті, поїхала на військову підготовку до військового намету (клієнтка мріяла стати військовослужбовцем), провела декілька коштовних фотосесій.

Консультавання принесло результат. Контрольне проходження за чотирьома методиками: за Ліз Бурбо – у клієнтки підвищилися бали по тих дитячих

травмах, які визначилися на початку (що свідчить про підняття рівня саморозуміння, самоусвідомлення та пізнання, це підтвердив тест САМОАЛ. Див табл. 3.2.1.) Лікувальними в цьому консультуванні були довірливі стосунки, відносини прийняття, довіра, пізнання психологічних законів, психотерапевтичний альянс, в якому було дві зацікавлені особи: особа психолога та особа клієнта. Інструментом були проєктивні методики: тест «Будиночки» та асоціативний тест Юнга. Декілька разів була застосована арт-терапевтична техніка: «Я таке дерево» та малювання свого страху.

Жінка 35 років. Середня в сім'ї. Одружена, має старшу доньку. Чоловік з перших днів АТО знаходиться в зоні бойових дій. Стосунки в родині добрі, теплі. Клієнтка добра мати, зацікавлена у своїй дитині (старшій дочці). У школі навчалася була відмінницею. Здобула вищу освіту. Довгі роки пропрацювала в банку. Могла зробити гарну кар'єру, але відмовилася, не бажаючи ставати керівником. Рік тому завагітніла. То була третя вагітність. І третя вагітність закінчилася завмиранням плода.

Якщо розглядати цей кейс, то на перший погляд клієнтка не здається травмованою, ознакою травми, яка була отримана під час втрати Бабусі та початку війни була лише безсоння та тривожний стан, про травму можна було казати з ознаки опору. Під час майже всіх сесій нічого не відбувалося в плані глибокої роботи, під час сесій психолог використовував активне слухання та прийняття. За 10 сесій ми отримали гарний результат, який був висвітлений в тестах. За тестом САМОАЛ показники збільшилися: рівень прагнення до самоактуалізації піднявся на 23 бали. По шкалі орієнтації в хронологічному зрізі піднявся на 13 балів, по шкалі цінностей піднявся на 3 бали, потреба у пізнанні – піднявся на 5 балів. По шкалі прагнення до творчості - +13 балів, автономність - +8 балів (сепарація, яку обрала клієнтка для нового стилю життя відобразилась у показниках за цією шкалою). По шкалі спонтанність +13 балів, по саморозвитку - +7, по автосимпатії +4 бала, контактність - +10 балів. Про те самоактуалізація та саморозуміння має своє відображення і в показниках за п'ятьма травмами (Lise Bourbeau): дещо

підвищився бал по шкалі травми покинутого та по шкалі несправедливості – що свідчить про те, що рівень самоусвідомлення клієнтки збільшився та на запитання після 10 сесій клієнтка відповідала з позиції рефлексивного погляду на себе. Дещо зменшилися показники по всім трьом шкалам впливу травмуючої події. Треба відмітити, що дитяча травма впливала на всі особистісні відносини клієнтки та усвідомлення дії деструктивних навичок в спілкуванні призвело до гарного результату виходу з депресивного стану та кращої якості життя.

Клієнтка М

Клієнтці 40 років, вона місцева жителька. Має старшу доньку та чоловіка, якій перебуває зараз в зоні бойових дій. Звернулась після проведення групового тренінгу. Із запитом про допомогу пережити втрату близької людини. Мова йшла про втрату мами (9 років назад) та трьох діточок (завмерлі вагітності на строках 6, 7, 3 місяці). Ускладнюючими обставинами є те, що чоловік клієнтки знаходиться зараз на передовій на війні. Для роботи з втратою була обрана програма «Опіка Ангела», яка складається з 10 кроків та розрахована на роботу батьків із втратою маленьких дітей (викидні, завмерлі вагітності, втрата маленької новонародженої дитини).

I-II сесія

Перші дві сесії психолог провів консультування з роботою клієнтки над втратою мами.

III-VI сесія

Третя та четверта сесії були присвячені горюванню по втраченим дітям. Клієнтка розповіла, що всі троє діточок були поховані біля її мами. В тому, що акушер-гінеколог порадила їй взяти дитину та поховати її, клієнтка бачить ресурс, адже знає від інших мам, що набагато важче втратити дитину, не поховавши її. Всім трьом діткам були надані імена. За рекомендаціями психолога клієнтка зробила три малюнки у вигляді Янголів. Та кожен

наступний сеанс був присвячений розмові з дитиною за допомогою техніки порожнього простору (на стілець клієнтка клала малюнок Янгола та розмовляла з дитиною, проговорюючи словами через рот всі свої почуття, біль, страхи, запитання), потім намагалася відповісти собі від імені дитини, зайнявши місце, де був розташований Янгол. Зі слів клієнтки, під час консультації за допомогою цього інструменту, вона отримала для себе багато відповідей.

VII сесія

На цю консультацію клієнтка написала за інструкцією розповідь «Моя історія», в якій описується вся історія втрати клієнтки від початку до кінця, де вона згадувала всі деталі, які важливі, відновлюючи цілісність подій. А потім клієнтка малювала свою історію в кольорах. Під час малювання акцент робився на почуття. Клієнтка надавала форму своїм почуттям, віддаючи їх паперу. Після чого історія була порвана та спалена клієнткою. Під час роботи над малюнками клієнтка отримувала інсайти, фантазувала про зовнішність своїх діточок, про їх характери. Бачила кольори та форми, які виходили в неї про її історію втрати, розмірковувала вголос та розповідала про філософію малюнка. Клієнтка ділилася тим, що вона залишилася з горем наодинці, що люди стали сторонитися її, або задавали такі питання, які теж приносили біль. Вона також поділилася тим, що почала розуміти те, що біль її завдає саме розуміння того, що вона ні на що не впливає, що у всі її плани, лікування, підготовки до пологів втручалася якась сила, яка привносила свої правила у вигляді смерті. Але в клієнтки не було сил та розуміння того, що є речі, на які людина не впливає, які сильніші за людину та власні завдавати біль саме втратами близької людини, адже втрачати маленьку беззахисну дитинку невимовно важче за дорослу людину.

VIII сесія

В день восьмого консультування з ранку відбулося бомбардування центру Вінниці, в результаті якого загинула трьох річна дитина Ліза. Ця подія ретравматизувала клієнтку, ставши її тригером. Клієнтка маніфестувала повну втрату емоційності, інтересу до життя, контакт з клієнткою був

втраченим. Картина, яку спостерігав психолог давала зрозуміти, що запланована робота по методиці «Бути батьками Ангола» в цей день буде недоречна. Психолог поділилася з клієнткою своїми емоціями співчуття, жалю та болю. Клієнтка розповіла психологу свій сон, який вона бачила після консультації під час якої вона описувала свою історію втрати.

Уві сні вона бачила міст, бурну ріку та шестирічну дитину, яка стрибнула з мосту у ріку, наступним кроком клієнтки у вісні було очікування побачити мертве тільце дитини, але натомість вона побачила шар, який світився яскраво білим світлом та зигзагоподібними рухами віддалявся від неї по течії ріки. Її погляд після цього зауваження та пересказаного сну оживився, вона відчула емпатію, та повернулася до контакту. Психолог відчув страх клієнтки, який клієнтка носить в собі з тієї миті, як побачила не живе тільце дитини та промовив свою фантазію про те, що клієнтка сама не дозволяє собі зцілюватися і жити далі по причині того, що дитина з живої перетворилася на мертве тільце, а потім була закопана в землю. Клієнтка підтвердила гіпотезу психолога.

Психолог: Проблема в тому, що погано нам, тим, які залишилися на землі, а тим, що нас залишили – їм добре!»

Клієнтка: Ні. Що може бути кращім, ніж рідні люблячи батьки?

Психолог: ну, припустимо, Небесний Тато, який любить дітей безумовною любов'ю.

(Клієнтка вірить у Бога). Ця версія розуміння буття не принесла очікуваного ресурсного інсайту, хоча, вона занотувала цей вислів у своєму зошиті. З метою надання клієнтці ресурсу психолог запропонувала провести арт-терапію «Я – таке дерево». Клієнтка намалювала свій стан у вигляді плакучої верби в фіолетовому кольорі на тлі емоцій горя та розчарування, клієнтка малюнком була не задоволена, було таке Овраження, що він її ще більше приголомшив. Психолог запропонував намалювати таке дерево, яким би вона хотіла його бачити. Друге дерево було могутнішим та яскравішим, більш схожим на те, в якому є життя. В результаті арт-терапії був досягнений

терапевтичний альянс. Клієнтка відчула, що вона переживає цей страх не одна, що є людина, яка розуміє її втрату, її внутрішній біль. Що незначно, але покращило стан клієнтки.

Рекомендовано: з метою набування конструктивних когнітивно-поведінкових навичок та відходу від тунельного сприйняття втрати дитини, за сприйняттям якого стоїть кінець тіла у землі та немає продовження в іншому стані, хоча б у фантазійному світі світла, любові. Обмежуючи подорож, так званої, душі похованням тіла у землю, застосувати практику медитацій з фантазуванням продовження життя але в іншій формі існування, з метою розширення свого уявлення ресурсними картинами космічного простору та нематеріальної форми Всесвіту, Бога, в якому є життя. Клієнтка погодилася спробувати цю практику аутотренінгу.

IX-X сесія

Дві завершальні сесії були проведені по програмі «Бути батьками Янгола». Клієнтка змогла прийняти свої втрати та відпустити «Янголят у небо».

Перший зріз по отриманих нами результатах тестів показав середні та низькі бали майже по всіх методиках, окрім шкали впливу травмуючої події – тут по всіх шкалах – високий бал (див Додаток Д (продовж.) Табл.3.2.2, Табл.3.2.4, Табл.3.2.6, Табл.3.2.8.). По САМОАЛ шкала автономності та шкала контактності – низькі бали, хоча клієнтка поводить себе як комунікабельна та легка особа, але при спілкуванні тримає всіх на відстані, ніби захищаючись. Не зважаючи на те, що по п'яти травмах майже немає відмінностей по балах, тільки по травмі зради та справедливості 12 та 10 балів (за шкалою цей показник рахується низьким), та за поведінковими ознаками діада цих двох травм явна присутня. Клієнтка виглядає ригідною, важко орієнтується в визначенні своїх почуттів та емоцій, на вигляд нерухома, рідко посміхається, обличчя серйозне зосереджене. Після десяти сесій у клієнтки з'явилося бажання пізнати себе, зрозуміти в чому її покликання. Цей запит є гарною ознакою позитивних змін в напрямку підвищення

самоактуалізації. У сорок років клієнтка усвідомила, що бажає знайти свою любиму справу та стати щасливою через реалізацію себе в професії.

Продемонстровані нами кейси є дуже показовими в тому, що по-перше латентна неусвідомлена форма дитячої травми, яку може помітити стороння людина, нажаль не помітна тієї людині, яка в неї живе. Людина живе не усвідомлюючи того, що якість життя значно зміниться якщо дослідити себе, свої деструктивні захисні маски (за Lise Bourbeau) та відмовитися від них.

Ці два кейси практично довели, що наявність дитячої травми позбавляє особистість стресостійкості в кризові часи, гальмує людину в дезадаптивних станах, позбавляє якості життя.

Якщо проаналізувати всі 250 кейсів осіб, яким наша служба вже встигла надати допомогу з початку війни, то можна з впевненістю сказати, що перші дві-три сесії уходить на те, щоби вивести людину з кризового стану, а решта залишається на пошук дитячих травм та їх систему впливу на індивіда, при чому не залежно від статусу –місцеві мешканці, чи тимчасово переміщені особи. Якщо вдається усунути первопричину, яка полягає саме в дезадаптивних дитячих схемах, то у індивіда одразу з'являється ресурс витримувати важкі кризові часи та цей глобальний тиск хронічного стресу, який зараз відчувають всі громадяни України.

ВИСНОВКИ

Розробляючи дизайн дослідження, ми виходили з припущення, що психічне функціонування особистості в контенті травмуючої ситуації війни дестабілізується, індукуючи зміни рівнів психічної організації і редукуючи самореалізуючий потенціал особистості через процеси дії ранніх дезадаптивних схем.

Феноменологію психотравми ми розглядали, аналізуючи антагоністичні, але водночас і взаємодовпонюючі концепції S.Freud, акцент якої - афект і система реагувань, та P.Zhane, акцент якої - психологія

поведінки під впливом травми.

Також були розкриті погляди дослідників на роль дитячих психотравм у становленні дорослої особистості та її самореалізації, адже йдеться не лише про фактичну травматизацію, а про розрив не до кінця сформованих уявлень про дійсність.

Оскільки у практичній частині нашого дослідження ми послуговуємося методологічною структурою функціональних моделей особистості крізь призму схема-терапії, дана концепція була теоретично розглянута осібно.

Війна спричиняє глобальний шок, котрий, з одного боку, максимально акумулює усі резервні сили організму, і це проявляється на різних рівнях, а з іншого – йдеться про пролонговану психотравму, робота з якою вимагає послідовності і глибокої аналітики. Дослідження особливостей вияву самореалізації осіб середнього віку показало, що більшість з них демонструють підвищений рівень, який можна вважати позитивною ознакою, за шкалами прагнення до самоактуалізації, цінності, погляд на природу людини, потреба у пізнанні, творчість, автономність, спонтанність, само розуміння, контактність, гнучкість у спілкуванні. Як показав статистичний аналіз, показники самоактуалізації жінок і чоловіків середнього віку різняться за аспектами цінностей і креативності: жінки тут мають переваги, зумовлені, ймовірно характером культурально закріплених за ними соціальних ролей. Респонденти, що мають статус ТПО, демонструють достовірну нижчу самореалізацію, ніж місцеві мешканці, за такими аспектами як орієнтація у часі. При психологічному супроводі тимчасово переміщених осіб спостерігалася ретравматизація актуальною травмою бойовими діями. Тому тимчасово переміщеними особами життя сприймається як покладене на паузу, ця ланка суспільства перебуває в очікуванні кращих часів, коли закінчиться війна, і тоді можна буде повернутися до звичного ладу. Також особи зі статусом ТПО виявляють значно нижчі показники спонтанності. Спонтанність формується цінностями свободи, природністю, грою, легкістю. Ці екзистенційні цінності та

особистісні навички, очевидно, були значно «пошкоджені» травмою війни, котра все ще переживається.

Загалом оцінюючи ступінь й ефекти впливу актуальної травми війни на психічне здоров'я респондентів, потрібно зауважити, що абсолютна більшість з них виявили високу інтенсивність вторгнення, уникнення і збудження як симптомів травми.

Аналізуючи результати дослідження дитячої травми у наших респондентів, ми виявили, що загалом у вибірці переважають за інтенсивністю вияву травми зраженого і несправедливості. Однак і вони не сягають вище помірного рівня. Показники жінок за усіма типами травм значно перевищують результати чоловіків. Таку різницю навряд чи можна пояснити відсутністю дитячих травм у осіб чоловічої статі, скоріш за все, це пояснюється запереченням існування травм, або дезадаптивних реакцій на травмуючі події.

Наслідком ранньої дитячої травматизації виступає особлива організація особистості, яка починає функціонувати за певними дезадаптивними схемами. Схемний опитувальник Geoffrey Young показав, що чоловіки незалежно від їхнього статусу не мають високих критичних балів, які оцінюють наявність дезадаптивних схем, але показники підвищеного рівня майже за всіма дезадаптивними схемами знову свідчать про можливу латентну форму. За показниками шкал: Недовіри-Очікування жорсткої поведінки, Емоційної депривованості, Дефективності-Сором'язливості, Неуспішності, Привілейованості-Грандіозності, Самопожертви у проявах дезадаптивних схем поведінки жінки демонструють достовірно вищі значення. У тимчасово-переміщених осіб спостерігаються значущо вищі показники за такою дезадаптивною схемою як пунітивність. Особистість, яка пережила травмуючі події, не знаходить у своїй свідомості пом'якшуваних обставин, які допомогли би припустити людську недосконалість, вона не нездатна прийняти її, втрачаючи співчуття до себе та інших та маніфестує непростення помилок собі та іншим.

Взаємозв'язок дитячої травми, дезадаптивних схем та самоактуалізації осіб середнього віку досліджувався за допомогою кореляційного аналізу за Спірменом. Пер за все нас цікавило питання про те, чи можна говорити про вікові зміни у переживанні травми та її наслідків для самоактуалізації. Травма «Несправедливості» і схема «Жорстоких стандартів» мають зворотній зв'язок за віковими ознаками, у той час як вік має прямий зв'язок з такими шкалами самоактуалізації як «автономність», «саморозуміння», «контактність», «гнучкість у спілкуванні». Що можна трактувати, як те, що в молодому віці дитячі травми актуальні та впливають на ставлення індивіда до себе та до соціуму, однак у процесі дорослішання за рахунок переоцінки цінностей особистість змінює своє ставлення до батьків, дитинства та болю, який взяла із собою з минулого. З віком особистість заглиблюється в пізнання себе та самоактуалізується.

Оскільки маємо пряму кореляцію дитячої травми із симптомами збудження як наслідками актуальної травми, то, можемо зробити висновок проте, що дитяча травма насамперед формує готовність людини до надмірного реагування на травмівні події, її настороженість, тривожність як рису особистості. Відповідно, чим обширніша й глибша дитяча травматизація, тим більш готовою є людина сприйняти актуальну травму як катастрофічну подію, більше збудження це у неї викликатиме, і важче буде це надмірне збудження подолати, бо воно буде актуалізувати дитячі травми.

Самоактуалізація взаємопов'язана із наслідками дитячих і актуальних травм дуже неоднозначно. З одного боку, деякі аспекти самоактуалізації зростають у взаємозв'язку із підсиленням окремих наслідків дитячих травм у вигляді формування дезадаптивних схем поведінки і наслідків переживання актуальної травми. Але інші аспекти самоактуалізації пригнічуються з підсиленням впливу наслідків дитячих і актуальних травм. На це вказують численні достовірні різнохарактерні кореляційні зв'язки між досліджуваними факторами, які представлено на даних кореляційних плеядах.

Проаналізовані нами у третьому розділі дослідження кейси є дуже

показовими в тому, що по-перше латентна неусвідомлена форма дитячої травми, яку може помітити стороння людина, нажаль не помітна тієї людині, яка в ній живе. Людина живе не усвідомлюючи того, що якість життя значно зміниться якщо дослідити себе, свої деструктивні захисні маски (за Lise Bourbeau) та відмовитися від них. Ці два кейси практично довели, що наявність дитячої травми позбавляє особистість стресостійкості в кризові часи, гальмує людину в дезадаптивних станах, позбавляє якості життя. Якщо проаналізувати всі 250 кейсів осіб, яким наша служба вже встигла надати допомогу з початку війни, то можна з впевненістю сказати, що перші дві-три сесії уходить на те, щоби вивести людину з кризового стану, а решта залишається на пошук дитячих травм та їх систему впливу на індивіда, при чому не залежно від статусу – місцеві мешканці, чи тимчасово переміщені особи. Якщо вдається усунути первопричину, яка полягає саме в дезадаптивних дитячих схемах, то у індивіда одразу з'являється ресурс витримувати важкі кризові часи та цей глобальний тиск хронічного стресу, який зараз відчувають всі громадяни України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамов, В. Порівняльний аналіз і шляхи інтеграції психотерапевтичних підходів схема-терапії та наративної психотерапії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія»*, 2(12), 5–9. [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).1](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).1)
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В.,

- Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
3. Алещенко В.І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами / В.І. Алещенко, О.Ф. Хміляр // Навчальний посібник. –Х.; ХУПС, 2005. – 84 с.
 4. Аснер П. Двадцять століття, війна та мир / П'єр Аснер. // Дух і Літера. – 1999. – №5-6. – С.14-16
 5. Байєр О.О. Життєві кризи особистості: навч. посібник / О.О. Байєр. — Д.: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. — 244 с.
 6. Бандура О. Самоактуалізація як механізм формування інтегрованого стилю життя особистості Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науковометодичний збірник [Електронний ресурс] / Ред. кол. Н.Софій (голова), І.Єрмаков (керівник авторського колективу і науковий редактор), та ін. - К.: Контекст, 2000. - 336 С. Режим доступу <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/soc/bandura>
 7. Барбюс А. Вогонь. Щоденник взводу / Анрі Барбюс. – Київ: Молодь, 1974. – 304 с.
 8. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій) : автореф. дис на здобуття наук. ступеня: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / М.Е. Білова ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д.Ушинського. — О., 2007. — 20 с.
 9. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми [Текст] : монографія / О. А. Блінов. - Київ : Талком, 2016. - 246 с.
 10. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.
 11. Боришевський М.Й. Духовність – міра зрілості особисті // Педагогічна газета. – 2006. – №1.
 12. Боришевський М.Й. Духовність як детермінанта процесу соціалізації

- особистості проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім.Г.С.Костюка НАПН України / За ред. С.Д.Максименка. – Т. , част. 3. – К., 2010. – 448 с. – С.52–59.
- 13.Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
- 14.Бурбо Л. П'ять травм, які заважають вам бути собою. [Електронний ресурс] / Ліз Бурбо. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: http://loveread.ec/read_book.php?id=49404&p=1.
15. Валуйко О.М., Гошкодеря О.В. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Скіф», КНТ, 2008 – 106 с.
- 16.Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Наукове видання – К.: КНУ ім.. Тараса Шевченка. – Київ, 2016.
- 17.Влад С. П. Дитяча психотравма / С. П. Влад. – Київ: Шкільний світ, 2018. – 112 с.
- 18.Вовканич М. Д. Технології соціально-психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду [Текст] : навч.-ме-тод. посібник / М. Д.Вовканич - Ужгород : УНУ, 2012. – 122 с.
- 19.Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. – Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
20. Горак Г.І. Філософія: Курс лекцій. – К.: Вілбор, 1997. – 272 с.
- 21.Горностаї П. П. Колективна травма та групова ідентичність. – Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. – Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – Київ, 2012. – С. 89–95.
- 22.Гребінь Л.О. Особливості використання моделей часу-простору у роботі з дітьми (на прикладі кататимно-імагінативної

- психотерапії)/Людмила О. Гребінь // Актуальні проблеми психології [Т.3: Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України / [За ред. С.Д. Максименка, З.Г. Кісарчук]. – К.: Міланік, 2011. – С. 34-61.
- 23.Гребінь Л.О. Деякі аспекти психодинамічної діагностики актуального рівня функціонування структури особистості / Людмила Гребінь // Форум психіатрії та психотерапії: Науковопрактичний журнал. – Том 7. – Л., 2012 – С.41-60 Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. – Київ : КІБіТ, 2015. – 42 с.
- 24.Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. – Львів : Скриня, 2016. – 380 с.
- 25.ГриневичЄ.Г.,ЛінськийІ.В.Спільнііспецифічнімаркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингент-тахпостраждалих//Архівпсихіатрії.— 2006.—Т.12.—№ 1—4. — С. 16—21.
- 26.Губко О., Кметь М. Українська народна магія і ваше здоров'я та благополуччя/ Олексій Губко, Микола Кметь. – Нетішин: «Надія», 1992. – 173 с.;
- 27.Дитяча та юнацька психотерапія. Теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях / за заг. редакцією Г. Католик [колективна монографія]. – Львів : Астролябія, 2012. – 312 с.
28. Димитрова Л. М. Причини та соціальні фактори суїцидальної поведінки підлітків [Електронний ресурс] /Л. М. Димитрова, Г. О. Кіхтан // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». - 2012. - No 3. - С. 72-77. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKPI_soc_2012_3_14 - (Серія: Політологія. Соціологія. Право.)
- 29.Діагностика, терапія та профілактика медико- психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. – Київ ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН

- України», 2014.
30. Драб Я. М. Психологічні особливості соціалізації та самореалізації людей похилого віку [Електронний ресурс] / Я. М. Драб // НейроNews – Режим доступу до ресурсу: <https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2016/2-1/9190261173.pdf>.
 31. Дроздов О. Ю. Основи психології масової геополітичної свідомості: монографія / О. Ю. Дроздов. – Чернігів: Десна-Поліграф, 2016. – 564 с
 32. Досвід організації психологічної роботи під час ведення збройних конфліктів, підготовки та виконання миротворчих завдань (збірник інформаційно-аналітичних матеріалів). Під загальною редакцією начальника Головного управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України генерал-майора Чубенка І.М.. – Київ, 2013 – 56 с.
 33. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навчальний посібник / Т. В. Дуткевич. – Київ: Центр учбової літератури, 2012. – 423 с.
 34. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. — К.: ТОВ «АвгустТрейд», 2007. — 502 с.
 35. . Загальна психологія: Навч. посіб. 3 – 14 / Скрипченко О.В., Долинська Л.В., Огороднійчук З.В. та ін. – К.: А.Г.Н., 2002.
 36. Загальна психологія: Підруч. для студ. вищ. навч. закладів / Під заг. ред. акад. С.Д. Максименка. – К.: Форум, 2000.)
 37. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
 38. Зливков В.Л. Психологічні аспекти організації системи реабілітації військових, що повернулися із зони АТО / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська // Теоретичні і прикладні проблеми психології. Збірник наукових праць. – Луганськ. – №4 (38). – 2015. – С. 177–184.
 39. Занюк С.С. Психологія мотивації та емоцій: навч. посіб. – Луцьк:

- Волинський держ. ун-т, ім. Л. Українки, 1997
40. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту // Підтримка реформи соціального сектору в Україні /за ред. О. Л. Іванової. URL: <http://zn-upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf>.
41. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу. Методичні рекомендації / [О. С. Мусій, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова та ін.]. – Київ : УНДІССПН МОЗ України, 2014. - 32 с.
42. Католик Г. В. Тренінг релаксації як ефективна форма психокорекційної допомоги при ПТСР у дітей // Проблеми психологічного здоров'я сучасній психотерапії: матеріали Міжн. наук.-практ. конф. — Львів, 2006. — С. 19—23.
43. Католик Г., Корнієнко І. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. — Львів: Червона Калина, 2003. — 124 с.
44. Католик Г., Коваль М. Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань у підлітків // Збірник тез Між-нар. конф. з дитячої та юнацької психотерапії “Дитяча та юнацька психотерапія в Україні: 5-річний досвід роботи”. — Львів, 2006. — С. 31—33.
45. Кириленко Т. С. Психологія травмуючих ситуацій [Текст] : навч. посіб. для студентів ВНЗ / Т. С. Кириленко. - К.: Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка, 2014. - 135 с.
46. Кісарчук З. Г. Кататимно-імагінативна психотерапія / Зоя Кісарчук, Людмила Гребінь, Яніна Омельченко // Основи психотерапії: навч. посібник / В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та інш.]; під заг. ред. К. В. Седих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацька. – Полтава: Алчевськ: ЦПК, 2013. – С. 73-96

47. Кісарчук З.Г., Лазос Г.П. Модель корекції негативних переживань підлітків засобами кататимно-імагінативної психотерапії як глибинно зорієнтованого методу/ З.Г. Кісарчук, Г.П. Лазос // Актуальні проблеми психології [Т.3: Консультативна психологія і психотерапія]: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України/ [За ред. С.Д. Максименка, З.Г. Кісарчук]. – К.: Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; Видавець ПП Лисенко М.М., 2010. – Вип.7. – С. 189-211.
48. Клаузевіц К. Про природу війни / Карл Клаузевіц. – Мюнхен, 1956. – 286 с.
49. [Коваленко В. В.](#) Психологічні особливості прагнення до самоактуалізації чоловіка та дружини / В. В. Коваленко, Ю. С. Фоменко // [Вісник Дніпропетровського університету. Серія : Педагогіка і психологія.](#) - 2014. - Т. 22, вип. 20. - С. 59-66. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vdupp_2014_22_20_10
50. Кові Стівен Р. 7 звичок надзвичайно ефективних людей. / Стівен Р. Кові; пер. з англ. О. Любенко. – Харків: Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля», 2012. – 384 с.
51. Кондратенко Л. О. Психологічні особливості сприйняття своєї ситуації дітьми-переселенцями із зони АТО та Криму / Лариса Кондратенко, Світлана Гончаренко // Науковий вісник Чернівецького університету: збірник наукових праць. Вип. 743: Педагогіка та психологія. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2015. – С. 115–118.
52. Корнієнко І. Психологічна допомога дітям, що зазнали травми внаслідок катастрофи / І. Корнієнко, Г. Католик // Психолог.—2004.— Грудень (№46).—С.8—16.
53. Корольчук В.М. Психологія стресостійкості особистості: автореф. Дисна здобуття наук. ступеня: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / В.М. Корольчук ; Ін-т психології ім. Г.С.Костюка АПН України. — К., 2009. — 40 с.

54. Кошулинська З. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. Книга-буклет / О. Наконечна, О. Сувало., З. Кошулинська. – Львів, 2007. – 25 с
55. Кризова психологія : навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с
56. Кузьмінов В. Н., Васильєва О. О. Особливості психопатологічних порушень у хворих із синдромом алкогольної залежності, що приймали участь в екстремальних подіях // Архів психіатрії.—2004.— Т.10.—№4—С.91—94.
57. Купрєєва О.І. Психологічні основи самореалізації студентів в інтегрованому освітньому середовищі: монографія / О.І. Купрєєва. — К.: Талком, 2021. — 407 с
58. Лазос Г.П. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими / Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. – С. 121 -141.
59. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?
60. Литвиненко С. А., Ямницький В. М. Психологія травми: трансгенераційний та феномено-логічний аспекти. URL: [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?...](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?)
61. Литвиненко О. Д. Ритми у психіці індивіда. Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія. 2016. Т. 21. Вип. 1 (39). С. 180-189
62. Ліпатов І. І. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності: навч. посіб. / І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Афанасенко Х.: –ХВУ, 1999. – 148 с
63. Ліщинська О.А. Можливості психологічної допомоги жертвам

- деструктивних тоталітарних організацій // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – №3. – с.1-4.
64. Лукашевич Н. М. Фактори ризику розвитку суїцидальної поведінки у підлітків [Електронний ресурс] / Н. М. Лукашевич // Судово-медична експертиза. - 2013. - № 2. - С. 28-32. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sme_2013_2_10
65. Лукомська С.О. Світові тенденції розвитку медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій / С.О. Лукомська // Медична психологія: здобутки, розвиток і перспективи. Матеріали Четвертої міжнародної науковопрактичної конференції (м. Київ, 22-24 жовтня 2015 р.) / За наук. ред. С.Д. Максименка, Б.С.Божука, К.С. Максименко, Т.А. Тамакової. – К., 2015. – С. 45–46.
66. Луценко Ю. А. Особливості організації психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб / Ю. А. Луценко // Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навчально-методичний посібник. – К. : Агенство «Україна». – 2015. – С. 143-149.
67. Львовочкіна А.М. Основи екологічної психології: навчальний посібник / А.М.Львовочкіна. К.: МАУП, 2004. – 136 с.
68. Ляшевич А. М. Відмінності в організації та функціонуванні між чоловічим та жіночим організаціями [Електронний ресурс] / А. М. Ляшевич, Н. М. Корнійчук – Режим доступу до ресурсу: <http://eprints.zu.edu.ua/10771/1/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf>.
69. Мандзик Л. В. Соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому віці [Електронний ресурс] / Л. В. Мандзик // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. - 2015. - Вип. 220. - С. 258-262. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnu_ped_2015_220_42 - (Серія:

- Педагогіка, психологія, філософія.)
70. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання [Електронний ресурс] / І.А. Мартинюк // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. - 2015. - Вип.230. - С. 276-282. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnau_ped_2015_230_44 - (Серія: Педагогіка, психологія, філософія)
71. Мартіна Мюллер. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук. ред. Катерина Явна. (Серія “Сам собі психотерапевт”). Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.
72. Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості / за редакцією З.Г.Кісарчук. — Кіровоград: Імекс-Лтд, 2013. — 140 с.
73. Міщук С.С. Чому не діють ліки? / Сергій Міщук // Жила. Сімейно. Глибоко. Творчо – №7. – С. 40-45
74. Монотравми і політравми: класифікація та ознаки. URL: biomedicina.com.ua/monotravmyi-politravmy-klassyfikatsiya-ta-oznaky/
75. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання / І. В. Музиченко // Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19-20 травня 2017 р.) – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017.– С.119-123.
76. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер. — Львів: Видавництво Українського католицького університету, Свічадо, 2014. — 120 с.
77. Найдъонов М. І. Психологія травмивних ситуацій. URL: science.radioritual.ru/5957669472195397.html
78. Найдъонова Л. А. Історична травма спільноти: як нащадкам пам'ятати трагічне? URL: lib.iitta.gov.ua/707323/1/NaydonovaLA_st_2011_2.pdf

79. Наугольник Л.Б., Кіт В.В. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес керівниками ОВС. / Л.Б. Наугольник, В.В. Кіт / Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць / головний редактор В. В. Середа. – Львів: ЛьвДУВС, 2014. – Вип. 1. – 292 с. С. 102 – 110.
80. Наугольник Л.Б. Психологія стресу. / Л.Б Наугольник. – Курс лекцій – Львів: Ліга- Прес, 2013. – 130 с.
81. Наугольник Л. Б. Психологія стресу / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015.
82. Обухов Я. Основи символдрами. Вступ до основного ступеня / Яков Обухов. – К.: Главник, 2007. – 112 с.
83. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій [Текст] : навч. посібн. / А. І. Оверченко ; Нац. акад. внутр. справ – К. : НАВС, 2013. – 179 с.
84. Овсяннікова Я. О. Психологічна допомога дітям, які пережили психічну травму внаслідок надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] / Я. О. Овсяннікова // Право і Безпека. -2012. - No 1. - С. 317-321. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pib_2012_1_71
85. Омельченко Я.М. Особливості психологічної допомоги дітям з тимчасово переселених родин / Яніна Омельченко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та інш. – [за ред. З.Г. Кісарчук]. – К. : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015 – С. 46-60
86. Омельченко Я.М. Психологічна допомога дітям з тривожними станами / Яніна Омельченко, Зоя Кісарчук. — К.: Шк. світ, 2008. — 112 с.
87. Основи психології / Під заг. ред. О.В. Киричука, В.А. Роменця. – К.: Либідь, 1996.
88. Островерха Ю.А., Пістун І.П., Хобзей М.К. Охорона життя і здоров'я учнів та безпека їх життєдіяльності. / Навчально-методичне видання.

- «Сполом», Львів – 1999 – 160 с.
89. Панок В. Г. Методичні підходи до надання психологічної допомоги потерпілим від техногенної катастрофи: Монографія. — К.: Центр соціальних експертиз і прогнозів, 1999. — 106 с.
90. Печій П.Г. Символдрама в кризовій інтервенції. Комплексний підхід до лікування онкохірургічних пацієнтів проктологічного відділу Львівської обласної клінічної лікарні / П.Г. Печій // Форум психіатрії та психотерапії. – Том 7. – Львів-2012. – С. 84- 88.
91. Пипа Л. В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми : Ч. 1 [Електронний ресурс] / Л. В. Пипа, С. В. Римша, Р. В. Свістільнік, Ю. М. Лисиця // Здоров'є ребенка. - 2014.- № 6. - С. 92-99. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2014_6_17
92. Поляков І. Встановлення психологічного контакту із потенційним суїцидентом при спробі ним скоєння фатального кроку з території висотних споруд [Електронний ресурс] / І. Поляков, С. Щербак, В. Потеряхін // Проблеми екстремальної та кризової психології. - 2013. - Вип. 14 (3). - С. 178-185. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14\(3\)_29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14(3)_29)
93. Поляков І. О. Основні причини та приводи здійснення потенційними суїцидентами фатального кроку [Електронний ресурс] / І. О. Поляков, С. М. Щербак // Проблеми екстремальної та кризової психології. - 2014. - Вип. 15. - С. 208-214. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2014_15_31
94. Помиткін Е.О. Духовний розвиток учнів у системі шкільної освіти. – Київ, 1996.
95. Прийменко В. Психолого-педагогічна допомога дитині в переживанні гострої психологічної травми / В. Прийменко // Психолог. - 2007. - № 38.- С. 4-8
96. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових

- травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К.: ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с.
97. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З.Г.Кісарчук. – К., 2015. – 232 с.
98. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: «Академвидав», 2006. – 424 с.
99. Психологічні закономірності розвитку духовної особистості: монографія / М.Й.Боришевський, О.В.Шевченко, Н.Д.Володарська та ін.. За заг.ред.М.Й.Боришевського. – К.:Педагогічна думка, 2011.- 200 с.
100. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. – К.: Рута, 2001. – 320 с
101. Психологія поведінки на війні: практичний poradnik. Навчальний посібник / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. – К. : НУОУ, 2014. – 125 с.
102. Психологія суїциду [Текст] : посібник / В. П. Москалець [та ін.] ; ред. В. П. Москалець. - К. : Академвидав, 2011.- 287 с.
103. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : [навч. посібник] / наук. ред. та керівник проблем.групи Л. М. Вольнова. – К. , 2012. – 275 с.
104. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю. С. Семенова // Український науково-медичний молодіжний журнал — Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції, м. Київ, 11-12 травня 2011 р.: НМУ імені О. О. Богомольця, 2011.-с.50-54
105. Олещук І.І. Людина і війна у слові Марка Черемшини: монографія / Іванна Олещук. – Чернівці: Друк Арт, 2019. – 184 с.
106. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.

- Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.
107. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова та ін. – К.: Наш формат, 2017. – 1068 с.
108. Охременко О.Р. Постстресові розлади. – К.: Видавництво «Хімджест», 2004 р. – 102 с.
109. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 264 с.
110. Профілактика психологічного насильства і маніпулювання свідомістю та розвиток критичного мислення в молодіжному середовищі. Матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 27—28 трав. 2004 р., м. Київ. — К.: Укр. центр політичного менеджменту, 2005.— 320с.
111. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / упор. Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. – Чернівці: Технодрук, 2014. – 133 с.
112. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Навчальний посібник: М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергіна. Загальна редакція М.С. Корольчука. – К.: Фірма «ІНКОС», 2002. – 272 с. (196 – 262)
113. Психологія переживання війни: досвід України» за участі українських та європейських експертів [Електронний ресурс] // Сайт Київського національного університету культури і мистецтв. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <http://knukim.edu.ua/psychologiya-perezhyvannya-vijny-dosvid-ukrayiny-2/>.
114. Психологія поведінки на війні: практичний poradnik. Навчальний посібник / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. — К.: НУОУ, 2014. — 125 с.
115. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник / [уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород:

- Видавництво Олександра Гаркуші, 2012. – С. 90.
116. Практикум з психології. Навчальний посібник / Укладачі: Г. М. Дубчак, Н. Г. Рудюк. – Чернівці: Рута, 2006. – 360 с.
117. Рибалка В. В. Психологія суїцидальних тенденцій проблемної особистості / В. В. Рибалка. – К. : Шкільний світ, 2009. – 128 с.
118. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології: Навч. посібн. – К.: Кондор, 2005. – 278 с
119. Розов В.І. Формування і розвиток механізмів адаптивної психофізіологічної саморегуляції у студентів // Проблеми вищої школи. – 1994. – Вип. 81. – с.87-92
120. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики [Електронний ресурс] / О. П. Романів, О.О. Хаустова // Ліки України. - 2013. - No 1. - С. 89-94. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/likukr_2013_1_17
121. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір [Електронний ресурс] / Олег Романчук // сайт Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/.
122. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії // НейроNEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія. - 2012. - No 1(36).
123. Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання / О. Романчук. – Львів : Колесо, 2011.
124. Рябчич Я. Є. Аналіз підходів, методів та технік діагностико-корекційної роботи з кризовими суїцидо-небезпечними станами особистості [Електронний ресурс] / Я. Є. Рябчич // Актуальні проблеми психології. - 2012. - Т. 1, Вип. 35. - С. 144-147. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsuuh_2012_1_35_32

125. Савчин М.В. Загальна психологія. Навч. посіб. У 2-х ч. Ч. 2. – Дрогобич: Відродження, 1998.
126. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю. С. Семенова // Актуальні проблеми сучасної медичної психології: матеріали V науково-практичної конференції (м. Київ, 11–12 травня 2011 р.). – К., 2011. – С. 50–54.
127. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. URL: rbis-nbuiv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuiv/cgiirbis_64.exe?
128. Семиліт М. В. Концепція життєвого шляху у контексті теорії колективної травми. URL: forum.onu.edu.ua/index.php?topic=5057.0
129. Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. Психологічний словник. / за ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.
130. Сільська молодь України: стан, проблеми та шляхи їх вирішення: Щоріч. доп. Президентів України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2004 р.) / Т.В.Безулік, А.І.Білий, Є.І.Бородін та ін.; Ред кол.: Ю.О.Павленко та ін.; Держ. Ін-т пробл. сім'ї та молоді. – К.: Гопак, 2005. – 264 с.
131. Сімак А. Аксіопсихологічна детермінація копінгповедінки підлітків-акцентуантів / Алла Анатоліївна Сімак. // Психологія особистості : науковий теоретико-методологічний і прикладний психологічний журнал. – 2012. – №3.
132. Сірий А. В. Психологічні особливості військово-професійної діяльності військовослужбовців за контрактом / А. В. Сірий // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. - 2010. - Вип. 2
133. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубровська, О.В. Залеська та ін. — Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. — 84 с.

134. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій: методичні рекомендації // Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький: ІмексЛТД, 2017. – 80 с.
135. Становище сімей в умовах малих міст України: Держ. доп. про становище сімей в Україні (за підсумками 2004 р.) / Т.Ф.Алексєєнко, Т.В.Говорун, Н.Г.Гойда та ін. – К.: Гопак, 2005. – 226 с
136. Станчишин Володимир. Роздуми психотерапевта про війну. – К.:Віхола, 2022. – 288 с.
137. Станчишин Володимир. Стіни в моїй голові. – К.: Віхола, 2020.
138. Сучасний тлумачний словник української мови? 65 000 слів / За заг.ред.д-ра філол.наук, проф..В.В.Дубічинського. – Х.: ШКОЛА, 2006. – 1008 с.
139. Тимочків П. М. Стрес і життя: погляд ендокринолога (до сторіччя з дня народження Ганса Сельє) [Електронний ресурс] / П. М. Тимочків // Новини медицини і фармації. – 2007. – Режим доступу до ресурсу: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/3180.
140. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування / Т.М.Титаренко. — К.: Главник, 2004. — 96 с.
141. Тіллїх П. Мужність бути. – К: Дух і Літера, 2018. – 200 с.
142. Тохтамиш О.М. Психологічний механізм реактивного утворення та його зв'язок з самосприйняттям особистості / О.М. Тохтамиш // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка / За ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої.– Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. – Вип. 19. – С. 697-705.
143. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія. Навчально-методичний посібник / О.М. Тохтамиш. — Вінниця: ТОВ Вїндрук. —

2004. — 102 с.
144. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій [Електронний ресурс] / О. Л. Туриніна // Видавничий дім "Персонал". – 2017. – Режим доступу до ресурсу: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf.
145. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Протокол, Наказ № 121 від 23.02.2016 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.undisppn.org.ua/>.
146. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / Віктор Франкл. – Харків: КСД, 2004.
147. Христук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності [Електронний ресурс] / О. Л. Христук // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: https://www1.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/library/visnyky/nvsp/02_2017/2_2.pdf.
148. Царенко Л. Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту / Людмила Григорівна Царенко. // Психологія: теорія і практика. – 2019. – №1. – С. 158–170.
149. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. Навчальний посібник. Рекомендовано Міністерством освіти і науки України. / Т.Ф. Цигульська Київ: «Наукова думка», 2000. – 191 с.
150. Чабан О. С. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? [Електронний ресурс] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український медичний часопис. Актуальні питання

- клінічної практики. – 2022. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.umj.com.ua/article/232297/mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi>.
151. Чекстере О. Ю. Гендерні особливості ПТСР у дітей, постраждалих внаслідок збройного конфлікту // Особистість в умовах кризових викликів сучасності: матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / за ред. академіка НАПН України С. Д. Максименка. – Київ, 2016. – С. 360–366. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/704987/>
152. Шевченко О.В. Національна ідентифікація у становленні Я-образу особистості: Дисс. ... канд. психол. наук. 19.00.07. – К., 2005. – 213 с. – С.70.
153. Шевченко В. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В. В. Шевченко, А. А. Руденко // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. – 2014. – Вип. 2.12. – С. 239– 243.
154. Шльонська О.О. Використання кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з батьківською групою / Оксана Шльонська // Актуальні проблеми психології [Т.3: Консультативна психологія і психотерапія]: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / [За ред. С.Д. Максименка, З.Г. Кісарчук]. – К. : Міланік, 2007. – С. 225-235.
155. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І.В., Ткачук І.І. - Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. - 88 с.
156. Що таке стреси і як їх долати / Сененко Світлана. –«Дзеркало тижня». – 2000. – № 12. – 29 березня [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http/ scho_take_stresi_i_yak_yih_dolati-53263.html](http://scho_take_stresi_i_yak_yih_dolati-53263.html)

157. Юр'єва, Л. Н. Історія. Культура. Психічні і поведінкові розлади / Л. Н. Юр'єва - Київ: Сфера, 2002.
158. Ягупов В. Військова психологія: Підручник / В. Ягупов. — Київ: Тандем, 2004. — 656с.
159. Allen Rubin, David, Springer W. Treatment of Traumatized Adults and Children: Clinician's Guide to Evidence-based practice / Rubin,David Allen , W. Springer. – 2009. – 408 с.
160. Benish S. G., Imel Z. E., Wampold B. E. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: A metaanalysis of direct comparisons / S. G. Benish, Z. E. Imel, B. E. Wampold // *Clinical Psychology Review*. – 2008. --Vol. 8., – PP. 746-758. 23.
161. Cerfolio N. E. Multimodal Psychoanalytically Informed Aid Work with Children Traumatized by Chechen War/ N. E. Cerfolio // *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. – 2009. – Vol. 37. № 4., – P. 587-603.
162. Comas-Dias L., Padilla A.M. Countertransference in working with victims of political repression / L. Comas-Dias, A.M. Padilla // *American Journal of Orthopsychiatry* — 1991. — #61. — pp. 179 — 185.
163. Danieli Y. Confronting the unimaginable: psychotherapists' reaction to victims of the nazi Holocaust / Yael Danieli // *Human adaptation to extreme stress* / Ed. Wilson J.P., Z. Harel and others. — NY: Plenum Press, 1988. — pp. 219-238.
164. Fenichel Otto. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* . - London 1946. - p. 610–611
165. Herman J. Trauma and Recovery. The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror / Judith Herman. — NY: Harper Collins, 1992. — 387 p.
166. Horowitz M. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress [Електронний ресурс] / M. Horowitz, N. Wilner, W. Alvarez. – 2010. –

- Режим доступа до ресурсу:
<https://www.semanticscholar.org/paper/Impact-of-Event-Scale%3A-A-Measure-of-Subjective-Horowitz-Wilner/b18b654ee40ccea9a3a3f6d073636d7ff0eaf189>.
167. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar Schema therapy: A practitioner's guide. - 1995.
168. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko Reinventing your life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior... and Feel Great Again. - 1994.
169. Jung, Carl Gustav: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte. Gesammelte Werke. Walter-Verlag, Düsseldorf 1995, Paperback, Sonderausgabe, Band 9/1
170. Klein E, Koren D, Aron I. Sleep complaints are not corroborated by objective sleep measures in post-traumatic stress disorder: a 1-year prospective study in survivors of motor vehicles crashes. J Sleep Res, 2020, 12: 35-41.
171. Luft R. The development of mitochondrial medicine // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1994. — 91. — P.8713-8738.
172. Maslow A. Motivation and Personality [Электронный ресурс] / Abraham Maslow. — 1954. — Режим доступа до ресурсу: <https://www.eyco.org/nuovo/wp-content/uploads/2016/09/Motivation-and-Personality-A.H.Maslow.pdf>.
173. Robert L. Leahy Emotional schema therapy. - 2015.
174. [Shengold L.L. Child abuse and deprivation soul murder.](#) Psychoanalytic understanding of violence and suicide / L.L. Shengold // Published in association with the institute of psychoanalysis. — London: 2010. — pp. 89-99.
175. Skinner F. The Origins of Cognitive Thought [Электронный ресурс] / F. Skinner. — 1989. — Режим доступа до ресурсу:

<https://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/us/skinner.htm>.

176. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice. - 2012.

ДОДАТКИ

Додаток А

РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИКИ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ РЕСПОНДЕНТІВ
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ НА ТЛІ СИТУАЦІЇ ВІЙНИ

Таблиця 2.2.1

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців за методикою тест «САМОАЛ» А. Maslow

	Чоловіки тимчасово переселені			Чоловіки місцеві мешканці			Разом чоловіки		
	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій
Рівень прагнення до самоактуалізації	0	100	0	0	100	0	0	100	0
Шкала орієнтації в хронологічному зрізі	60	30	10	0	100	0	30	65	5
Шкала цінностей	40	60	0	50	50	0	45	55	0
Погляд на природу людини	0	100	0	40	60	0	20	80	0
Потреба у пізнанні	30	60	10	10	90	0	20	75	5
Прагнення до творчості і креативність	30	70	0	20	80	0	25	75	0
Автономність	30	70	0	10	90	0	20	80	0
Спонтанність	30	70	0	10	90	0	20	80	0
Саморозуміння	20	80	0	50	40	10	35	60	5
Автосимпатія	30	70	0	40	60	0	35	65	0
Шкала контактності	0	90	10	30	70	0	15	80	5
Шкала гнучкості в спілкуванні	20	80	0	30	70	0	25	75	0

Додаток А (продовження)

Таблиця 2.2.2

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методикою тест «САМОАЛ» А. Maslow

	Жінки тимчасово переселені			Жінки місцеві мешканки			Разом жінки		
	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій
Рівень прагнення до самоактуалізації	10	90	0	0	90	10	5	90	5
Шкала орієнтації в хронологічному зрізі	20	70	10	10	70	20	15	70	15
Шкала цінностей	10	80	10	10	60	30	10	70	20
Погляд на природу людини	10	90	0	30	60	10	20	75	5
Потреба у пізнанні	20	50	30	0	90	10	10	70	20
Прагнення до творчості і креативність	10	40	50	0	60	40	5	50	45
Автономність	40	50	10	30	60	10	35	55	10
Спонтанність	50	50	0	20	80	0	35	65	0
Саморозуміння	50	50	0	30	50	20	40	50	10
Автосимпатія	10	90	0	40	50	10	25	70	5
Шкала контактності	70	30	0	30	70	0	50	50	0
Шкала гнучкості в спілкуванні	10	80	10	20	70	10	15	75	10

Додаток А (продовження)

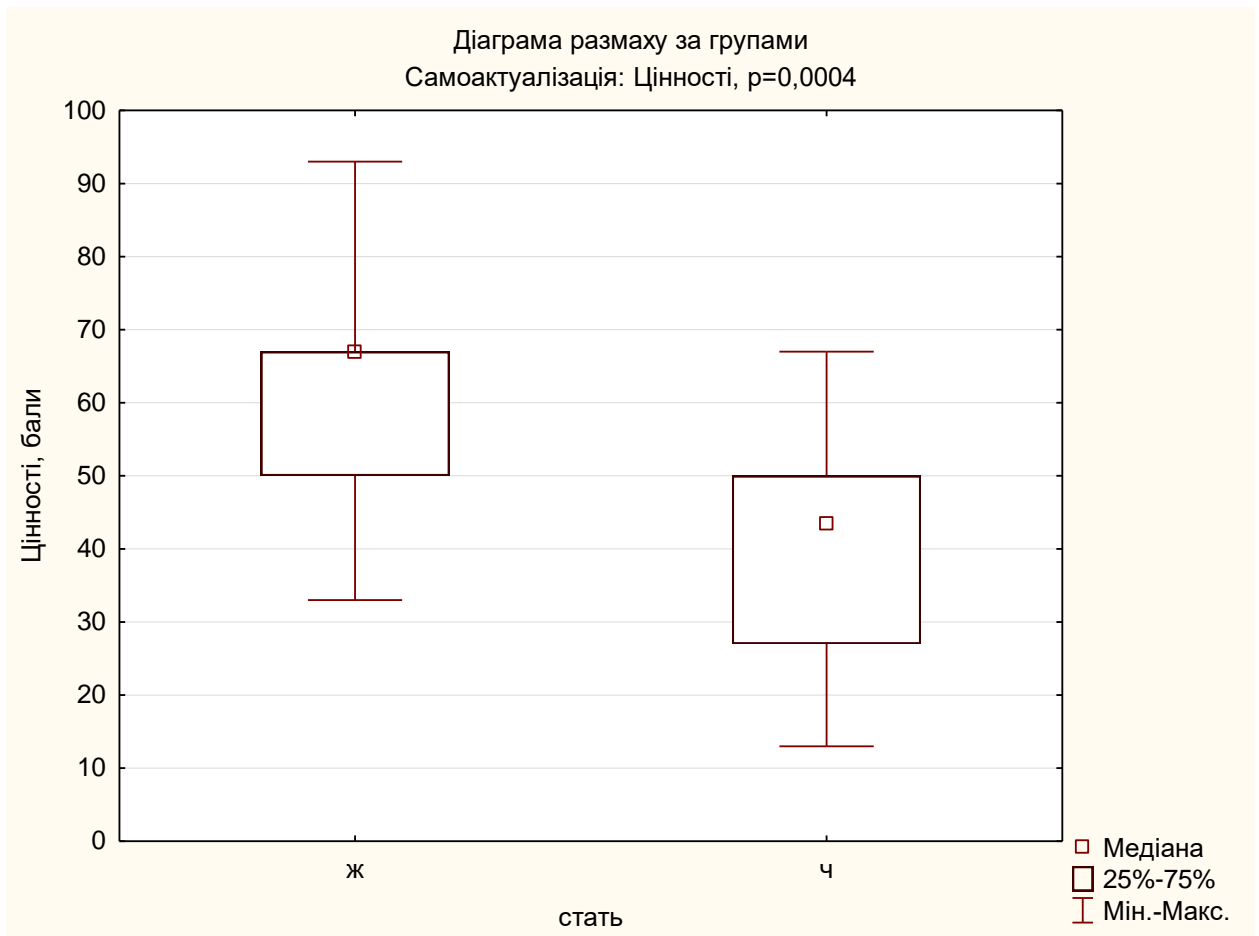


Рис.2.2.1. Порівняння показників цінності як одного з аспектів самоактуалізації особистості між респондентами жіночої і чоловічої статі ($p=0,0004$, за критерієм Mann - Whitney)

Додаток А (продовження)

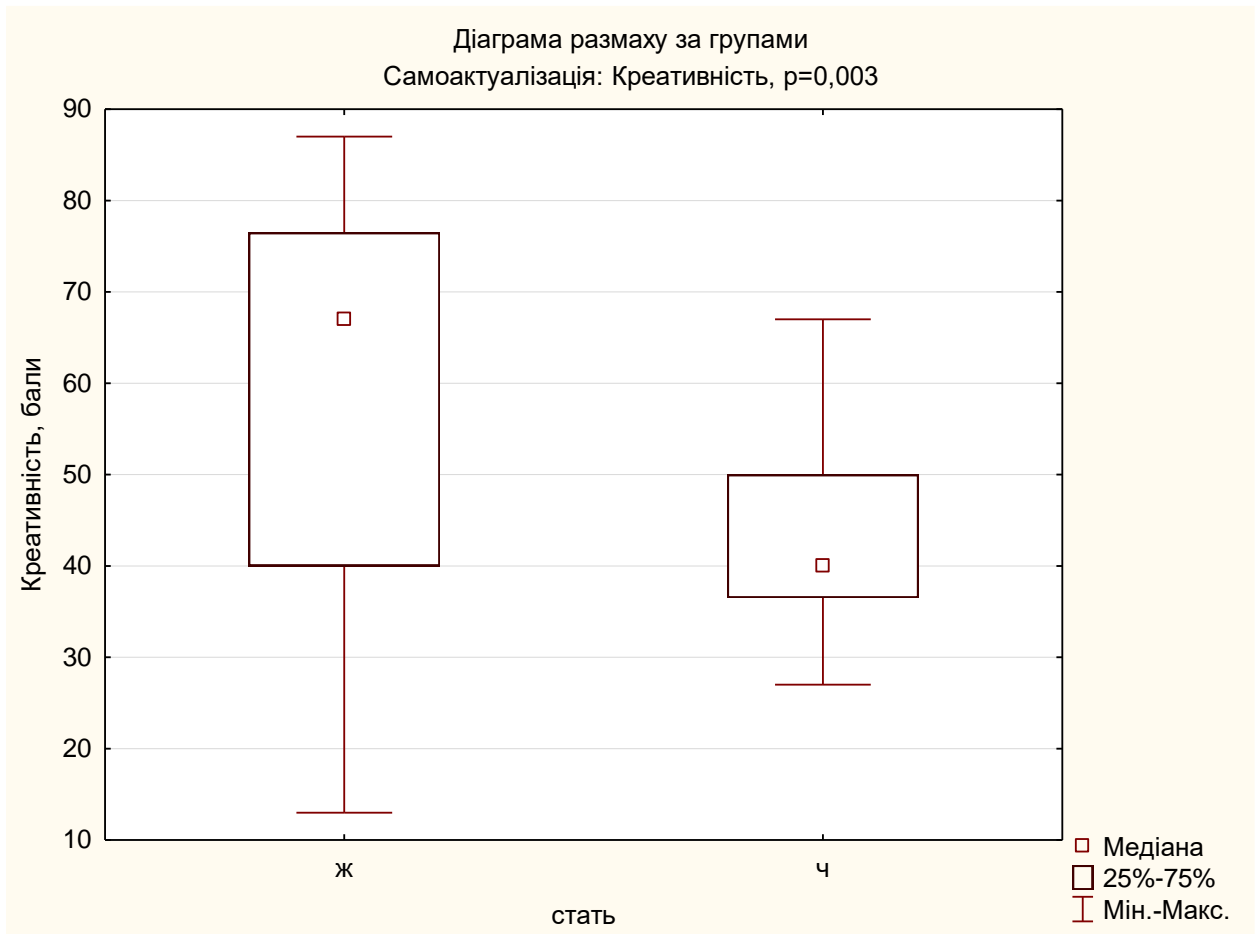


Рис. 2.2.2. Порівняння показників креативності як одного з аспектів самоактуалізації особистості між респондентами жіночої і чоловічої статі ($p=0,003$, за критерієм Mann - Whitney)

Додаток А (продовження)

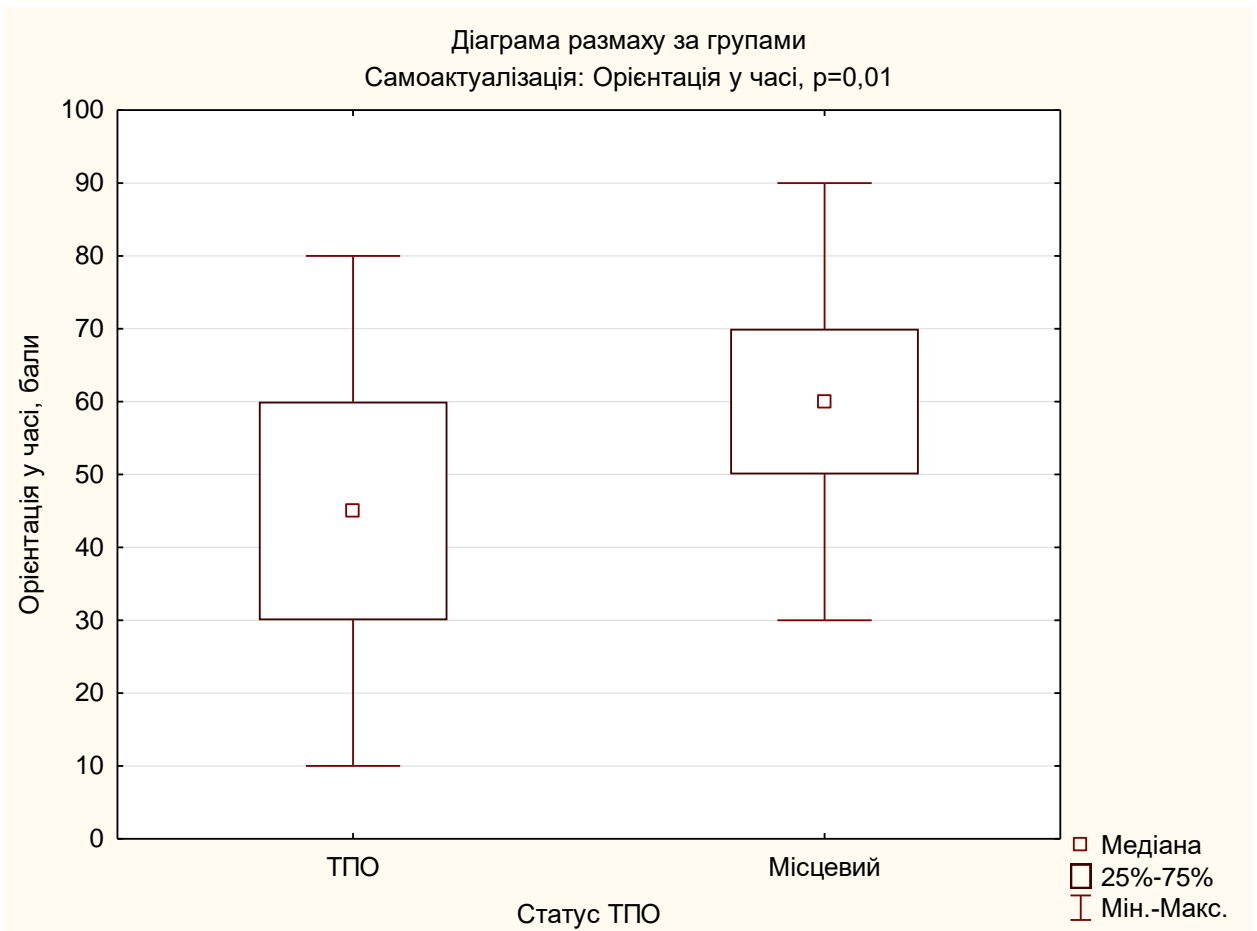


Рис.2.2.3. Порівняння показників орієнтації у часі як одного з аспектів самоактуалізації особистості між респондентами, що мають статус ТПО, і місцевими мешканцями ($p=0,01$, за критерієм Mann - Whitney)

Додаток А (продовження)

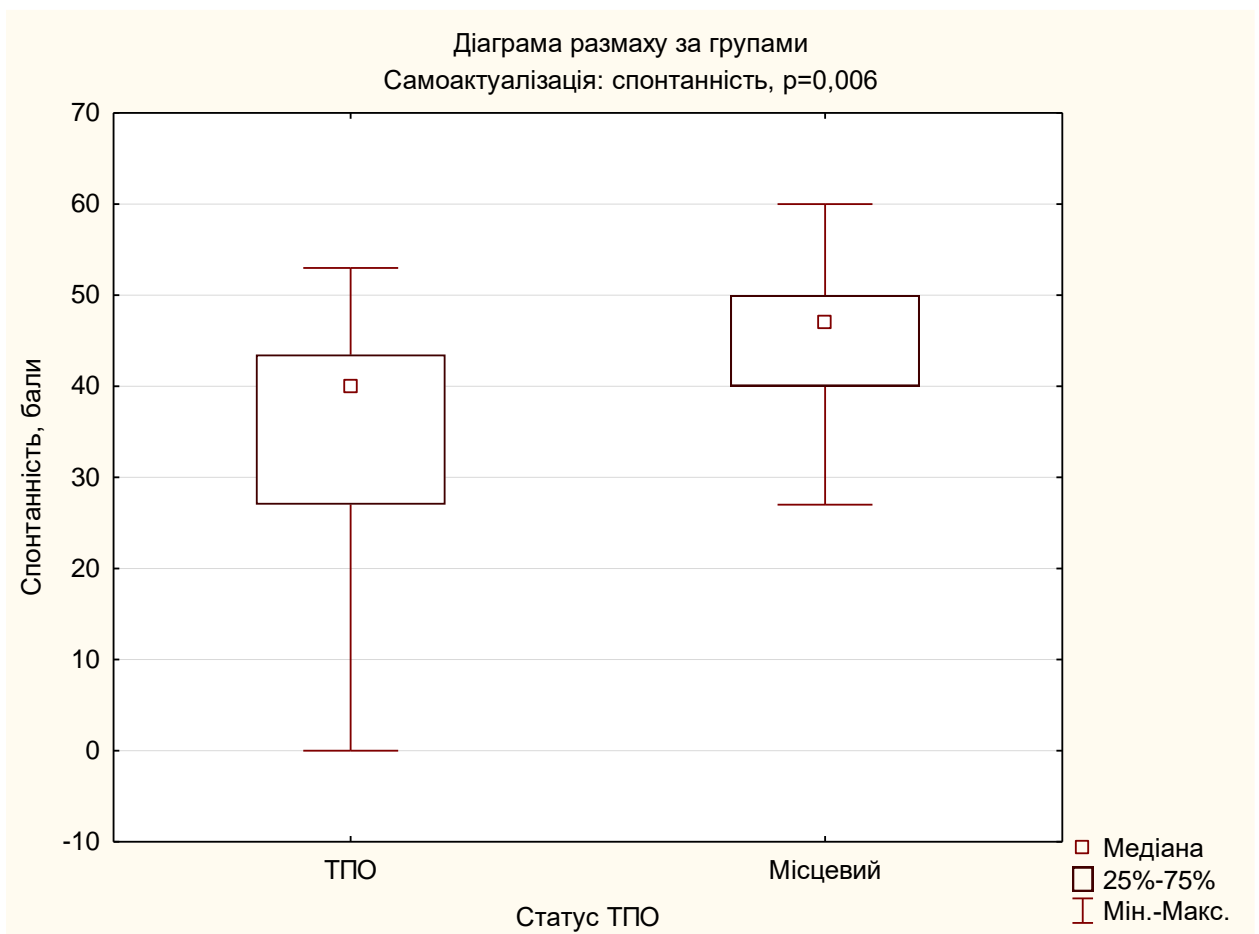


Рис. 2.2.4 Порівняння показників спонтанності як одного з аспектів самоактуалізації особистості між респондентами, що мають статус ТПО, і місцевими мешканцями ($p=0,006$, за критерієм Mann - Whitney)

Додаток Б

Таблиця 2.2.3

Кількість (абс.) респондентів у вибірці, які пережили травмуючі події,
або перебувають під їх впливом

Респонденти Травмуючі події	Чоловіки ТПО	Жінки ТПО	Чоловіки місцеві мешканці	Жінки місцеві мешканки
Ті, що перенесли втрату близької людини	2	0	2	2
Ті, що перенесли важку хворобу близької людини, або свою	2	2	1	1
Втрата житла	2	4	0	0
Розлучення	1	1	0	3
Нещасний випадок (автокатастрофа, стихійне лихо)	1	0	0	0
Близька людина служить у лавах ЗСУ	0	3	5	4

Додаток Б (продовження)

Таблиця 2.2.4.

Порівняння показників (%) психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок

«Шкала оцінки впливу травматичної події» М. Horowitz

Стать та статус	Бали	Наявність травми події %	Вторгнення				Уникнення				Фізіологічна збудженість			
			Н.	С.	П.	В.	Н.	С.	П.	В.	Н.	С.	П.	В.
Чоловіки ТПО		80%	0	0	10	90	0	0	10	90	0	10	30	60
Чоловіки місцеві мешканці		80%	0	30	10	60	0	10	10	80	0	0	20	80
Разом чоловіки		80%	0	15	10	75	0	5	10	85	0	5	25	70
Жінки ТПО		100%	0	0	10	90	0	0	20	80	10	0	20	70
Жінки місцеві мешканки		100%	10	0	30	60	0	10	0	90	20	10	20	50
Разом жінки		100%	5	0	20	75	0	5	10	85	15	5	20	60

Додаток В

**РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИКИ ПРОЯВУ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ
СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО
ЧАСУ**

Таблиця 2.3.1

Порівняння показників (%) психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методикою

П'ять травм Lise Bourbeau, %

Бали Стать та статус	Травма «Відкинутого»			Травма «Покинутого»			Травма «Прийнятого»			Травма «Зради»			Травма «Несправедливості»		
	Н.	П.	В.	Н.	П.	В.	Н.	П.	В.	Н.	П.	В.	Н.	П.	В.
Чоловіки місцеві мешканці	100	0	0	100	0	0	100	0	0	50	50	0	0	100	0
Чоловіки ТПО	100	0	0	90	10	0	100	0	0	30	70	0	20	80	0
Разом чоловіки	100	0	0	95	5	0	100	0	0	40	60	0	10	90	0
Жінки місцеві мешканки	30	60	10	20	60	20	40	60	0	10	60	30	20	40	40
Жінки ТПО	20	80	0	10	70	20	10	90	0	0	60	40	20	40	40
Разом жінки	25	70	5	15	65	20	25	75	0	5	60	35	20	40	40

Додаток В (продовження)

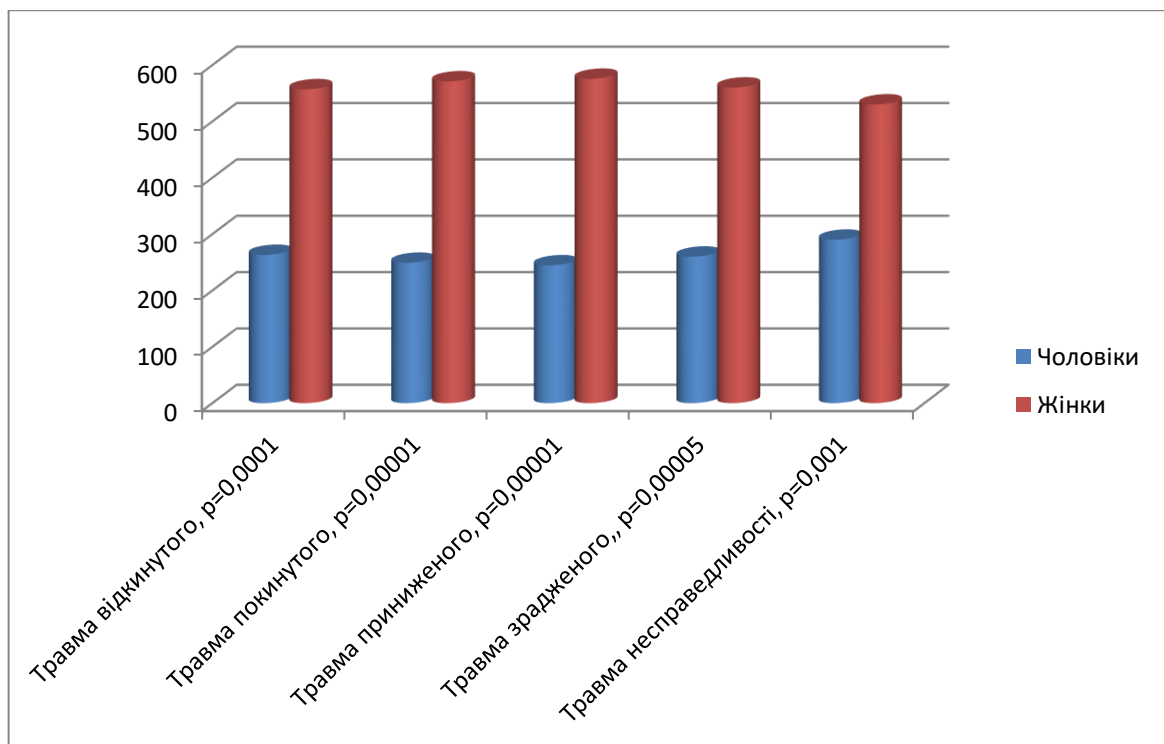


Рис. 2.3.1. Порівняння показників (у рангових сумах) прояву основних п'яти дитячих травм (за Lise Bourbeau) між досліджуваними чоловіками і жінками (за критерієм Mann - Whitney)

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.2

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців за методикою Деадаптивні схеми Geoffrey Young

Деадаптивні схеми (за Geoffrey Young)	Чоловіки тимчасово переселені			Чоловіки місцеві мешканці			Разом чоловіки		
	Низький	Підвищений	Високим	Низький	Підвищений	Високим	Низький	Підвищений	Високим
Покинутості/Нестабільності	20	80	0	30	70	0	25	75	0
Недовіри/Очікування жорстокої поведінки	20	80	0	40	60	0	30	70	0
Емоційної депривованості	30	70	0	10	90	0	20	80	0
Дефективності/ Сором'язливості	30	70	0	40	60	0	35	65	0
Соціальної відчуженості	40	60	0	50	50	0	45	55	0
Залежності / Безпорадності	20	80	0	0	100	0	10	90	0
Вразливість	30	70	0	20	80	0	25	75	0
Заплутаності/ Нерозвиненої ідентичності	30	70	0	30	70	0	30	70	0
Неуспішності	20	80	0	30	70	0	25	75	0
Привілейованості/ Грандіозності	20	80	0	20	80	0	20	80	0
Недостатності самоконтролю	30	70	0	10	80	10	20	75	5
Покірності	40	60	0	20	80	0	30	70	0
Самопожертви	20	80	0	0	90	10	10	85	5
Пошуку схвалення	10	90	0	10	90	0	10	90	0
Негативізму/Песимізму	10	90	0	0	100	0	5	95	0
Придушення емоцій	0	100	0	0	100	0	0	100	0
Жорстких стандартів/ Прискіпливості	0	100	0	0	100	0	0	100	0
Пунітивності	0	100	0	0	100	0	0	100	0

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.3.

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методикою «Деадаптивні схеми Geoffrey Young»

	Жінки тимчасово переселені			Жінки місцеві мешканки			Разом жінки		
	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій
Деадаптивні схеми (за Geoffrey Young)									
Покинутості/Нестабільності	10	30	60	30	40	30	20	35	45
Недовіри/Очікування жорстокої поведінки	10	30	60	0	50	50	5	40	55
Емоційної депривованості	10	50	40	30	40	30	20	45	35
Дефективності/ Сором'язливості	10	60	30	40	40	20	25	50	25
Соціальної відчуженості	0	80	20	10	60	30	5	70	25
Залежності / Безпорадності	10	80	10	20	70	10	15	75	10
Вразливість	10	60	30	10	70	20	10	65	25
Заплутаності/ Нерозвиненої ідентичності	0	50	50	20	70	10	10	60	30
Неуспішності	30	60	10	30	50	20	30	55	15
Привілейованості/ Грандіозності	0	70	30	0	60	40	0	65	35
Недостатності самоконтролю	30	60	10	30	50	20	30	55	15
Покірності	0	70	30	10	80	10	5	75	20
Самопожертви	10	60	30	0	80	20	5	70	25
Пошуку схвалення	0	90	10	10	50	40	5	70	25
Негативізму/Песимізму	10	40	50	30	40	30	20	40	40
Придушення емоцій	0	70	30	0	90	10	0	80	20
Жорстких стандартів/ Прискіпливості	0	30	70	20	60	20	10	45	45
Пунітивності	10	60	30	50	40	10	30	50	20

Додаток В (продовження)

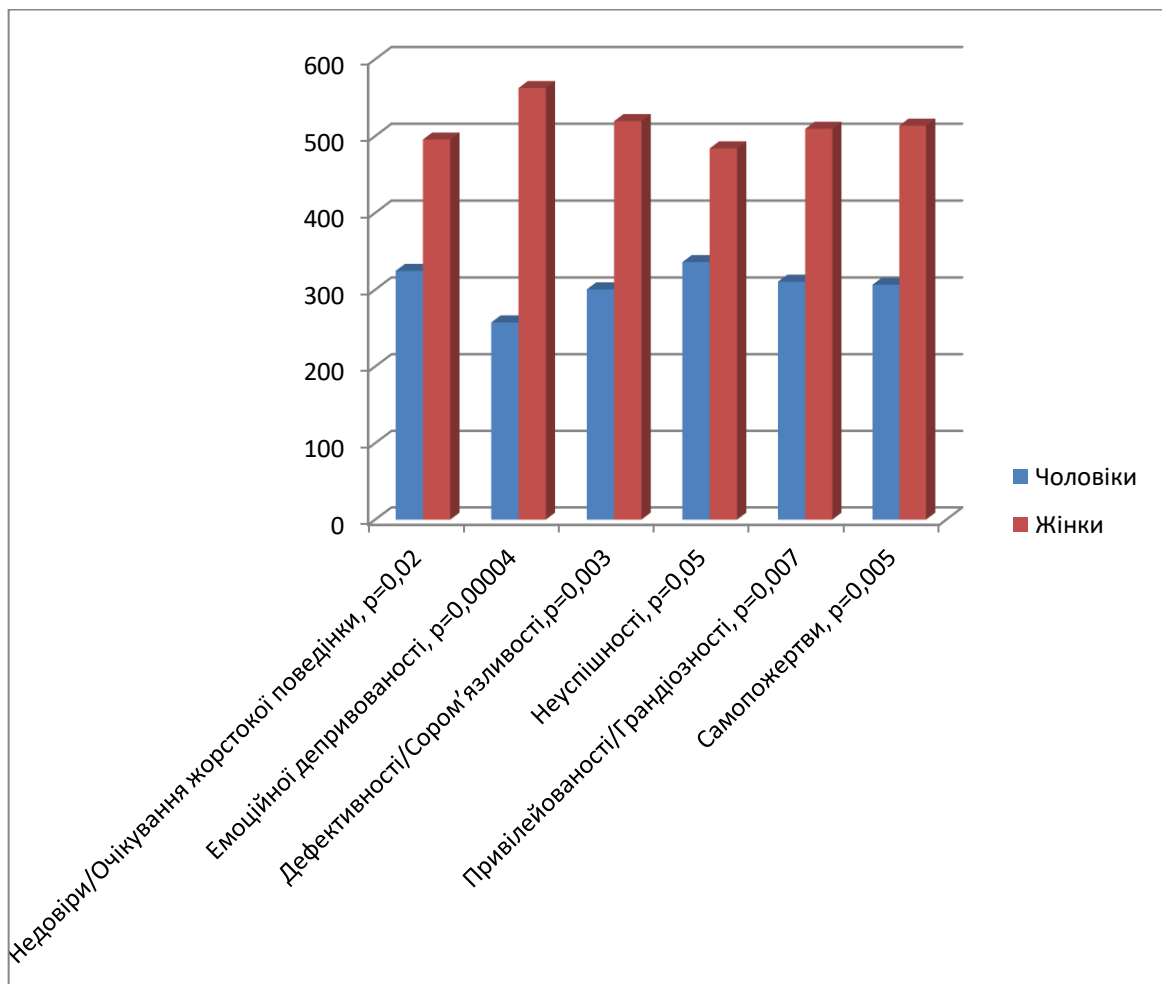


Рис. 2.3.2 Статистично достовірні відмінності між показниками (у рангових сумах) прояву дезадаптивних схем (за Geoffrey Young) між досліджуваними чоловіками і жінками (за критерієм Mann - Whitney)

Додаток В

(продовження)

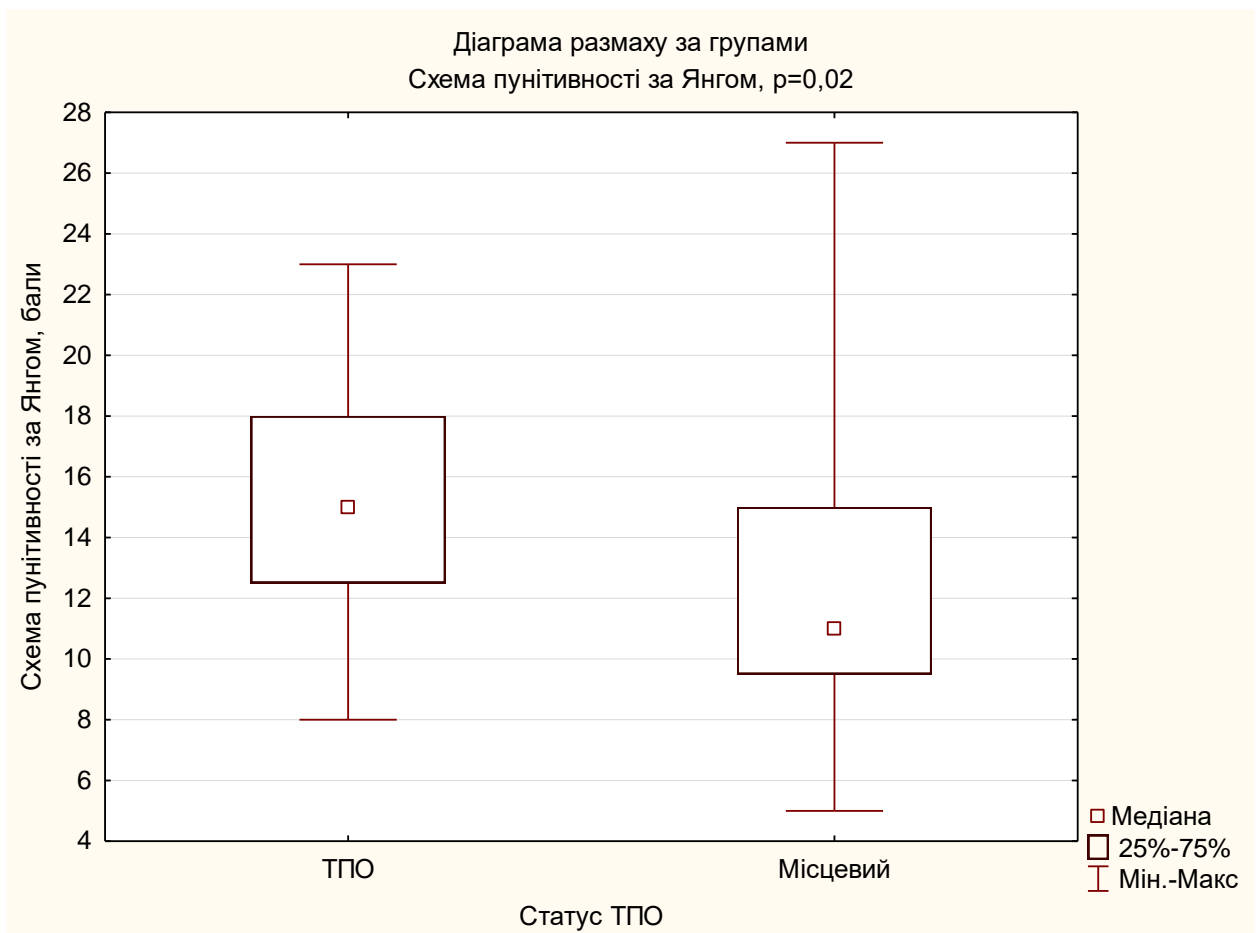


Рис. 2.3.3 Порівняння показників пунітивності як ранньої дезадаптивної схеми (за Geoffrey Young) між респондентами, що мають статус ТПО, і місцевими мешканцями ($p=0,02$, за критерієм Mann - Whitney)

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.4

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методикою Деадаптивні схеми Geoffrey Young поєднанні за ознаками I-V Доменів

Деадаптивні схеми (за Geoffrey Young)	Жінки тимчасово переселені			Жінки місцеві мешканки			Разом жінки		
	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій
Домен I	8	50	42	22	46	32	15	48	37
Домен II	12,5	62,5	25	20	65	15	16,25	63,75	20
Домен III	15	65	20	15	55	30	15	60	25
Домен IV	3,3	73,3	23,4	6,6	70	23,4	5	71,6	23,4
Домен V	5	50	45	25	57,5	17,5	15	53,75	31,25

Таблиця 2.3.5

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців за методикою Деадаптивні схеми Geoffrey Young поєднанні за ознаками I-V Доменів

Деадаптивні схеми (за Geoffrey Young)	Чоловіки тимчасово переселені			Чоловіки місцеві мешканці			Разом чоловіки		
	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій	Низький	Підвищений	Високій

Домен I	28	72	0	34	66	0	30	70	0
Домен II	25	75	0	20	80	0	22,5	77,5	0
Домен III	25	75	0	15	80	5	20	77,5	2,5
Домен IV	23,4	76,6	0	10	86,6	3,4	16,7	81,6	1,7
Домен V	2,5	97,5	0	0	100	0	1,25	98,75	0

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.6

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методиками П'ять травм Lise Bourbeau - Травми «Відкинутого», яка за описом відповідає I Домену за Деадаптивними схемами Geoffrey Young, з I Доменом

Стать та статус	Бали	П'ять травм Lise Bourbeau Травма «Відкинутого»			Деадаптивні схеми Geoffrey Young I Домен		
		Н.	П.	В.	Н.	П.	В.
Чоловіки ТПО	100	0	0	28	72	0	
Чоловіки місцеві мешканці	100	0	0	34	66	0	
Разом чоловіки	100	0	0	30	70	0	
Жінки ТПО	20	80	0	8	50	42	
Жінки місцеві мешканки	30	60	10	22	46	32	
Разом жінки	25	70	5	15	48	37	

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.7

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методиками П'ять травм Lise Bourbeau - Травми «Покинутого», яка за описом відповідає II Домену за Деадаптивними схемами Geoffrey Young, з II Доменом

Стать та статус	Бали	П'ять травм Lise Bourbeau Травма «Покинутого»			Деадаптивні схеми Geoffrey Young II Домен		
		Н.	П.	В.	Н.	П.	В.
Чоловіки ТПО		90	10	0	25	75	0
Чоловіки місцеві мешканці		100	0	0	20	80	0
Разом чоловіки		95	5	0	22,5	77,5	0
Жінки ТПО		10	70	20	12,5	62,5	25
Жінки місцеві мешканки		20	60	20	20	65	15
Разом жінки		15	65	20	16,25	63,75	20

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.8

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методиками П'ять травм Lise Bourbeau - Травми «Приниженого», яка за описом відповідає IV Домену за Деадаптивними схемами Geoffrey Young, з IV Доменом

Стать та статус	Бали	П'ять травм Lise Bourbeau Травма «Приниженого»			Деадаптивні схеми Geoffrey Young IV Домен		
		Н.	П.	В.	Н.	П.	В.
Чоловіки ТПО	100	0	0	23,4	76,6	0	
Чоловіки місцеві мешканці	100	0	0	10	86,6	3,4	
Разом чоловіки	100	0	0	16,7	81,6	1,7	
Жінки ТПО	10	90	0	3,3	73,3	23,4	
Жінки місцеві мешканки	40	60	0	6,6	70	23,4	
Разом жінки	25	75	0	5	71,6	23,4	

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.9

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методиками П'ять травм Lise Bourbeau - Травми «Зради», яка за описом відповідає III Домену за Деадаптивними схемами Geoffrey Young, з III Доменом

Стать та статус	Бали	П'ять травм Lise Bourbeau Травма «Зради»			Деадаптивні схеми Geoffrey Young III Домен		
		Н.	П.	В.	Н.	П.	В.
Чоловіки ТПО		30	70	0	25	75	0
Чоловіки місцеві мешканці		50	50	0	15	80	5
Разом чоловіки		40	60	0	20	77,5	2,5
Жінки ТПО		0	60	40	15	65	20
Жінки місцеві мешканки		10	60	30	15	55	30
Разом жінки		5	60	35	15	60	25

Додаток В (продовження)

Таблиця 2.3.10

Порівняння показників % психодіагностики груп респондентів чоловіків тимчасово переміщених та чоловіків місцевих мешканців, жінок тимчасово переміщених та жінок місцевих мешканок за методиками П'ять травм Lise Bourbeau - Травми «Несправедливості», яка за описом відповідає V Домену за Деадаптивними схемами Geoffrey Young, з V Доменом

Стать та статус	Бали	П'ять травм Lise Bourbeau Травма «Несправедливості»			Деадаптивні схеми Geoffrey Young V Домен		
		Н.	П.	В.	Н.	П.	В.
Чоловіки ТПО		20	80	0	2,5	97,5	0
Чоловіки місцеві мешканці		0	100	0	0	100	0
Разом чоловіки		10	90	0	1,25	98,75	0
Жінки ТПО		20	40	40	5	50	45
Жінки місцеві мешканки		20	40	40	25	57,5	17,5
Разом жінки		20	40	40	15	53,75	31,25

Додаток Г

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ У ПРОЦЕСІ
САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ
ВПЛИВИ ВІЙНИ

Таблиця 3.1.1

Статистично достовірні коефіцієнти кореляції ($p \leq 0,05$, за критерієм рангової кореляції Спірмена, r_s) показників психодіагностики респондентів за методиками «П'ять травм Lise Bourbeau», схемний опитувальник Geoffrey Young та «САМОАЛ (A. Maslow)

	Травма несправедливості	Схема Жорстких стандартів/Прискіпливості	Самоактуалізація			
			Автономність	Саморозуміння	Контактність	Гнучкість у спілкуванні
Вік	-0,32	-0,35	0,33	0,38	0,34	0,38

Додаток Г (продовження)

Таблиця 3.1.2

Коефіцієнти кореляції (за критерієм рангової кореляції Спірмена, r_s)
показників психодіагностики респондентів за методиками Lise Bourbeau і
Geoffrey Young

Травми (за Ліз Бурбо) Деадаптивні схеми (за Янгом)	Травма відкинуто го	Травма покинуто го	Травма принижено го	Травма зраджено го	Травма несправедливо сті
Покинутості/Нестабільності	0,227786	0,215358	0,199080	0,184027	0,355224
Недовіри/Очікування жорстокої поведінки	0,605571	0,550697	0,468182	0,642300	0,607093
Емоційної депривованості	0,634246	0,540665	0,691253	0,605731	0,541226
Дефективності/ Сором'язливості	0,455581	0,347280	0,424997	0,441938	0,351971
Соціальної відчуженості	0,438811	0,273358	0,367789	0,416238	0,509004
Залежності / Безпорадності	0,102799	0,091566	0,015772	0,004311	0,175678
Вразливіст	-0,081517	-0,101519	-0,036972	-0,039311	0,204526
Заплутаності/	0,408753	0,185795	0,329384	0,240994	0,353512

Нерозвиненої ідентичності					
Неуспішності	0,491614	0,292182	0,545667	0,452576	0,418100
Привілейованості/ Грандіозності	0,377222	0,400123	0,586400	0,397386	0,414992
Недостатності самоконтролю	0,087181	0,215639	0,318929	0,174779	0,102636
Покірності	0,249373	0,198394	0,320118	0,419363	0,308989
Самопожертви	0,526445	0,273033	0,532152	0,481966	0,429653
Пошуку схвалення	0,332389	0,373550	0,432912	0,510933	0,249669
Негативізму/Песимізму	-0,180636	-0,241160	0,033354	-0,140738	-0,181169
Придушення емоцій	0,339432	0,340416	0,479516	0,377143	0,263548
Жорстких стандартів/ Прискіпливості	0,383189	0,251087	0,384962	0,228604	0,255465
Пунітивності	0,378989	0,206749	0,324560	0,368164	0,272555

Примітка: червоним шрифтом виділено статистично достовірні показники кореляції ,
 $p \leq 0,05$

Додаток Г (продовження)

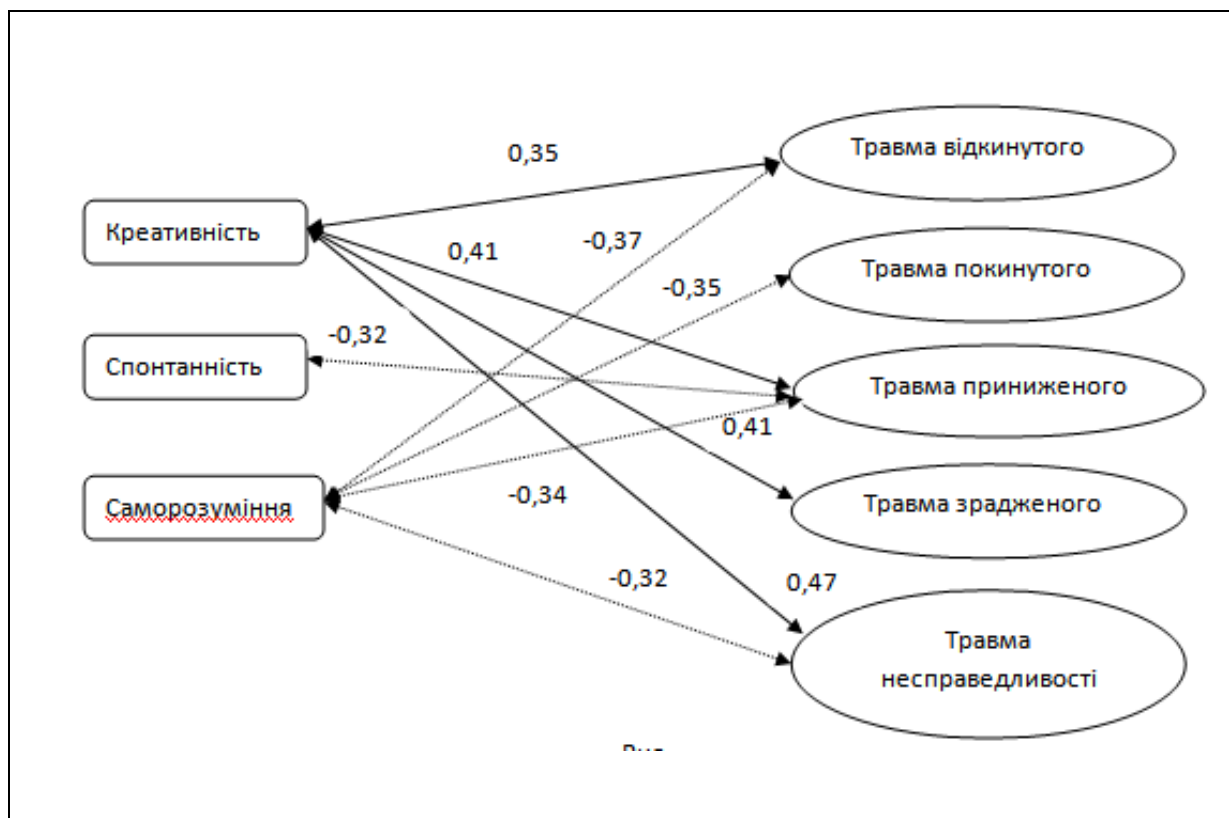
Таблиця 3.1.3

Коефіцієнти кореляції (за критерієм рангової кореляції Спірмена, r_s) показників психодіагностики респондентів за методикою Lise Bourbeau і Шкалою оцінки впливу травматичної події

Травми(Lise Bourbeau) Ефекти впливу травматичної події	Травма відкинутого	Травма покинутого	Травма приниженого	Травма зрадженого	Травма несправедливості
Вторгнення (інтрузії)	0,179285	0,203517	0,171729	0,256602	0,052348
Уникнення	0,093168	0,303561	0,097677	0,208549	-0,141642
Збудження	0,449825	0,412450	0,347784	0,475507	0,444114

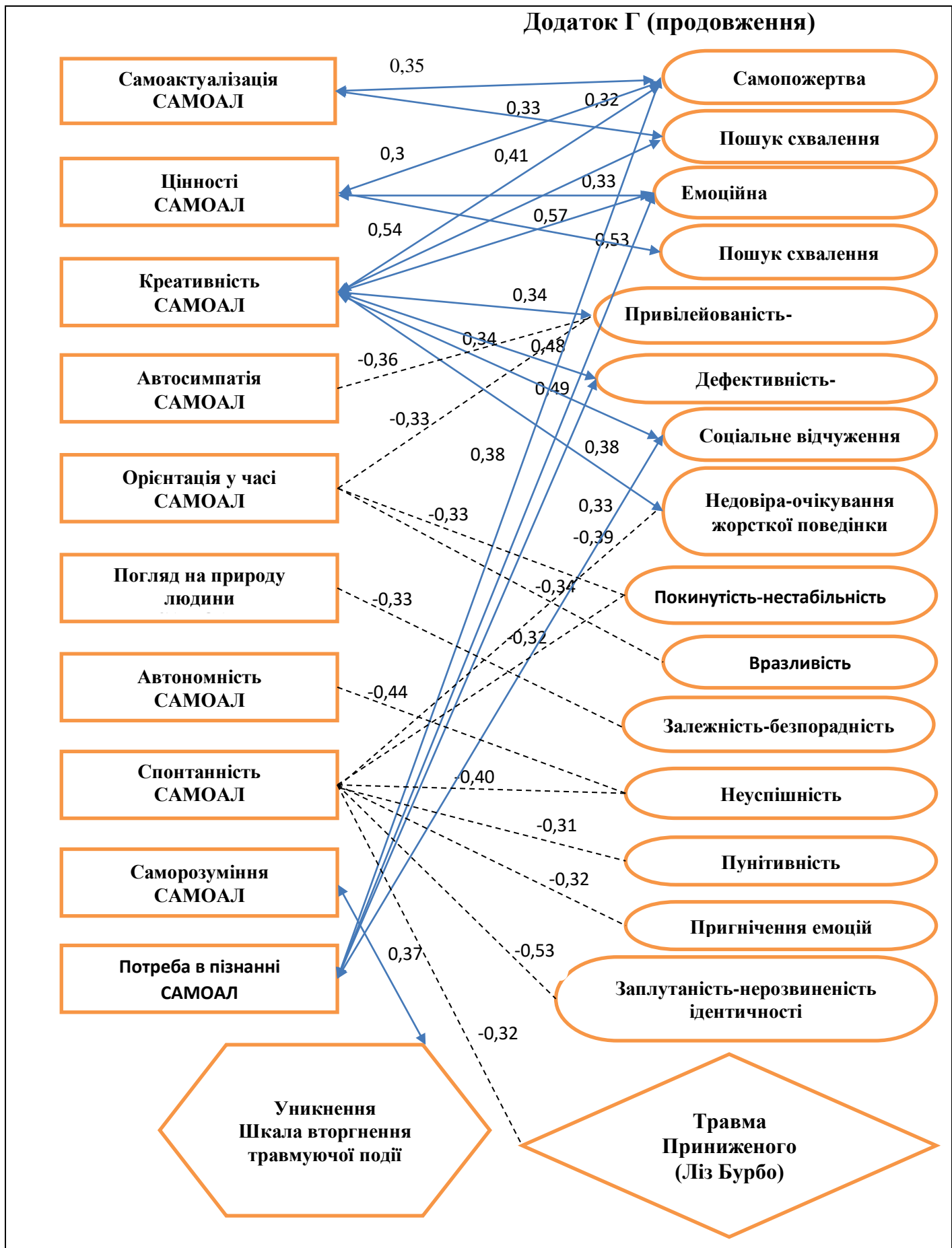
Примітка: червоним шрифтом виділено статистично достовірні показники кореляції, $p \leq 0,05$

Додаток Г (продовження)



Примітка: суцільними стрілками позначені прямі кореляційні зв'язки, пунктирними - зворотні.

Рис. 3.1.1. Статистично достовірні коефіцієнти кореляції ($p \leq 0,05$, за критерієм рангової кореляції Спірмена, r_s) показників психодіагностики респондентів за різними шкалами методик САМОАЛ і Lise Bourbeau

Рис. 3.1.2. Статистично достовірні коефіцієнти кореляції ($p \leq 0,05$, за

критерієм рангової кореляції Спірмена, r_s) показників психодіагностики респондентів за різними шкалами методик САМОАЛ (А.Маслов), дезадаптивних схем за (Geoffrey Young), П'ять травм (Lise Bourbeau), «Шкала оцінки впливу травматичної події» (Horowitz)