

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРИУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

До захисту допустити

Завідувач кафедри

Олена СТУЛІКА 

«20» грудня 2022 р.

**«ПСИХІЧНА ТРАВМА ЯК ЧИННИК АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ
ОСОБИСТОСТІ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ»**

Кваліфікаційна робота здобувача вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми «Практична психологія»
Швирьової Олени Андріївни

Науковий керівник:

Стуліка Олена Борисівна, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри практичної психології

Рецензент:

Грицук Оксана Вікторівна, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та педагогіки Горлівського інституту іноземних мов Державного навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет»

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою ЄКТС 95 А

Секретар ЕК Анастасія ВАГАБОВА 

«20» грудня 2022 р.

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ	7
1.1. Визначення та характерні риси психічної травми особистості як психологічного феномену	7
1.2. Психологічні особливості травми емоційного позбавлення (втрати об'єктів прив'язаності)	13
1.3. Посттравматичний стресовий розлад як частковий випадок психічної травми особистості.....	18
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2 ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	25
2.1. Порівняльний аналіз психологічних феноменів «адиктивність» та «залежність»	25
2.2. Психологічна характеристика адиктивності як соціально-психологічного феномену	29
2.3. Адиктивна поведінка як результат переживання психічної травми.....	34
2.4. Визначення та характеристика протікання юнацького віку особистості.....	39
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ОБСТАВИН НА АДИКТИВНУ ПОВЕДІНКУ ОСОБИСТОСТІ.....	47
3.1. Планування та обґрунтування методів дослідження.....	47
3.2. Аналіз результатів констатувального дослідження.....	52
3.3. Корекційна програма	63
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Бойові дії пов'язані із широким спектром травматичних подій. Дуже багато подій, які можуть викликати психічну травму особистості мають місце на війні: втрата близького, фізичні травми, втрата майна, зґвалтування, переслідування, загроза смерті. Громадянське населення перебуває під травмуючим впливом як безпосередньо під час бойових дій, так і в ситуації біженства. У той час як стреси, пов'язані з війною, зачіпають всіх учасників, було показано, що переміщені особи страждають більшою мірою, ніж інші.

Психічна травма військової ситуації як фактор викликає різну варіативність наслідків, від одиночних проявів психічної травми до комплексного посттравматичного стресового розладу. Серед переважаючих форм внутрішніх переживань і почуттів виділяються: почуття страху, провини, самотності, туги, нерозуміння. Часто зустрічається фаталізм та втрата суб'єктної позиції особистості, відчуття невпевненості, сорому, роздратування та смутку.

Військові дії характеризуються втратою можливості реалізації багатьох потреб особистості, навіть до базових. Однією з таких потреб є «почуття прив'язаності». У ситуації війни люди втрачають предмети, майно, близьких людей, звичний спосіб життя. Особистість ідентифікує себе з дорогими об'єктами у житті, та їх втрата загрожує розколом у структурі «Я». З плином життя особистість знаходить нові об'єкти прив'язаності, проте для цього має пройти час. У період невизначеності та втрати колишніх об'єктів прив'язаності виникає «вакуум», «порожнє місце», що вимагає хоча б тимчасового заміщення. Заміщаючи, людина повертається у ситуацію комфорту, втрачену за цих обставин. З іншого боку, ми часто можемо спостерігати поведінку уникаючого типу. Особа прагне «піти» з травмуючої ситуації, обмежити потік інформації на цю тему, уникнути тригерів, відволіктися.

Непоодинокі випадки такого «уникнення» або «заміщення» адиктивною поведінкою. Ідея полягає в тому, що «йдучи у залежність» людина з психічною травмою зведе нанівець або уникне симптомів посттравматичного стресового розладу. Вважається, що безнадійність і розчарування, які відчують люди з посттравматичним стресовим розладом, можуть призвести до пошуку крайніх способів впоратися з цими почуттями. Ми припускаємо, що для уникнення зазвичай використовуються форми адикцій зі станом зміненої свідомості або уникненням реальності, такі як алкоголь, наркоманія, гемблінг, залежність від снодійного, заспокійливого та інших фармакологічних речовин. Для заміщення ж реалізуються форми повторюваної та obsесивно-компульсивної поведінки: куріння, компульсивні переїдання, нав'язливі ідеї та дії тощо.

Незалежно від того, як почався зв'язок психічної травми та адикції у конкретної людини, симптоми та залежність нерідко стають посилюючим циклом. Адикція породжує проблеми в особистісній, міжособистісній та соціальній сфері, нові проблеми вимагають вирішення, наростає невроз та особистість повертається до вже звичного способу уникнення дискомфорту. Проте, нерідкі ситуації знаходження нових об'єктів уподобання, а отже і нових смислів, і залежність відступає. Але не завжди особистість має можливість впоратися зі зростаючою адикцією самостійно. Все це обумовлює актуальність проблеми цього дослідження **«Психічна травма як чинник адиктивної поведінки особистості юнацького віку»**

Мета дослідження — розробити корекційну програму, спрямовану на формування ефективних стратегій проживання травми, розвиток адаптивних можливостей особистості після травмуючої ситуації, корекцію комплексу посттравматичних симптомів.

Об'єкт дослідження — психічна травма як соціально-психологічний феномен.

Предмет дослідження — адиктивна поведінка як наслідок психічної травми.

Гіпотезою дослідження є припущення, що психічна травма виступає чинником формування адиктивної поведінки особистості.

Для перевірки гіпотези дослідження були поставлені такі **завдання**:

1. Визначити психологічні та психічні ознаки травми особистості в умовах війни.
2. Проаналізувати феномен «почуття прив'язаності» як потреби людини.
3. Охарактеризувати адиктивну поведінку особистості як соціально-психологічне явище.
4. Визначити особливості протікання юнацького віку особистості.
5. Емпірично дослідити особливості взаємозв'язку психічної травми і формування адиктивної поведінки після перебування особистості в умовах бойових дій.

Для розв'язання дослідницької проблеми був застосований комплекс **теоретичних та практичних методів**, вибір та поєднання яких зумовлені предметом, метою та завданнями дослідження. До комплексу увійшли такі методи: метод аналізу - для наукової літератури за проблемою дослідження; метод узагальнення - для узагальнення теоретичного та експериментального матеріалу та формування висновків; метод порівняння — для співставлення експериментально отриманих даних до та після корекційної програми; гіпотетичний метод — для розробки гіпотези та її підтвердження або спростування в ході дослідницької роботи; методики: «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R), «Способи совладаючої поведінки (WCQ)» (Р. Лазарус), «Діагностика схильності до адиктивної поведінки» (В.Д. Менделевич), «Методика діагностики схильності до 13 видів залежностей» (Г.В. Лозова)

Теоретико-методологічною основою дослідження виступають роботи вітчизняних та зарубіжних вчених з дослідження психічної травми як психологічного феномену та ПТСР як частного випадку психічної травми (Фрейд З., Решетников М.М., Левін П., Брейер Й., Феніхель О., Рупперт Ф., Мазур Е., Лакосіна Н.Д., Кербіков О.В., Ясперс К.), травми емоційного

позбавлення (Решетніков М.М., Боулбі Дж., Баєва Л.В., Резниченко С.І., Рупперт Ф., Лакосіна Н.Д., Якіманська І.С., Заманаєва Ю.В., Кюблер-Росс Е.), феномену залежності та адикції у психологічній науці (Меєрс Д.Р., Ландрі М., Міллер В., Лічко А.Є., Кулаков С.А., Бухановський А.О., Марлатт Г., Менделевич В.Д., Пезешкіан Н., Ложкін А.І., Айвазова А.Є., Гонсалес М.)

В кваліфікаційній роботі узагальнено та проаналізовано теоретичні підходи щодо впливу психотравмуючих обставин на особистість та адиктивної поведінки як психологічного феномену; визначено роль впливу психічної травми на залежну поведінку особистості; розроблено корекційну програму, спрямовану на формування адекватних ситуації копінг-механізмів; корекція наслідків травмуючої події; зниження прояву симптоматики елементів посттравматичного стресового розладу; пошук внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості, зниження тенденції к рішення складнощів за допомогою адиктивної поведінки.

Практична значущість: розроблена корекційна програма може бути використана практичними психологами при роботі із людьми, що перебували під впливом психотравмуючих обставин та мають тенденцію до адиктивної поведінки.

Апробація та впровадження результатів кваліфікаційного дослідження. Матеріали дослідження надані в публікаціях:

.....

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний зміст роботи викладено на 76 сторінках. У тексті вміщено 1 таблиця, 11 рисунків. Додатки викладено на 77 сторінці. У списку використаних джерел 75 найменування, що охоплюють 7 сторінок.

Робота має емпіричний характер.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Визначення та характерні риси психічної травми особистості як психологічного феномену

У витоках вивчення поняття «психічної травми» лежать дослідження чималої кількості вчених, проте спочатку описи були дуже точковими і розмитими. Весь спектр переживань людини та структурних особливостей психічної травми зводився до певної шкоди, завданої психічному здоров'ю під впливом несприятливих чинників. Проте сутність даного поняття значно ширша, й те водночас точніша, науково обґрунтована.

Найбільш широко феномен «психічної травми» було розглянуто у психоаналітичному напрямку психології. Психоаналітична теорія травми передбачала, що психічна травма — явище, хоч і викликане зовнішніми чинниками, але глибоко вкорінене у несвідомий афект, який патологічно впливає психіку особистості та провокує невротичні реакції та розлади [34]. Історія «психічної травми» сягає корінням у роботи З. Фрейда. Він розглядає поняття «травматичний» як «викликаний нещасним випадком» [59], особливо у випадку, коли гострий стан пацієнта супроводжується спогадами про «одну і ту саму подію, яка спровокувала перший напад» [59]. З. Фрейд уточнює, що за даних обставин причинно-наслідковий зв'язок стає дуже очевидним, проте психологічна теорія і практика дає розуміння, що очевидність ситуацій радше рідкість, ніж закономірність. Часто справжня причина психічної травми перебуває у несвідомій площині особистості людини [50].

З. Фрейд писав: «Травматичний вплив може надати будь-яка подія, що викликає болісне почуття жаху, страху, сорому, душевного болю; і, зрозуміло, від сприйнятливості потерпілого залежить ймовірність того, що ця подія набуде характеру травми» [59]. Ця думка дає нам зрозуміти, що не тільки інтенсивність і особливість події викликає реакцію психіки, а й те, що

одним з основних чинників є базові структурні особливості особистості потерпілого. Цьому питанню приділили у своїх роботах особливу увагу П. Тілінг та М. Рейсе. У їхніх роботах було розкрито важливе, вирішальне значення структури особистості, яка існувала до хворобливої симптоматики. М. Рейсе наполягав на тому, що форма афективних проявів хвороби залежить від індивідуальних особливостей характеру людини. Це дало поштовх розвитку психіатрії — «сухі» критерії, конституційна типологізація та нозологія перетворилися на особливу увагу до особистості пацієнта, до історичного життєвого шляху окремої одиниці, у контексті розвитку якої, за дією психотравмуючого впливу патологічні прояви можуть виникнути, але такий результат дуже необов'язковий [50].

Схожий підхід до вивчення психічної травми мав П. Левін. Травма пояснюється ним як розрив у певному психологічному бар'єрі, який захищає особистість від зовнішніх негативних впливів. Такі впливи супроводжуються почуттям безпорадності та відсутності ресурсів для подолання зовнішніх психотравмуючих факторів. А ступінь впливу на конкретну людину визначається суб'єктивною значущістю події, що травмує, ступеня її психологічної захищеності і здатності до саморегуляції [68].

3. Фрейд виділяє дві дуже важливі властивості психічної травми:

- Інтенсивність впливу не має кореляції з давністю події, що є травмуючими (навіть давні спогади можуть бути відчутно впливовими);
- Спогади про психотравмуючі події з часом не зменшують у суб'єктивній значущості та болючості.

Наукова співпраця З. Фрейда з Й. Брейером встановила, що необхідність повторного «проживання» травми в терапевтичній роботі зумовлена ефективністю позбавлення пацієнтів від патологічної симптоматики. Вчені зверталися до поняття «катарсису», аналогічного виведеному ще Аристотелем «очищення через трагедію». З. Фрейд акцентує увагу на терапевтичному впливі уяви та детальному спогаді травматичної

події: «Спогади, позбавлені афекту, майже ніколи не бувають дієвими; психічний процес, який розвивався спочатку, потрібно відтворити якомога яскравіше, довести до *status nascend* ((лат.) - момент зародження.) і потім вимовити » [59], він зазначав, що за допомогою цього симптоми полегшувалися, ці напрацювання у майбутньому дадуть основу психоаналітичній терапії та дебрифінгу.

Особливий внесок у вивчення психічної травми зробив О. Феніхель у своїй праці «Психоаналітична теорія неврозів» [58]. У розділі «Травматичні неврози» він виділяє сутність викликаної травми особистості — будь-який сильний раптовий потік подразників може спричинити травму будь-якого індивіда. Дуже важливо в даному розрізі уточнити можливість моторного відреагування на ситуацію: чим менш можливий прояв моторної реакції, тим сильніший афект. Також можна відзначити важливість несподіванки впливу, чим він більш несподіваний, тим сильніший травмуючий вплив. Якщо внутрішня енергія і збудження в критичній ситуації не має «виходу», тоді вони викликають патологічні форми поведінки під час і після психотравмуючої ситуації. З. Фрейд констатував у роботі про відмінності травматичних неврозів мирного і воєнного часу [60], - коли психічна травматизація поєднується з фізичною (наприклад, поранення), то ймовірність невротичної травми помітно знижується, оскільки знаходить вихід у тілесному.

Повертаючись до праць О. Феніхеля, важливо відзначити його внесок у типологізацію симптомів травматичного неврозу особистості:

Перша група симптомів — зниження чи блокування функцій Его, де однією з головних функцій виступає функція особистісної регуляції та тестування навколишньої дійсності. Більшість структурних компонентів психіки при травмуванні, що триває, сконцентровані на подоланні цієї ситуації і розрядці внутрішнього порушення викликаного цією ситуацією. Але навіть після подолання ситуації комплекс блокованої енергії може бути акцентним для психіки. Функція тестування реальності знижується з тієї ж

причини — усунення фокусу на вирішення актуальних завдань, а також такі симптоми, як дереалізація та деперсоналізація. У таких умовах оцінити адекватні ставлення до ситуації дуже складно, та й ситуація є дуже атиповою свідомості.

Однак не тільки ці функції Его можуть бути блоковані. Витісняються форми свідомості, починаючи від вищих психічних функцій (соціальних, моральних, культурних), закінчуючи сексуальними. Непоодинокі випадки трансформації функцій аж до примітивних за допомогою регресії.

Друга група симптомів — напади емоцій, які особистість не в змозі контролювати. Вони виникають мимовільно, нетипові і можуть набувати різних форм емоційних реакцій. Найчастіше зустрічаються тривога і гнів, до моторних проявів, таких як крик, плач, тремор і навіть псевдоепілептичних нападів. Така форма реакції представляє розрядку не виміщеного раніше збудження.

Третя група — порушення сну, з типовими сновидіннями, у яких є елементи травматичної події. При, в цілому, негативному впливі безсоння та тяжких порушень сну, а також наслідках деривації, цей симптом має позитивну динаміку впливу на стан людини, даючи непряму, перетворену розрядку збудженню та можливість для повторного терапевтичного реагування.

Нерідко саме стимули нічних переживань травми дають підстави для переживання в стані бадьорості — це четверта група ознак. Наявна енергія психотравмуючої події проявляється у формах думок, почуттів та фантазій. При цьому є можливість моторного відреагування, якого не було в момент впливу.

Останньою групою О. Феніхель виділяє цілий комплекс психоневрологічних патологічних ускладнень, проявів неврозу [58].

Можливі реакції на психотравмуючі ситуації та впливи, різниці в наявних характерологічних особливостях окремих індивідів та складна структура самої психічної травми ускладнюють класифікацію джерел та

факторів травми. П. Левін пише, що часто травматичні зміни психіки пов'язують із насильством, природними катаклізмами, війною, проте іноді цілком типові та «менш травмуючі» обставини мають патологічний характер для певної особи, наприклад, дорожньо-транспортні події або оперативне втручання можуть проживатися як надзвичайно травматичні, але насправді такими не бути. [67].

П. Левін просунувся у класифікації психічних травм і виділив такі види травм:

- шоківі — травми загрози життю;
- емоційні — травми лиха, втрати, конфліктів тощо;
- розвитку - що відбулося в період психологічних криз розвитку і вплинули на особистість. [34].

Л. Терр виділяє два типи травм:

1. Раптові несподівані короткострокові події, їхнє настання означає гостру небезпеку для життя;
2. Тривалі і непереборні ситуації безсилля і безпорадності.

Прикладами першої групи травм можуть бути нещасні виробничі випадки, стихійні лиха, важкі ДТП. Прикладами другого типу травм виступають сексуальне та фізичне насильство, цькування, тортури, воєнні дії [53].

Важливо уточнити, що не лише особистий досвід може спричинити травматизацію особистості, але свідчення травматичного досвіду іншої людини може мати патологічні наслідки. Р. Штам писав: «Як показує досвід, співпереживання травми може травмувати спостерігача, свідка, помічника». У цьому випадку травматичним для особистості стає безпорадне, бездіяльне спостереження за смертю чи стражданнями інших людей [54].

У психологічній науці підходи до класифікації та типізації психологічних травм різноманітні, але, провівши аналіз першоджерел [61], можна вивести узагальнену систему типів травматизації:

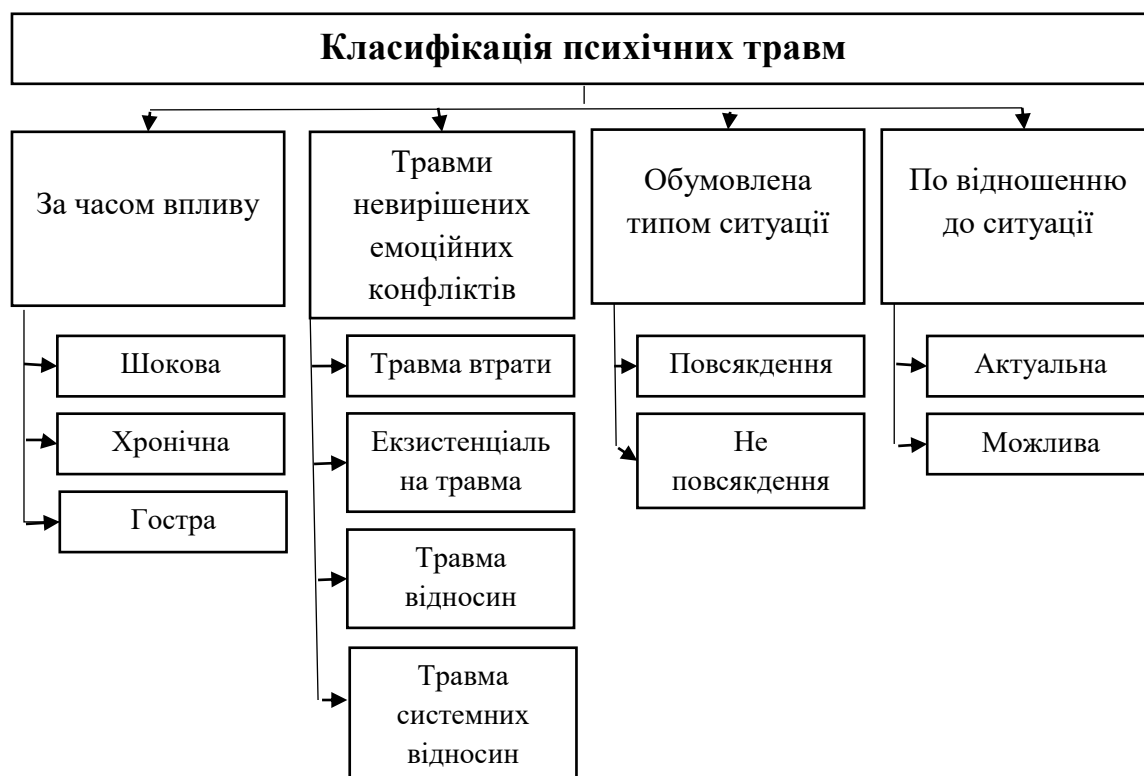


Рис. 1.1.1 Класифікація психічних травм

Для визначення наявності психічної травми необхідно встановити низку симптомів. Н.Д. Лакосіна та Г.К. Ушаков виділяють такі ознаки психотравми [29]:

- подія, яка сприймається як сильний удар;
- нав'язливі та повторювані спогади (елементи травми, що відтворюються після ситуації, флешбеки);
- залученість (особистість не поділяє себе та ситуацію, що призвела до психотравми, дистанціювання утруднене, відбувається «злиття» та ідентифікація з травмою);
- постійне відчуття морального та фізичного дискомфорту, внутрішньої пригніченості, образи, агресії, розгубленості;
- апатія, почуття безвиході, безсилля;
- схильність реалізовувати життєві сценарії, створені задля саморуйнування.

Цей симптоматичний комплекс досить умовний, адже проживання травмуючих обставин індивідуальне та суб'єктивне.

1.2. Психологічні особливості травми емоційного позбавлення (втрати об'єктів прив'язаності)

М. Решетніков у роботі «Психологія травми» писав про те, що у напрямах психології крім психоаналітичного нечасто згадуються і досліджуються об'єктні відносини. Однак саме в галузі суб'єктно-об'єктних відносин лежать такі поняття як «почуття прив'язаності» та «цінність». Автор вважає, що саме почуття прив'язаності можна віднести до базових психологічних потреб особистості. Ця базова потреба особистості відчувається особливо гостро у складні моменти життя та у ситуаціях безпорадності [50]. Травматизація та переживання втрати можливе лише у випадку, коли цим подіям передують щира прив'язаність яка має інтенсивну вираженість. Після певного (індивідуального для кожного) часу зазвичай знаходяться нові об'єкти уподобання, проте це не обов'язкове розгортання подій [50]. Почуття прив'язаності до якогось об'єкта передбачає емоційно-забарвлене почуття близькості та єднання з об'єктом. Цінність виступає основою почуття прив'язаності, фундаментальним об'єктом. Теорія прив'язаності запропонована Дж. Боулбі, в ній він припускає, що почуття прив'язаності незворотно веде до ідентичності з об'єктом прихильності, співвіднесення себе з навколишніми цінними об'єктами та чутливості до конкретних підстав. [5]

Під об'єктами прив'язаності іноді розуміються предмети, люди, а не ставлення до них, специфіка цінності зводиться до праксіологічних категорій, розуміються якості та властивості предметів, хоча цінності лежать скоріш у полі емоційно-чуттєвого сприйняття світу. Л.В. Баєва досліджувала тему цінності в сучасних дослідженнях і наголошувала, що на даний момент існує інтерес до нового розуміння цього феномену, до співвідношення смислів та значущості для особистості, у пошуку об'єктів та суб'єктів, у символізмі та теоретичних підставах [2].

У поєднанні з суб'єктно-об'єктною проблематикою широко поширена прив'язаність до предметів, справи, людей, місця тощо. Відповідно працям Д. Уїльямса почуття прив'язаності як феномен є системою смислів, вірувань, символів, охоплення почуттів, які асоційовані в особистості з тим чи іншим об'єктом. Цінність об'єкта зумовлює рівень прив'язаності до нього. Рівень прив'язаності іноді вимірюється необхідністю об'єкта для особистості - чим вища цінність (вища потреба), тим більше прив'язана людина до цього об'єкта.

В наукових джерелах частіш за все досліджується людина як об'єкт прив'язаності, але нерідко об'єктом виступає щось неживе та символічне. Однією з показових прив'язаностей є прив'язаність до дому як сукупного феномену. У цьому разі доречно розглядати «дом» як і територіальну одиницю, так і збірне первинне буттєве поняття. «Дом» - це архетипічне уявлення про комфорт, безпеку, устрій життя та побуту. Будинок — не лише предметний, матеріальний феномен, а ще й емоційно-смісловий, він включає спогади, почуття, асоціації, важливі нагадування, він є об'єктом ідентифікації для особистості [49].

Повертаючись до теми травми, треба згадати як поняття прив'язаності вбудовується з систему травмуючих обставин. Ф. Рупперт у своїй класифікації типів невирішених емоційних конфліктів виділяє травму втрати (втрата значущої людини чи важливої умови життя) [53].

Н. Лакосіна та Г. Ушаков виділяють «психічну травму емоційного позбавлення» - позбавлення об'єкта прихильності. [29]: І. Якиманська висуває «травму втрати» як руйнування емоційних зв'язків [61].

Позбавлення чи втрата є специфічним досвідом особистості, який пов'язаний із винятком, зникненням з актуального оточення особистості чогось цінного, значимого. Можна виділити такі типи втрат:

- безповоротні — неможливість повернення об'єкта уподобання, смерть, знищення;

- тимчасові — тривала розлука, вимушений від'їзд, припинення стосунків;
- соціальні втрати — втрата роботи, навчання, звичної інфраструктури та способу життя;
- фізичні та психічні втрати — втрата частин організму, можливостей (фізичних, психологічних), незворотні зміни психіки;
- матеріальні втрати — втрата матеріальних цінностей.

Відповідно до судження Заманаєвої Ю.В., феномен позбавлення, сприймається як незворотна втрата, яка може брати участь у найрізноманітніших актуальних моментах життя. [16].

При проживанні втрати особистість проходить кілька етапів, які йдуть один за одним. У дослідженні етапів втрати можна назвати три напрями вивчення:

1. Акцент на особливостях переживання — почуття, емоції, зміна у стані та поведінці, зміни у міжособистісних відносинах;
2. Акцент на вирішенні кожного етапу як сукупної «кризи втрати», вирішення завдань адаптації до нового способу життя без втраченого об'єкта прив'язаності.

Основа вивчення у трансформації ставлення до втраченого об'єкта [16; 41; 44].

В 1943 вийшла книга американського психіатра Еріка Ліндемманна «Симптоматологія і робота гострого горя», що стала класичною роботою, в якій він ввів поняття - робота горя [30]. Горе — це нестерпне хворобливе переживання, почуття, що означає можливість зовнішнього вираження втрати. Завдання «роботи» цього почуття полягає в тому, щоб навчитися жити без улюбленої людини, яка пішла безповоротно. Пережиті після смерті близької людини психофізіологічні стани називаються синдром втрати або синдром гострого горя. Завдяки дослідженням Елізабет Кюблер-Росс було знято «заборону» з теми смерті. Вона провела близько вмираючих хворих багато годин і узагальнила свій досвід у книзі «Про смерть та вмирання»,

виділивши п'ять основних станів психіки або етапів, що супроводжують процес переживання втрати: заперечення, гнів, депресія, торг, прийняття. Послідовність не є жорсткою: на стадії прийняття людина може відчутти агресивну злість або бажання знову піти в заперечення. Але тільки проживши, відчувши ці стани, людина може відновитися після втрати, усвідомлюючи та враховуючи ті зміни, які з ним відбулися [28].

Аналіз вітчизняних та зарубіжних психологічних робіт з переживання втрати, проведений Заманаєвою Ю.В. дозволив їй виділити низку підходів до розробки цієї проблеми, ґрунтуючись на тому, яку роль у переживанні втрати автори приписують тій чи іншій сфері особистості [16].

Перший підхід дослідження — переживання втрати як процес з афективними, когнітивними та поведінковими симптомами. Загалом маємо 5 стадій проживання втрати:

1. Оглушення, шок, заціпеніння;
2. Туга, сум, пошук втраченого;
3. Страждання, дезорганізація;
4. Заміщення та реорганізація;
5. Завершення [16].

Підхід американських учених (Busch C.J., 2000; Neeld E.H., 2002; Silverman P.R., 2001; Weiss D., 1987; W.Worden, 1982, 1992) полягає у дослідженні з позиції переживання втрати як послідовного вирішення психологічних завдань. Так W.Worden, співвідносить переживання втрати людиною горі з рішенням чотирьох базових психологічних завдань:

1. Прийняття дійсності та незворотності втрати;
2. Переживання болю;
3. Прийняття навколишнього світу без втраченого об'єкту;
4. Вибудовування нових відносин із втраченим об'єктом та продовження життя.

Підхід дозволяє фахівцям, які надають допомогу, послідовно рухатися у процесі психологічної роботи зі втратою, орієнтуючись на кожне завдання.

Підхід до переживання втрати як процесу трансформації зв'язку з минулим заснований на уявленнях Дж. Боулбі до втрати близької людини як об'єкта прихильності. [5] Процес «гострого горя» розглядається через зміну відносини з втраченим та нового бачення свого «Я», зміни відносини «забуття» на «пам'ятання».

Втрата як травмуюча подія, що руйнує особистість. У дослідженнях цього напрямку, травма сприймається як доконаний акт руйнації, тому травмуючі події у ситуації втрати завжди викликають внутрішній біль, надають шкідливий вплив на рівні системи самовідносин, смислової сфери особистості, призводять до руйнації цілісної картини світу, змін життєвого шляху. Ряд американських психологів (Neimeyer R.A., 1999, 2000, 2001; Pennebaker, 1996; Hendricks L.D., 1999; Silverman P.R. 2001; Browning D, 2001) переживання втратою розглядають як процес. Вчені розглядають суб'єктивний спосіб власного життя для особистості як цілісне явище, що має закономірне продовження. Людина має прогноз, розуміє закономірності течії свого життя та передбачає потенційні події. Травматизація передбачає розбудову, реконструкцію цих конструктів.

Втрата мобілізує сили на реорганізацію та переосмислення життя. Стимулює перегляд переконань і смислів, стає причиною розвитку зрілості особистості, поглиблює рефлексію і самосвідомість. Втрата при своїй первинно-руйнівній енергії та загрозі для ідентичності має потенціал стати фактором для виникнення оновленої ідентичності. Але цей розвиток утруднено, оскільки особистість зазнає як внутрішні зміни, а й зазнає соціальні зміни, втрачає адаптивність і адекватну зв'язок із світом. Саме проживання втрати може стати детермінантою проблем із ідентичністю. Втрата - це удар по ідентичності, цілісності внутрішнього світу людини та її взаємин з навколишнім світом.

1.3. Посттравматичний стресовий розлад як частковий випадок психічної травми особистості

Ще у 80-ті роки XIX століття лікарями було відзначено симптоматику психологічного «виснаження» у солдатів в епіцентрах воєнних дій та в період після них. Підставою та передумовою був груповий та індивідуальний пережитий стрес. В 1952 випускається перший Діагностичний і статистичний довідник з психічних захворювань (DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Спочатку ПТСР згадувався у довіднику як «синдром відгуку на стрес» після «різкої стресової реакції». У другому виданні DSM-II розлади, пов'язані з психічною травмою, об'єднані в категорію «ситуаційних розладів». Вітчизняні лікарі описували це як «реактивний психоз», «реактивний стан», «шокова психогенна реакція» [23]. Лише у 1980 році у третьому виданні Діагностичного та статистичного довідника з психічних захворювань з'явився офіційний термін «Посттравматичний стресовий розлад», який належав до тривожних розладів, які є реакцією на зовнішні чинники. [50]

Спочатку феномен ПТСР відносився до військової психіатрії та психології, але пізніше фахівці зійшлися на думці, що ПТСР має можливість розвитку в будь-яких подіях, коли людина знаходилася в травматичній ситуації на думку суб'єкта, і має низку ознак:

- особистість спостерігала, була або переживала події, які містили сильні ушкодження, загрозу смерті або смерть (поранення, полон, обстріли та ін.);
- людина була при пораненні або смерті друзів, членів сім'ї, команди. спостерігала, як когось убили чи завдали тяжких поранень і ушкоджень, була при роботі в рятувальних операціях, операційних та ін., стикався зі спостереженням сильно пошкоджених тіл, мертвих чи розчленованих тіл померлих, спостерігав захоплення заручників, насильство, вбивство інших мирних громадян;

- реактивна відповідь особи на ці травматичні події включала страх, тривогу, жах, безпорадність.

Якщо узагальнити дослідження вчених, можна виділити такі події, які можуть стати причиною і основоположним фактором ПТСР: бойові дії, терористичні акти, тортури, насильство, сексуальне насильство, природні та техногенні катастрофи, отруєння, тривалі та сильні захворювання, що особливо супроводжуються високою температурою та маренням, нещасні випадки, оперативне втручання, аборт, смерть близьких людей, події, які переживалися при вживанні речовин, що змінюють психічний стан, іноді виявляється у людей, які чинять насильство, тортури та вбивства [40].

Психологічна травма призводить до розвитку ПТСР приблизно у 25—35% випадків. Приблизно 60% людей, які пережили травму, продовжують страждати від значних симптомів ПТСР через рік після травми. Передбачається, що загалом по популяції приблизно 7—10 % осіб має симптоми ПТСР.

У клінічній картині ПТСР дослідники та лікарі виділяють такі групи симптомів [22]:

I. Симптоми повторного переживання:

- сновидіння, що повторюються, в яких є елементи події, що викликала травматизацію;
- спогади, елементи або цілісні образи, що викликають сильні негативні переживання;
- підвищення реактивності фізіологічних процесів та функцій (блідість або почервоніння шкірних покривів, підвищення артеріального тиску, пульсу, тремор, пітливість та ін.) при зштовхуванні з тригерами, які викликають несвідомі спогади про подію;
- переживання сильних емоцій та інтенсивних почуттів при виникненні внутрішніх та зовнішніх стимулів (тригерів), які нагадують про подію, що травмує.

II. Симптоми уникнення:

- спрямованість на уникнення будь-яких розмов, згадок, почуттів, думок, новин, фільмів та інших стимулів, пов'язаних із травмою;
- уникнення поведінки та діяльності, яка може призвести до нагадування про травмуючу ситуацію, а також уникнення місць, подібних до місця події;
- уникнення людей та зустрічей з людьми, які були присутні при переживанні травмуючих ситуацій, проектування провини на владних;
- складність у процесі згадування подробиць події, що була травмуючою, часу і умов протікання травмуючої ситуації;
- зниження інтересу до сфер діяльності, які раніше були цікавими, тому що це елементи «минулого життя» до події, відхід у віртуальний світ;
- усунення та уникнення людей, які не переживали чи переживали по-іншому цю подію, через нездатність зрозуміти один одного;
- емоційна холодність і виснаження, особистістю переживається як «відсутність будь-яких почуттів», афекти утруднені.

III. Симптоми гіперзбудливості:

- спалахи агресії, гніву та дратівливості без пропорційних стимулів;
- порушення сну (безсоння, уривчастість, труднощі засинання, кошмари та неприємні сновидіння, «розбитість» з ранку та відсутність почуття бадьорості після сну);
- зниження функцій пам'яті;
- зниження функцій та концентрації уваги;
- почуття перевищеного прагнення безпеки, обережність до неадекватної ситуації, надпильність.

Посттравматичному стресовому розладу передуює гостра реакція на стрес, яка характеризується шоком і триває зазвичай не більше декількох

днів. Прояви ОРС полягають у гострому інтенсивному страху та тривозі, захисній реакції заперечення подій чи станів, що відбуваються з людиною, розгубленістю та станом уразливості, огиді та сорому щодо себе та фізіологічних стресових реакціях.

Безліч дослідників визначають такі варіанти перебігу посттравматичного стресового розладе [62]:

ПТСР, яке не потребує терапевтичного впливу. При цьому симптоми ПТСР виражені та збігаються з клінічною картиною, однак особистість має виражений внутрішній ресурс для подолання симптомів, а також має повноцінну здатність до продовження соціальної та професійної діяльності. Часто при вищезгаданих особливостях людина не має мотивації до психотерапії, що зроби́ть таку дію недієвою.

Прогдієтна течія. ПТСР у безповоротній формі, з періодичними ремісіями та поліпшенням стане, але хронічним та безперервним перебігом, який згодом стає більш невиносним для переживання.

Інтермітуючий перебіг ПТСР. Найпоширеніший варіант перебігу розладе, у якому періоди поліпшення та загострення змінюють один одного. Найчастіше ведуть до поступового подовження фаз ремісії та укорочення фаз загострення.

Перебіг ПТСР із відстроченим початком. При даному перебігу в перші місяці і навіть роки симптоми не виявляються або проявляються частково, що не може стати підставою для діагностування ПТСР, але пізніше за наявності тригерів або нових ситуацій, що травмують, виникає ПТСР у всій різноманітності і повноті симптоматики.

Деякі автори виділяють узагальнену типологію особистості із посттравматичним стресовим розладом [14]. У цій типології висвітлено такі типи:

- астенічний — байдужість та пасивність до подій та діяльності, що відбувалися до події, яка принесли травму, а також пасивність до життя в актуальний момент, до оточуючих та професійної діяльності.

Особистістю переживається як нездатність отримання задоволення життя і власна неспроможність. Спогади про подію змащені і не мають емоційної забарвленості. Відзначається фізіологічна слабкість із ознаками гіперсомнії;

- тривожний — напруженість, дратівливість, тривога, obsesії щодо свого стану, оточення та травмуючої ситуації. Часто відзначається неможливість чи утрудненість засинання, кошмарні сновидіння, панічні атаки. Активність у діяльності допомагає знизити тривожність та отримати полегшення симптомів;
- дисфоричний — пригнічений настрій, превалювання негативних емоцій в емоційному тлі, дратівливість, невдоволення. Загострене почуття справедливості та часте міркування про покарання винних за те, що трапилося. Агресивна та аутоагресивна поведінка із утрудненим контролем над власною поведінкою. Уникнення людей та звуження соціального кола;
- соматоформний — тип із безліччю соматичних проявів. Найчастіше людьми відзначаються неприємні відчуття у зоні серця, шлунково-кишкового тракту та голови. Виражені панічні атаки. Часто поєднується з іпохондрією, особливо коли є відчуття тривоги. Тривога також проявляється в очікуванні негативних симптомів;
- істеричний — прагнення особистості привернути увагу, демонстративність, навіюваність підвищена;
- депресивний — у поєднанні із симптомами ПТСР виражені симптоми депресивного розладу;
- змішаний — поєднує у собі елементи двох і більш.

Висновки до розділу 1

Поняття «психічної травми особистості» розглядалося у працях вітчизняних і зарубіжних вчених з різних боків, проте більшість авторів сходяться на думці, що психотравма — вплив, який чинять подразників високої інтенсивності, з вивільненням у індивіда сильних негативних емоційних реакцій. При цьому відстежується вплив двох основних факторів на розвиток травматизації — безпосередньо характер події, що травмує, а також система індивідуально-психологічних особливостей і сприйнятливості особистості. Психічній травмі особистості властиві наявність події, яка гостро переживається, повторювані спогади в різних проявах, ідентифікація особистості з травмою, постійне відчуття дискомфорту, апатії, спрямованість на саморуйнування.

У класифікації видів травм особливо вирізняється травма втрати. Втрата чи позбавлення — це специфічний стан особистості, у якому відбувається зникнення (тимчасове чи постійне) будь-якого значущого об'єкта, до якого особливо сильно виявляється почуття прив'язаності і значимості. У дослідженнях деяких учених травма емоційного позбавлення має кілька стадій, які проходить особистість, починаючи від шоку, заперечення і страждань до прийняття незворотності минулого та побудови нового способу життя та нових відносин із втраченим значущим об'єктом. Особистість виконує безліч завдань, зумовлених кожним етапом, а результат залежить від особистісних якостей та актуальної ситуації життя. Втрата об'єкта прив'язаності — це загроза ідентичності, оскільки значущі об'єкти асоціюються і ідентифікуються особистістю як частина і відображення себе, і втрачаючи їх індивід як би «втрачає частину себе». Проте травма мобілізує сили на переосмислення та реорганізацію власного життя. Травма втрати хоч і містить насамперед загрози для ідентичності особистості та руйнівну енергію у своїй суті, має потенціал стати фактором розвитку та дати можливість для формування оновленої цілісної особистості.

Не всяка травма має категорично незворотний характер і проявляється різноманіттям симптомів, проте вчені відстежили закономірність прояву певної симптоматики травм після перебування в умовах військових подій, а після цих первинних досліджень вивели ПТСР — посттравматичний стресовий розлад, фактором виникнення якого може бути травматичні події різного генезу та спрямованості. Особистість з ПТСР відрізняється цілою низкою ознак. Такий індивід обов'язково переживав або спостерігав за подіями, які містили у собі виражене насильство, смерть чи загрозу, що мало великий руйнівний вплив на психіку та супроводжувалося сильними емоційними реакціями страху, жаху, безвиході та тривоги. Через деякий час після проживання цих подій у особи виділяється тріада симптомів посттравматичного синдрому — симптоми повторного переживання уві сні та бадьорості, які виникають з високою частотою прояву при виникненні зовнішніх та внутрішніх стимулів (тригерів); симптоми уникнення всіляких стимулів та подразників, які можуть викликати асоціацію з травматичними подіями, загальна дистантність від людей та подій життя, апатія та знемога; симптоми гіперзбудження, що виявляються у різких спалахах агресії та дратівливості, тривозі, безсонні, підвищеному прагненні до безпеки. Можна виділити декілька можливих розвитків течії ПТСР: яка потребує терапевтичного впливу, або у якій особистість має спромогу подолати симптоми самотійно, яка набуває безповоротних наслідків, чи та, у якій є позитивна спрямованість динаміки перебігу. Але кожен з цих варіантів завдає особистості певних страждань та може викликати інші побічні ефекти, які відображаються у різних формах девіантної та антисоціальної поведінки.

РОЗДІЛ 2 ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Порівняльний аналіз психологічних феноменів «адиктивність» та «залежність»

У вітчизняній та зарубіжній психологічній та медичній літературі нечасто поняття «залежність» та «адикція» відокремлені, хоча ці терміни активно використовуються в сучасних дослідженнях. Автори схильні використовувати дані поняття як синонімічні чи взаємозамінні. [9].

У контексті порівняння феноменів «залежність» та «адикція» важливо згадати явище «пристрасті». Пристрасть визначається як потяг, сильна схильність до якогось об'єкта. Це деяке нав'язливе прагнення до певних вчинків і поведінки, компульсивні повторення певних форм діяльності. Як приклад можна навести гемблінг, азартні ігри, надмірні заняття фізичним навантаженням, заклопотаність виглядом свого тіла з дією у вигляді obsесивного схуднення або набору м'язової маси, залежні форми пристрасті до гаджетів, інтернету та ін. У вітчизняних джерелах часто зустрічається використання поняття «пристрасті» у формі залежності, проте є й інший погляд на це питання. У зарубіжній культурі пристрасть скоріше має зв'язок з терміном «адикція», а людина з певною погано контрольованою пристрастю — аддикт, що з англійської перекладається як фанат, прихильник, затятий аматор, шанувальник. Словник «Longman Dictionary Of Contemporary English» трактує поняття «аддикт» як людина, яка не в змозі перервати свою надмірну захопленість, або той, хто чимось сильно захоплений і витрачає на досягнення цієї пристрасті більшу частину свого вільного часу. [69].

Л.М. Доддс розглядав адиктивність як активність, яка достатньо нав'язлива, характеризується високою інтенсивністю і пролонгованістю, при цьому відзначається послаблення функцій Еґо аж до часткової дереалізації, втрати контролю над собою і ситуацією, здатності реагувати на стимули організму. Д.Р. Меєрс вважав, що «адикція — наслідок збочення нормальності» [13]. Виходячи з цього можна сказати, що адикція — це форма

патологічного стану і поведінки особистості, вона не відповідає нормі, проте її об'єктом необов'язково виступає щось, що викликає залежність. Форми поведінки, які виробляються аддиктом можуть не мати патологічного забарвлення в інших людей, які не мають пристрасті до цієї діяльності.

М. Ландрі та В. Міллер вводять поняття «адиктивна поведінка» - поведінка, яка супроводжує етап зловживання речовинами, що змінюють стан психіки, до етапу формування залежності. Іншими словами, адиктивна поведінка — це прикордонне явище, яке балансує між звичкою, пристрасстю та залежністю особистості. Адикція як би виступає у ролі попередника залежності, і може стати запобіжним чинником для розуміння потреби у терапії. [13].

На думку Л. Весмера поняття адикції та залежності синонімічні. Він писав про те, що багато залежних особистостей мають так зване «фобічне ядро», яке свідчить про невроз інфантильності, цей невроз стає ніби фундаментальним, основним фактором патології, що розвивається. Автор вважає, що основа залежності - фобія, від якої особистість прагне піти у світ фантазії, знайти підтримку у зовнішньому світі - наркотики, алкоголь, сексуальна залежність, залежність від партнера, психотерапевтична залежність.

Ряд вітчизняних вчених (А.Є. Лічко, Є.П. Ільїн, П.І Сидоров, С.А. Кулаков, В.С. Донських та ін.) відносять «адиктивну поведінку» до поведінки, яка викликана хімічними речовинами, але лише як форму зловживання, надмірної захопленості, яка може перерости у залежність. Адикція в цьому випадку швидше виступає як форма девіантної поведінки, а не як патологічний стан психіки. Автори виділяють основною причиною — пошук засобу, за допомогою якого можна уникнути реальності, що виражено у підтримці сильних емоційних реакцій та проявів, що викликаються штучно, за допомогою хімічних речовин або повторюваних дій, зосередженості на предметах. На думку А. О. Бухановського (2002), суть адиктивної поведінки — здатність певного виду діяльності викликати розвиток інтенсивних

емоційних переживань, що веде до виникнення потреби у періодичній зміні свого актуального психічного стану. Набуваючи характеру домінування, адиктивна поведінка веде до наростаючого відриву від реальності, стає дезадаптивною [7]

Деякі вітчизняні дослідники (Г. Марлатт, Є.П. Ільїн, В.Д. Менделевич) схиляються до визначення адикції через поняття «звички». [70]

У.Д. Менделевич позначає структурні компоненти адиктивності. Перший компонент — емоційна прихильність — одухотворення об'єкта залежності, це підштовхує особистісне ставлення до об'єкта, і навіть визначає деякі «відносини» між аддиктом і об'єктом. Другий компонент — звичка — стереотипна, ритуальна діяльність задля реалізації адиктивної поведінки. Це технічна послідовність дій для отримання результату та задоволення від процесу. Об'єктами при цьому можуть виступати люди, хімічні речовини, робота, їжа, тренування, ігри тощо. В.Д. Менделевич систематизував та типізував об'єкти залежності:

- об'єкти-речовини;
- об'єкти-процеси;
- об'єкти-відносини.

На його думку, перехід звички в некеровану пристрасть, одержимість чи залежність починається з того моменту, коли вона починає пригнічувати, а потім повністю знищувати наші природні звички. [38]

Пізніше Дж. Алтман розділив терміни «залежність» (від англ. dependence) та «адикція» (від англ. addiction). Адиктивна поведінка викликається психопатологічним та екстремальним станом втрати контролю над взаємодією з об'єктом адикції. Вона виступає способом пристосування до навколишньої дійсності, пом'якшуючим фактором у моменти кризи, допомагає зняти напругу на сполох і покращити емоційний стан. Залежність (від англ. dependence) - стан, фундаментом якого є стійка емоційна та фізіологічна потреба особистості до певної діяльності, непереборний потяг, який доставляє стрімке задоволення, знижує рівень тривожності та напруги у

руйнівній (деструктивній) поведінці. Залежність відображає стан, у якому нормальне функціонування організму та особистості неможливе без об'єкта. [63]

Певний можливість переходу від адиктивної поведінки до залежності зумовлює ряд факторів, які можуть сприяти або перешкоджати цьому переходу:

1. Біологічні фактори — спадковість, патології мозку, толерантність до хімічних речовин, патології сприйняття та хронічні захворювання;
2. Соціальні чинники — популярність, романтизація у культурі, доступність, ступінь караності, громадське схвалення;
3. Психологічні чинники — мотиви, гедоністичні установки, акцентуації характеру, локус контролю, убогість соціальних інтересів, самоушкоджуюча та саморуйнуюча поведінка, цікавість.

[31]

Аналізуючи сказане вище, можна узагальнити, що адикція і залежність -це два окремих поняття, що мають у своїй структурі різні основи, однак пов'язані та стискаються, маючи довгу та розмиту границю. Адикція — процес перетворення захопленості у залежність, можливість якого залежить від безлічі факторів.

2.2. Психологічна характеристика адиктивності як соціально-психологічного феномену

Травматичні події в житті особистості часто провокують дисфункціональні стани особистості з тенденцією до саморуйнівної поведінки. Вживання хімічних речовин, девіантна поведінка, патерни, що повторюються, уникнення соціально конструктивної діяльності — все це формує сукупну картину адиктивної саморуйнівної поведінки. [47] В основі такої поведінки лежить спрямованість до уникнення проблем, травматичної ситуації чи асоціацій із нею. Найбільш вивчені - хімічні залежності особистості (алкоголізація, наркоманія) не єдині методи реалізації адиктивної поведінки. Все частіше дослідників цікавить адиктивна поведінка з прагненням до уникнення об'єктивної актуальної реальності за допомогою зміни або перебудови елементів свого психічного стану за допомогою реалізації в різних видах повторюваної діяльності, що допомагає у підтримці інтенсивних емоцій та зниженні тривожної симптоматики. [38] Деструктивні впливи виявляються як у фізичних змінах організму (частіше при хімічних залежностях), так і у взаємодії з навколишнім світом, часто адиктивна поведінка веде до послаблення чи розриву відносин із соціумом та дезадаптації особистості.

Адикція рідко формується лише за однією причинною обставиною, зазвичай це багатофакторне явище. Сучасні автори виділяють такі фактори адиктивної поведінки [25]:

- зовнішні соціальні чинники;
- розвиток потенційних об'єктів та сфер адикцій;
- ослаблення міжособистісних зв'язків, укорінення об'єктних відносин;
- особливості виховання у батьківській сім'ї;
- біологічні особливості конкретної людини;
- індивідуальні соціально-психологічні особливості особистості.

Всі види адикцій умовно поділяють на дві групи:

Хімічні — залежність від конкретних речовин, часто із зміненим станом свідомості (алкогольна залежність, наркоманія, токсикоманія, фармакологічна залежність, нікотина залежність);

Поведінкові - (залежність від дій) мають психофізіологічне або психологічне походження, пов'язані з частковим ухиленням від актуальної реальності або з повторенням нав'язливих дій, які дають відчуття зниження занепокоєння та задоволення (інтернет-залежність, гемблінг, трудовоголізм, шопоголізм, компульсивні переїдання, булімія та анорексія, сексуальні адикції, надмірне занепокоєння спортивними тренуваннями, піроманія, kleптоманія та ін.) [32].

М. Пезешкіан розглядав питання уникнення реальності за допомогою адиктивних проявів, і виділив чотири типи поведінки: відхід у самотність чи соціальність — постійне прагнення набуття усамітнення або навпаки, прагнення до постійних соціальних контактів; відхід до тіла — психічне чи фізичне вдосконалення, робота над собою; відхід у світ фантазії — прагнення фантазування, життя в ілюзії, хімічні та нехімічні варіанти відходу у фантазування; відхід у роботу — надмірна фіксація на посадових діях трудовоголізм [45].

Особистість з адиктивними проявами найчастіше має мотивацію зміни способу життя, виражену не прямим способом, а опосередкованим. Спосіб життя в актуальних обставинах є «сірим», «нудним», «монотонним», «нестерпним», «апатичним». Особі складно знайти сили для реалізації життєвих сфер, жодна з них не дає відчуття задоволеності, не викликає позитивних емоційних реакцій. При цьому висока мотивація до об'єкта адикції прогресує, оскільки він стає центральним способом отримання задоволення від життя [3].

Провівши аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел, можна виділити кілька мотивів адиктивної поведінки особистості [32]:

- спроба уникнути чи пом'якшити відчуття емоційного дискомфорту (страху, неблагополуччя, нав'язливих думок, тривоги та інших.);
- спрямованість на гедоністичні прояви — прагнення отримання задоволення, набуття досвіду з позитивними емоціями;
- активуюча поведінка — мотив, у якому прагнення спрямоване бажанням вивести себе зі стану апатії і пасивності. може проявлятися як у хімічних видах адикцій, так і в ризикованій поведінці та сексуальних проявах;
- субмісивна мотивація — нездатність особистості до стійкості у ситуації, де його спонукають до адиктивної поведінки. При цьому об'єктом адикції в першу чергу виступаю інші люди як одиниці соціуму, що зумовлено залежними рисами в міжособистісному спілкуванні (уникнення конфліктів, стиснення, страх осуду, тривожність, обережність);
- мотивація псевдокультурних цінностей — об'єкт адикції приймає для особистості позитивні, естетичні якості, відображає статус у суспільстві, приналежність до «кола обраних».

Деякі вчені мають думку, що одним з формуючих критеріїв адиктивної поведінки є невідповідність стійкості особистості у різних ситуаціях повсякденності і кризах. Зазвичай людина має високу стійкість до вирішення повсякденних завдань та питань та складно переносить критичні ситуації. Така особистість прагне уникнення криз та ризикованих ситуацій. Людина з адиктивними формами поведінки навпаки складно переносить повсякденність і побут, які набувають характеристик прогнозованості і стабільності, це виступає негативним чинником, що викликає роздратування. При цьому кризові моменти та критичні ситуації виступають джерелом позитивних емоцій та почуттів, а також викликають не тільки задоволення у моменті реалізації адиктивної поведінки, але й дають пролонговану дію щодо самооцінки та впевненості у собі [46].

Ще однією відмінністю аддиктивної особистості є латентний «комплекс неповноцінності». Особистість погано переносить труднощі та особливості повсякденного життя, немає ресурсів впоратися з актуальною ситуацією, при цьому нерідко оточуючі підкріплюють цей стан відсутністю підтримки і незрозумінням, іноді обвинуваченням. За цих обставин людина схильна сприймати себе як того, хто відрізняється або не може впоратися з труднощами як інші люди, вважає, що не має можливості і сил жити «як людина». Звідси впливає ще одна особливість - прагнення до неправди та зовнішній локус контролю, прагнення звинувачувати зовнішні впливи у власних помилках та промахах [1].

Дослідники виділяють п'ять основних періодів розвитку та формування аддиктивної поведінки людини [25]:

1. Фіксація. Пов'язана з об'єктом, наприклад, хімічною речовиною або діяльністю, що спричиняє сильну емоційну віддачу. Супроводжується ейфорійним станом, почуттям набуття спокою, релаксацією. Перехід цієї стадії в наступну зумовлюється особистісними характеристиками окремої особистості та її схильністю, та актуальною ситуацією, в якій вона функціонує;
2. Формування стійкої потреби в об'єкті адикції. Спочатку спонукається складними життєвими обставинами, станом сильного дискомфорту, пізніше випадки адиктивної поведінки частішають, а мотиви навпаки стають менш вираженими, майже будь-які ситуації, які викликають тривогу, занепокоєння чи дискомфорт можуть стати фактором, що провокує до адикції;
3. Формування адиктивної поведінки, як частини особистості. Критичність до стану знижена, формуються та зміцнюються захисні механізми щодо адикції, негативні прояви не виражені, зберігається ілюзія комфорту;
4. Розвиток адиктивної частини особистості. Перманентна потреба в об'єкті адикції, часто з підвищенням кількості чи повторень

діяльності. Мета — придушення негативних емоцій та подолання складних життєвих ситуацій, які певною мірою викликані самою адикцією. В результаті відбувається руйнація адиктивної логіки та стереотипізація поведінки адикту, утруднення навіть формальних соціальних контактів з людьми, розвиток ознак соціальної фобії;

5. Формування адиктивної особистості: руйнування біологічних та психофізіологічних процесів, пригніченість і апатія, зниження самооцінки, використання об'єктів адикції для зменшення нестерпних емоцій та фізичних болів у зв'язку з синдромом відміни, період особистісного спустошення та глибокої кризи.

Ілюзія контролю над ситуацією та обставинами — частий прояв особистості з адиктивною поведінкою. Такі особистості переконані, що передумов залежності немає, і вони можуть відмовитися від об'єкта будь-якої миті. Нерідко до стратегії адиктивної поведінки включаються захисні проєкційні механізми, коли проблему ідентифікують будь-де - в невдалому шлюбі, конфліктах на виробництві, кризі в країні та іншому, але тільки не в самій адиктивній поведінці. Адиктивна поведінка характерна для людей з низькою переносимістю психологічних труднощів, що погано адаптуються до швидкої зміни життєвих обставин, що прагнуть у зв'язку з цим швидше і простіше досягти психофізіологічного комфорту.

2.3. Адиктивна поведінка як результат переживання психічної травми

Одна з причин, чому травмовані люди стають адиктами — негайний психологічний вплив. Куріння, алкоголь, наркотики, нехімічні види адикцій — все це змінює почуття людей і пробуджує відчуття задоволення, має роль позитивного підкріплення особистості, з іншого боку така поведінка зменшує дисфорію, що виступає негативним підкріпленням. [66]

Людам, у яких після травматичної події проявляється нерегульована система стресу, адиктивна поведінка може дати «відпочинок» від надмірного занепокоєння, збудження та тривоги. Більшість хімічних речовин (такі як алкоголь, канабіс, опіоїди, бензодіазепіни) мають заспокійливий і гальмуючий ЦНС вплив. З іншого боку, азартні ігри, надмірне захоплення спортом, гемблінг та інше дають інше заспокоєння — свого роду транс, у якому особистість забуває про свої проблеми та переживання. [71].

Травмовані особи можуть бути більш уразливими до адикцій як інструменту регуляції свого настрою, придушення збудження та заспокоєння нав'язливих думок, викликаного підвищеним рівнем гормонів. Зловживання наркотиками або адиктивна поведінка можуть сприяти стану заціпеніння, хоч і тимчасово (і одночасно викликаючи нейроадаптацію, яка увічніює, а не вирішує первинну проблему). У інших людей, які пережили травму, може бути інша реакція (знову ж таки, залежно від типу травми, тривалості травми, віку виникнення та біологічних особливостей людини). Замість надмірного збудження психіка деяких людей захищає себе під час тривалих переживань, що травмують, дисоціюючи або використовуючи стратегії деперсоналізації. Ці люди можуть почуватися хронічно онімілими, відстороненими та байдужими. [72].

Посттравматичний стресовий розлад як окремий випадок психічної травми та адиктивна поведінка тісно пов'язані між собою. Численні дослідження показують, що кількість людей з ПТСР та елементами адиктивної поведінки досягає майже 60% [25]. Зв'язок між посттравматичним

стресовим розладом та адиктивною поведінкою корениться у вживанні речовин, щоб пом'якшити або відвернути увагу від симптомів ПТСР. Однією з ознак ПТСР є зусилля, які люди роблять, щоб уникнути спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із травмою, яку вони пережили. Адиктивна поведінка — це спосіб, за допомогою якого люди можуть порушити нормальне функціонування мозку та тимчасово заблокувати небажані почуття. Речовини згодом стають менш ефективними, змушуючи людей використовувати їх більше задля досягнення такого ж ефекту, як і раніше. Оскільки люди частіше вживають психоактивні речовини, щоб уникнути хворобливих симптомів відміни, симптоми посттравматичного стресового розладу також погіршуються. Це може привести до залежності [25].

Зв'язок адикції та травми працює і у зворотний бік. Адиктивна поведінка перешкоджає одужанню за будь-якою формою психопатології. Саме ПТСР може бути додатково обтяженим, тому що терапія таких осіб обов'язково включає возз'єднання зі спогадами, почуттями та думками, які після травми були пригнічені. Нехімічні адикції як захисний механізм психіки не дають можливості особистості опрацювати подію, що травмує, а наркотичні речовини можуть притупляти емоції, порушувати пам'ять і мислення. Дослідники вважають, що чим довше продовжується цикл уникнення негативних впливів від зіткнення з думками про травму, тим триваліша течія ПТСР.

М. Гонсалес та С. Хаїрстон займалися дослідженням впливу хімічних речовин на особистість з ПТСР. Перший чинник, який розглядають автори, — куріння. Згідно зі статистичними даними, люди з симптомами посттравматичного стресового розладу курять частіше і більше, ніж населення в цілому. Куріння погіршує симптоми посттравматичного стресового розладу. Стимулюючі ефекти нікотину не лише посилюють симптоми уникнення та збудження ЦНС, але також можуть викликати нав'язливі симптоми. Також подібні розлади мають негативний ефект на прагнення відмовитися від куріння і ускладнюють спроби кинути [65].

Алкоголь є поширеним засобом адикції, тому що він доступний, соціально прийнятний та законний. На додаток до цих соціальних аспектів алкоголь часто вибирають через його специфічні властивості. Серед причин того, що ПТСР і вживання алкоголю є частими супутніми станами, є приголомшуюча дія алкоголю та його ефективність у блокуванні травмуючих емоцій та спогадів. Однак хоча алкогольна дія допомагає замаскувати та знизити інтенсивність негативних переживань у момент їх споживання, найчастіше вони повертаються посиленими після закінчення дії алкоголю. Оскільки алкоголь є депресантом, він посилює депресивні симптоми та афективні симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як дратівливість та емоційне оніміння. Алкоголь також порушує сон і може викликати навіть гірші кошмари, ніж у людей з посттравматичним стресовим розладом. Зловживання алкоголем також може викликати дисоціативні епізоди, в яких люди виявляють ризиковану або саморуйнівну поведінку, або наражаються на ситуації, в яких вони вразливі для повторної травматизації [65].

У випадку з наркотичними та психоактивними речовинами автори наводять статистику взаємозв'язків ПТСР та адикції. Близько 50% людей, які проходять стаціонарне лікування від наркотичної залежності, так само мають ПТСР. Майже 80% жінок, які проходять лікування від наркозалежності, мають в анамнезі сексуальне або фізичне насильство. Люди з ПТСР щонайменше вдвічі частіше вживають алкоголь [65].

На думку деяких дослідників, елементи адиктивних розладів, що формуються в умовах бойових дій, значною мірою мають чітку стресогенну природу. За своєю суттю вони відображають критерії діагностики психогенних розладів, які висунули К. Ясперс: початок психогенного захворювання відбувається безпосередньо після впливу психотравми; прояви хвороби безпосередньо випливають із змісту емоційної травми, з-поміж них є психологічно зрозумілі зв'язки; те, як проходить захворювання тісно пов'язане з вираженістю та актуальністю психологічної травми,

розв'язування психотравми призводить до припинення або значного ослаблення проявів хвороби [62]. Ю.Л. Нуллер навів свої уявлення про генез психозів, за аналогією з його думкою формування адиктивної симптоматики в учасників бойових дій слід розглядати як ланцюг реакцій компенсації. Інтенсивний стрес, що провокується військовими діями, призводить до виникнення та розвитку афективних порушень у людей з високою сприйнятливістю до стресу. По відношенню до цих порушень адиктивна поведінка стає вторинним фактором та виконує функції пристосування та захисту [43]. Адикції блокують симптоматику ПТСР і «відсувають» запуск більш важких механізмів стресу. Однак дана реакція є скоріше псевдоадаптивною, причому неконструктивною. Адиктивна поведінка приводить особистість до соціальної депривації та дезадаптації та веде до фізичного та психологічного саморуїнування [43].

З позицій деяких представників психодинамічного підходу викликані важким стресом чи травмою адиктивні реакції можна розглядати як регресію в інфантильну фазу розвитку — «втечу з ситуації», основу якого зазвичай складає один з ранніх, примітивних механізмів психологічного захисту — ізоляція. Припинення формування такої поведінки можливе лише тоді, коли усувається стресогенна ситуація, або змінюється ставлення до неї самого суб'єкта [62].

Травматизація індивідуальна для кожної людини. Кожна із травм має певний спосіб регуляції організму – отримуючи травму, організм запускає фізіологічні процеси. У разі травми процеси регуляції організму порушуються, організм, який отримав психологічну травму, починає реагувати з урахуванням травматичних подій, які відбулися раніше. Особистість відчуває широкий спектр негативних емоцій та переживань, і для того, щоб регулювати процеси в організмі, йому доводиться ззовні шукати те, що допоможе впоратися з наявними проблемами. Адиктивна поведінка - спроба регулювати внутрішні процеси, при цьому емоційні

переживання, які відчуваються від впливу травми, є сильнішими за ті, що виникають від побічних ефектів різних форм адикцій.

2.4. Визначення та характеристика протікання юнацького віку особистості

В теперішній час питання про вікову періодизацію юнацького віку визначено неоднобічно. Межі цього віку залежать від дії різних факторів. Однак фактори, що впливають на біологічне і соціально-психологічне входження людини в період юності, численні і не визначаються тільки біологічним або соціальним впливом. Юність – це певний період в онтогенезі людини, який відповідає закінченню і переходу від підліткового віку до зрілості, тобто самостійного дорослого життя.

Не існує єдиної загальноприйнятої думки стосовно хронології віку, так і немає єдиного визначення меж даного віку. Періодизація вікових меж залежить від культури і змінюється з часом. В одній культурі в один і той же час існують різні підходи до визначення рамок, в яких розглядається юність. Так, підлітковий вік зазвичай вважається окремим від юності, попереднім їй етапом [29]. Однак деякі визначення включають підлітковий вік як частину юності [4]. Існують і вікові періодизації, що вводять між юністю і зрілістю додатковий етап (молодість, дорослішання). І.С. Кон виділяє ранню і пізню юність. При цьому рання юність має межі від 15 до 18 років і відповідає старшому шкільному віку, а пізня юність займає період від 18 до 23 років, що найчастіше відповідає професійному визначенню та, як наслідок, студентству [73].

Юність розглядається як психологічний вік переходу до самостійності, період самовизначення, придбання психічної, ідейної та громадянської зрілості, формування світогляду, моральної свідомості і самосвідомості. До кінця юнацького періоду завершуються процеси фізичного дозрівання людини.

Психологічний зміст цього етапу пов'язаний із розвитком самосвідомості, вирішенням завдань професійного самовизначення і вступом у доросле життя. У ранній юності формуються пізнавальні та професійні

інтереси, потреба у праці, здатність будувати життєві плани, громадська активність. У юнацькому віці остаточно долається властива попереднім етапам онтогенезу залежність від дорослих і затверджується самостійність особистості. У відносинах з однолітками поряд зі збереженням колективно-групових форм спілкування наростає значення індивідуальних контактів і уподобань.

Юність – напружений період формування моральної свідомості, вироблення ціннісних орієнтацій та ідеалів, стійкого світогляду, громадянських якостей особистості. Відповідальні та складні завдання, що стоять перед індивідом в юнацькому віці при несприятливих суспільних або мікросоціальних умовах можуть призводити до гострих психологічних конфліктів і глибоких переживань, до кризового протікання юності, а також до різноманітних відхилень у поведінці юнаків і дівчат від запропонованих громадських нормативів[3].

У юнацькому віці завершується процес фізичного дозрівання особистості: збільшується вага і м'язова сила, завершується процес статевого дозрівання, відбувається завершення дозрівання всіх систем організму і зменшення диспропорцій їх розвитку.

Перед юнаками і дівчатами стоїть важливе завдання, що вимагає рішення – професійне самовизначення. Отримання освіти в старших класах школи і вищих навчальних закладах характеризується значним збільшенням обсягу, ускладненням і зміною змісту і структури навчального матеріалу. Ці зміни збільшують вимоги до юнаків і дівчат, а так само сприяють зміні рівня домагань учнів. У цьому віці виділяють важливі якості, що сприяють органічній взаємодії з навчально-професійним середовищем, такі як гнучкість, універсальність, самостійність, а так само загальна продуктивність пізнавальних процесів і діяльності [75].

У юнацькому віці відбувається глобальна перебудова ціннісних орієнтацій і поглядів, при цьому відзначається така характеристика мислення, як філософська спрямованість, яка обумовлена розвитком

формально-логічних операцій і великим впливом емоційної сфери. Розвиток мислення в цей період має статеві відмінності. Дівчатам властиво конкретне мислення, вони краще вирішують конкретні завдання, однак їх інтереси в пізнавальній сфері менш визначені і диференційовані ніж у юнаків, яким властиво абстрактне мислення. Відзначається, що успіхи в навчально-професійної діяльності частіше проявляються у дівчат, хоча в більшості випадків гуманітарно-художні інтереси у них переважають над природно-науковими[75].

Увага стає виборчою, залежною від особистих інтересів, при цьому переважає довільна увага. У цей період спостерігається розвинене вміння самостійної організації уваги. Розвиток уваги сприяє формуванню спостережливості, яка стає цілеспрямованою і стійкою. Збільшується обсяг і тривалість збереження інтенсивності, а так само здатність швидкого перемикання між об'єктами уваги [74].

Прогрес помітний і в розвитку пам'яті. Вона стає більш керованою і систематизованою, значно збільшеною в обсязі. Школярі і студенти розширюють інструментарій прийомів раціонального запам'ятовування. Удосконалюється володіння складними інтелектуальними операціями аналізу і синтезу, теоретичного узагальнення та абстрагування, аргументування і доказу. Юнаки та дівчата в повній мірі здатні встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, для їх мислення характерні систематичність і критичність. Виникає тенденція до узагальненого розуміння світу, що є необхідною умовою формування цілісного світогляду. Відбувається швидкий розвиток спеціальних здібностей щодо особливо гострого виділення власних інтересів та професійної самовизначеності [4].

В результаті когнітивні структури в юності набувають дуже складну будову і індивідуальну своєрідність. Їх розвиток є передумовою виникнення здатності до інтроспекції: предметом уявного розгляду і аналізу стають власні думки, почуття і вчинки, виробляється здатність бачити протиріччя між ними, оперувати ідеальними ситуаціями і обставинами. Можна зробити

висновок, що інтелектуальний розвиток юнаків і дівчат базується не тільки в накопиченні знань і умінь, а й у формуванні власного індивідуального стилю розумової діяльності [29].

Індивідуальний стиль розумової діяльності, за визначенням Е.О. Клімова, це «індивідуально-своєрідна система психологічних засобів, до яких свідомо чи стихійно вдається людина з метою найкращого зрівноважування своєї (типологічно обумовленої) індивідуальності з предметними, зовнішніми умовами діяльності». Н. Коган вважав, що в пізнавальних процесах індивідуальний стиль розумової діяльності виступає як стиль мислення, тобто як «стійка сукупність індивідуальних варіацій в способах сприйняття, запам'ятовування і мислення, за якими стоять різні шляхи придбання, накопичення, переробки та використання інформації» [4].

У взаємодії з розвитком психічних пізнавальних процесів відбувається і особистісний розвиток юнаків і дівчат. У період юнацького віку формується становлення стійкої самосвідомості, вибудовується стабільний і досить повний образ власного «Я». У міру дорослішання актуалізується чинник часу. Відбувається ускладнення і осмислення життєвих перспектив і спостерігається спрямованість у майбутнє, побудова життєвих орієнтацій.

При розгляді цих особливостей, неможна обійти феномен юнацького максималізму, який характеризується завищеним рівнем домагань, дуальністю в баченні світу, безкомпромісністю, та орієнтацією на щось конкретне. Цей феномен пояснюється бажанням особистості найбільш швидко відділитися від дорослих і знайти місце в соціумі, при цьому не втративши власної ідентичності. Багато психологів вважають, що навіть при тому, що людина в даному стані неадекватно сприймає навколишній світ, це стає сильним стимулом для виконання особистісних завдань і вирішення проблем утворення мети [74].

Великої уваги заслуговує процес формування морально-етичних норм, відбувається оцінка себе і оточуючих щодо цих орієнтацій. Прагнення до пізнання власної особистості актуалізує проблему глибинного самоаналізу і

саморефлексії. Складається світогляд і цінності, формується усвідомлене «узагальнене, підсумкове відношення до життя» (С.Л. Рубінштейн), яке дозволяє вийти на проблему сенсу життя. Формується активна життєва позиція і усвідомлення мотивів власної діяльності та навчально-професійних схильностей [34].

Юність відрізняється підвищеним проявом емоційно-чуттєвої сфери. Змінюються способи емоційного реагування і розширюється рольовий репертуар. При цьому юнаки та дівчата набувають нових навичок в контролюванні емоційної реактивності і механізмів внутрішнього гальмування.

Розширюється коло особистісно значимих відносин, які завжди емоційно забарвлені. Одноліток виступає дуже важливим каналом отримання специфічної інформації. Засвоєння нових ролей і статусів, відпрацювання комунікативних навичок і стилів спілкування, усвідомлення групової приналежності, автономія, емоційне благополуччя і стійкість. Відбувається усвідомлення себе як частини соціальної групи, юнаки самі здатні вибрати бажане соціальне положення і знайти механізми його досягнення.

Юність - завершальний етап первинної соціалізації, має три завдання: підготувати до праці, до сімейного життя, до виконання цивільних обов'язків. Жодне із завдань не може бути вирішене окремо. Центральний психологічний процес юнацького віку - розвиток самосвідомості, що спонукає особистість порівнювати усі свої прагнення та вчинки з певними принципами та образом власного «Я».

Висновки до розділу 2

У вітчизняних та зарубіжних джерелах поняття «залежність» та «адикція» найчастіше використовуються як синонімічні чи рівноцінні, проте більшість сучасних вчених схилиються до думки, що дані поняття хоч і пов'язані, але мають кардинально різні підстави. Адикція не є нормою, але ще не набуває форми патології, при цьому об'єкт адикції не завжди виступає тим, що може спричинити залежність. Адиктивна поведінка — форма скоріше уподобання, надмірного вживання, захопленості, яка може, але не обов'язково переросте у залежність. Деякі вчені поділяють ці феномени за чіткою основою: залежність — тяжкий патологічний стан психіки; адикція — девіантний поведінковий патерн особистості. Суть такої поведінки у зміні свого емоційно-чуттєвого стану, однак, коли адикція приймає домінуючу позицію, вона стає дезадаптивною і за певної виразності біологічних, соціальних та психологічних факторів може вести до залежності особистості. Адиктивна поведінка стає способом пристосування до умов навколишньої актуальної ситуації, пом'якшує реактивність людини на кризові ситуації, покращує загальний емоційний фон людини, але характеризується частковою втратою контролю над об'єктом адикції. Залежність відрізняється суб'єктивною неможливістю відмовитися від об'єкта, він виступає потребою організму та психіки, при відмові якого адекватне функціонування утруднено чи неможливо.

Індивід з адиктивною поведінкою виділяється прагненням до уникнення реальності, особистісною незрілістю, невирішеними наслідками травматичних подій, зниженою стійкістю до побутових щоденних проблем, труднощами із систематизацією особистого простору та часу, зовнішньою соціабельністю або навпаки фокусом у внутрішній світ. Види адикцій зазвичай поділяють на дві групи: поведінкові, які характеризуються уникненням від дійсності та зниженням напруги за допомогою повторення

певних дій, і хімічні, для яких характерний змінений стан свідомості особистості.

Особистість, яка травмована воєнними діями, втратила безліч значущих для себе цінностей, людей, предметів, яка зазнала руйнування важливих символічних об'єктів, має загрозу особистісній ідентичності. Порушується сама цілісність особистісних структур, що може викликати реакцію заміщення об'єктами адикції. Один із основоположних факторів вдавання травмованої особи до адиктивної поведінки — це майже миттєвий результат. Поліпшення емоційного стану, звільнення від тривоги, захопленість об'єктом адикції замість травмуючих спогадів — все це є додатковою мотивацією для особистості. Цей шлях видається дієвим і легким у реалізації, у якому тимчасово зберігається відчуття контролю над ситуацією. Хімічні речовини гальмують центральну нервову систему та дають полегшення, а поведінкові адикції знімають тривожність та занепокоєння та дають відчуття «трансу» та абстрактності. При деякому цілком дієвому впливі на симптоматичний комплекс особистості, яка пережила травматичний вплив, адиктивна поведінка в якийсь момент переважає вольові рішення, позитивні впливи нівелюються негативними похідними адикції, а також впливами ПТСР, прояви якого були пригнічені. Адикції блокують симптоматику ПТСР і відсувають запуск більш важких механізмів стресу. Однак дана реакція є швидше псевдоадаптивною, причому неконструктивною. Адиктивна поведінка призводить до особистої депривації та дезадаптації та веде до фізичного та психологічного саморуйнування.

Було визначено характеристики та особливості юнацького віку. Психологічне значення цього періоду пов'язано із розвитком самосвідомості, вирішенням завдань професійного самовизначення. У юнацькому віці остаточно затверджується самостійність особистості. У відносинах з однолітками поряд зі збереженням колективно-групових форм спілкування наростає значення індивідуальних контактів і уподобань. Юність — напружений період формування моральної свідомості, вироблення ціннісних

орієнтацій та ідеалів, стійкого світогляду, громадянських якостей особистості.

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ОБСТАВИН НА АДИКТИВНУ ПОВЕДІНКУ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Планування та обґрунтування методів дослідження

З метою визначення особливостей впливу психотравмуючих обставин на адиктивну поведінку особистості нами було проведено емпіричне дослідження. Дослідження проводилося в два етапи:

1. Констатувальне дослідження респондентів, з метою виявлення рівня впливу травматичної події; копінг-механізмів та способів подолання труднощів; встановлення схильності до адиктивної поведінки, а також схильності до конкретних 13 видів залежностей.
2. Запропонована корекційна програма, спрямована на корекцію наслідків травмуючої події; зниження прояву симптоматики елементів посттравматичного стресового розладу; формування адекватних ситуації копінг-механізмів; зниження тенденції к рішенню складнощів за допомогою адиктивної поведінки.

Для проведення дослідження використовувались наступні методики: «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) [56], «Способи совладаючої поведінки (WCQ)» (Р. Лазарус) [39], «Діагностика схильності до адиктивної поведінки» (В.Д. Менделевич) [37], «Методика діагностики схильності до 13 видів залежностей» (Г.В. Лозовая) [33]. Надамо характеристику вищезазначених методів дослідження.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) (Додаток А). Ця методика використовується для виявлення симптоматичного комплексу посттравматичного стресового розладу, а також ступеня вираженості даних проявів. Діагностична методика складається з 22 питань, які поділені на 3 шкали: «вторгнення», «уникнення», «збудливість». Респондент може вибрати відповідь «ніколи» — 0 балів, «рідко» — 1 бал, «іноді» — 3 бали, «часто» — 5 балів. Опитувальник призначений для вивчення наявності, ступеня

виразності та симптоматичної структури посттравматичного стресового розладу. Шкала зарекомендувала себе як надійний, валідний інструмент, що пройшов кросс-культурну апробацію. Шкала може бути включена в батарею психодіагностичних методик для роботи з особами, які мають або підозрюють ПТСР.

Шкала «Вторгнення» позначає рівень нав'язливого повторення емоційних станів при нагадуванні про подію, що відбулася, а також показує частоту появи нав'язливих стимулів, таких як спогади, сновидіння, концентрація думок на тому, що сталося, неможливість відволіктися.

Шкала «Уникнення» характеризує ступінь уникнення нагадувань та асоціацій про подію або про окремі її елементи. Особистість виключає з життєвого простору розмови про подію, кінофільми, значні місця, новини та інше. Можливі дисоціації з відчуттям, що подія ніколи не відбувалася чи траплялася не з нею.

Шкала «Фізіологічна збудливість» відрізняється відображенням неприємних фізіологічних станів та відчуттів людини, таких як підвищення пульсу, тиску, пітливість при нагадуванні про подію. Також ця шкала може відображати наявність безсоння та кошмарних сновидінь.

Способи совладаючої поведінки (WCQ) Р. Лазаруса (Додаток Б).
Дана тестова діагностична методика дозволяє виділити копінг-механізми та способи подолання труднощів переважних для особистості. Копінг-механізми, які виділені в цій методиці мають прояв у різних життєвих ситуаціях та за різних труднощів у кожної конкретної особистості. Ефективність тієї чи іншої стратегії залежить від особливостей актуальної ситуації та наявних особистісних ресурсів, тому говорити про адаптивність чи дезадаптивність окремих копінг-стратегій некоректно, проте ми можемо виділити тенденцію до використання однієї чи кількох копінг-стратегій.

Опитувальник складається з 50 тверджень щодо поведінки у важкій життєвій ситуації. Випробовуваний повинен оцінити, як часто ці варіанти поведінки виявляються в нього. Ці 50 питань формуються у 8 шкал. Бали

підраховуються за схемою: ніколи — 0 балів, рідко — 1 бал, іноді — 2 бали, часто — 3 бали. Нижче буде наведено опис кожного з копінг-механізмів:

Конфронтація - можуть спостерігатися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами ворожості та конфліктності), ворожість, труднощі планування дій, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдана завзятість. Вирішення проблеми часто наводиться до емоційного відреагування на труднощі.

+ активне емоційне відреагування та протистояння стресу та труднощам;

- нестача раціональної складової та цілеспрямованих дій.

Дистанціювання — прагнення к дистанціюванню від проблемної ситуації, навмисне зниження значимості події у вигляді гумору, знецінення, усунення.

+ зниження особистісної значимості та зниження негативних емоційних реакцій;

- знецінення та витіснення переживань, фрустрація, відсутність дій.

Самоконтроль — цілеспрямоване стримування та придушення емоцій, пов'язаних із негативною подією. Контроль за поведінкою, спостерігається тенденція до приховування негативних наслідків оточуючих людей.

+ здатність раціонально підійти до вирішення проблеми, зниження негативних емоційних реакцій;

- складність із вираженням емоцій, замовчування потреб і потреб, надконтрольна поведінку.

Пошук соціальної підтримки — вирішення проблемних ситуацій за рахунок підтримки та отримання ресурсів від соціуму. Орієнтація на взаємодію та взаємодопомогу.

+ використання зовнішніх ресурсів для вирішення труднощів;

- завищені очікування від оточуючих людей, залежна позиція.

Прийняття відповідальності — визнання свого впливу на те, що сталося. Самокритика та самозвинувачення. Внутрішній локус контролю, пошук помилок у своїй поведінці.

+ аналіз особистого на проблемну ситуацію;

- необґрунтована критика, депресивні стани, гіпервідповідальність.

Уникнення — заперечення проблеми, відволікання, догляд аддиктивне поведінка, надмірне фантазування. Ігнорування проблеми, відсутність дій на її вирішення.

+ швидке зниження стресових станів;

- неможливість вирішення труднощів, накопичення складнощів, вжиті дії короткострокові та неефективні у тривалому розгляді.

Планування вирішення проблеми — аналіз ситуації та вироблення стратегії щодо подолання наслідків. Планування своїх процесів з ресурсів.

+ цілеспрямоване та планомірне вирішення проблеми;

- раціоналізація як захисний механізм, складність із емоційним відреагуванням проблеми.

Позитивна переоцінка - подолання за допомогою оптимізму і позитивної переоцінки подій, що відбулися. Орієнтація на саморозвиток, особистісні переваги та можливості.

+ переосмислення труднощів у позитивному сприйнятті;

- недооцінювання негативних сторін проблеми, переоцінка власних сил.

Діагностика схильності до адиктивної поведінки В.Д. Менделевича (Додаток В). Діагностичний опитувальник вимірює рівень схильності до адиктивної поведінки особистості. Методика є надійним та валідним інструментом для багатоосьової діагностики залежної поведінки різного генезу та спрямованості. Тестування складається з 55 тверджень, які можна оцінити за 5-бальною шкалою відповідно до особистого сприйняття. Методика містить дві сукупності питань, які підраховуються у прямому та зворотному порядку балів.

При обробці результатів тестування можна отримати ступінь виразності схильності до адиктивної поведінки:

Низький рівень відрізняється малою ймовірністю розвитку залежної поведінки в особистості, малою вираженістю якостей особистості, які сприяють розвитку адикцій.

Тенденція відображає середній рівень схильності до адиктивної поведінки. За певних умов у особи, яка попадає у цю категорію, може проявитися залежність.

Підвищена схильність характеризує особистість, яка має підвищену схильність до адиктивної поведінки, вираженість якостей, що сприяють залежностям.

Висока ймовірність показує спрямованість особистості до адиктивної поведінки. Можливість прояву адикції дуже висока.

Методика діагностики схильності до 13 видів залежності» Г.В. Лозова (Додаток Г). Тест складається із 70 питань, які підраховуються за наступною схемою: ні -1 бал; скоріше ні — 2 бали; ні так, ні ні -3 бали; скоріше так — 4 бали; так — 5 балів. Методика є скоріше орієнтовною та показує загальну схильність до тієї чи іншої залежності.

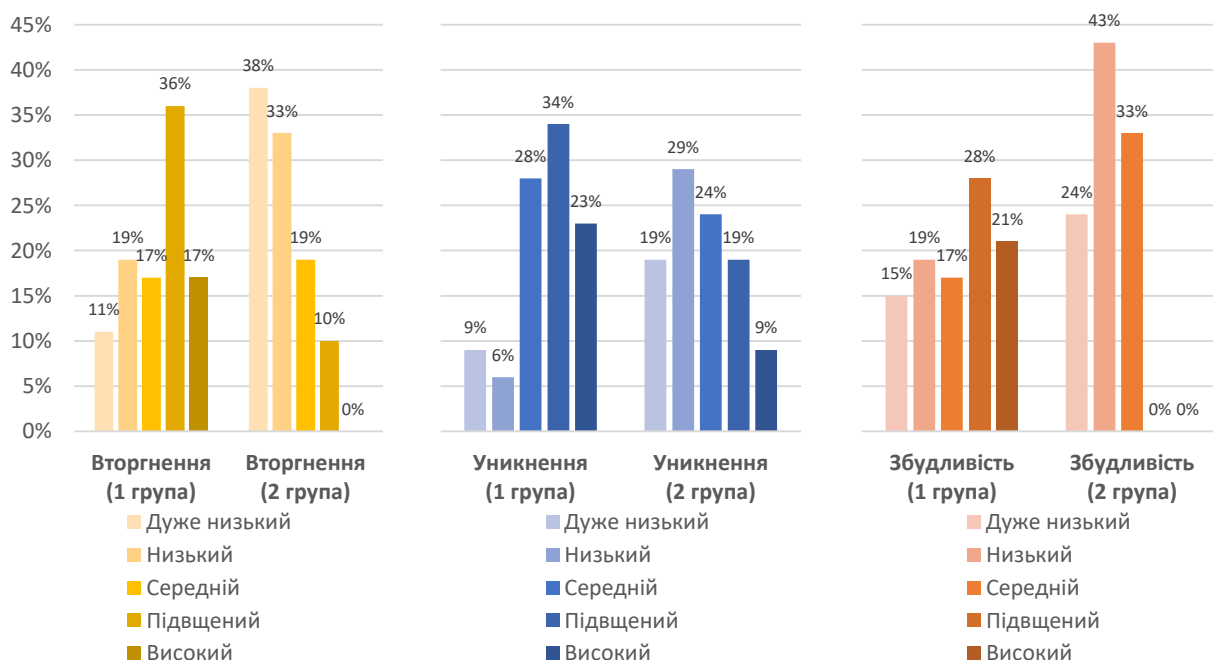
Тест на адиктивну поведінку Г.В.Лозової визначає схильність людини до 13 видів залежностей та дозволяє діагностувати загальну схильність до наступних видів залежностей: алкогольна залежність, інтернет та комп'ютерна залежність, любовна залежність, наркотична залежність, ігрова залежність, нікотина залежність, харчова залежність, залежність від міжстатевих відносин, трудового життя, телевізійна залежність, релігійна залежність, залежність від здорового життя, лікарська залежність, загальна схильність до залежностей.

3.2. Аналіз результатів констатувального дослідження

Гіпотезою нашого дослідження є припущення, що психічна травма виступає чинником формування адиктивної поведінки особистості.

З метою перевірки даної гіпотези було проведено дослідження, де вибірку склали 68 респондентів, в онлайн режимі у віковій категорії від 18 до 25 років (юнацького віку). Респонденти були розподілені на 2 групи за наступними критерієм: особи, що перебували у зоні активних бойових дій — 47 особа; особи, що не перебували у зоні активних бойових дій — 21 особа. Задля перевірки гіпотези були використані методики, які надали інформацію про респондентів.

За методикою «Шкала оцінки травматичної події (IES-R)» був визначений рівень прояву симптоматичного комплексу посттравматичного стресового розладу за трьома шкалами: «Вторгнення», «Уникнення», «Фізіологічна збудливість». Було визначено кількість респондентів за обома досліджуваними групами, з різним рівнем прояву цих характеристик. За цією



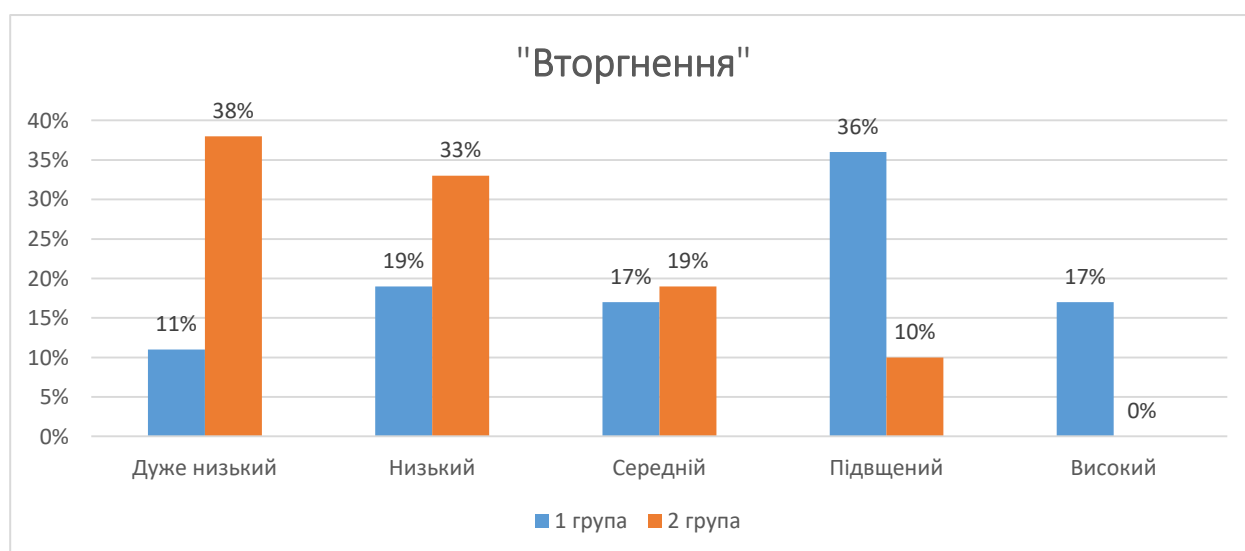
методикою були отримані наступні результати (див. рис. 3.2.1.)

Рис. 3.2.1 Виявлення проявів ПТСР у осіб, що перебували (1 група) та не перебували (2 група) у зоні активних бойових дій за методикою «Шкала оцінки травматичної події (IES-R)»

За цим графіком можна побачити домінування підвищеного рівня прояву симптомів ПТСР у людей, які перебували у травматичних обставинах. На другому місці у людей з зони активних бойових дій за вираженістю симптоматики є групи з середнім та високим рівнем прояву. У більшості респондентів першої групи спостерігаємо наявність проявів посттравматичного стресу. У осіб, які не мали досвіду перебування у зоні активних бойових дій результати дослідження з тієї ж методики значно відрізняються. Можемо спостерігати, що високого рівня прояву симптоматики посттравматичного стресового розладу майже немає, окрім 9% респондентів за шкалою «Уникнення». Загалом відзначається низький та дуже низький рівень прояву ПТСР, що свідчить про відсутність впливу цієї події на респондентів даної групи. Розподіл статистичних результатів за шкалами неоднорідний, можемо спостерігати переважання реакцій «Уникнення».

Розглянемо результати тестування за шкалами детальніше:

Шкала «Вторгнення» характеризується кошмарними сновидіннями, що повторюються, вторгаються у свідомість образами, дуже яскравими спогадами, які призводять до відчуття, що подія відбувається знову. За отриманими результатами цієї шкали можемо дослідити відмінність двох

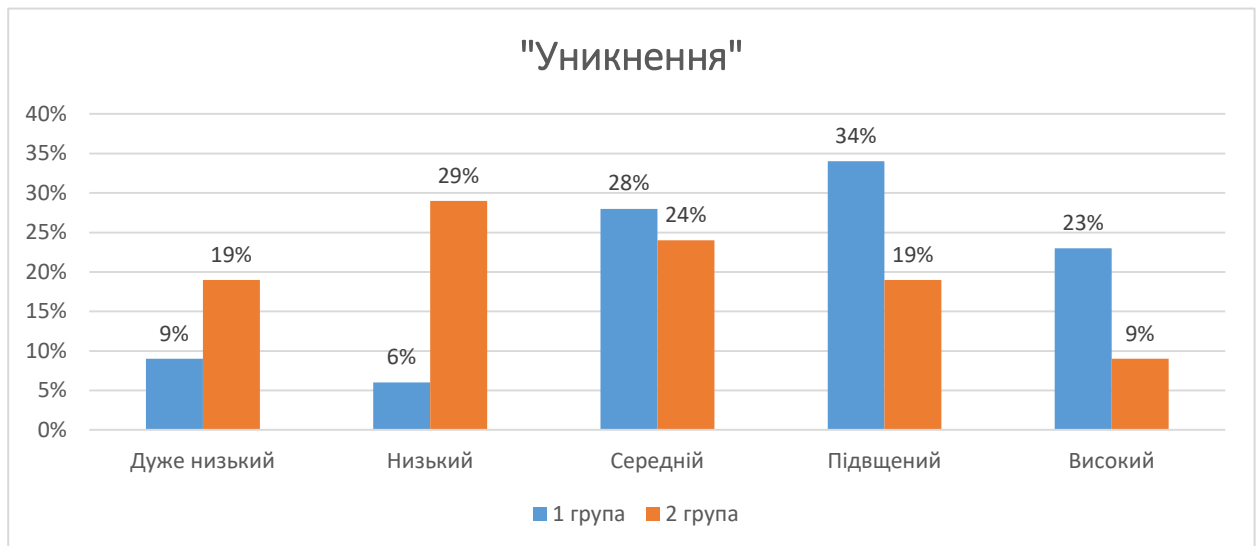


досліджуваних груп (див. рис. 3.2.2).

Рис. 3.2.2 Порівняння результатів отриманих за шкалою «Вторгнення» у респондентів, що перебували у зоні активних бойових дій (1 група) та тих, що не перебували у зоні бойових дій (2 група) за методикою «Шкала оцінки травматичної події (IES-R)»

За даними діаграмами помітно, що процент респондентів збігається тільки за середнім рівнем прояву симптомів вторгнення (17%; 19%). У першій групі респондентів переважає підвищений рівень, який складає 36% від загальної виборки, високий рівень як і середній складає 17%, а низький та дуже низький рівень прояву симптоматичного комплексу ПТСР загалом складає 30%. На відміну від першої групи, у другій групі низький та дуже низький прояви складають більшість респондентів — 71%, високого рівня прояву немає у жодної особи, а підвищений рівень виявляється у 10% від загальної кількості осіб, що не перебували у зоні активних бойових дій.

Шкала «Уникнення» характеризується уникненням думок, нагадувань та емоцій, які асоціюються з травматичними подіями. Наприклад, людина не зустрічається з людьми, які пов'язані з неприємним досвідом, не ходить у місця, де це сталося, не дивиться кіно з подібним сюжетом, або не цікавиться



новинами. Розглянемо результати за даною шкалою у діаграмі (див. рис. 3.2.3).

Рис. 3.2.3 Порівняння результатів отриманих за шкалою «Уникнення» у респондентів, що перебували у зоні активних бойових дій (1 група) та

тих, що не перебували у зоні бойових дій (2 група) за методикою «Шкала оцінки травматичної події (IES-R)»

За цією шкалою спостерігаються найбільш високі результати за обома групами. Середній рівень прояву симптоматики як і в першій шкалі становить приблизно однаковий результат (24%; 28%). Перша група має незначну кількість респондентів з низьким і дуже низьким рівнем — загалом 15%, друга — 48%. Підвищений та високий рівень прояву уникнення (34%; 23%) разом складають більш ніж половину від усіх відповідей людей, що знаходилися у зоні активних бойових дій. Однак і в другій групі ці значення (19%; 9%) складають майже третину, що можна пояснити тим, що люди намагаються ігнорувати наявну проблемну ситуацію та уникати асоціацій з нею.

Третя шкала «Фізіологічна збудливість» характеризується пильністю, очікуванням небезпеки та різким реагуванням на події, навіть якщо вони не становлять загрози. Все це супроводжується фізіологічними реакціями — пітливість, підвищений тиск, пульс, задишка. Так само спостерігається безсоння та кошмарні сновидіння як частий симптом. Результати за обома групами представлені у діаграмі (див. рис. 3.2.4).

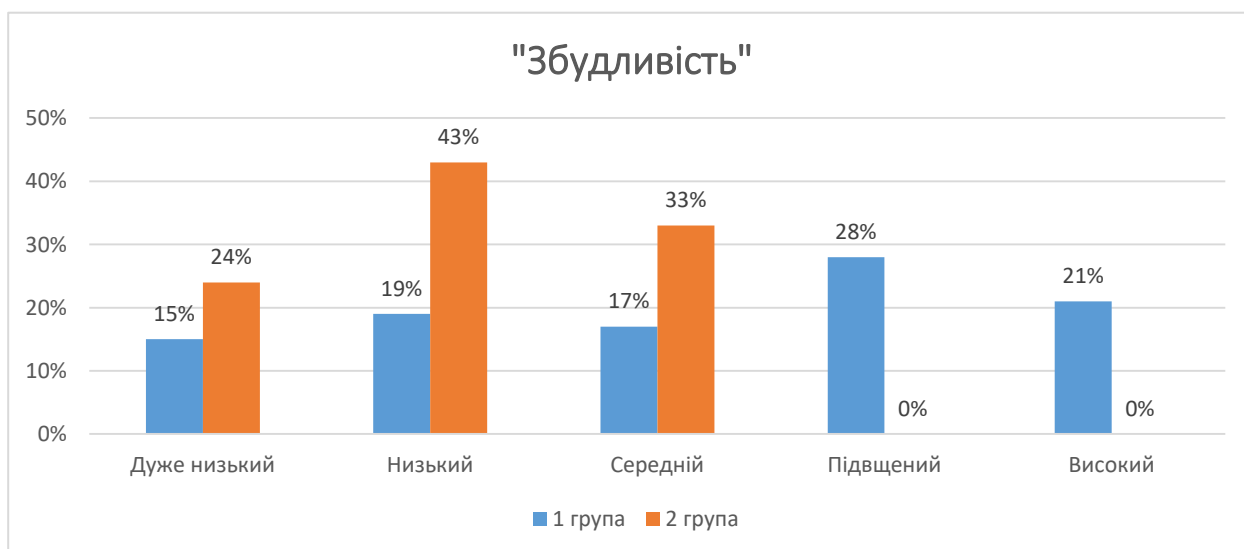


Рис. 3.2.4 Порівняння результатів отриманих за шкалою «Збудження» у респондентів, що перебували у зоні активних бойових дій (1 група) та тих, що не перебували у зоні бойових дій (2 група) за методикою «Шкала оцінки травматичної події (IES-R)»

У першій групі бачимо, що підвищений рівень прояву фізіологічної збудливості становить 28%, що складає найбільший результат за цією шкалою, найменша група людей, що має дуже низький рівень прояву збудливості – 15% інші результати входять в діапазон від 17% до 21%. У групі осіб, що не перебували у зоні АБД зовсім відсутні підвищений та високий рівні прояву ПТСР, а низький та дуже низький рівні загалом становлять 67%, що відображає, що більш ніж дві третини респондентів цієї групи не мають ніяких фізіологічних проявів після події.

Для другого етапу тестування була використана методика «Способи совладаючої поведінки (WCQ)» Р. Лазаруса. Тип подолання життєвих труднощів — це варіант розв'язання проблеми, тенденція до сукупності поведінкових та когнітивних зусиль особистості для управління власними реакціями на труднощі та вирішення зовнішніх впливів з урахуванням внутрішніх та зовнішніх ресурсів і стимулів. Дана методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних напрямках психічної діяльності, копінг-стратегій.

Способи подолання труднощів залежать від особистісних якостей людини, але ми маємо припущення, що конкретна стресова ситуація високої інтенсивності (наприклад, перебування у зоні АБД) у певної виборки людей викликає зміни в стратегіях подолання цих труднощів на відміну від звичайного алгоритму дій людей, що перебували у зоні активних бойових дій. Розглянемо результати першої групи на графіку (див. рис. 3.2.5).

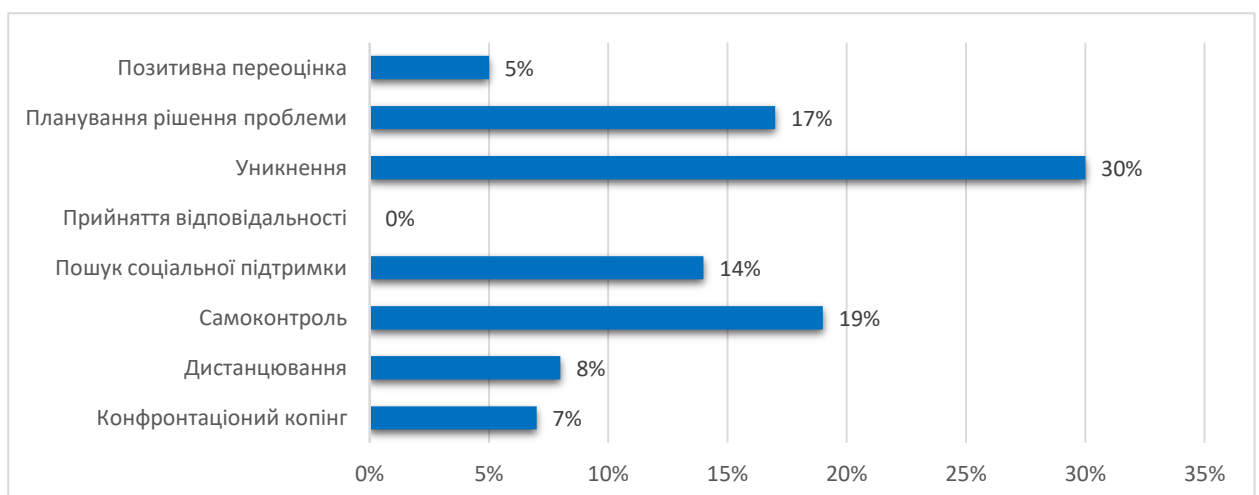
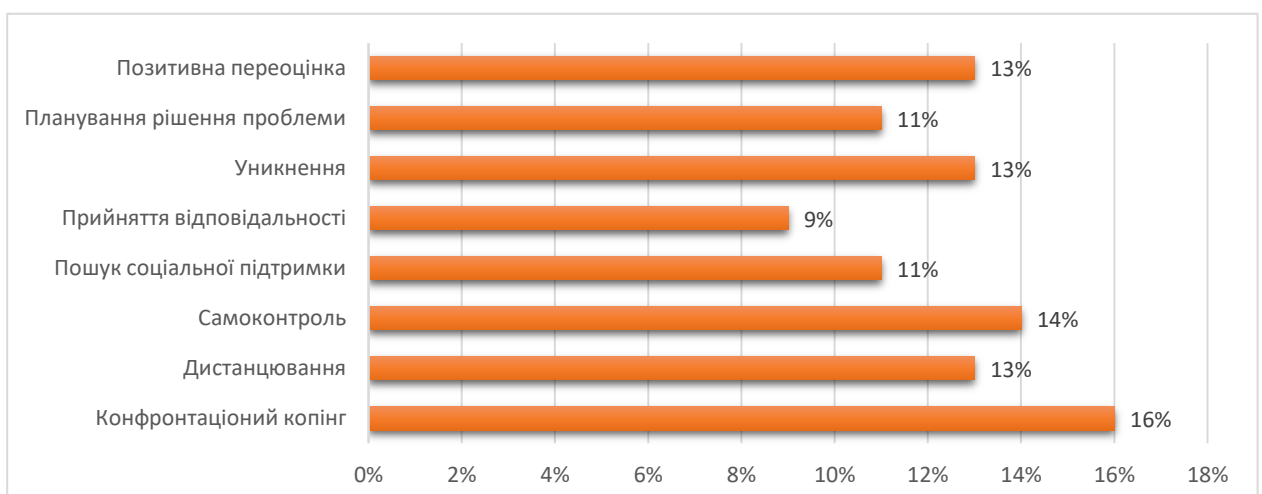


Рис. 3.2.5 Переважаючі копінг-стратегії осіб, що перебували у зоні активних бойових дій за методикою «Способи совладаючої поведінки (WCQ)» Р. Лазаруса

За результатами цієї методики ми отримали переважачі одну чи декілька стратегій совладаючої поведінки за кожним респондентом. Спостерігається домінуючий вид подолання — уникнення, йому віддали перевагу 30% осіб, що переважається з результатами за попередньою методикою. Цей тип характеризується подоланням людиною наслідків труднощів за рахунок реагування на кшталт уникнення: відволікання, заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань тощо. При виразній перевазі стратегії уникнення можуть виникнути інфантильні реакції та форми поведінки у стресових ситуаціях. Також частими для осіб, що знаходилися у зоні АБД є копінг-стратегії самоконтролю (19%) — стратегії цілеспрямованого вольового впливу на свій емоційний стан, контролюванню ситуації; планування рішення проблеми (17%) — стратегії аналізу того, що сталося, пошуку ресурсів всередині та зовні, будування плану дій для рішення проблеми; пошук соціальної підтримки — копінг-стратегія пошуку ресурсу у навколишньому соціальному оточенні, пошук емоційної, інформаційної та дієвої підтримки від оточуючих. Цікаво, що стратегію прийняття відповідальності ніхто не обрав домінуючою серед інших, це можна пов'язати з характеристикою саме цієї ситуації. Люди, які не є військовими, але перебувають в умовах війни дуже рідко можуть відчували систематизовану відповідальність за ці події, частіш на передній план виходять вищезазначені стратегії.

У другій групі результати за цією методикою відрізняються (див. рис.



3.2.6).

Рис. 3.2.6 Переважаючі копінг-стратегії осіб, що не перебували у зоні активних бойових дій за методикою «Способи совладаючої поведінки (WCQ)» Р. Лазаруса

Бачимо загалом рівномірний розподіл вибору копінг-стратегії (від 9% до 16% осіб, що мають стратегію як одну з переважачих). Більше всього обрали конфронтаційний копінг - стратегію вирішення проблеми з допомогою не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій. Часто стратегія конфронтації сприймається як неадаптивна, проте за помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і підприємливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси. Найменший результат як і в першій групі спостерігаємо за шкалою прийняття відповідальності.

Третя тестова методика — «Діагностика схильності до адиктивної поведінки» В.Д. Менделевича. Ця тестова діагностика відображає загальний рівень схильності до адиктивної поведінки особистості (див. рис. 3.2.7).

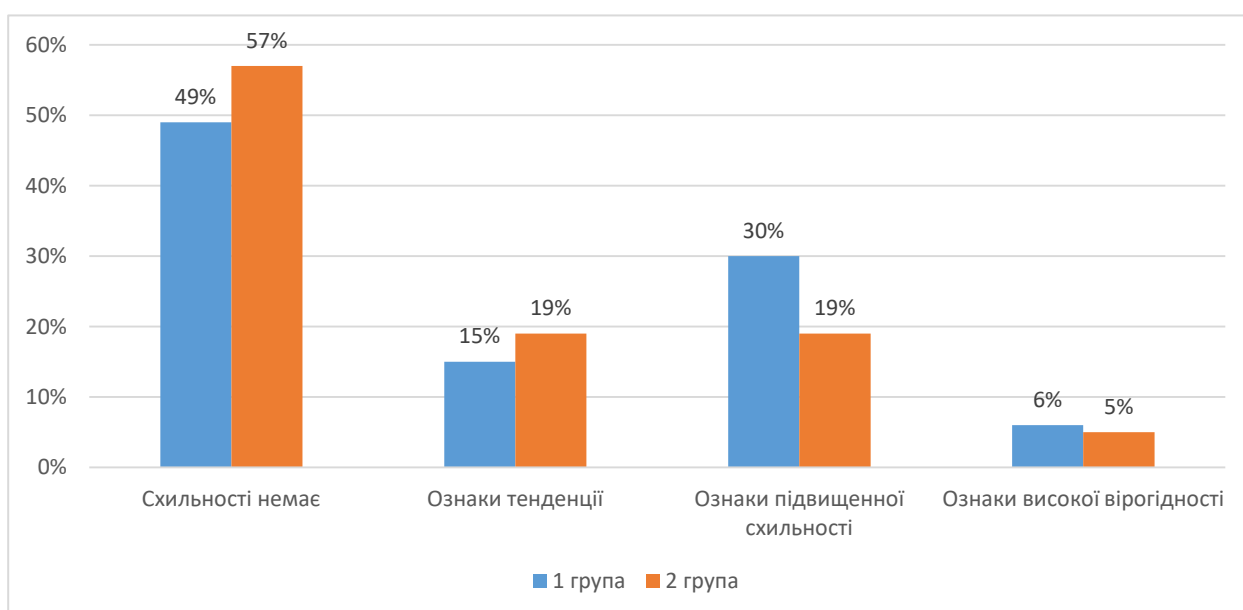
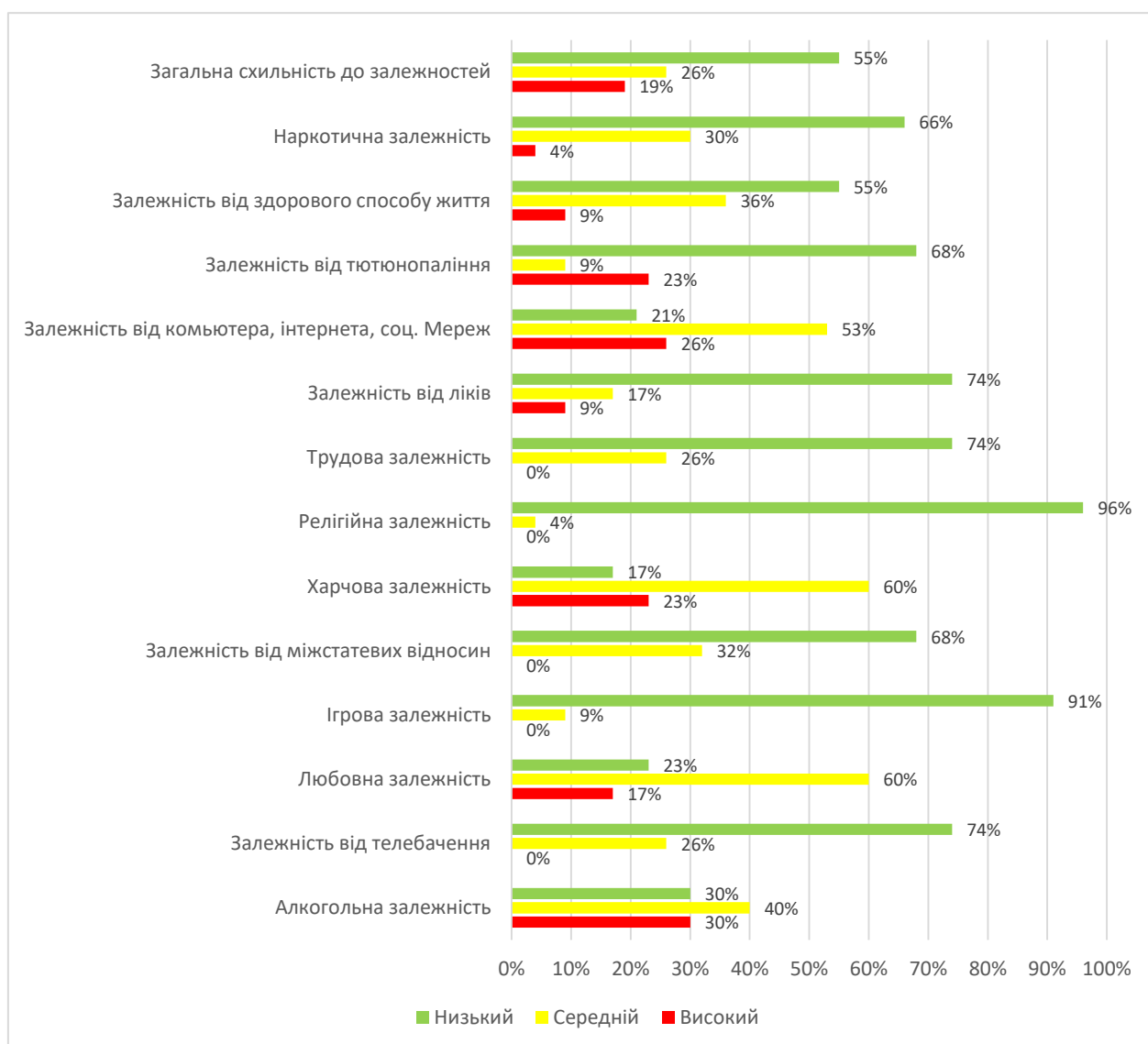


Рис. 3.2.7 Порівняння результатів схильності до адиктивної поведінки у респондентів, що перебували у зоні активних бойових дій (1 група) та тих, що не перебували у зоні бойових дій (2 група) за методикою «Діагностика схильності до адиктивної поведінки» В.Д. Менделевича

За цією методикою бачимо ознаки високої вірогідності адиктивної поведінки є у майже однакового відсотка осіб (6%; 5%). Тенденція до адикції спостерігається у 15% та 19% осіб за двома групами відповідно. Відмінні результати за групами у виборці осіб, що не мають схильності до адиктивної поведінки особистості — 49% у групі, що мала досвід знаходження в зоні АБД, та 57% у тих, хто такого досвіду не мав. Найбільша відмінність за шкалою «ознаки підвищеної схильності» - майже третина у першій групі (30%), та 19% у другій.

Розглянемо схильності до адиктивної поведінки докладніше за «Методикою діагностики схильності до 13 видів залежностей» Г.В. Лозової.



У першій групі бачимо такі результати (див. рис. 3.2.8).

Рис. 3.2.8 Схильність до різних видів адиктивної поведінки у респондентів, що перебували у зоні активних бойових дій за «Методикою діагностики схильності до 13 видів залежностей» Г.В. Лозової

Загальна схильність до залежностей співпадає з результатами за попередньою методикою та становить 19 % високого рівню прояву схильності до залежностей. Спостерігаються виражені показники високого та середнього рівня схильності до адикцій за шкалами: залежність від здорового способу життя, залежність від тютюнопаління, залежність від комп'ютера, інтернету, соц. мереж, харчова залежність та любовна залежність. Найвищі показники отримані за шкалою алкогольна залежність (30% - високий рівень, 40% - середній рівень), що свідчить про те, що майже третина населення після переживання психотравмуючих обставин має високу схильність до алкоголізації.

У другій групі респондентів були отримані такі результати (див. рис. 3.2.9).

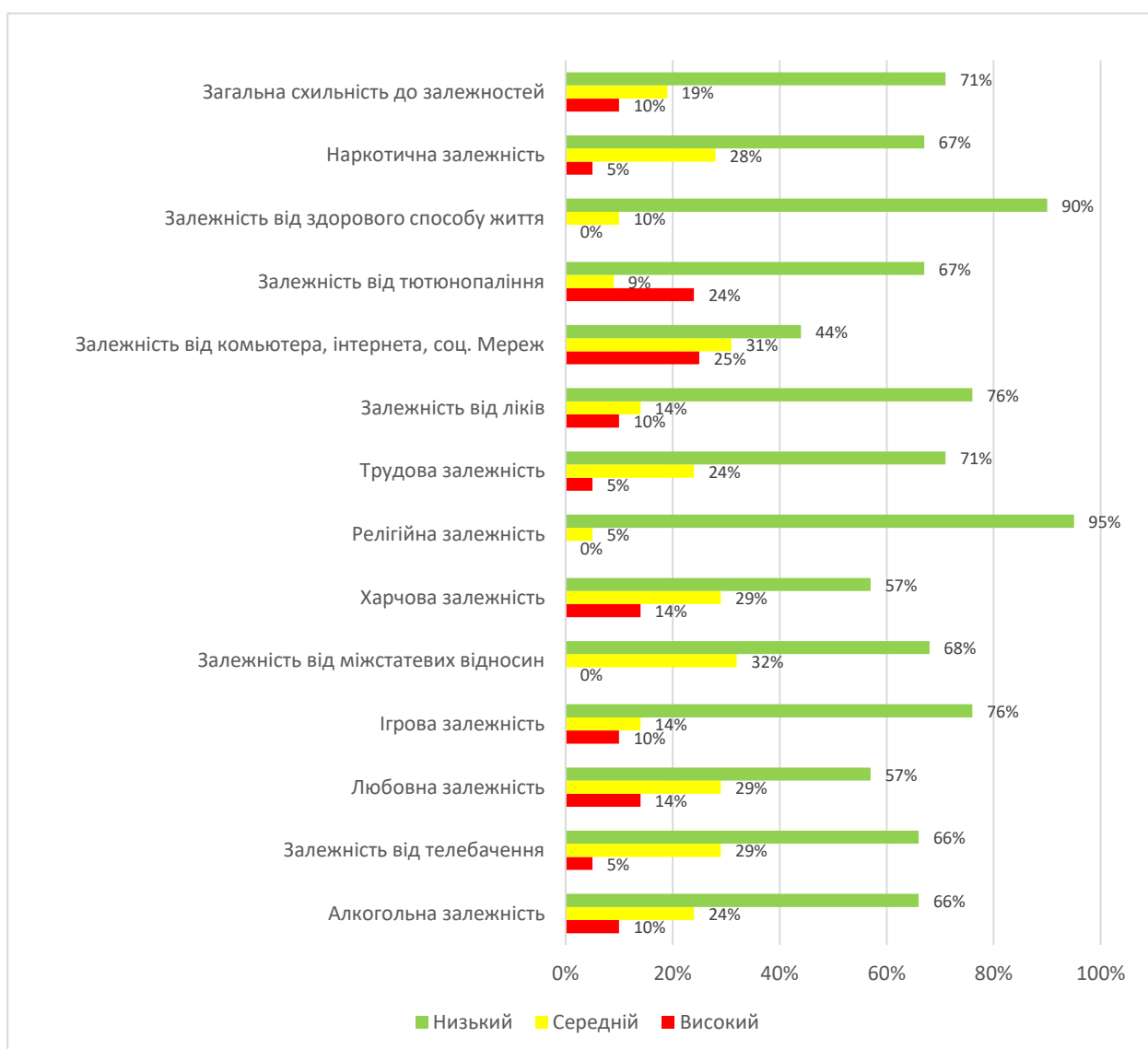


Рис. 3.2.9 Схильність до різних видів адиктивної поведінки у респондентів, що не перебували у зоні активних бойових дій за «Методикою діагностики схильності до 13 видів залежностей» Г.В. Лозової

Загальна схильність до залежностей співпадає з результатами за попередньою методикою. Спостерігаються виражені показники схильності до адикцій за шкалами: залежність від тютюнопаління, харчова залежність, залежність від міжстатевих відносин та любовна залежність. Найвищими є показники за шкалою залежність від комп'ютеру, інтернету та соц. мереж, що можна пояснити загальною тенденцією к залежності від цього у молоді зараз.

Порівнюємо результати двох груп за шкалами, які мали найбільшу відмінність за двома групами за показником «Високий рівень схильності» (Рис. 3.2.10).



Рис. 3.2.10 Порівняння результатів високого ріння схильності до залежності у респондентів, що перебували у зоні активних бойових дій (1 група) та тих, що не перебували у зоні бойових дій (2 група) за «Методикою діагностики схильності до 13 видів залежностей» Г.В. Лозової

За даними, що представлені на даній діаграмі бачимо, що найвищий відсоток відмінності набуває шкала «Схильність до алкогольної залежності» (30% у 1 групі, 10% у 2 групі), що свідчить про те, що кількість респондентів з високою схильністю до алкогольної адикції, що перебували у зоні активних

бойових дій на 20% вища ніж у тих, хто не перебував у зоні АБД. Також бачимо більший відсоток осіб у першій групі з високим рівнем прояву схильності до харчової залежності (23% у 1 групі, 14% у 2 групі) та залежності від здорового способу життя (9% у 1 групі, 0% у 2 групі). Також можемо відмітити, що високий рівень загальної схильності до залежностей за цією методикою також спостерігається у більшого відсотку осіб у групі з зони АБД (19%), за цією шкалою тільки 10% осіб, що не перебували у зоні АБД мають високий рівень схильності до залежної поведінки.

Констатуємо, що порівняння результатів за цією методикою показало, що в групі осіб з зони активних бойових дій загальний рівень схильностей до адиктивної поведінки вищий, ніж у тих, хто не перебував у зоні АБД. Маємо вищі результати по шкалам адикцій, що дають змогу людині уникнути проблем та втекти у «інший світ» від наявних труднощів та проблем, наприклад, алкогольна адикція, або знизити тривожність завдяки повторюваним діям та компульсіям, наприклад харчова адикція та залежність від здорового способу життя.

3.3. Корекційна програма

За результатами констатувального експерименту була розроблена корекційна програма. В корекційній програмі рекомендовано прийняти участь 9 досліджуваним від 18 до 25 років, в яких спостерігається підвищений та високий рівень прояву елементів посттравматичного стресового розладу, високий рівень загальної схильності до залежностей, високі показники схильності до певної залежності за однією чи декількома шкалами, в яких спостерігаються неконструктивні методи вирішення особистісних проблемних ситуацій, деструктивні способи подолання труднощів.

Метою корекційної програми стало формування адекватних ситуації копінг-механізмів; корекція наслідків травмуючої події; зниження прояву симптоматики елементів посттравматичного стресового розладу; пошук внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості, зниження тенденції к рішення складнощів за допомогою адиктивної поведінки.

Основними **завданнями** корекційної програми є:

1. Зниження проявів наслідків травматичної події.
2. Усвідомлення неефективності стратегії дистанціювання від проблемної ситуації за допомогою адиктивних стимулів.
3. Пошук зовнішніх та внутрішніх ресурсів особистості.
4. Формування нових ефективних копінг-стратегій у свідомості особистості.
5. Зниження схильності до адиктивної поведінки.

Комплексна корекційна програма складена нами на основі аналізу існуючого досвіду сучасної практичної психології. Корекційна програма розрахована на 5 годин 20 хвилин (4 зустрічі по 80 хвилин). Розроблена нами корекційна програма представлена у повному обсязі у додатках (Додаток Д). Структура корекційної програми викладена в таблиці 3.3.1.

Таблиця 3.3.1

Структура корекційної програми

День	Час проведення	Мета	Структура
1	80 хв.	<p>Мета: знайомство учасників корекції один з одним, налаштування атмосфери довіри у групі, запуск внутрішньогрупових процесів, встановлення правил групи, оволодіння вправою по зниженню внутрішньої напруги.</p>	<p>Вправа 1: «Яскраві бейджи» Мета: створення сприятливих умов для роботи у групі, знайомство членів групи, початок комунікації, зняття емоційної напруги, простір для самопрезентації.</p> <p>Вправа 2. «Встановлення правил групи» Мета: створення та обговорення правил для комфортної і ефективної взаємодії у групі</p> <p>Вправа 3. «Що нас очікує?» Мета: зняття емоційної напруги щодо роботи у групі, встановлення оптимістичного настрою, розуміння цілей та завдань занять.</p> <p>Вправа 4. «Техніка зняття внутрішньої напруги» Мета: зменшення фізіологічної та психологічної напруги. Оволодіння інструментом для зняття напруги у будь-якій ситуації.</p> <p>Завершення роботи. Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.</p>

2	80 хв.	<p>Мета: оволодіння техніками саморегуляції, стабілізація емоційного стану, зниження тривожності, нормалізація сну, зниження симптомів посттравматичного стресового розладу.</p>	<p>1. Бесіда. «Рекомендації щодо саморегуляції»</p> <p>Мета: інформування щодо способів і методів саморегуляції, надання інструментарію для ауторегуляції.</p> <p>Вправа 2. Корекція проблеми порушення сну</p> <p>Мета: нормалізація сну учасників.</p> <p>Вправа 3. Перемикання емоцій</p> <p>Мета: зниження тривоги та негативних емоційних реакцій.</p> <p>Завершення роботи.</p> <p>Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.</p>
3	80 хв.	<p>Мета: пошук ресурсів особистості ззовні та всередині задля подолання наслідків психотравмуючої події.</p>	<p>Вправа 1. «Скарбничка ресурсів»</p> <p>Мета: пошук та організація зовнішніх ресурсів, створення «скарбнички» до якої можна звернутися у будь-який час.</p> <p>Вправа 2. «Я - ресурс»</p> <p>Мета: пошук внутрішніх ресурсів, створення позитивного образу «Я», саморозкриття.</p> <p>Вправа 3. «Позитивний бік»</p> <p>Мета: пошук позитивних сторін у будь-яких обставинах.</p> <p>Завершення роботи.</p>

			<p>Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.</p>
4	80 хв.	<p>Мета: набуття нових ефективних способів вирішення проблем, знайомство та апробація копінг-механізмів.</p>	<p>1. Пам'ятка. «Адаптивні та неадаптивні копінг-стратегії особистості»</p> <p>Мета: інформування щодо ефективних та неефективних способів подолання життєвих труднощів, обговорення.</p> <p>Вправа 2. «Що я думаю, кажу собі в складних життєвих обставинах?»</p> <p>Мета: обмін досвідом та взаємна підтримка.</p> <p>Вправа 3. «Оптимісти та песимісти»</p> <p>Мета: погляд на проблему з різних боків, пошук адекватного сприйняття ситуації.</p> <p>Фінальна рефлексія.</p> <p>Мета: рефлексія щодо результатів корекційної програми.</p>

Висновки до розділу 3

З метою перевірки гіпотези, що наслідки психічної травми впливають на формування адиктивної поведінки особистості було проведено констатувальний експеримент, у якому прийняло участь 68 респондентів юнацького віку, які були розподілені на 2 групи за наступними критерієм: особистості, що перебували у зоні активних бойових дій та особистості, що не перебували у зоні активних бойових дій. Дослідження проводилося у 2 етапи. Першим етапом стало констатувальне дослідження респондентів, з метою виявлення рівня впливу психотравмуючої події; способів совладаючої поведінки; встановлення схильності до адикцій, а також схильності до 13 видів залежної поведінки. Другим етапом була запропонована корекційна програма за результатами, отриманими з констатувального експерименту.

Після проведення аналізу результатів дослідження, було визначено, що переважаюча кількість респондентів, які знаходилися у зоні АБД мають виражені ознаки симптомів посттравматичного стресового розладу. Респонденти з 2 групи навпаки мають низький та дуже низький рівень прояву вищезазначеної симптоматики. Другим методичним інструментарієм експерименту було визначено переважаючі стратегії совладаючої поведінки. За результатами цієї методики учасники експерименту з 1 групи мають переважання реакцій уникнення, самоконтролю та планування рішення проблеми. Особистості, що не мали досвіду перебування у зоні активних бойових дій мають загалом рівномірний розподіл вибору домінуючої копінг-стратегії, переважання має лише конфронтаційний копінг. За наступними методиками роботи — визначенням рівня прояву адиктивної спрямованості, ми отримали такі результати: загальна схильність до залежної поведінки спостерігається вище у групи, що зазнала знаходження у зоні АБД, особливо виражені залежність від здорового способу життя, залежність від тютюнопаління, залежність від комп'ютера, інтернету, соц. мереж, харчова залежність та любовна залежність. Найвищі показники отримані за шкалою

алкогольна залежність, що свідчить про масову алкоголізацію населення після переживання психотравмуючих обставин. У 2 групі спостерігаються виражені показники високого та середнього рівня схильності до адикцій за шкалами: залежність від тютюнопаління, харчова залежність, залежність від міжстатевих відносин та любовна залежність. Найвищими є показники за шкалою залежність від комп'ютеру, інтернету та соц. мереж, що можна пояснити загальною тенденцією до залежності від медіакомунікацій у сучасному світі.

Зважаючи на отримані дані нами була розроблена корекційна програма, яку було рекомендовано особистостям, в яких спостерігається підвищений та високий рівень прояву елементів посттравматичного стресового розладу, високий рівень загальної схильності до залежностей, високі показники схильності до певної залежності за однією чи декількома шкалами, неконструктивні методи вирішення особистісних проблемних ситуацій, деструктивні способи подолання труднощів.

Корекційна програма спрямована на корекцію елементів симптоматичного комплексу посттравматичного стресового розладу, зниження наслідків психотравмуючої події, формування адекватних ситуації стратегій совладаючої поведінки, пошук ресурсу ззовні та всередині та зниження спрямованості к рішення проблем завдяки адиктивній та залежній поведінці.

ВИСНОВКИ

Психічна травма — складна багатофакторна проблема, за сутністю якої досі немає однозначної думки психологічного співтовариства. Термін «психічна травма» передбачає деяку шкоду, заподіяну психічному стану та здоров'ю особистості, при впливі інтенсивних несприятливих зовнішніх факторів або при впливі гостроемоційних стресових впливів на психіку особистості. Тільки долаючи внутрішні здібності людини до подолання, травма стає травмою. Психотравмуючою ситуація стає тільки в тому випадку, коли особистість не в змозі подолати ці події. Це означає, що один і той самий вплив може мати найважчий травматизуючий ефект на одну особистість, а для іншої бути тільки перешкодою і стресом. Багато внутрішніх і зовнішніх чинників зумовлюють вплив травми на стан людини. Травма викликає довгострокові тяжкі зміни у психіці людини. Прояви впливу психотравмуючої ситуації зачіпають майже всі сфери діяльності особистості.

Одну з найбільш руйнівних сил має травма втрати об'єктів прив'язаності. Феномен позбавлення, сприймається як безповоротна втрата, яка може брати участь у найрізноманітніших актуальних моментах життя. Травмуючі події у ситуації втрати завжди викликають внутрішній біль, надають шкідливий вплив на рівні системи самовідносин, смислової сфери особистості, призводять до руйнації цілісної картини світу, змін життєвого шляху. Вираженою небезпекою для особистості є порушення у сфері ідентичності особистості, адже втрачаючи важливі предмети, людей і місця, з якими у людини відбувається ідентифікація, людина ніби втрачає частину себе.

Психотравмуючий досвід в онтогенезі особистості є причиною виникнення безлічі форм девіантної та саморуйнівної поведінки. Однією з таких форм виступає адиктивна поведінка, яка супроводжує етап надмірної захопленості будь-яким предметом або формою діяльності, що змінюють стан психіки, допомагають уникнути проблем чи зняти емоційну напругу та

тривожність, до етапу формування залежності. Іншими словами, адиктивна поведінка — це прикордонне явище, яке балансує між звичкою, пристрастю та залежністю особистості. Адикція як би виступає у ролі попередника залежності, і може стати запобіжним фактором для розуміння потреби в терапії.

Адиктивна поведінка використовується людиною, коли необхідно заглушити травмуючий досвід, подолати супутні почуття та емоції, забути, подолати симптоми ПТСР, такі як безсоння та тривожність. Нерідко адиктивна поведінка використовується для заміщення втрачених об'єктів прив'язаності та видів діяльності. Використовуючи даний спосіб власної поведінки, людина ризикує потрапити в замкнене коло і дійти стану і невирішеності психотравмуючих стимулів, і наявної залежності. Адиктивна поведінка перешкоджає одужанню за будь-якою формою психопатології. Саме переживання травми може бути додатково обтяженим, тому що терапія таких осіб обов'язково включає возз'єднання зі спогадами, почуттями та думками, які після травми були пригнічені. Нехімічні адикції як захисний механізм психіки не дають можливості особистості опрацювати подію, що травмує, а наркотичні речовини можуть притупляти емоції, порушувати пам'ять та мислення, а довше продовжується цикл уникнення негативних впливів від зіткнення з думками про травму, тим довша течія травмуючого впливу.

З метою визначення особливостей впливу психотравмуючих обставин на схильність до адиктивної поведінки нами було проведено констатувальне дослідження з метою виявлення рівня впливу травматичних стимулів; копінг-механізмів подолання труднощів; встановлення схильності до адикції, а також схильності до 13 видів залежної поведінки. Після проведення діагностичного етапу можна зробити висновок, що особистості, які мають високий рівень прояву наслідків психотравмуючої події також мають переважання стратегій уникнення, самоконтролю та планування рішення та високу схильність до одного чи декількох видів адиктивної поведінки. З

іншого боку особистості, що не мали досвіду знаходження у зоні активних бойових дій, мають низькі показники вираженості симптоматики посттравматичного стресового розладу, копінг-стратегії у цій групі розподілені рівномірно, а переважання схильності до адиктивної поведінки спостерігається загалом на низькому рівні.

За результатами констатувального експерименту була розроблена корекційна програма. Корекційна програма рекомендована особам, що перебували у подіях, які завдають психотравмуючого впливу на психічний стан на даний момент, мають наявну адиктивну поведінку чи схильність до неї, а також людям, що мають деструктивні способи подолання проблем, або неконструктивні копінг-стратегії та потребують активації внутрішнього ресурсу.

Маємо припущення, що корекційна програма має ефект зниження симптомів посттравматичного стресового розладу, подолання наслідків травмуючої ситуації. Допомагає сформувати та розвинути конструктивні способи копінг-поведінки, знайти ресурси у собі та у зовнішньому світі, та веде до зниження спрямованості до адиктивної та залежної поведінки як способу подолання психотравмуючих обставин.

Дослідницька гіпотеза про те, що психічна травма виступає чинником формування адиктивної поведінки особистості в юнацькому віці була підтверджена.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айвазова А. Е. Психологические аспекты зависимости. СПб.: Речь, 2003. — 120 с.
2. Баева Л. В. Ценностные основания индивидуального бытия: опыт экзистенциальной аксиологии: монография. М.: Прометей, 2003. — 240 с.
3. Березин С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. Москва — Самара: Международная ассоциация по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, Самарский Государственный Университет, Самарский центр практической психологии, 2013. — 128 с.
4. Боришевський М.Й. Психологічні механізми розвитку особистості. Педагогіка і психологія, №3, 1996. — С.26-33.
5. Боулби Дж. Привязанность. Москва: Гардарики, 2003. — 480 с.
6. Бундало Н.Л. Роль характера психической травмы в развитии посттравматического стрессового расстройства // Сибирское медицинское обозрение. - 2006. - №4. — 71-74.
7. Бухановский А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ Феникс, 2002. — 360 с.
8. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Навч. посіб. І.В. Ващенко, О.Г. Антонова К.: Знання, 1998. — 289 с.
9. Галяутдинова С. И., Ахмадеева Е. В. К проблеме понимания аддикции и зависимости отечественными и зарубежными исследователями. Вестник Башкирск. ун-та. 2013. №1.
10. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства — від знущань у сім'ї до політичного терору. переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. — 416 с.
11. Гоголева А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: МПСИ, Воронеж: НПО МОДЭК, 2002. 240 с.

12. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378-390.
13. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения. Под ред. С. Даулинга. Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 240 с.
14. Дзеружинська Н.А., Сиропятов О.Г. Посттравматичний стресовий розлад. Посібник для самопідготовки. Київ: Українська військово-медична академія, 2014. — 60 с.
15. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
16. Заманаева Юлия Владимировна. Переживание утраты близкого как процесс изменений во внутреннем мире личности: Дис. ... канд. психол. наук: Санкт-Петербург, 2004. — 320 с.
17. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии. Психологический журнал. М., 1989, т.10, № 2, с.121- 133.
18. Змановская Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 288 с.
19. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: «Питер», 200. 512 с.
20. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2002. — 523 с.
21. Калшед Д. Внутренний мир травмы. М.: Академический проект, 2001.
22. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. Т. 1—2. М.: Медицина, 1994.
23. Кербииков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. М.: Медицина, 1968. — 448 с.
24. Короленко, Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. Обзорение психиатрии и медицинской психологии

- им. В. М. Бехтерева. СПб.: Психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, С.-Петербург. психиатр. Ассоциация, 1991, № 1. С. 8–15
25. Короленко, Ц. П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. Новосибирск: Наука, 1990. — 224 с.
26. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. М.С. Коррольчук, В.М. Крайнюк, Т.І. Кочергіна. К.: ІНКОС, 2002 — 272 с.
27. Кулаков С. А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков. М. - СПб.: Г ардарика, 2003. 470 с.
28. Кюблер-Росс Е. О смерти и умирании. Санкт-Петербург: Корвет, 2016. — 294 с.
29. Лакосина Н.Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. М.: Медицина, 1984. — 272 с.
30. Линдемманн Е. Клиника острого горя. Психология эмоций. Ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М: Изд-во Моск. ун-та 1984. — 288 с.
31. Лічко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. 386 с.
32. Ложкин А. И. Психология поведения девиантной личности: учебно-методическое пособие. Екатеринбург: Изд-во Уральского юридического института МВД России, 2012. — 110 с.
33. Лозовая Г.В. Методика диагностики склонности к различным зависимостям // Психологические основы педагогической деятельности : материалы 34-й науч. конф. кафедры психологии СПбГУФК им. П.Ф. Лесгафта. – СПб. : СПбГУФК, 2007. – С. 121–124.
34. Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия. Московский психотерапевтический журнал, 2003, №1. 31-52 с.
35. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

36. Мельницкая Т.Б., Хавыло А.В., Белых Т.В. Шкала оценки влияния травматического события (IES-R) применительно к радиационному фактору//Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 5(19).
37. Менделевич В.Д., Щевлягина М.Б., Гагарина Е.А. Многоосевая психодиагностика склонности к зависимому поведению // Психическое здоровье. 2011. №8. С. 72–78.
38. Менделевич У. Д. Психология девиантного поведения. М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
39. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и медицинских психологов НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2009 г.
40. Мищенко Л. В. Психическая травма. Практическое пособие. Пятигорск: Пятигорский государственный университет, 2018. — 156 с.
41. Моховиков А.Н., Е.А. Дыхне А.Н. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый. М., 2007. — 62 с.
42. Нартова-Бочавер, С. К. (2006). Теория приватности как направление зарубежной психологии. Психологический журнал, 27(5), 28-39.
43. Нуллер Ю. Л. Парадигмы в психиатрии. Київ: Видання Асоціації психіатрів України, 1993.
44. Пантелеева, В.В. Психология кризисных состояний личности: учеб. Пособие. В.В. Пантелеева, О.И. Арбузенко. Тольятти: Изд-во ТГУ, 2011. — 194 с.
45. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва: Институт позитивной психотерапии, 2009. — 464 с.
46. Петровский В.А. Уровень трудности задачи: мета-имплицативная модель мотивации выбора. Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 1. С. 6–22

47. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности. *Обозр. психиатр. и мед. психол.*, 1994. - №1. с. 6-13
48. Психология и лечение зависимого поведения / Даулинга С. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 240 с.
49. Резниченко, С. И. Метод оценки привязанности к дому. С. И. Резниченко, С. К. Нартова-Бочаверь, В. Б. Кузнецова. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2016. Т. 13. №3. С. 498-518
50. Решетников М.М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. — 322 с.
51. Решетников, М.М. Психология войны: от локальной до ядерной. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2011. — 480 с.
52. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії // «Нейро News: психоневрологія і нейропсихіатрія» URL: <http://neuronews.com.ua/article/586.html>
53. Рупперт Ф. Психологическая травма. Вопросы ментальной медицины и экологии, 2012. Т. 18. №4. С. 81-92.
54. Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. Психологічний словник. За ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. — 336 с.
55. Тарабрина Н. В. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса // *Психологический журнал*, т. 25, №5, 2003 г., с. 5-16
56. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. — 272 с.
57. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ДП «Вид. дім Персонал», 2017. — 160 с.
58. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. Пер. С англ. А.Б. Хавина. М.: Академический проект, 2019. — 448 с.

59. Фрейд. З. Исследования истерии. Пер. с нем. С. Панкова; научная редакция М. Решетникова и В. Мазина. Фрейд З. Собр. Соч. : В 26 т. Т. 1. 2-е изд. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2020. — 464 с.
60. Фройд З. По той бік принципу задоволення. Х.: Фоліо, 2019. 155 с.
61. Якиманская И. С. Воспоминания о детских психологических травмах: анализ и классификация . Перспективы науки. 2014. № 4. С. 61-64
62. Ясперс К. Общая психопатология. Москва: Азбука-Аттикус, 2020. — 1920 с.
63. Altman J., Everitt B. J., Glautier S., Markou A., Nutt D., Oretti R., Phillips G. D., Robbins T.W. The biological, social and clinical bases of drug addiction: Commentary and debate // Psychopharmacology. Berlin, 1996. V. 125. P. 285-345.
64. American Psychiatric Association, DSM-V // Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: Author, 2013.
65. Gonzales Matt, Hairston Stephanie. PTSD and Substance Abuse. The recovery village, 2022
66. Griffiths M. A «components» model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance Use, August 2005; 10(4): 191–197
67. Levine P. Nature’s lessons in healing trauma. Foundation for trauma Enrichment. Lyons, 1996.
68. Levine P. Waking the Tiger: Healing Trauma. North Atlantic books, Berkeley, 1997.
69. Longman Active Study Dictionary. Pearson Education Limited 1983, 2010. 1040 p
70. Marlatt G. A., Baer J. S., Donovan D. M., Kivlahan, D. R. Addictive behaviors: etiology and treatment // Annual Review of Psychology. 1988. V. 39. P. 223-252.
71. Schull N. Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas. 2012
72. Van der Kolk B. A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma, 2014.

73. Youth. Macmillan Dictionary. Macmillan Publishers Limited. Retrieved 2013-8-15.
74. Youth participation in political activities: The art of participation in Bhakkar, Punjab Pakistan, Journal of Human Behavior in the Social Environment, 30:6, 760-777
75. Webster's New World Dictionary.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оценки влияния травматического события (IES-R)

Инструкция:

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Никогда, Редко, Иногда, Часто. Обратите внимание, что перечисленные симптомы касаются Вашего самочувствия касаясь последней недели Вашей жизни.

	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1. Любое напоминание об этом событии заставляло меня заново переживать всё случившееся				
2. Я не мог спокойно спать по ночам				
3. Некоторые вещи заставляли меня всё время думать о том, что со мной случилось				
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев				
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда думал об этом событии или что то напоминало мне о нём				
6. Я думал о случившемся против своей воли				
7. Мне казалось, что всего случившегося как будто бы не было на самом деле или всё, что тогда происходило, было нереальным				
8. Я старался избегать всего, что напоминало мне о случившемся				
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10. Я был всё время напряжен и сильно вздрагивал, если что то внезапно пугало меня				
11. Я старался не думать о случившемся				
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжёлые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать				
13. Я чувствовал что то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы всё ещё нахожусь в этой ситуации				

15. Мне было трудно заснуть				
16. Меня буквально захлёстывали непереносимо тяжёлые переживания, связанные с той ситуацией				
17. Я старался вытеснить случившееся из памяти				
18. Мне было трудно сосредоточить своё внимание на чём либо				
19. Когда что то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения – потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т. д.				
20. Мне снились тяжёлые сны о том, что со мной случилось				
21. Я был постоянно насторожен и всё время ожидал, что случится что то плохое				
22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся				

Способы совладающего поведения, WCQ

Инструкция:

Вам будут предложены 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации.

Оцените, как часто данные варианты поведения проявляются у вас.

	Оказавшись в трудной ситуации, я ...	никогда	редко	иногда	часто
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге	0	1	2	3
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное – делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	... критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	... надеялся на чудо	0	1	2	3
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9	... вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	... старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	... спал больше обычного	0	1	2	3
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	... пытался забыть все это	0	1	2	3
17	... обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	... извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	... составлял план действия	0	1	2	3
21	... старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3

23	... набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
26	... рисковал напропалую	0	1	2	3
27	... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28	... находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	... вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	... что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	... в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	... говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	... вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	... пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	... отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	... находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44	... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	... что-то менял в себе	0	1	2	3
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	... молился	0	1	2	3
49	.. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3

50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3
----	---	---	---	---	---

Склонность к зависимому поведению (В.Д. Менделевич)

Инструкция:

Выберите, пожалуйста, в данной шкале, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений, ставя X в соответствующей строке. Дайте только один ответ на каждое утверждение:

		Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1	Я склонен разочаровываться в людях					
2	Верить в приметы глупо					
3	Часто бывает, что я обижаюсь на родителей или друзей					
4	Нередко я опаздываю на учебу (работу) или на встречу из-за непредвиденных случайностей в пути					
5	Окружающие часто удивляют меня своим поведением					
6	Если бы родители или другие взрослые больше бы говорили с детьми о вреде наркотиков, то мало кто становился бы наркоманом					
7	Я верю в порчу и сглаз					
8	Прежде, чем что-либо предпринять, я стараюсь предусмотреть все опасности, которые могут подстергать меня					
9	Если я чем-то увлеченно занят, то часто даже не замечаю, что происходит вокруг					
10	Я живу и поступаю в соответствии с поговоркой: “надейся на лучшее, но готовься к худшему”					
11	Меня нередко обманывали (обманывают)					
12	Неизвестность для меня очень мучительна и тягостна					
13	Меня раздражает, когда на улице, в магазине или в транспорте на меня пристально смотрят					
14	Некоторые люди одним прикосновением могут исцелить больного человека					
15	Я хорошо ориентируюсь во времени и, не глядя на часы, могу точно сказать “который сейчас час”					
16	Мне нередко бывает скучно, когда нечем себя занять					

17	В жизни надо попробовать все					
18	Я люблю, когда мне гадают на картах или по руке					
19	Музыку я люблю громкую, а не тихую					
20	Человек должен стараться понимать свои сны, руководствоваться ими в жизни и извлекать из них предостережения					
21	Меня трудно застать врасплох					
22	Все известные мне “чудеса” объясняются очень просто – обман и фокусы					
23	Я иногда чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставлял меня совершать какие-либо поступки					
24	Я верю в чудеса					
25	Меня часто озадачивает поведение и поступки людей, которых я давно знаю					
26	Никому нельзя доверять – это правильная позиция					
27	Самое счастливое время жизни – это молодость					
28	Я бы смог на спор (на слабо) употребить наркотики					
29	Я всегда точно могу сказать, сколько денег я потратил и сколько у меня осталось					
30	Опасность употребления наркотиков явно преувеличена					
31	В жизни все-таки мало ярких событий					
32	Меня раздражает грязное стекло, потому что весь мир тогда кажется грязным и серым					
33	Часто родители (или взрослые) упрекают меня в том, что я слушаю излишне громкую музыку					
34	Я нередко просыпаюсь утром за несколько секунд или минут до звонка будильника					
35	Меня смущает, когда люди долго и пристально смотрят мне в глаза					
36	Рисковать всем, например в казино, могут только сильные люди					
37	В том, что подросток становится наркоманом виноваты те, кто продает наркотики					
38	Я люблю очень быструю, а не медленную езду					
39	Я доверяю предсказаниям гороскопов и следую содержащимся в них рекомендациям					
40	Меня очень интересуют лотереи					
41	Прогнозировать будущее - бесполезное дело, т.к. многое от тебя не зависит					

42	Считаю, что любопытство – не порок					
43	У меня было (есть) много увлечений (интересов, хобби)					
44	Мне говорили, что у меня не плохие способности имитировать голоса или повадки людей					
45	Случается, что во время разговора с заикающимся я сам начинаю говорить сбивчиво и с запинками					
46	Меня всегда притягивала и притягивает таинственность, загадочность, мистика					
47	Я смог бы за компанию употребить наркотики					
48	Я знаю многих ребят, кто употребляет или употреблял наркотики					
49	Я готов полностью подчиниться и даже доверить свою судьбу, но только тому, кого действительно уважаю					
50	Я могу переспорить кого угодно					
51	Мне легче придумать свои собственные примеры, чем выучить наизусть примеры из учебника					
52	Часто я сам от себя не ожидаю какого-либо поступка					
53	В детстве у меня какое-то время были тики или разнообразные повторяющиеся движения					
54	Я люблю помечтать					
55	Со мной нередко происходят “несчастные случаи” и случаются всяческие происшествия					

Методика диагностики склонности к 13 видам зависимостей

Лозовая Г.В.

Инструкция

Вам предлагается тестовый материал, состоящий из 70 вопросов (суждений). Внимательно прочитайте утверждение и, не раздумывая очень долго, выберите один из вариантов ответа.

1. Нет -1 балл;
2. Скорее нет – 2 балла;
3. Ни да, ни нет -3 балла;
4. Скорее да – 4 балла;
5. Да – 5 баллов.

Тестовый материал:

	1	2	3	4	5
1. Время от времени мне очень хочется выпить, чтобы расслабиться					
2. В свое свободное время я чаще всего смотрю телевизор					
3. Я считаю, что одиночество – это самое страшное в жизни					
4. Я – человек азартный и люблю азартные игры					
5. Межполовые отношения – это самое большое удовольствие в жизни.					
6. Я довольно часто ем не от голода, а для получения удовольствия.					
7. Я соблюдаю религиозные ритуалы.					
8. Я все время думаю о работе, о том, как сделать ее лучше					
9. Я довольно часто принимаю лекарства					
10. Я провожу очень много времени за компьютером					
11. Не представляю свою жизнь без сигарет					
12. Я активно интересуюсь проблемами здоровья					
13. Я пробовал наркотические вещества					
14. Мне тяжело бороться со своими привычками					
15. Иногда я не помню произошедшего во время опьянения					
16. Я могу долго щелкать пультом в поисках чего нить интересного по телевизору					
17. Главное, чтобы любимый человек всегда был рядом					
18. Время от времени я посещаю игровые автоматы					
19. Я не думаю о межполовых отношениях только когда я сплю					
20. Я постоянно думаю о еде, представляю себе разные вкусности					
21. Я довольно активный член религиозной общины					

22.	Я не умею отдыхать, чувствую себя плохо во время выходных					
23.	Лекарства – самый простой способ улучшить самочувствие					
24.	Компьютер – это реальная возможность жить полной жизнью					
25.	Сигареты всегда со мной					
26.	На поддержание здоровья не жалею ни сил, ни денег, ни времени					
27.	Попробовать наркотик – это получить интересный жизненный урок					
28.	Я считаю, что каждый человек от чего то зависим					
29.	Бывает что я чуть чуть перебираю когда выпиваю					
30.	Телевизор включен большее время моего пребывания дома					
31.	Когда я не вместе с любимым человеком, я постоянно думаю о нем					
32.	Игра дает самые острые ощущения в жизни					
33.	Я готов идти на "случайные связи", ведь воздержание для меня крайне тяжело.					
34.	Если кушанье очень вкусное то я не удержусь от добавки					
35.	Считаю, что религия – единственное что может спасти мир.					
36.	Близкие часто жалуются, что я постоянно работаю					
37.	В моем доме много медицинских и подобных препаратов					
38.	Иногда, сидя у компьютера я забываю поесть или о каких-то делах					
39.	Сигарета — это самый простой способ расслабиться					
40.	Я читаю медицинские журналы и газеты, смотрю передачи о здоровье					
41.	Наркотик дает самые сильные ощущения из всех возможных					
42.	Привычка – вторая натура, и избавиться от нее глупо					
43.	Алкоголь в нашей жизни – основное средство расслабления и повышения настроения					
44.	Если сломался телевизор, то я не буду знать, чем себя развлечь вечером					
45.	Быть покинутым любимым человеком – самое большое несчастье, которое может произойти					
46.	Я понимаю азартных игроков, которые могут в одну ночь выиграть состояние, а в другую проиграть два.					
47.	Самое страшное это получить физическое увечье, которое сделает невозможным удовлетворить партнера в постели.					
48.	При походе в магазин не могу удержаться что бы не купить что-нибудь вкусненькое					
49.	Самое главное в жизни – жить наполненной религиозной жизнью					
50.	Мера ценности человека заключается в том, на сколько он отдает себя работе					
51.	Я довольно часто принимаю лекарства					
52.	"Виртуальная реальность" более интересна чем обычная жизнь					
53.	Я ежедневно курю					
54.	Я стараюсь неотступно соблюдать правила здорового образа					

жизни					
55. Иногда я употребляю средства, считающиеся наркотическими					
56. Человек – существо слабое, нужно быть терпимым к его вредным привычкам					
57. Мне нравится выпить и повеселиться в веселой компании					
58. В наше время почти все можно узнать из телевизора					
59. Любить и быть любимым это главное в жизни					
60. Игра – это реальный шанс сорвать куш, выиграть много денег					
61. Межполовые отношения – это лучшее времяпровождение					
62. Я очень люблю готовить и делаю это так часто, как могу					
63. Я часто посещаю религиозные заведения					
64. Я считаю, что человек должен работать на совесть, ведь деньги это не главное					
65. Когда я нервничаю, я предпочитаю принять успокоительное					
66. Если бы я мог, то все время занимал бы компьютером/телефоном					
67. Я – курильщик со стажем					
68. Я беспокоюсь за здоровье близких, стараюсь привлечь их к здоровому образу жизни					
69. По интенсивности ощущений наркотик не может сравниться ни с чем					
70. Глупо пытаться показать свою силу воли и отказаться от различных радостей жизни.					

Корекційна програма

Мета: формування адекватних ситуації копінг-механізмів; корекція наслідків травмуючої події; зниження прояву симптоматики елементів посттравматичного стресового розладу; пошук внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості, зниження тенденції к рішення складнощів за допомогою адиктивної поведінки.

Основними завданнями корекційної програми є:

6. Зниження проявів наслідків травматичної події.
7. Усвідомлення неефективності стратегії дистанціювання від проблемної ситуації за допомогою адиктивних стимулів.
8. Пошук зовнішніх та внутрішніх ресурсів особистості.
9. Формування нових ефективних копінг-стратегій у свідомості особистості.
10. Зниження схильності до адиктивної поведінки.

Корекційна програма розрахована на 5 годин 20 хвилин (4 зустрічі по 80 хвилин). Структура корекційної програми викладена в таблиці.

Таблиця 3.3.1

Структура корекційної програми

День	Час проведення	Мета	Структура
1	80 хв.	Мета: знайомство учасників корекції один з одним, налаштування атмосфери довіри у групі, запуск внутрішньогрупових процесів, встановлення правил групи, оволодіння вправою	Вправа 1: «Яскраві бейджи» Мета: створення сприятливих умов для роботи у групі, знайомство членів групи, початок комунікації, зняття емоційної напруги, простір для самопрезентації. Вправа 2. «Встановлення правил групи» Мета: створення та обговорення правил для комфортної і ефективної

		по зниженню внутрішньої напруги.	<p>взаємодії у групі</p> <p>Вправа 3. «Що нас очікує?» Мета: зняття емоційної напруги щодо роботи у групі, встановлення оптимістичного настрою, розуміння цілей та завдань занять.</p> <p>Вправа 4. «Техніка зняття внутрішньої напруги» Мета: зменшення фізіологічної та психологічної напруги. Оволодіння інструментом для зняття напруги у будь-якій ситуації.</p> <p>Завершення роботи. Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.</p>
2	80 хв.	Мета: оволодіння техніками саморегуляції, стабілізація емоційного стану, зниження тривожності, нормалізація сну, зниження симптомів посттравматичного стресового розладу.	<p>1. Бесіда. «Рекомендації щодо саморегуляції» Мета: інформування щодо способів і методів саморегуляції, надання інструментарію для ауторегуляції.</p> <p>Вправа 2. Корекція проблеми порушення сну Мета: нормалізація сну учасників.</p> <p>Вправа 3. Перемикання емоцій Мета: зниження тривоги та негативних емоційних реакцій.</p> <p>Завершення роботи. Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.</p>
3	80 хв.	Мета: пошук ресурсів особистості ззовні та всередині задля подолання наслідків психотравмуючої	Вправа 1. «Скарбничка ресурсів» Мета: пошук та організація зовнішніх ресурсів, створення «скарбнички» до якої можна звернутися у будь-який час.

		події.	<p>Вправа 2. «Я - ресурс» Мета: пошук внутрішніх ресурсів, створення позитивного образу «Я», саморозкриття.</p> <p>Вправа 3. «Позитивний бік» Мета: пошук позитивних сторін у будь-яких обставинах.</p> <p>Завершення роботи. Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.</p>
4	80 хв.	<p>Мета: набуття нових ефективних способів вирішення проблем, знайомство та апробація копінг-механізмів.</p>	<p>1. Пам'ятка. «Адаптивні та неадаптивні копінг-стратегії особистості» Мета: інформування щодо ефективних та неефективних способів подолання життєвих труднощів, обговорення.</p> <p>Вправа 2. «Що я думаю, кажу собі в складних життєвих обставинах?» Мета: обмін досвідом та взаємна підтримка.</p> <p>Вправа 3. «Оптимісти та песимісти» Мета: погляд на проблему з різних боків, пошук адекватного сприйняття ситуації.</p> <p>Фінальна рефлексія. Мета: рефлексія щодо результатів корекційної програми.</p>

День 1

Мета: знайомство учасників корекції один з одним, налаштування атмосфери довіри у групі, запуск внутрішньогрупових процесів, встановлення правил групи, оволодіння вправою по зниженню внутрішньої напруги.

Вправа 1. «Яскраві бейджи»

Мета: створення сприятливих умов для роботи у групі, знайомство членів групи, початок комунікації, зняття емоційної напруги, простір для самопрезентації.

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання, матеріали: картон, ножиці, фломастери чи олівці.

Хід вправи: Доброго дня! Вітаю вас у групі! Задля того, щоб познайомитись пропоную вам взяти кольоровий картон, ножиці та фломастери та зробити яскраві бейджи, які будуть відображати те, як до вас можна звертатися протягом усіх занять. Ви можете обрати будь-яку форму і вид вашого бейджу. Імена можуть бути справжні, або вигадані. Можна використовувати повні ім'я, скорочені, чи прізвиська. Після того, як ви закінчите, прикріпіть бейдж на свою одягу.

Потім кожен учасник може по черзі вимовити своє ім'я, і показує свій бейдж. За запитом учасників ви можете розповісти, чому саме так оформив бейдж. Після самопрезентації, інші хором кажуть: «Вітаю тебе, ...!».

Вправа 2. «Встановлення правил групи»

Мета: створення та обговорення правил для комфортної і ефективної взаємодії у групі

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні, або можна записувати на дошці чи листі папирусу.

Хід вправи: Оскільки ми будемо працювати у групі, бачу доречним ввести декілька правил, які забезпечать ефективну взаємодію у групі, екологічну атмосферу та простір для довіри та щирості у висловлюванні думок.

1. **Правило «тут і тепер».** Важливо зосередитися на думках та процесах, що відбуваються у групі саме в цей момент. Потрібно зосередити увагу

на собі та тому, що відбувається навколо, на внутрішньогрупових процесах.

2. **Правило щирості та відвертості.** Ознака сильної та здорової особистості — це певна відкритість оточуючим своїх почуттів щодо того, що відбувається. Це основа ефективної міжособистісної взаємодії. Звичайно, ви можете розкривати свій внутрішній світ у той мірі і тоді, коли і як вам буде комфортно. Намагайтеся створити атмосферу захищеності та комфорту до оточуючих.
3. **Правило «Я».** У нашій групі ми використовуємо «Я-повідомлення», ми уникаємо фраз «Всі вважають», «Всі так роблять», ми несемо відповідальність у своїх словах тільки за себе.
4. **Правило активності.** У групі не має бути пасивних спостерігачів. Вправи включають всіх учасників у їхнє відпрацювання проблеми.
5. **Що заважає.** Якщо попереднє правило не може бути виконано, у групі відкриті до обговорення внутрішніх блоків та перешкод, якщо у вас є деякі думки про те, чому вам складно двигатись уперед, є сенс винести це питання на обговорення.
6. **Правило конфіденційності.** Все, що йдеться у групі, має залишатися всередині групи. Це природна етична вимога, яка є умовою створення атмосфери психологічної безпеки та саморозкриття.
7. **«Ні» осуду.** В нашій групі немає місця осуду, сваркам та образам, ми намагаємось встановити та закріпити дружню та позитивну атмосферу.

Пропоную вам поміркувати з приводу правил групи та винести свої пропозиції щодо правил нашої групи.

Вправа 3. «Що нас очікує?»

Мета: зняття емоційної напруги щодо роботи у групі, встановлення оптимістичного настрою, розуміння цілей та завдань занять.

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Пропоную кожному розповісти про свій настрій та свої очікування щодо роботи у групі.

Після обговорення ведучий оголошує мету і завдання корекційної програми, враховуючи думки учасників.

Вправа 4. «Техніка зняття внутрішньої напруги»

Мета: зменшення фізіологічної та психологічної напруги. Оволодіння інструментом для зняття напруги у будь-якій ситуації.

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Пропоную вам провести послідовність дій, які допоможуть вам впоратися з внутрішньою напругою. Цю вправу потрібно повторювати кілька разів у день, або коли ви почуєте сильну фізіологічну чи психологічну напругу.

1. Плавне обертання очима: двічі в одному напрямку, двічі у іншому.
2. Зафіксуйте свою увагу на віддаленому предметі, а потім переведіть увагу на предмет, який перед вами.
3. Похмуріться, напружуючи навколоочні м'язи, а потім розслабтеся.
4. Широко позіхайте кілька разів.
5. Розслабте шию, похитавши головою, потім покрутіть нею з боку на бік.
6. Підніміть плечі до рівня вух та повільно опустіть.
7. Розслабте зап'ястя та покрутіть ними.
8. Стисніть кулаки, розтисніть, розслабляючи руки.
9. Зробіть три глибокі вдихи, потім м'яко прогніться у хребті вперед-назад і з боку на бік.
10. Напружте та розслабте сідниці, а потім ікри ніг.
11. Покрутіть ступнями, щоб розслабити кісточки.
12. Стисніть пальці ніг таким чином, щоб ступні зігнулися вгору, повторіть тричі.

Завершення роботи.

Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Наприкінці кожного дня занять ми будемо проводити коротке обговорення того, що відбувалось. Пропоную відповісти по колу на такі питання:

- Що ви відчуваєте після сьогоднішнього заняття?
- Що здалося незвичайним?
- Що ви «виносите» з сьогоднішньої зустрічі?

День 2

Мета: оволодіння техніками саморегуляції, стабілізація емоційного стану, зниження тривожності, нормалізація сну, зниження симптомів посттравматичного стресового розладу.

1. Бесіда. «Рекомендації щодо саморегуляції»

Мета: інформування щодо способів і методів саморегуляції, надання інструментарію для ауторегуляції.

Час виконання: 30 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Пропоную вам послухати та відпрацювати техніки саморегуляції, які я надам далі:

Способи, пов'язані з управлінням диханням

Управління диханням - це ефективний засіб впливу на тонус м'язів і емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання (за участю м'язів живота) знижує збудливість нервових центрів, сприяє м'язовому розслабленню, тобто релаксації. Часте (грудне) дихання, навпаки, забезпечує високий рівень активності організму, підтримує нервово-психічну напруженість.

Спосіб 1

Сидячи або стоячи постарайтеся, по можливості, розслабити м'язи тіла і зосередьте увагу на диханні.

На рахунок 1-2-3-4 робіть повільний глибокий вдих (при цьому живіт випинається вперед, а грудна клітка нерухома);

- на наступні чотири рахунки проводиться затримка дихання;
- потім плавний видих на рахунок 1-2-3-4-5-6;
- знову затримка перед наступним вдихом на рахунок 1-2-3-4.

Вже через 3-5 хвилин такого дихання ви помітите, що ваш стан став помітно спокійнішим і врівноваженим.

Спосіб 2

Уявіть, що перед вашим носом на відстані 10-15 см висить пушинка. Дихайте тільки носом і так плавно, щоб пушинка НЕ коливалася.

Спосіб 3

Оскільки в ситуації нестабільного емоційного стану ми забуваємо робити нормальний видих:

- глибоко видихніть;
- затримайте дихання так довго, як зможете;
- зробіть кілька глибоких вдихів;
- знову затримайте дихання.

Способи, пов'язані з управлінням тонусом м'язів, рухом.

Під впливом психічних навантажень виникають м'язові затиски, напруга. Уміння їх розслабляти дозволяє зняти нервово-психічну напруженість, швидко відновити сили.

Спосіб 4

Оскільки домогтися повноцінного розслаблення всіх м'язів відразу не вдається, потрібно зосередити увагу на найбільш напружених частинах тіла.

- сядьте зручно, якщо є можливість, закрийте очі;
- дихайте глибоко і повільно;

- пройдіться внутрішнім поглядом по всьому вашому тілу, починаючи від верхівки до кінчиків пальців ніг і знайдіть місця найбільшої напруги;
- постарайтеся ще сильніше напружити місця затискачів, робіть це на вдиху;
- відчуйте цю напругу;
- різко скиньте напругу - робіть це на видиху;
- зробіть так кілька разів.

В добре розслабленому м'язі ви відчуєте появу тепла і приємну тяжкість. Якщо зажим зняти не вдається, особливо на обличчі, спробуйте розгладити його за допомогою легкого самомасажу круговими рухами.

Спосіб 5

У вільні хвилини, паузи відпочинку, освоюйте послідовне розслаблення різних груп м'язів, дотримуючись таких правил:

- усвідомлюйте і запам'ятовуйте відчуття розслабленої м'язи за контрастом з перенапруженням;
- кожна вправу складається з 3 фаз: «напружити-відчути-розслабити»;
- напрузі відповідає вдих, розслабленню - видих.

Можна працювати з наступними групами м'язів: лице (лоб, повіки, губи, зуби); потилиці, плечей; грудної клітки; стегон і живота; кистей рук; нижньої частини ніг.

Способи, пов'язані з впливом слова

Відомо, що «слово може вбити, слово може врятувати». Друга сигнальна система є вищий регулятор людської поведінки. Формулювання самонавіювань будуються у вигляді простих і коротких тверджень, з позитивною спрямованістю (без частки «не»).

Спосіб 6

Самонаказ - це коротке розпорядження, зроблене самому собі.

Застосовуйте самонаказ, коли переконані в тому, що треба вести себе певним чином, але відчуваєте труднощі з виконанням. «Розмовляти

спокійно!», «Не піддаватися на провокацію!» «Думати спокійно», «Я абсолютно спокійний і готовий працювати» - це допомагає стримувати емоції, дотримуватися вимог етики і правила роботи.

- Сформулюйте самонаказ. Подумки повторіть його кілька разів.

Спосіб 7

У багатьох ситуаціях доцільно згадати про свої успіхи в аналогічному становищі. Минулі успіхи говорять людині про його можливості, про приховані резерви в духовній, інтелектуальній, вольовій сферах і вселяють впевненість у своїх силах.

Спосіб 8

Люди часто не отримують позитивної оцінки своєї поведінки з боку. Це, особливо в ситуаціях підвищених нервово-психічних навантажень, - одна з причин збільшення нервозності, роздратування. Тому важливо заохочувати себе самим.

Обговорення

Вправа 2. Корекція проблеми порушення сну

Мета: нормалізація сну учасників.

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: У ході бесіди з'ясуємо, які традиційні способи відходу до сну були характерними для учасників до ситуації, яка спричинила травматизацію (наприклад, вечірня прогулянка, прийняття душу, чашка чаю, читання книги, перегляд певної вечірньої передачі, планування завтрашнього дня, тощо). Намагаємося відтворити спогади як можна точніше.

Саме цю процедуру, яка була характерна для особистості протягом тривалого часу, і вкоренилася в несвідоме рекомендовано робити поетапно перед сном.

Вправа 3. Перемикання емоцій

Мета: зниження тривоги та негативних емоційних реакцій.

Час виконання: 15 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: У ситуації, коли ви починаєте тривожитися можна завдали організму маленького неочікуваного стресу, наприклад прикласти до шкіри щось холодне, або ущипнути себе.

Іншою діючою методикою буде переключення уваги на оточення. Спробуйте зараз зосередитися на оточуючих предметах. Опишіть сусіда зліва. Назвіть 7 круглих предметів у кімнаті. А тепер знайдіть очами 5 червоних предметів в оточенні.

Також можете спробувати порахувати від 1 до 10, а ще ефективніше буде рахувати $1000-7=...$, $993-7=...$, $986-7=...$

Можна також вгадати людину, тварину чи предмет, який надає вам спокій та комфорт, згадайте його як можна точніше, проведіть внутрішній діалог з цією людиною.

Завершення роботи.

Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Пропоную відповісти по колу на такі питання:

- Що ви відчуваєте після сьогоднішнього заняття?
- Що здалося незвичайним?
- Що було легко, а що стало дуже складним?
- Що ви «виносите» з сьогоднішньої зустрічі?

День 3

Мета: пошук ресурсів особистості ззовні та всередині задля подолання наслідків психотравмуючої події.

Вправа 1. «Скарбничка ресурсів»

Мета: пошук та організація зовнішніх ресурсів, створення «скарбнички» до якої можна звернутися у будь-який час.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: аркуші, олівці чи ручки.

Хід вправи: Я хочу запропонувати вам вправу, яка допоможе створити своєрідну «скарбничку», до якої можна звернутися при необхідності у складні моменти життя, коли ви відчуваєте, ресурсів та сил обмаль.

Заплющте очі і запитайте себе:

Які люди, місця чи заняття пов'язані з добрими почуттями. Що мені подобається, надає мені сили? Як я наповнюю себе?

Постарайтеся згадати емоції щастя, любові, комфорту тощо, які пов'язані з цими людьми, місцями, речами, заняттями. Уявіть, як ви з насолодою проживаєте ці моменти.

Візьміть аркуш та олівці. Розділіть сторінку на три стовпчики.

Ресурсні люди	Ресурсні місця	Ресурсні заняття
...

У кожен стовпчик впишіть пункти зі свого життя, які підходять під кожен категорію. Не забувайте поповнювати свою «скарбничку ресурсів» і звертатися до неї за необхідності.

Вправа 2. «Я - ресурс»

Мета: пошук внутрішніх ресурсів, створення позитивного образу «Я», саморозкриття.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: аркуші, олівці чи ручки.

Хід вправи: Візьміть аркуш паперу та дайте відповідь на запитання, напишіть усі свої сильні сторони — те, що ви любите, цінуєте, приймаєте в

собі, що дає вам почуття внутрішньої впевненості та довіри до себе в різних ситуаціях, відзначте те, що є точкою опори в різні моменти життя.

Що у вас виходить найкраще у різних сферах?

Про які ваші позитивні сторони можуть говорити інші люди?

У чому ви маєте хороший досвід, навички та вміння?

У чому ви могли б теоретично стати номером один у світі?

Напишіть 5 пунктів того, що у вас добре виходить.

Згадайте 5 речей, що можуть вас повернути у ресурсний стан.

Вправа 3. «Позитивний бік»

Мета: пошук позитивних сторін у будь-яких обставинах.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: аркуші, олівці чи ручки.

Хід вправи: Згадайте подію з вашого життя, яка викликала негативні почуття та емоції. Давайте знайдемо у ній позитивні сторони.

Позитивна інтерпретація допомагає відкрити ті цінності та можливості, які поки що «приховані в темряві» або «перебувають у тіні» - вони так само необхідні людині, як і звичні цінності та способи мислення, які використовуються та «видимі при світлі дня».

Візьміть аркуші та відповідайте на питання:

Що позитивного принесла ця подія мені у життя?

Чим ця подія чи її наслідки виявилися для мене корисними?

Чому я навчився завдяки цій події?

Які речі тепер я буду робити по-новому?

Які здібності я зміг у собі відкрити завдяки цій ситуації?

Що я би міг ще зробити, щоб покращити свій стан?

Завершення роботи.

Мета: рефлексія щодо проведеного заняття, зосередження на внутрішньому стані та отриманій інформації та навичках.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Пропоную відповісти по колу на такі питання:

- Що ви відчуваєте після сьогоднішнього заняття?
- Що здалося незвичайним?
- Що було легко, а що стало дуже складним?
- Що ви «виносите» з сьогоднішньої зустрічі?

День 4

Мета: набуття нових ефективних способів вирішення проблем, знайомство та апробація копінг-механізмів.

Пам'ятка. «Адаптивні та неадаптивні копінг-стратегії особистості»

Мета: інформування щодо ефективних та неефективних способів подолання життєвих труднощів, обговорення.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: Пропоную вам послухати інформацію про копінг-механізми та копінг-поведінку та провести з цього приводу обговорення.

Адаптивні варіанти копінг-поведінки

Когнітивні: «проблемний аналіз», «установка власної цінності», «збереження самоволодіння» — форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів подолання, підвищення самооцінки та самоконтролю, наявність віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

Емоційні: «протест», «оптимізм» — емоційний стан з активним обуренням і протестом стосовно труднощів та впевненості в наявності виходу в будь-якій, навіть найскладнішій ситуації.

Поведінкові: «співпраця», «звернення», «альтруїзм» — під якими розуміється така поведінка особистості, за якої вона вступає у співпрацю зі іншими людьми, дії спрямовані на подолання кризисної ситуації.

Неадаптивні варіанти копінг-поведінки

Когнітивні: «смирненість», «розгубленість», «дисимуляція», «ігнорування» — відмова від подолання труднощів через невіру у свої сили та інтелектуальні ресурси, недооцінка себе.

Емоційні: «придушення емоцій», «покірність», «самозвинувачення», «агресивність» — пригнічений емоційний стан, стан безнадійності, покірності та недопущення інших почуттів, переживанням агресії та покладанням вини на себе та інших.

Поведінкові: «активне уникнення», «відступ» — поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, ізоляція.

Відносно адаптивні варіанти копінг-поведінки

Їх конструктивність яких залежить від значущості та виразності ситуації подолання

Когнітивні: «відносність», «надання сенсу», «релігійність» — форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога та стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Емоційні: «емоційна розрядка», «пасивна кооперація» — поведінка, яка спрямована або на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням, або на передачу відповідальності щодо вирішення труднощів іншим особам.

Поведінкові: «компенсація», «відволікання», «конструктивна активність» - поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань.

Вправа 2. «Що я думаю, кажу собі в складних життєвих обставинах?»

Мета: обмін досвідом та взаємна підтримка.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: аркуші, ручки.

Хід вправи: Згадайте складні ситуації, в яких ви не могли знайти способу адекватно впоратися с труднощами. Відтворіть цю ситуацію у групі. Згадайте фрази, прислів'я, словесні формули, крилаті вирази, які ви згадуєте у складні хвилини і які допомагають вам пережити труднощі.

Далі здійснюється їх аналіз з погляду класифікації копінг-стратегій, пошук сильних і слабких сторін даного типу порозуміння, співвідношення поведінки з особистими цінностями та цілями, пошук аналогів у поведінці інших людей та життєвих установках.

Вправа 3. «Оптимісти та песимісти»

Мета: погляд на проблему з різних боків, пошук адекватного сприйняття ситуації.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід вправи: учасники діляться на дві команди — песимісти та оптимісти — і оцінюють складні життєві ситуації за заданими параметрами:

- значущість;
- контрольованість;
- повторюваність;
- труднощі подолання;
- напруженість та ін.

Далі проводяться обговорення та аргументація протилежних оцінок. Команди змінюються ролями в оцінці різних ситуацій задля кращого розуміння ролі когнітивних стратегій подолання стресогенних ситуацій та його зв'язку з поведінкою.

Фінальна рефлексія.

Мета: рефлексія щодо результатів корекційної програми.

Час виконання: 20 хвилин.

Обладнання, матеріали: не потрібні.

Хід справи: Пропоную відповісти по колу на такі питання:

- Що ви відчуваєте після проведених зустрічей?
- Що вам найбільш сподобалось, а що було «не для вас»?
- Що було легко, а що було дуже складним за ці дні?
- Що ви «виносите» з нашої групової роботи?