

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА СТРАТЕГІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ
УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ, ПЕДАГОГІКИ ТА ФІЛОЛОГІЇ

**КОГНІТИВНІ ЧИННИКИ ОСОБИСТІСНОЇ ВРАЗЛИВІСТІ
ДО ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ**

Кваліфікаційна робота

Освітня програма: Кризова психологія

Спеціальність: 053 Психологія

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Виконала

здобувачка 2 курсу

заочна форма навчання

Майнер Олена Вікторівна

(підпис)

Науковий керівник

доктор психологічних наук, професор

О.О. Євдокімова

(підпис)

роботу захищено « » 2024 р.

Оцінка: _____

(Прізвище, ініціали) _____

(підпис)

Харків, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ.....	7
1.1. Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди	7
1.1.2. Психологічні переконання особистості та травматичний досвід.....	14
1.2. Посттравматичний стресовий розлад та його вплив на особистість.....	17
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ БАЗИСНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ВРАЗЛИВОСТІ ДО ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ	32
2.1. Організація дослідження.....	32
2.2. Процедура та методи дослідження.....	37
2.3. Результати дослідження, аналіз та інтерпретація даних.....	45
Висновки до другого розділу.....	50
РОЗДІЛ 3. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД КОГНІТИВНОЇ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ	52
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Актуальність у вивченні впливу когнітивних чинників на вразливість до психотравмуючих подій є надзвичайно важливою з кількох причин:

1) Зростання кількості стресових подій: у сучасному світі люди все частіше стикаються зі стресовими та травматичними ситуаціями - від природних катастроф і воєнних конфліктів до особистих втрат. Тому, розуміння того, як когнітивні чинники впливають на сприйняття та переживання цих подій, дозволяє розробляти ефективні стратегії психологічної підтримки.

2) Профілактика психічних розладів: багато психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривожні розлади, пов'язані з переживанням травматичних подій. Вивчення когнітивних чинників допомагає ідентифікувати осіб з підвищеною вразливістю та розробляти профілактичні заходи.

3) Індивідуалізація психологічних інтервенцій: знання про те, які когнітивні стилі або переконання підвищують вразливість, дозволяє психологам та психотерапевтам адаптувати терапевтичні підходи під конкретні потреби клієнта, роблячи лікування більш ефективним.

4) Підвищення резильєнтності: розуміння ролі когнітивних чинників сприяє розвитку програм, спрямованих на підвищення когнітивної гнучкості, формування позитивних переконань та навичок уважності, що в цілому зміцнює психологічну стійкість населення.

5) Науковий прогрес: дослідження в цій сфері сприяють глибшому розумінню механізмів психотравматизації та ролі когнітивних процесів у формуванні реакцій на стрес, що є важливим для розвитку психології як науки.

6) Соціальний контекст: в умовах, коли суспільство стикається з масовими травматичними подіями (такими як, наприклад, пандемія COVID-19, військові конфлікти), вивчення когнітивних чинників допомагає розробляти масштабні програми психологічної допомоги та реабілітації.

Таким чином, дослідження впливу когнітивних чинників на вразливість до психотравмуючих подій є ключовим для покращення якості психологічної допомоги, розвитку ефективних профілактичних заходів та зміцнення психічного здоров'я суспільства в цілому.

Проблема посттравматичних стресових розладів (ПТСР) в Україні є гострою, особливо в контексті військового конфлікту, який триває в країні з 2014 року, а також повномасштабного вторгнення Росії в 2022 році. Військові дії, переміщення населення, втрати близьких, руйнування домівок – всі ці фактори суттєво впливають на психічне здоров'я українців. Військові конфлікти призвели до значного збільшення кількості людей, які страждають від ПТСР. Це стосується як військовослужбовців, так і цивільного населення, зокрема жителів зон бойових дій, переселенців та біженців. Війна має глибокий і різноманітний вплив на психічне здоров'я людей, які безпосередньо або опосередковано зазнали її наслідків. Серед основних психічних розладів та симптомів, які виникають внаслідок військових дії є: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР є одним із найпоширеніших розладів серед ветеранів та цивільних осіб, які пережили бойові дії), депресія, тривожні розлади, соматичні симптоми, психосоціальні проблеми (втрата соціальних зв'язків, ізоляція, проблеми в сімейних відносинах, труднощі з адаптацією до мирного життя).

Тому, проблема ПТСР в Україні є серйозною та вимагає комплексного підходу для її вирішення. Необхідно забезпечити доступ до якісної психотерапевтичної допомоги, підвищувати обізнаність про ПТСР, боротися зі стигматизацією та підтримувати постраждалих на всіх рівнях – від державних програм до ініціатив громадських організацій.

Об'єкт дослідження – психологічні чинники вразливості до впливу травматичних подій.

Предметом дослідження є взаємозв'язок когнітивних чинників та ступеня вразливості людини до пережитого травматичного досвіду.

Гіпотеза: інтенсивність посттравматичних стресових реакцій заємопов'язана з базовими переконаннями особистості.

Метою кваліфікаційної роботи є вивчення когнітивних чинників вразливості особистості до впливу травматичних подій, розробка на основі отриманих даних психокорекційної програми подолання наслідків негативного впливу травматичних подій.

Методи дослідження: для виявлення впливу надзвичайних ситуацій на психіку людини, можливий вплив дисфункціональних переконань на спотворене сприйняття травмуючої ситуації та посттравматичне зростання були використані наступні методики:

- Для вивчення вразливості була використана Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (цивільний варіант) (The Mississippi Scale for Civilian PTSD);

- Для вивчення когнітивних чинників були використані: Шкала дисфункціональних ставлень А.Бека-А.Вейсмана (A.Beck & A.Weissman Dysfunctional Attitudes Scale); Опитувальник посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, в адаптації М. Магомед-Емінова); Опитувальник базисних переконань Янофф-Бульман (World Assumptions Scale, WAS).

Кореляція проводилась за допомогою метода Пірсона.

Наукова новизна полягає в розширенні розуміння того, як когнітивні схеми та стилі мислення можуть сприяти розвитку ПТСР після впливу травматичних подій.

Практична значущість: вивчення когнітивних чинників особистісної вразливості дає можливість не лише краще розуміти механізми виникнення психологічних травм, але й забезпечувати профілактичні заходи, покращувати психотерапевтичні підходи та сприяти відновленню людей після травмуючих подій.

Завдання:

1. дослідити теоретичні аспекти у вивченні психічної та психологічної травми, розбіжності у цих поняттях; визначити поняття травмуючої ситуації

та її ознаки; дати визначення ПТСР, можливі механізми його виникнення, види та критерії діагностики;

2. визначити емпіричним шляхом вплив когнітивних чинників на вразливість до травмівних подій;

3. проаналізувати взаємозв'язок особливостей базисних переконань у індивідів, які пережили психічну травму;

4. дослідити особливості базисних переконань та посттравматичних стресових реакцій при психічній травмі;

5. розробити психокорекційні програми дезадаптивних схем мислення.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Поняття травмуючої ситуації. Її ознаки та різновиди

Психічна і психологічна травма є досить вживаними в психології поняттями. Це близькі, але не ідентичні поняття, що стосуються впливу стресових подій на психіку людини [32].

Коли йдеться мова про психічну травму, то мають на увазі порушення в психіці людини, спричинене екстремальною або тривалою подією, що впливає на глибинні рівні її психіки та особистісні характеристики. Психічна травма виникає в результаті ситуацій, коли психічні ресурси людини не здатні впоратися з пережитим досвідом. Вона може призводити до тривалих змін у психіці, розвитку психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія або дисоціативні розлади. Наслідки можуть бути стійкими й потребувати тривалого лікування [9, с. 164].

Якщо ж говорити про психологічну травму, то це будь-який негативний вплив на психіку людини внаслідок сильного стресу, страху, болю або інших емоційних переживань [16, с. 311].

У цьому контексті важливим критерієм виникнення травми є не сама травмуюча подія, а суб'єктивна її інтерпретація.

Психологічна травма може спричинити емоційні розлади та тимчасові зміни у психоемоційному стані. На відміну від психічної травми, наслідки психологічної травми можуть бути менш глибокими і часто короткотривалими [18, с. 205]. Вона характеризується такими симптомами, як тривога, страх, емоційне напруження, проте зазвичай не викликає глибоких порушень особистості або психіки [16].

У медицині психічна травма визначається як порушення психічного стану, спричинене впливом події, яка перевищує адаптаційні можливості психіки людини. Така травма виникає внаслідок переживання подій, що містять загрозу життю, фізичній або психічній цілісності (наприклад,

стихійні лиха, насильство, військові дії). Вона часто призводить до глибоких і тривалих порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери. [20, с.132].

Порушення цілісності функціонування людської психіки, що виявляється в глибоких і болючих переживаннях, викликаних екстремальною ситуацією, такою, як :

- Реальна смерть або загроза, серйозні травми або сексуальне насильство (DSM-5) [24];
- Стресова подія або ситуація (як короткострокова, так і довгострокова) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини (МКХ-11) [35].

З психологічної точки зору психічна травма - це порушення цілісності функціонування психіки, спричинене такою ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна внаслідок недостатності захисних механізмів; викликає в подальшому глибокі емоційні переживання. Негативні зміни у психічному функціонуванні, що виникли в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації, інтенсивних або ж довготривалих гостроемоційних, стресових впливів [32].

Психічна травма виникає тоді, коли інтенсивний стрес або травмуючий досвід виявляються надто важкими для того, щоб психіка могла самостійно впоратися з ними [21].

Психічна травма часто виникає в результаті переживання сильних емоцій, які не можна контролювати або зрозуміти в момент переживання. Це може бути пов'язано з переживанням жаху, паніки, відчаю або безсилля в ситуації загрози [3].

Людина, яка переживає екстремальну подію, може не мати достатніх внутрішніх ресурсів або соціальної підтримки для того, щоб адаптуватися до ситуації. В результаті психіка не може обробити і адаптувати травматичний досвід, що призводить до виникнення психічної травми [19].

Визначення психотравми, за міжнародною класифікацією, це експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження або сексуального насильства в один чи більше таких способів:

- безпосереднє переживання травматичної події;
- спостереження за подіями, які трапилися з іншими (люди, на очах яких це стається, або фахівці, які приїжджають на місце злочину);
- знання того, що травматична подія трапилася з членом сім'ї чи близьким другом у випадках смерті чи загрози життю (йдеться про раптовість);
- переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травматичної події [9, с. 29].

Незважаючи на певні відмінності в трактуваннях психологічної травми в медичному та психологічному аспектах, спільною рисою для них є те, що виникнення травми пов'язане з певними надзвичайними подіями та інтенсивними й негативними емоційними переживаннями (страху, жаху, безпорадності, втрати контролю тощо) [17].

Психічні травми бувають первинними і вторинними. Якщо первинна психотравма формується на основі власного складного досвіду, то вторинна - через символічне проживання досвіду інших значущих людей чи через механізм емоційного зараження у близькому контакті з травмованою людиною [16].

При діагностиці психогенних травматичних впливів різних чинників, що виникають в складних життєвих обставинах, важливо розрізняти непатологічні психоемоційні реакції на стрес і психогенії (психопатологічні стани) [21].

При перших характерною є психологічна реакція, адекватна зовнішнім умовам, пряма залежність її інтенсивності та тривалості від стимульних подразників і, як правило, невелика тривалість, поступове згасання та повернення людини до звичного життя [21].

При непатологічних реакціях, як правило, зберігається працездатність, інколи знижена чи часткова, можливість спілкування з оточенням і

критичний аналіз своєї поведінки потерпілим від травми. В цілому нормативними психоемоційними реакціями людини, котра опинилася в ситуації, яку інтерпретує як катастрофічну, будуть почуття тривоги, страху, пригніченості, бажання зв'язатися з рідними і близькими, прояснити і оцінити ситуацію тощо. Можуть спостерігатися фізіологічні реакції, такі як задуха, психогенний тремор, ажитація, або навпаки – завмирання чи бажання знайти безпечне місце, звернутися по допомогу, не втрачаючи при цьому критики до обставин [16].

У психологічній літературі такі реакції позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції тощо [16].

Чим довшим буде вплив травматичної ситуації, тим менше внутрішнього ресурсу залишається для опрацювання цього досвіду і виходу в нормативне функціонування, а перспектива розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), навпаки, зростатиме [1].

Дональд Калшед використовує термін "анігіляція" для опису стану, коли психічна травма здається такою руйнівною, що людина відчуває загрозу для свого самого існування. Це може призвести до відчуття психічної смерті або втрати ідентичності, оскільки людина не може впоратися з тим, що сталося, або ж їй здається, що вона втратила можливість відновити свій стан до травми [10].

Виходячи з цього, існує два підходи до визначення такого поняття, як «травма».

ТРАВМА - це події, які характеризуються небезпекою для життя, серйозного ураження тіла чи ж сексуального скривдження (DSM-V). Особа може бути жертвою події, свідком, мати надмірну експозицію чи ж довідатися про травматичну подію, що сталася з рідними (зокрема смерть чи загроза життю) [22, с. 32].

Травма - стресові події, які залишають «рану» у психіці – сильні стресові події, що перевершують ресурси коупінгу з ними [22, с. 32].

ТРАВМІВНА ПОДІЯ - це досвід або ситуація, що має серйозний вплив на психічне, емоційне та фізіологічне здоров'я людини і перевищує її адаптаційні можливості. Такі події можуть створити відчуття безпорадності, жаху або сильного стресу, викликаючи потужні емоційні, когнітивні та поведінкові реакції. Після травмівної події людина може зазнати значних змін у способі сприйняття себе та світу [17, с.64].

У контексті даної роботи буде розглядатися ТРАВМА як експозиція до смерті або загрози життю.

У людини є два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна. Це два різні типи пам'яті, які по-різному залучаються до процесів обробки інформації та зберігання спогадів. Коли людина переживає травму, може виникати розрив між імпліцитною та експліцитною пам'яттю. Наприклад, травмуючі події можуть не зберігатися в свідомій пам'яті через механізми захисту (наприклад, репресію), але емоційні і фізіологічні реакції на події, що нагадують про травму, можуть залишитися в імпліцитній пам'яті. Це може бути основною причиною того, чому людина, яка пережила травму, може реагувати страхом або тривогою на ситуації, які не здаються травматичними, але за певними асоціаціями нагадують про минулий травматичний досвід. Травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті та відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять [6].

Травмівні події зазвичай закарбовуються в пам'яті особливим чином: імпліцитна пам'ять утримує емоційні та фізіологічні реакції, які автоматично з'являються при схожих обставинах, що викликає нав'язливі спогади або фізичні реакції без чіткого усвідомлення причин. Експліцитна пам'ять може бути фрагментованою або заблокованою, що ускладнює усвідомлення травматичної події як цілісного досвіду [35].

Таблиця 1.1

Імпліцитна та експліцитна пам'ять

Імпліцитна пам'ять	Експліцитна пам'ять
Або неусвідомлена, прихована пам'ять. Це перша система пам'яті, яка самостійно	Або усвідомлена, декларативна пам'ять. Це система пам'яті, яка формується після

функціонує від народження до двох років. Вона — емоційна, сенсорна, автоматична, несвідома, ненаративна (не можна описати словами), не має часових орієнтирів (спогад, наче «тут і тепер», немає відчуття, що це було давно), не контролюється кортиком (людським мозком), регулюється мигдалеподібним тілом, запускається асоціативними стимулами (наприклад, молоко асоціюється із задоволенням, запах диму — небезпека), швидка когнітивно неопрацьована реакція на події. Це тип пам'яті, що не потребує свідомого згадування або усвідомлення. Вона зберігає інформацію, яку ми не можемо легко висловити словами або згадати в деталях, але яка все одно впливає на нашу поведінку та емоційні реакції. Імпліцитна пам'ять включає автоматичні, неусвідомлені спогади та навички. Вона включає пам'ять на навички, тобто процедурна пам'ять (наприклад, їзда на велосипеді, плавання) та емоційні асоціації (емоційна пам'ять) - зберігає емоційні реакції, асоційовані з певними подіями чи ситуаціями. які зберігаються без явного усвідомлення. Оскільки цей тип пам'яті не вимагає активної уваги або свідомого згадування, він часто відіграє роль у формуванні автоматичних реакцій на певні ситуації чи події. Цей вид пам'яті формується повільніше, ніж експліцитна, але він більш стійкий до забування. Особливості імпліцитної пам'яті: - Формується через повторення і практику. - Не вимагає свідомого згадування для використання. - Більш стійка до вікових змін і деяких видів мозкових травм. - Може зберігатися навіть при амнезії, що впливає на експліцитну пам'ять.	дворічного віку і стає повністю сформованою десь у 8 років. Це свідомий процес запам'ятовування та відтворення інформації. Вона включає усвідомлені спогади про події, факти, епізоди і навички, які можна легко пригадати і вербалізувати. Розташована в зоні гіпокампа. Доступна для свідомості, біографічна, наративна. Це тип пам'яті, який зазвичай використовується для згадування осмислених, конкретних подій, що відбулися в минулому, зберігає особисті спогади про конкретні події нашого життя. Це можуть бути як значущі моменти (перший поцілунок, весілля, народження дитини), так і повсякденні події. Особливості епізодичної пам'яті: - Пов'язана з конкретним часом і місцем. - Часто включає емоційний компонент. - Може бути схильна до спотворень з часом. - Відіграє важливу роль у формуванні особистості та самоідентичності. Експліцитна пам'ять включає в себе два основні види: епізодична (пам'ять на особисті події, наприклад, події, що мали місце в конкретний день) та семантична (пам'ять на факти і знання, які не прив'язані до конкретних подій, наприклад, знання про наукові теорії).
--	---

Отже, провідним характеристиками травмуючої ситуації є: потужне психічне напруження; значущі переживання як особлива внутрішня робота по подоланню життєвих подій або травм; зміна самооцінки і мотивації;

особистісні ресурси (обтяжуючі і захисні фактори) характерні для індивідуального життєвого досвіду людини [8].

У об'єктивному вимірі травматичний стрес розглядається як нормальна реакція організму людини на ненормальні (травмуючі, екстремальні) події [19].

У випадку травмівних подій людина «зустрічається з фізичною смертю», такі події можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до психічної травми.

Ця особливість відображена у п'ятому виданні (DSM-5; Американська психіатрична асоціація [APA], 2013) [24], де психотравма визначається як «вплив події або серії подій, які включають реальну або потенційну загрозу життю, серйозне поранення або сексуальне насильство». Травма може бути пережита особисто, статися на очах у людини або бути непрямую, тобто дізнатися про подію, яка трапилася з близькою людиною, особливо якщо вона була насильницькою чи раптовою [1].

Визначення травматичної події в DSM-5:

Травматична подія може бути віднесена до травм за DSM-5, якщо вона відповідає одному або кільком із таких критеріїв:

- Безпосереднє переживання події: людина безпосередньо переживає загрозу смерті, серйозного поранення або сексуального насильства. Це можуть бути події, такі як військові дії, природні катастрофи, автомобільні аварії, фізичне насильство або сексуальне насильство [24].

- Спостереження травматичної події: людина стає свідком того, як інша особа зазнає серйозного травмування, загрози життю чи сексуального насильства. Спостереження травми іншої людини також може викликати глибокі наслідки, особливо якщо жертва близька спостерігачу [24].

- Дізнання про травматичну подію: особа дізнається про те, що травматична подія трапилася з близькою людиною. Це стосується насильницької або випадкової смерті, серйозної загрози життю чи поранення, а також випадків зґвалтування або жорстокого поводження. Зокрема, сильний вплив може мати інформація про події, що трапилися раптово [24].

- Непрямий вплив через постійне або екстремальне перебування у травматичній ситуації: це стосується, зокрема, професійної діяльності, пов'язаної з регулярним зіткненням із травматичними деталями подій (наприклад, робота у поліції, швидкій допомозі, службах надзвичайної допомоги, пошуково-рятувальних службах або роботі з постраждалими від насильства чи катастроф) [24].

Травматичні події за DSM-5 виключають:

Емоційні стресори без прямої загрози життю чи фізичному здоров'ю: Наприклад, ситуації, пов'язані з розривом стосунків, розлученням, фінансовими труднощами або втратою роботи, які хоч і є важкими, але не відповідають критеріям травматичної події у DSM-5 [1].

Непряма інформація або медіавплив: бачення травматичних подій через ЗМІ (наприклад, новини, відео, фільми) не вважається травмою, за винятком випадків, коли інформація безпосередньо стосується близької людини [1].

1.1.2. Психологічні переконання особистості та травматичний досвід

Важливу роль у процесі вибору людиною подальших дій для її виживання й адаптації до мінливих умов відіграє наявність базисних, уже сформованих переконань [17].

Переконання – це стійкі погляди, ідеї або судження, яких дотримується людина щодо себе, інших людей або світу в цілому. Вони формуються на основі особистого досвіду, культурного та соціального впливу, а також отриманих знань. Переконання можуть стати основою цінностей, ставлень і поведінки людини [20, с. 224].

Поняття «базисні переконання» було введено А. Беком. Згідно з його тлумаченням, базисні переконання є основою індивідуальності людини та стратегій її поведінки. Наприклад, при залежному розладі особистості базисним переконанням є переконання «Я безпорадний»; на цій основі людина обирає стратегію встановлення тісних емоційних зв'язків; когнітивна уразливість залежної особистості пов'язана зі страхом виявитися покинутою [14].

Базисні переконання - це глибокі, фундаментальні уявлення, які людина має про себе, інших людей і навколишній світ. Ці переконання формуються ще в дитинстві і часто є неусвідомленими, але вони мають сильний вплив на думки, емоції та поведінку. Базисні переконання створюють основу для інших уявлень та суджень і задають напрямок, за яким людина інтерпретує події та взаємодіє з оточенням [18, с. 42].

Відповідно до цього, одним із базових відчуттів нормальної людини є здорове почуття безпеки. На думку американської психологині Ронні Янов-Бульман, воно засноване на трьох категоріях базових переконань, що становлять ядро нашого суб'єктивного світу:

1. Справедливість світу та його доброзичливість: переконання, що світ є безпечним і справедливим місцем, де люди в цілому доброзичливі та заслуговують на справедливе ставлення. Це уявлення підтримує почуття захищеності та оптимізму. Люди вважають, що, якщо вони будуть поводитися правильно, то і по відношенню до них будуть діяти так само [5].

2. Сенс справедливості та контрольованість світу: переконання, що світ є передбачуваним і контрольованим, і що люди мають контроль над власним життям. Це переконання допомагає людям відчувати, що вони можуть уникати небезпеки або впливати на наслідки своїх дій [5].

3. Образ себе як гідної та здатної особистості: переконання, що людина є гідною любові, захищеності, успіху, і що вона може впоратися з викликами. Це переконання допомагає будувати позитивну самооцінку, що захищає від негативного впливу зовнішніх факторів [5].

Після травмівної події ці переконання часто руйнуються, що призводить до так званого "розриву ілюзій" — руйнування базисних переконань, породжуючи відчуття, що світ є хаотичним або небезпечним місцем. Людина може почати сумніватися у власній цінності чи здібностях, що може викликати відчуття провини, низьку самооцінку або вину за те, що сталося. Травма, особливо якщо подія була неконтрольованою, може підірвати уявлення справедливості світу та його доброзичливість, викликаючи відчуття безпорадності [13].

Базисні переконання значною мірою визначають вибір копінг-стратегій особистості. Стратегії подолання являють собою усвідомлені дії, спрямовані на активну зміну проблемної ситуації або пристосування в разі неможливості покращення [10, с. 65].

Таким чином, базисні переконання особистості впливають на суб'єктивне відчуття безпеки й вибір способів подолання важких ситуацій [7].

Переконання впливають на сприйняття світу, поведінку та прийняття рішень. Вони можуть бути основаними на раціональних аргументах, досвіді, дослідженнях або ж релігійних, культурних та емоційних засадах [7].

Характеристики базисних переконань:

1) Глибинність і стійкість: базисні переконання закладаються в ранньому віці і є стійкими. Вони часто не змінюються самостійно і можуть витримувати протилежну інформацію.

2) Невизначеність: людина не завжди усвідомлює свої базисні переконання, але вони виявляються через емоції, реакції та автоматичні думки.

3) Значний вплив на поведінку: базисні переконання часто керують тим, як людина ставиться до себе і взаємодіє зі світом. Вони визначають, як людина інтерпретує події і які висновки робить [12].

Важливо розуміти, що переконання можуть бути необ'єктивними або некоректними. Люди можуть мати переконання, які не відповідають дійсності або мають нездорові захисні механізми. Наприклад, переконання

про нездатність досягти успіху. Такі переконання можуть виникати з минулих травм або негативних досвідів [13].

Отже, базові переконання як щодо самого себе, так і щодо навколишнього світу можуть істотно відрізнятися у осіб, які пережили травматичну подію і тих, які не пережили такого [12].

Тяжко пережитий травматичний досвід (особливо сексуального характеру), як правило, веде до тотальної зміни ставлення до свого життя та взаємодії зі світом, порушує роботу механізмів та способів психологічної адаптації людини [13].

1.2 Посттравматичний стресовий розлад та його вплив на особистість

Американська класифікація психічних розладів (DSM) використовує травму як частину визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це означає, що для отримання такого діагнозу фахівець повинен підтвердити, що людина пережила травматичну подію [32].

У 1980 році М. Горовиць запропонував виділити «хронічний військовий невроз» в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше - для МКХ-10 [2].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це стан психічного здоров'я, який може виникати у людей, які пережили травматичні події [29, с. 49].

ПТСР за DSM-5 класифікується як психічний розлад, який виникає після того, як людина пережила або стала свідком травматичної події, що включала реальну або потенційну загрозу життю, серйозному пораненню чи сексуальному насильству. Цей розлад належить до категорії «Травма та стрес-споріднені розлади» в DSM-5, виданому Американською психіатричною асоціацією [24].

Травматична подія, яка відповідає критеріям DSM-5, є основою для діагнозу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), якщо вона призвела до симптомів, характерних для цього розладу. Відповідно до DSM-5, не всі складні події викликають травматичний ефект [3].

ПТСР є нормальною реакцією на ненормальну ситуацію. Після травматичних подій цілком нормально втратити віру чи відсторонитися від інших, мати неприємні спогади або проблеми зі сном. Але якщо симптоми тривають більше кількох місяців і заважають повсякденному життю, то це може бути ПТСР [19].

DSM-5 також підкреслює, що психічні наслідки залежать не лише від факту переживання травми, але й від індивідуальних особливостей, попереднього досвіду та соціальної підтримки, що відіграють ключову роль у формуванні реакції на травматичну подію [22].

Згідно з МКХ-11 посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, код 6B40) є тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; ПТСР визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого [36, с. 32].

Характеризується наступним:

1) переживання травматичної події або подій у сьогоденні у формі яскравих нав'язливих спогадів, спогадів або нічних жахів, що зазвичай супроводжуються сильними та пригнічуючими емоціями, такими як страх чи жах, сильні фізичні відчуття чи відчуття переповнення або занурення в ті самі сильні емоції, що їх відчували під час травматичної події [34];

2) уникнення думок і спогадів про подію або події або уникнення дій, ситуацій або людей, що нагадують про подію або події [34];

3) постійне сприйняття підвищеної поточної загрози, наприклад, у вигляді підвищеної пильності чи перебільшеної реакції переляку на такі

подразники, як несподіваний шум. Люди з гіперпильністю постійно захищають себе від небезпеки та відчувають, що їм самим чи близьким людям загрожує безпосередня небезпека як у конкретних ситуаціях, так і загалом. Вони можуть формувати нові моделі поведінки, спрямовані на безпеку [34].

Симптоми мають зберігатися протягом принаймні кількох тижнів і спричиняти значне погіршення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування [34].

Розглянемо діагностичні критерії ПТСР Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів, 5-е видання (DSM -5).

Критерій А:

Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події / подій.
2. Людина особисто була свідком події / подій, які відбувалися з іншими.
3. Травматична подія / події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом. У випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї або друга подія / події були насильницькими або випадковими.
4. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей).

Примітка: критерій А4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи [34].

Критерій В:

Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

1. Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію / події.

Примітка: у дітей, що мають більше як 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації / ситуацій.

2. Періодичні тривожні сни, зміст яких і / або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією / подіями.

Примітка: у дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаваного змісту.

3. Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина відчувається або діє так, ніби травматична подія / події відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в даний момент).

Примітка: у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.

4. Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій.

5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій [34].

Критерій С:

Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:

1. Уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок про травматичну подію / події чи почуттів щодо неї або думок і почуттів, тісно пов'язаних з цією подією / подіями.

2. Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію / події чи почуття щодо неї або тісно пов'язані з нею / ними [34].

Критерій D:

Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів:

1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події / подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти).
2. Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших і щодо світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «моя нервова система назавжди зруйнована»).
3. Постійні спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, які призводять до того, що особа звинувачує себе або інших.
4. Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому).
5. Помітне зменшення інтересу до важливих заходів або до участі у них.
6. Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.
7. Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов) [34].

Критерій E:

Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події / подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів:

1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокування чи без), що, зазвичай, проявляється як словесна або фізична агресія щодо людей чи об'єктів.
2. Ризикована або самоушкоджуюча поведінка.
3. Надмірна пильність.
4. Перебільшена реакція здригання.
5. Проблеми із зосередженістю.

6. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон) [34].

Критерій F:

Тривалість розладу (критерії B, C, D, E) понад 1 місяця [34].

Критерій G:

Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах [34].

Критерій H:

Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом [34].

Постановка діагнозу ПТСР згідно з DSM-5:

Щоб поставити діагноз посттравматичного стресового розладу згідно з DSM-5, необхідна відповідність таким критеріям: критерій A; один або більше симптомів з критерію B; один або більше симптомів з критерію C; два або більше симптомів з критерію D; два або більше симптомів з критерію E; критерій F; критерій G; критерій H [24].

Діагностичні критерії ПТСР згідно з МКХ-11:

Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), відрізняє ПТСР від інших реакцій на стрес і включає його в категорію «Розлади, пов'язані зі стресом» [36].

Важливою особливістю є фокус на трьох основних кластерах симптомів, які мають бути присутні для діагнозу:

1) Повторне переживання травми (інтрузії): людина відчуває непередбачувані нав'язливі спогади або флешбеки травматичної події, часто з сильними емоційними або фізіологічними реакціями. Сюди також належать нав'язливі сни або жахливі сновидіння, які стосуються травми [36].

2) Уникнення (ізоляція від тригерів травми): людина намагається уникати думок, почуттів, ситуацій, людей чи місць, які можуть нагадувати їй про травматичний досвід. Це уникнення може поширюватися на будь-які внутрішні чи зовнішні стимули, пов'язані з подією [36].

3) Підвищена збудливість (надмірна настороженість та дратівливість): людина постійно відчуває підвищену напруженість, перебуває у стані готовності до загрози (гіпервігилантність). Це може проявлятися у спалахах дратівливості, раптових реакціях переляку, труднощах з концентрацією уваги або проблемах зі сном (безсоння, труднощі засинання) [36].

Додаткові критерії:

Тривалість симптомів: симптоми повинні тривати більше кількох тижнів після травматичної події (зазвичай понад місяць).

Вплив на повсякденне функціонування: симптоми повинні спричиняти значні труднощі у соціальному, професійному або іншому важливому функціонуванні [36].

Виділяють 3 основні типи перебігу ПТСР: гострий, хронічний та відстрочений.

- Гострий ПТСР — визначається тривалістю симптомів від 1-го до 3-х місяців.
- Хронічний ПТСР — коли симптоми розладу зберігаються більше 3-х місяців.
- Відстрочений ПТСР може виявити себе через 6 місяців. У цей період буде найбільш яскраво виражатися клінічна картина захворювання. До появи характерних симптомів пацієнт почувається нормально і може навіть не підозрювати, що ПТСР вже розвивається [2].

Якщо людина зазнає тривалого або повторюваного травматичного впливу, такого як насильство, постійні приниження або тривалий військовий полон, може виникнути комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), що значно ускладнює емоційний та психологічний стан людини [29].

Цей розлад відрізняється від звичайного ПТСР більш глибоким та складним впливом на психіку, останній травматичний досвід не є одноразовим, а продовжується протягом тривалого часу.

Основна відмінність між цими двома розладами полягає в частоті контакту з травмою, що його завдала. Якщо ПТСР зазвичай викликається одним травматичним подією, то КПТСР - множинними, тривалими, повторюваними чи безперервними травмами [29].

Течія ПТСР зазвичай менш важка, ніж КПТСР. Визначення КПТСР включає складніші реакції, характерні для людей, які отримали хронічну травму [15].

ПТСР та КПТСР мають дуже схожі симптоми, але КПТСР також має 3 додаткові категорії симптомів: труднощі з емоційною регуляцією, порушення почуття власної гідності та міжособистісні проблеми [15].

Симптоми за механізмом розвитку можна поділити на дві групи.

Перша пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не «архівуються», а періодично «вискакують» у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес — це так звані позитивні дисоціативні симптоми [3].

Людина, попри небажання, постійно переживає травматичну подію знову і знову у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних) - ці спогади носять усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина немов «провалюється» в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою [19].

Ці спогади можуть також бути присутніми в снах людини буквально та символічно, її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть «виринати» самостійно або викликатися певними «тригерами» - ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Може мати місце виражена поведінка уникнення, мета якої - зменшити контакт із тригерами та спогадами. Відсутність інтеграції травматичної пам'яті супроводжується тим, що мигдалевидне тіло «утримує» симпатичну нервову систему у стані постійної гіперактивації - у людини можуть бути постійне відчуття тривоги,

її вегетативні симптоми, порушення сну, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги [19].

Друга група спогадів пов'язана з відсутністю, втратою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних «бар'єрів». До цих симптомів може відноситися втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне «оніміння», почуття загального «відчуження» [3].

Намагання уникнути зіткнення зі спогадами про травматичну подію має у своїй основі фобію окремих аспектів власної пам'яті, власного внутрішнього життя. Життєвий простір людини може суттєво обмежуватися - як внутрішній, інтрапсихічний, так і зовнішній, адже багато аспектів зовнішнього світу є тригерами внутрішніх переживань. Симптоми ПТСР зазвичай виникають протягом 3-х місяців після травматичної події, але іноді вони можуть з'являтися пізніше [3].



Рис. 1.1 Циклічний характер травматичних спогадів у симптоматичі ПТСР

У людей, які мають посттравматичний стресовий розлад нервова система не повертається до норми та продовжує перебувати у стані збудження. Активуючі гормони продовжують вироблятися, впливаючи на виникнення та підтримання таких симптомів, як збудливість, агресивність,

тривожність. Будь-які нагадування про травматичну подію викликають зростання збудження та знову повертають людину у ситуацію травми, провокуючи нав'язливі спогади і зростання тривоги. Під час активації мигдалевидного тіла, прифронтальна кора головного мозку, яка відповідає за логічне опрацювання інформації та прийняття зважених рішень — втрачає активність. Людина втрачає здатність ясно мислити і продовжує реагувати так, ніби небезпека і досі присутня в її житті. Вона може бути агресивною, вибуховою у відповідь на незначні подразники або, перебувати у страху та паніці, будь-що плакати та відчувати тривогу [31].

При ПТСР порушується функціонування гіпокампу, ділянки мозку, яка відповідає за спогади, їхню автобіографічність — послідовність і зв'язність у цілісну історію життя. Завдяки утворенню нових нервових клітин (нейрогенезу) та зв'язків між ними, усі нові події життя запам'ятовуються та логічно ув'язуються з попереднім досвідом [6].

У результаті надмірного та тривалого збудження нервової системи, діяльність гіпокампу порушується, нейрогенез сповільнюється і людська пам'ять втрачає свою логічну послідовність. Травматична подія ніби випадає з автобіографії і замість того, аби зайняти своє місце в часі - постійно втручається в життя людини нав'язливими спогадами та нічними жахіттями [4].

Далеко не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох факторів:

1. Індивідуальні особливості:

Рівень стійкості та здатність до адаптації: люди зі здатністю до гнучкого мислення, високим рівнем стресостійкості й навичками адаптації, мають менший ризик розвитку ПТСР;

Попередній досвід та минулі травми: повторні або накопичувальні травматичні події збільшують ймовірність розвитку розладу, тоді як відсутність попереднього досвіду може зменшити ризик;

Генетичні та біологічні фактори: дослідження свідчать, що певні генетичні фактори можуть впливати на розвиток ПТСР, зокрема варіації в генах, пов'язаних із реакцією на стрес [7].

2. Особливості психотравмуючої події:

Інтенсивність та тривалість події: чим більш загрозливою та довготривалою є травматична подія, тим вищий ризик ПТСР;

Вид події: насильство, війна, жорстоке поводження та катастрофи викликають значно більше психологічне навантаження, ніж інші події;

Несподіваність і відчуття безпомічності: якщо подія сталася раптово, й людина почувалася безсилою, це також підвищує ризик [7].

3. Соціальна підтримка та оточення:

Наявність підтримки від рідних, друзів і суспільства: позитивне соціальне оточення після травми здатне суттєво знизити ризик ПТСР, тоді як ізоляція або брак підтримки навпаки посилюють вразливість;

Ставлення до події у культурі та суспільстві: ставлення суспільства до травматичних подій, таких як війна або насильство, також може вплинути на ризик ПТСР. Наприклад, культуральні особливості та традиції впливають на те, як люди обробляють стрес і як інші реагують на них [7].

4. Психологічні навички та ресурси:

Навички саморегуляції та управління стресом: люди, які володіють методами саморегуляції, здатні краще справлятися з емоційною реакцією на травму;

Знання та доступ до терапевтичної допомоги: можливість отримати своєчасну психологічну допомогу значно знижує ризик розвитку ПТСР [34].

Сьогодні ще не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала природу та механізми посттравматичних розладів особистості. Найвідомішими є п'ять основних моделей: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна та психосоціальна [3].

Психофізіологічна модель ПТСР. Відповідь на травму — це результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму

обумовлена темпераментом [10]. Ця модель підкреслює важливість змін у нервовій та гормональній системах, що відбуваються під час і після переживання травматичної події, а також роль цих змін у розвитку й підтримці симптомів ПТСР [34].

Психосоціальна модель ПТСР. Відповідно до неї травма є багатофакторною, тому необхідно врахувати значення кожного фактора у розвитку реакції на стрес. Вона також підкреслюють виняткову необхідність врахування факторів навколишнього середовища, таких як: фактори соціальної підтримки, релігійні вірування; демографічні фактори; культурні особливості; наявність або відсутність додаткових стресів тощо [10].

Психодинамічна модель ПТСР. Травма призводить до розладів процесів символізації. Сучасна психодинамічна модель в якості наслідків травматизації розглядає наступні: регрес до оральної стадії розвитку та зсув лібідо з об'єкта на "Я"; ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів; використання примітивних захистів; автоматизація "Я"; ідентифікація з агресором; регрес до архаїчної форми функціонування "Над-Я"; деструктивні зміни "Я-ідеалу" [10].

Інформаційна модель ПТСР розроблена М.Горовіцем. Вона є спробою науково - емпіричного синтезу трьох моделей ПТСР: когнітивної, психодинамічної та психофізіологічної [19]. Вона розглядає посттравматичний стресовий розлад як проблему обробки та зберігання інформації про травматичну подію в пам'яті. Згідно з цією моделлю, при травмі відбувається порушення нормального процесу обробки інформації, в результаті чого спогади про травму зберігаються не в інтегрованому, а в фрагментованому вигляді. Це призводить до повторюваних симптомів, таких як флешбеки, інтрузії та кошмари, оскільки мозок не може «обробити» травматичний досвід повноцінно [9].

Когнітивна модель ПТСР фокусується на тому, як травматична подія змінює мислення людини, її базові переконання та сприйняття світу, себе й інших. Ця модель стверджує, що симптоми ПТСР формуються через

негативні когнітивні схеми та дисфункціональні переконання, які виникають внаслідок травматичного досвіду. Травма може призвести до виникнення нових, травматично спотворених уявлень, що утримують людину в стані постійного стресу й заважають нормальній інтеграції події [34].

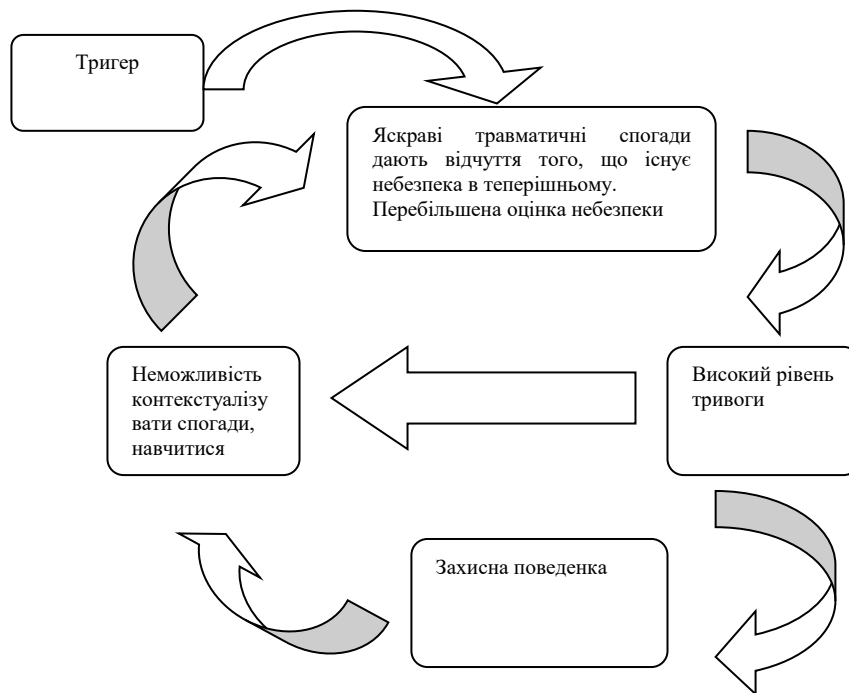


Рис. 2.1 Когнітивна модель ПТСР

Виділяють декілька типів ПТСР:

1. Тривожний тип ПТСР. Основними симптомами цього типу є надмірна тривожність, гіперзбудливість і постійне очікування загрози. Цей підтип ПТСР характеризується інтенсивними проявами страху, паніки, а також постійним станом «бойової готовності», навіть у безпечних ситуаціях [31].

Основні симптоми тривожного типу ПТСР: підвищена тривожність та гіпернастороженість, проблеми зі сном, гіперзбудливість і надмірна реакція на подразники, уникання ситуацій, що нагадують про травму, проблеми з концентрацією та пам'яттю [31].

У таких випадках людина постійно перебуває в стані підвищеної настороженості, що негативно впливає на її здатність відпочивати, зосереджуватись, взаємодіяти з іншими та підтримувати здоровий спосіб життя [34].

2. Астенічний тип ПТСР. Характеризується виснаженням, втому, зниженням енергії та втратою мотивації. На відміну від тривожного типу, де переважає стан постійної настороженості, в астенічному типі людина часто відчуває апатію, емоційне та фізичне виснаження, а також зниження інтересу до життя [29].

3. Дисфоричний тип ПТСР характеризується переважно негативними емоціями, такими як злість, роздратування, відчай, і постійним відчуттям внутрішнього дискомфорту. На відміну від тривожного або астенічного типів ПТСР, дисфоричний тип більшою мірою пов'язаний з інтенсивними переживаннями гніву і напруження, що спричинені травматичним досвідом і можуть призводити до агресивної або саморуйнівної поведінки [31].

4. Соматоформний тип ПТСР при якому основні симптоми проявляються в тілесних (соматичних) відчуттях і скаргах. Люди з цим типом ПТСР схильні відчувати фізичний дискомфорт, біль або інші соматичні симптоми, які не мають очевидного фізіологічного пояснення, але пов'язані з пережитим травматичним досвідом [15].

Слід пам'ятати, що ПТСР - це психічне захворювання. В міжнародній класифікації хвороб воно класифікується як порушення психічного здоров'я. Тому, діагноз ПТСР ставить лікар-психіатр.

Висновки до першого розділу

ТРАВМІВНА ПОДІЯ - це досвід або ситуація, що має серйозний вплив на психічне, емоційне та фізіологічне здоров'я людини і перевищує її адаптаційні можливості. Такі події можуть створити відчуття безпорадності, жаху або сильного стресу, викликаючи потужні емоційні, когнітивні та поведінкові реакції. Після травмівної події людина може зазнати значних змін у способі сприйняття себе та світу.

Травмуюча ситуація впливає на психіку так, що її наслідки можуть зберігатися довго, навіть якщо подія вже давно минула.

Вплив переживання людиною травмуючих подій на її психічне здоров'я має два аспекти.

Перший — той, який лежить на поверхні — це руйнівний, виражений у вигляді «розладів, пов'язаних із травмою та стресором»

Другий аспект впливу травми — «ріст», який проявляється тоді, коли людина змогла «пройти крізь» травму, пережити її. У результаті такого проживання якість життя людини змінюється, але вже в інший бік — з'являються нові усвідомлення, міняються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей.

Важливу роль у процесі вибора людиною подальших дій для її виживання й адаптації до мінливих умов відіграє наявність базисних, уже сформованих переконань - глобальних, стійких уявлень індивіда про світ і себе, які впливають на мислення, емоційні стани і поведінку людини.

Як варіант наслідку після травматичної події є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Він розвивається тоді, коли люди, яка зазнала впливу вкрай загрозливих подій, не може інтегрувати цей негативний досвід в свою картину світу.

Проте, варто зазначити, що не у кожної людини, яка пережила травматичний досвід, обов'язково розвивається ПТСР.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ БАЗИСНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ВРАЗЛИВОСТІ ДО ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

2.1. Процедура та методики дослідження

Для виявлення впливу надзвичайних ситуацій на психіку людини, можливий вплив дисфункціональних переконань на спотворене сприйняття травмуючої ситуації та посттравматичне зростання були використані наступні методики:

- Для вивчення вразливості була використана:

- Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (цивільний варіант) (The Mississippi Scale for Civilian PTSD);

- Для вивчення когнітивних чинників були використані:

- Шкала дисфункціональних ставлень А.Бека-А.Вейсмана (A.Beck & A.Weissman Dysfunctional Attitudes Scale);
- Опитувальник посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, в адаптації М. Магомед-Емінова);
- Опитувальник базисних переконань Янофф-Бульман (World Assumptions Scale, WAS).

Результати опитування аналізувалися із використанням методів статистичної обробки даних (обробка, обчислення результатів дослідження, якісний та кількісний аналіз даних).

Місісіпська шкала (цивільний варіант) використовується для дослідження посттравматичного стресового розладу у людей, які стали свідками або учасниками надзвичайних ситуацій різного характеру. Також за допомогою даної методики можна виявити схильність особистості до почуття провини та суїцидальності. Призначена методика лише для дорослих [19].

Опис методики: шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів

проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду [19].

Пункти опитувальника відповідають 4 категоріям, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 - уникання і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості, а також п'ять питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності. Ця шкала відзначається високою діагностичною ефективністю, а підсумковий бал за шкалою корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад» [19].

Слід підкреслити, що встановлення клінічного діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» здійснюється при наявності відповідних клінічних критеріїв за МКХ-11, доповнених результатами обстеження за допомогою місісіпської шкали [19].

Важливо: обстеження за допомогою цієї шкали здійснюється тільки у випадку наявності у людини в анамнезі переживання екстремальної події (діагностичний критерій А). У разі відсутності критерію А обстеження за допомогою не здійснюється [19].

Шкала дисфункціональних ставлень А.Бека-А.Вейсмана (DAS, Dysfunctional attitude scale) розроблена А. Беком та А. Вейсманом в 1978 р. для дослідження когнітивних спотворень, що лежать в основі неадекватного емоційного реагування та психогенних розладів. Це практична основа для когнітивно-поведінкової терапії [3].

Шкала дає змогу оцінити інтенсивність дисфункціональних переконань, що лежать в основі невротичних та психосоматичних розладів [3].

Згідно з поглядами А. Бека, у людей, схильних до депресії та інших розладів, є неадаптивні схеми, які не діють доти, доки не будуть активовані стресовими життєвими подіями. Дисфункціональні установки виражають зміст неадаптивних схем мислення, що активуються під впливом стресових факторів [19].

Опитувальник містить 40 прямих й обернених тверджень, які оцінюються за 7- бальною шкалою, де 1 бал - повністю згоден, 2 бали - в основному згоден, 3 бали - скоріше згоден, 4 бали - важко визначити, 5 балів - скоріше не згоден, 6 балів - в основному не згоден, 7 балів – повністю не згоден. Розподіл оцінок за шкалами авторами не передбачений, аналіз проводиться за загальним балом і за оцінками вираженості окремих дисфункціональних установок [22].

Загальна сумарна оцінка прямо відображає ступінь вираженості дисфункціональних установок - неадаптивних помилок сприйняття реальності, які впливають на систему емоційних і поведінкових реакцій особистості, провокуючи виникнення невротичних розладів. Аналіз відповіді по кожному окремому твердженню дозволяє виявити вираженість окремих когнітивних спотворень [22].

Опитувальник посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, в адаптації М. Магомед-Емінова).

Посттравматичне зростання - це позитивні зміни, які можуть відбуватися в житті людини внаслідок пережиття значних травматичних подій. Це не просто повернення до стану перед травмою, а глибше особистісне зростання, що включає формування нових переконань, переоцінку цінностей та розвиток нових життєвих стратегій. Термін було введено психологами Річардом Тадеші та Лоуренсом Калхауном, які вперше систематично описали цей процес [21, с.34].

Посттравматичне зростання проявляється різними шляхами: через когнітивне осмислення - людина активно розмірковує над причинами і наслідками події, намагається знайти сенс у пережитому, що запускає процеси зміни переконань і перегляду життєвих цінностей, соціальну підтримку, емоційне вираження, розвиток нових стратегій адаптації [15].

Посттравматичне зростання у прийнятих сьогодні теоретичних моделях розглядається як результат когнітивної обробки травматичного досвіду,

включаючи адаптацію до отриманої інформації та трансформацію Я-концепції і світогляду особистості [14].

Процесуальний опис посттравматичного зростання в моделі R. Tedeschi, L. Calhoun описує посттравматичне зростання як складний процес адаптації, у якому людина не лише долає наслідки травми, а й розвивається на особистісному рівні [3].

Ця модель пропонує пояснення того, як травматичний досвід може стати каталізатором глибоких внутрішніх змін. Вона описує посттравматичного зростання як результат перебудови особистісних переконань, цінностей, розуміння себе та світу, а також розвитку нових життєвих стратегій [14].

Дотичним, але не тотожним до посттравматичного зростання є поняття резильєнтності [14].

Дана методика містить 21 твердження з шістьма можливими варіантами відповідей, що формують п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя, а також загальний індекс посттравматичного зростання. Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу [14].

Шкала «Ставлення до інших». Особистість стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення позитивних взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей [14].

Шкала «Нові можливості». Після кризової ситуації в особистості з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо [14].

Шкала «Сила особистості». Особистість стала краще розуміти, що може долати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі [14].

Шкала «Духовні зміни». Особистість стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою [14].

Шкала «Підвищення цінності життя». В особистості змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його змістовнішим. Досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчують впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми [14].

Опитувальник Р. Янофф-Бульман "Шкала базисних переконань" (ШБП) складається з 8 субшкал. У модифікованому варіанті ШБП базисні переконання вивчаються за допомогою 5 субшкал:

1-а субшкала - Доброзичливість навколишнього світу - відображає переконання людини в тому, що навколишні люди загалом добрі і гідні довір'я. 2-а субшкала - Справедливість - відображає переконаність в тому, що розподіл подій, котрі відбуваються з людьми, здійснюється за принципом справедливості, тобто кожний отримує те, що заслуговує. 3-я субшкала - Образ Я - містить уявлення індивіда про себе, як про людину гідну любові і поваги. 4-а субшкала - Ступінь успіху, вдачі - відображає переконання про те, що даний індивід - удачлива і везуча людина. 5-а субшкала - Ступінь самоконтроля (контролю над подіями) - відображає переконання людини в тому, що він може контролювати своє життя і події, що відбуваються в ній [28].

Рівні проявлення шкал в балах: 0–3 – низький; 4–7 – середній; 8–10 – високий [28].

2.2. Особливості когнітивних чинників та вираженість посттравматичної стресової симптоматики.

Об'єкт дослідження: психологічні чинники вразливості до впливу травматичних подій.

Предметом дослідження є взаємозв'язок когнітивних чинників та ступеня вразливості людини до пережитого травматичного досвіду.

Мета дослідження: вивчення когнітивних чинників вразливості особистості до впливу травматичних подій, розробка на основі отриманих даних психокорекційної програми подолання наслідків негативного впливу травматичних подій.

Гіпотеза: інтенсивність посттравматичних стресових реакцій заємопов'язана з базовими переконаннями особистості.

Експериментальна база і вибірка. Дослідження проводилось шляхом онлайн опитування (за допомогою Гугл форми) та психологічного обстеження людей, які пережили травматичну подію. Досліджувана група складалась із 40 осіб, всі досліджувані дорослі – від 20 до 65 років, більшість жінок – 24 особи, чоловіків – 16 осіб. Серед опитуваних – особи з вищою та середньо-спеціальною освітою. Місце проживання – Харківська, Сумська, Чернігівська, Київська, Одеська області.

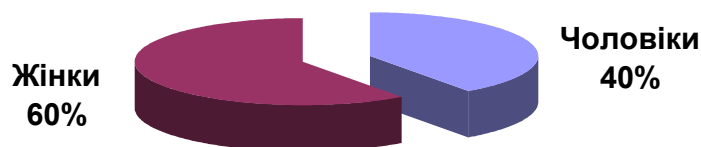


Рис. 2.1 Розподіл вибірки за гендером

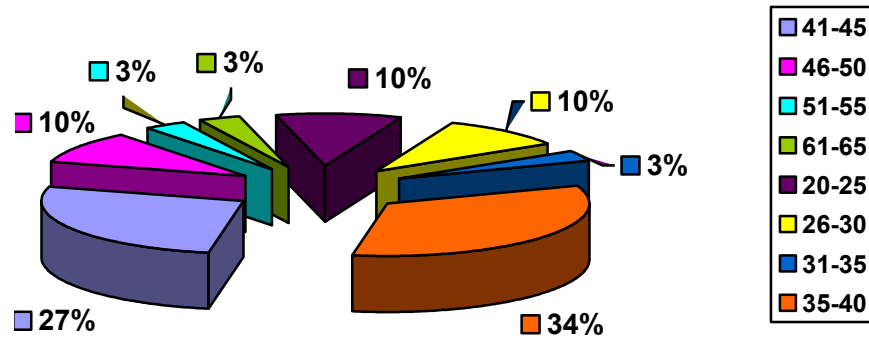


Рис. 2.2 Розподіл вибірки за віком

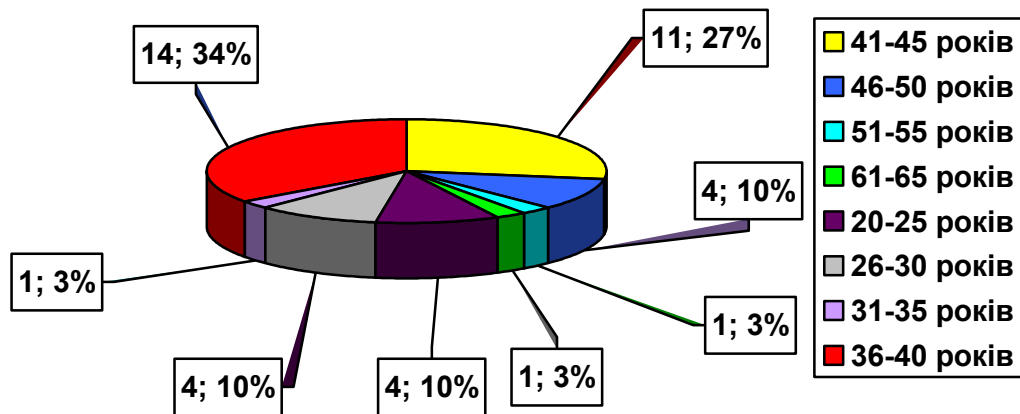


Рис. 2.3 Розподіл вибірки за кількістю опитуваних (чоловік; %)

Перед опитуванням досліджувані отримують інструкцію, в якій вказано, що саме оцінює дана методика, та відмітити наскільки вони погоджуються чи не погоджуються з твердженнями. Результати шкали підраховуються згідно з ключем.

Опитування за Місісіпською шкалою показало, що більша частина респондентів (73%) мають середній рівень розладу адаптації, тобто наявні невротичні розлади.

18 % мають занижені показники, тобто можливі окремі прояви невротичних розладів.

9 %, тобто 3 людини з 40 мають виражені симптоми ПТСР і підлягають подальшій психологічній оцінці та, можливо, лікуванню. Але високі бали не завжди вказують на наявність ПТСР. Інтерпретація результатів повинна враховувати клінічні прояви, історію травматичних подій та інші діагностичні критерії. Остаточний діагноз лікар виносить на основі повної клінічної оцінки.

Показники, що відповідають нормі – відсутні.

Таблиця 2.1

Рівні розладу адаптації

<i>Рівні розладу адаптації</i>	<i>Бали</i>	<i>Кількість осіб</i>
Низький (норма)	< 40	0
Знижений (можливі окремі прояви невротичних розладів)	41–78	6; 18 %;
Середній (невротичні розлади)	79 –117	24; 73%
Підвищений (підозра на розвиток ПТСР, необхідне лікарське обстеження)	> 118	9 %

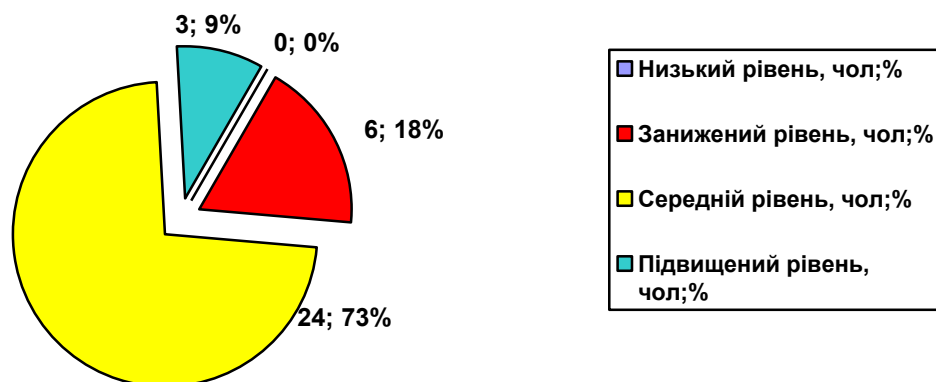


Рис. 2.4 Показники рівня розладу адаптації

Таблиця 2.2

Узагальнені результати оцінки ступеня виразності дисфункціональних ставлень (за А.Беком-А.Вейсманом)

<i>Ступінь виразності дисфункціональних ставлень</i>	<i>Бали</i>	<i>Кількість осіб</i>
Низький	102 і менше	0
Середній	103-138	5, 13%
Високий	139 і більше	35, 87 %

Опитування показало, що переважна більшість респондентів (87 %) мають високий рівень дисфункціональних ставлень, численні нереалістичні або обмежуючі переконання, тобто відзначається виражена тенденція до спотворення реальності на основі помилкових припущень (іноді несвідомих), які відображають особливості сприйняття подій і тим самим визначають емоційну реакцію.

Середні показники свідчать про менш виражені дисфункціональні переконання.

Опитувані з низьким рівнем дисфункціональних ставлень відсутні.

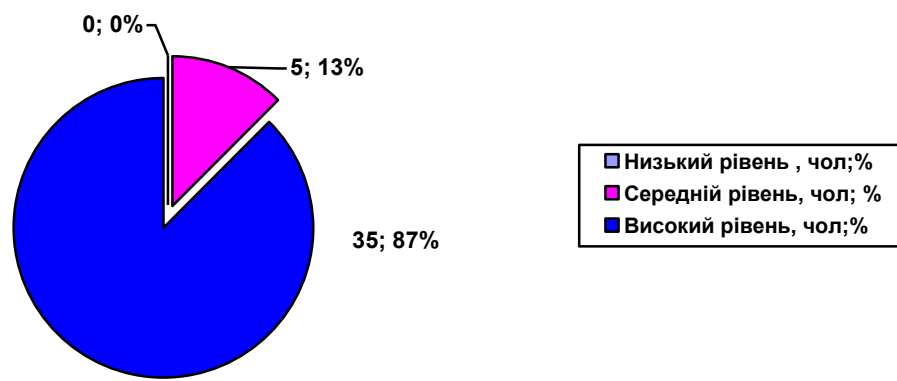


Рис. 2.5 Показники дисфункціональних ставлень

Таблиця 2.3

**Узагальнені результати оцінки посттравматичного зростання
(за Р. Тадеші та Л. Калхаун)**

Показник	Рівень	Бали	Кількість	Загальний результат, бали
Ставлення до інших	Низький	0-14	22; 54%	13
	Середній	15-24	15; 38%	
	Високий	25-35	3; 8%	
Нові можливості	Низький	0-9	13; 33%	10
	Середній	10-15	19; 47%	
	Високий	16-25	8; 20%	
Сила особистості	Низький	0-7	15; 38%	9
	Середній	8-15	19; 47%	
	Високий	16-20	6; 15%	
Духовні зміни	Низький	0-3	20; 49%	3
	Середній	4-6	13; 33%	
	Високий	7-10	7; 18%	

Підвищення цінності життя	Низький	0-6	14; 35%	8
	Середній	7-11	17; 42%	
	Високий	12-15	9; 23%	
Посттравматичне зростання	Низький	0-32	8; 20	43
	Середній	33-63	25; 62	
	Високий	64-105	7; 18	

Загалом вибірку можна охарактеризувати як таку, що має середній рівень посттравматичного зростання, який вказує на ймовірну часткову адаптацію до соціально-політичних обставин, пошуку ресурсу та перегляду світоглядних конструктів, але ці зміни не є дуже вираженими або всебічними. Це може бути проміжним етапом на шляху до повного посттравматичного зростання, або ж це може бути кінцевий рівень змін, яких досягла людина. Але це можна вважати позитивним знаком того, що стикнувшись з травматичним досвідом, люди не регресували, не розчарувалися в собі, в оточенні, в усьому світі вцілому, а все ж таки змогли знайти в собі сили рухатися далі, хоч повільно, але психічно, емоційно, духовно зростати.

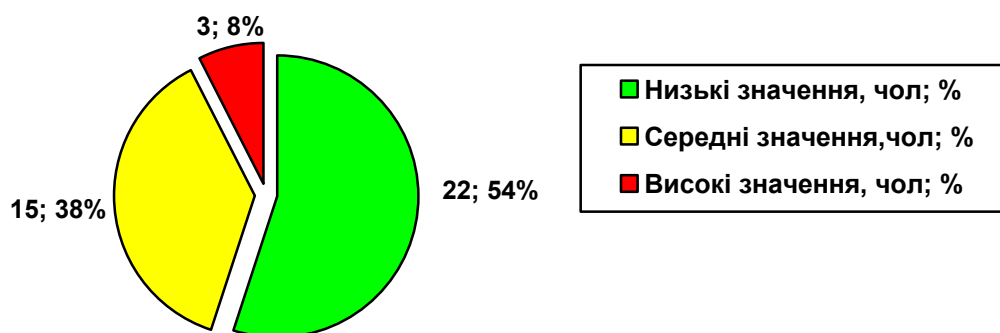


Рис. 2.6 Результати за показниками «Ставлення до інших»

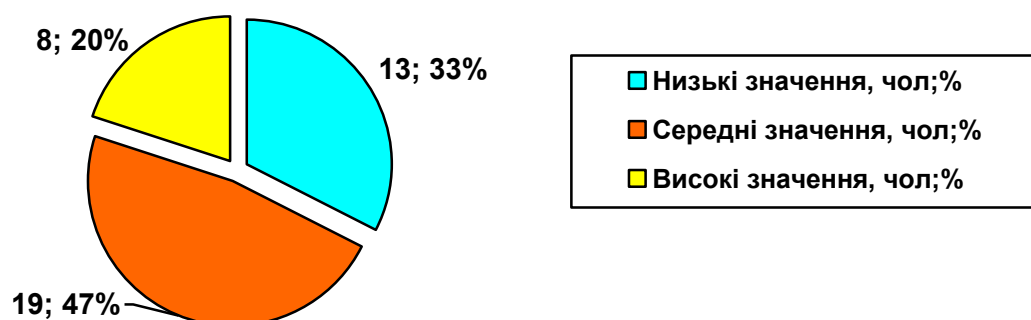


Рис. 2.7 Результати за показниками «Нові можливості»

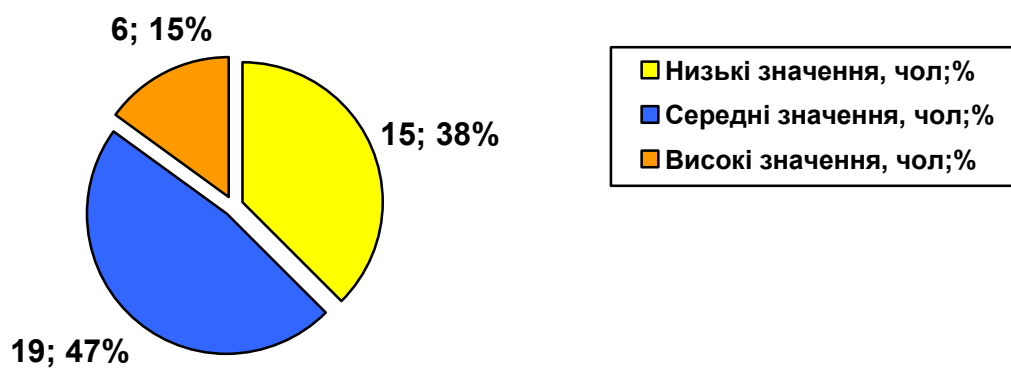


Рис. 2.8 Результати за показниками «Сила особистості»

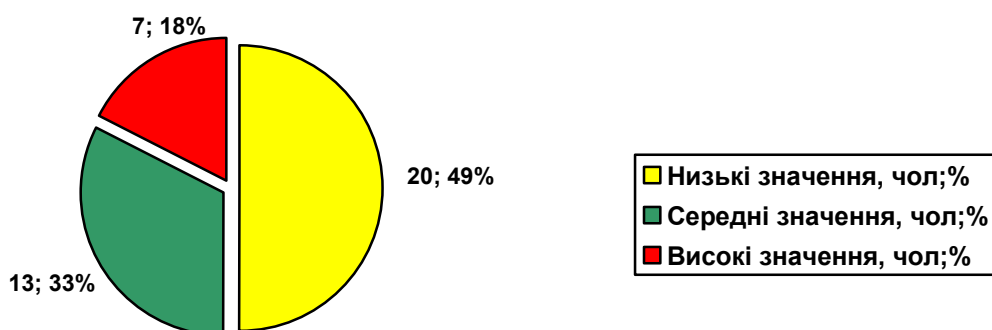


Рис. 2.9 Результати за показниками «Духовні зміни»

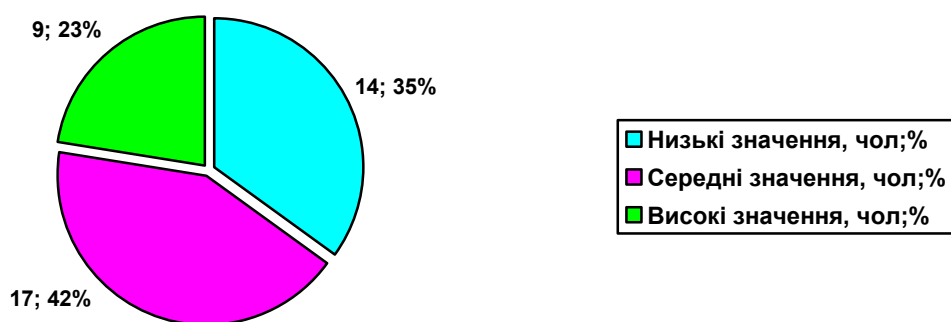


Рис. 2.10 Результати за показниками «Підвищення цінності життя»

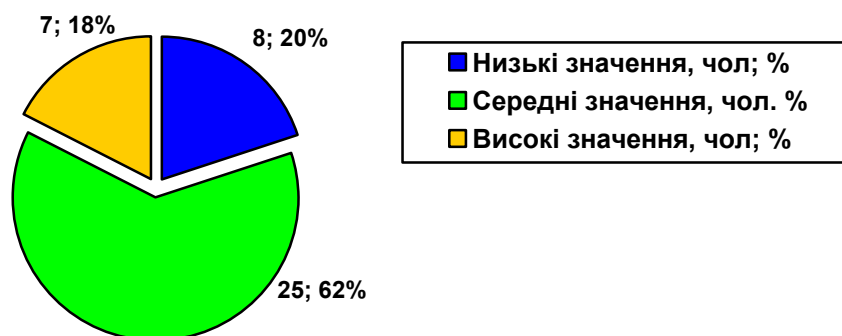


Рис. 2.11 Результати за показниками «Посттравматичне зростання»

Таблиця 2.4

Показники базисних переконань Янофф-Бульман

Показник	Рівень	Бали	Кількість	Загальний бал
Доброзичливість навколишнього світу	Низький	0-3,5	11; 28%	4
	середній	3,5-7	23; 57%	
	Високий	7-10	6; 15%	
Справедливість	Низький	0-3,5	36; 90%	1
	Середній	3,5-7	4; 10%	
	Високий	7-10	0	
Образ Я	Низький	0-3,5	2; 5%	10
	Середній	3,5-7	3; 8%	
	Високий	7-10	35; 87%	
Ступінь успіху, вдачі	Низький	0-3,5	12; 30%	10
	Середній	3,5-7	3; 8%	
	Високий	7-10	25; 62%	
Ступінь самоконтроля	Низький	0-3,5	32; 80%	2
	Середній	3,5-7	8; 20%	
	Високий	7-10	0	

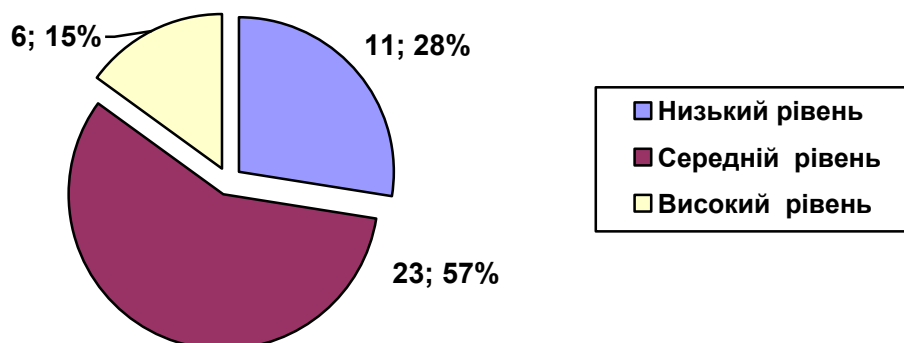


Рис. 2.12 Результати за показниками «Доброзичливість навколишнього світу»

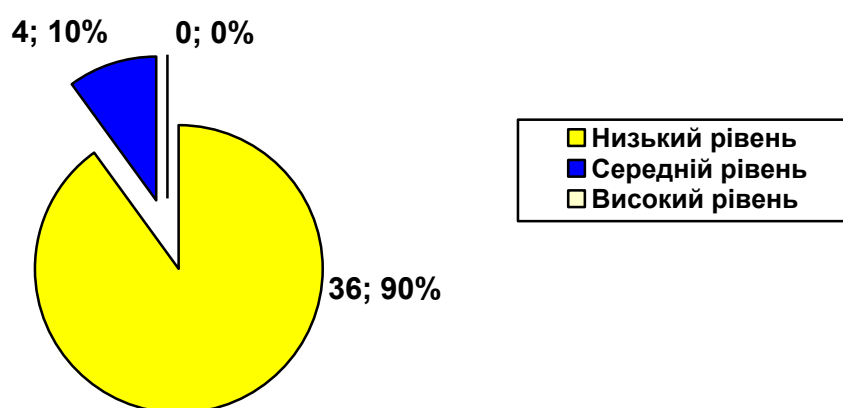


Рис. 2.13 Результати за показниками «Справедливість»

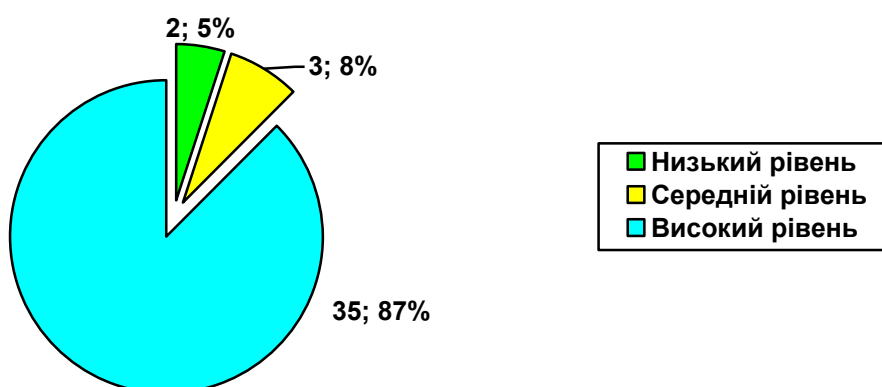


Рис. 2.14 Результати за показниками «Образ Я»

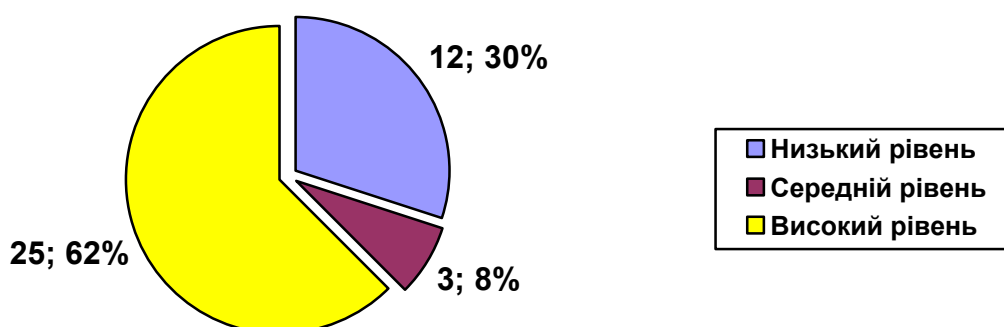


Рис. 2.15 Результати за показниками «Ступінь успіху, вдачі»

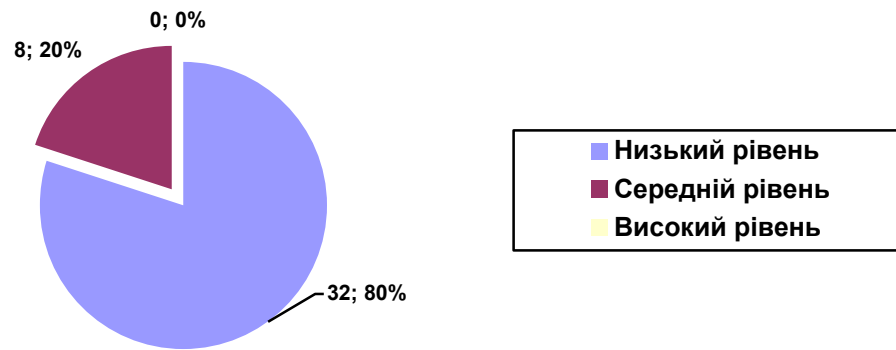


Рис. 2.16 Результати за показниками «Ступінь самоконтроля»

Таким чином, проаналізувавши результати опитування, можна зробити наступні висновки: 85% респондентів мають низькі показники за такими шкалами, як «Справедливість» і «Ступінь самоконтроля». Тобто, більшість людей впевнена, що в світі немає справедливості (не всі люди отримують по заслугі, те, на що заслуговують), що успіх не є результатом старанності і сумлінної праці; успіх і невдача не є результатом причинно-наслідкових зв'язків; життя не піддається контролю з боку людини, вона не може впливати на хід подій, розпоряджатися власним життям.

Показник «Доброзичливість світу» має середні значення. У 57 % опитуваних спостерігається все ж таки деяка недовіра до світу, але разом з тим, вони вважають, що в світі панує не лише зло, а серед їхнього соціального оточення все ж трапляються надійні, доброзичливі люди.

Показники « Образ «Я» і «Ступінь успіху, вдачі» мають високі значення, найвищі серед інших шкал. Тобто, більшість опитуваних (62%) впевнені, що вони цінні самі по собі, гідні любові та поваги; удачливі та везучі люди.

2.3. Взаємозв'язок когнітивних схем та вираженості симптомів ПТСР

Для виявлення впливу дисфункційних ставлень (особистісних ірраціональних, дезадаптивних установок і переконань) на рівень вираженості симптомів ПТСР, був проведений кореляційний аналіз (за Пірсоном):

Таблиця 2.5

Кореляційний зв'язок дисфункціональних ставлень та посттравматичного стресового розладу

Шкала «Дисфункціональні ставлення»	0.935
Шкала «Посттравматичний стресовий розлад»	

В результаті отримали значущий кореляційний зв'язок. Це свідчить про залежність виражених симптомів ПТСР від неадаптивних схем мислення, тобто когнітивних спотворень, що лежать в основі неадекватного емоційного реагування (переконання або патерни мислення, які є нереалістичними, негативними або обмежуючими для людини).

Таблиця 2.6

Кореляційний зв'язок базисних переконань зі шкалою ПТСР (коефіцієнт кореляції Пірсона)

Шкала «Посттравматичний стресовий розлад»					
Шкала «Базисні переконання»	Доброзичливість навколишнього світу	Справедливість	Образ Я	Ступінь успіху, вдачі	Ступінь самоконтроля
	-0,53*	-0,66*	***	-0,83	***

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$, *** - відсутність значущого статистичного зв'язку

Кореляційний аналіз посттравматичного стресового розладу та базисних переконань особистості показав наступні результати: такі показники, як «доброзичливість навколишнього світу» та «справедливість» мають значущу кореляцію з тенденцією до сильної, це значить, що чим меншим є один показник, тим вищим інший. Травматичні події часто кидають виклик базовій вірі в те, що світ є безпечним, доброзичливим і справедливим. Людина після травми починає бачити світ як небезпечний і ворожий, вона схильна сприймати більше подій як загрозливих. І навпаки: переконаність людей у ворожості світу і відсутності в ньому справедливості

робить їх більш вразливими до розвитку ПТСР, а самі симптоми більш вираженими.

Такий показник, як «ступінь успіху, вдачі» має сильну негативну кореляцію (збільшення одного показника веде до зниження іншого і навпаки). Травма часто підриває відчуття контролю над життям. Людина може почати бачити події як хаотичні або невдачі як щось неминуче. Негативні переконання про власний успіх і вдачу можуть сприяти розвитку ПТСР, оскільки людина починає сприймати себе як безпорадну.

Щодо таких показників, як «Образ «Я» та «Ступінь самоконтроля», то тут не вдалося виявити статистично значущої кореляції.

Таблиця 2.6

Кореляційний зв'язок посттравматичного зростання зі шкалою ПТСР (коефіцієнт кореляції Пірсона)

Шкала «Посттравматичний стресовий розлад»					
Шкала «Посттравматичне зростання»	Ставлення до інших	Нові можливості	Сила особистості	Духовні зміни	Підвищення цінності життя
	-0,215***	***	***	***	0,315*

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$, *** - відсутність значущого статистичного зв'язку

Кореляційний аналіз посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання не надав статистично значущих результатів. Тобто, немає залежності між цими показниками, але щодо такого показника, як «Підвищення цінності життя», то тут можна спостерігати помірну позитивну кореляцію, що означає те, що чим більш вираженими є симптоми ПТСР, тим більше людина цінує своє життя. Дуже часто травма сприяє переосмисленню життєвих пріоритетів і відчуттю цінності свого буття, його сенсу і цілей.

Таблиця 2.7

Кореляційний зв'язок базисних переконань та посттравматичного зростання

Шкала «Базисні переконання»	Доброзичливість навколишнього світу	Справедливість	Образ Я	Ступінь успіху, вдачі	Ступінь самоконтроля
Шкала «Посттравматичне зростання»	Ставлення до інших	Нові можливості	Сила особистості	Духовні зміни	Підвищення цінності життя
	-0,56*	-0,54*	0,62*	0,92*	0,51*

Примітки: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$, *** - відсутність значущого статистичного зв'язку

Аналіз між базисними переконаннями та посттравматичним зростанням може допомогти зрозуміти, як глибокі переконання людини щодо світу, себе та інших людей впливають на її здатність до адаптації та зростання після пережитих травм.

Кореляційний аналіз базисних переконань та посттравматичного зростання показав наступні результати: такі показники, як «доброзичливість навколишнього світу» та «ставлення до інших» мають сильну негативну кореляцію. Тобто, чим доброзичливіше людина сприймає цей світ, тим вона має краще, більш позитивне ставлення до інших людей і навпаки.

Показники «Справедливість» і «Нові можливості» мають також сильну негативну кореляцію. Втрата відчуття справедливості може знижувати здатність людини відчувати чи розпізнавати нові можливості для покращення свого життя, знижує мотивацію до змін, людина починає ставитися до світу як до місця, де можливості не є рівними або доступними для всіх. І навпаки: переконаність в справедливості може відкрити людині нові обрії в її всебічному зростанні, самореалізації. Люди, які вірять у те, що життя справедливе, зазвичай більш впевнені в тому, що їхні зусилля будуть винагороджені, що сприяє відкриттю нових можливостей для росту і розвитку.

«Образ Я» і «Сила особистості» мають сильну позитивну кореляцію. Тобто, чим сильніше і стабільніше почуття особистої ідентичності (образ "Я"), тим вищою є сила особистості, яка включає такі характеристики, як впевненість, рішучість, самоконтроль і здатність до адаптації.

Сильна позитивна кореляція між ступенем самоконтролю та підвищенням цінності життя вказує на те, що люди з вищим рівнем самоконтролю зазвичай відчують більш високу цінність життя. Іншими словами, з ростом самоконтролю може зростати і суб'єктивне відчуття цінності життя. Самоконтроль включає здатність управляти своїми емоціями, що дозволяє людині зберігати позитивне ставлення навіть у складних ситуаціях. Така емоційна стабільність часто супроводжується більш високим рівнем задоволення від життя та відчуттям його цінності. Люди, які можуть контролювати свої імпульси і стрес, менш схильні до депресії та тривоги, що підвищує їхнє відчуття щастя і задоволення життям.

Висновки до другого розділу

У дослідженні впливу надзвичайних ситуацій на психіку людини, впливу дисфункціональних переконань на спотворене сприйняття травмуючої ситуації та посттравматичне зростання було проведено опитування 40 осіб: серед них 24 жінки та 16 чоловіків.

Оцінка рівня розладу адаптації показала, що більша частина респондентів (73%) мають середній рівень розладу адаптації, тобто наявні невротичні розлади, 18 % мають занижені показники, тобто можливі окремі прояви невротичних розладів, 9 %, тобто 3 людини з 40 мають виражені симптоми ПТСР і підлягають подальшій психологічній оцінці та, можливо, лікуванню. Показники, що відповідають нормі – відсутні.

Результати оцінки ступеня виразності дисфункціональних ставлень показало, що переважна більшість респондентів (87 %) має високий рівень дисфункціональних ставлень, тобто відзначається виражена тенденція до спотворення реальності на основі помилкових припущень (іноді несвідомих), які відображають особливості сприйняття подій і тим самим визначають емоційну реакцію. Опитувані з низьким рівнем дисфункціональних ставлень відсутні.

Результати оцінки посттравматичного зростання показали середній рівень посттравматичного зростання, що вказує на ймовірну часткову адаптацію до соціально-політичних обставин, пошуку ресурсу та перегляду світоглядних конструктів, але ці зміни не є дуже вираженими або всебічними.

Оцінка базисних переконань показала, що 85% респондентів мають низькі показники за такими шкалами, як «Справедливість» і «Ступінь самоконтроля». Показник «Доброзичливість світу» має середні значення. У 57 % опитуваних спостерігається все ж таки деяка недовіра до світу, але разом з тим, вони вважають, що в світі панує не лише зло, а серед їхнього соціального оточення все ж трапляються надійні, доброзичливі люди.

Показники «Образ «Я» і «Ступінь успіху, вдачі» мають високі значення, найвищі серед інших шкал. Тобто, більшість опитуваних (62%) впевнені, що вони цінні самі по собі, гідні любові та поваги; удачливі та везучі люди.

Проведене опитування та аналіз отриманих результатів підтвердив гіпотезу, яка висувається: інтенсивність посттравматичних стресових реакцій взаємопов'язана з базовими переконаннями особистості. Про це свідчать такі показники, як «доброзичливість навколишнього світу», «справедливість», а також «ступінь успіху, вдачі», які корелюють з показниками рівня адаптації (мають помірну негативну та сильну кореляцію). Щодо такого показника, як дисфункціональні ставлення, то він яскраво демонструє залежність симптомів ПТСР від когнітивних спотворень, що лежать в основі неадекватного емоційного реагування. Кореляційний аналіз прямо відображає ступінь вираженості розладу адаптації від виразності дисфункціональних ставлень.

РОЗДІЛ 3. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД КОГНІТИВНОЇ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ

Мета: розробити програми по корекції дисфункціональних або негативних думок, переконань та установок, які сприяють виникненню негативних емоцій та неадаптивної поведінки.

Завдання:

- 1) ознайомитися з особистісними конструктами та когнітивною реструктуризація та виявленням їх у рамках КПАТ;
- 2) розробити програми, які сприятимуть зміні неефективних або деструктивних когніцій (думок, переконань, установок) на більш адаптивні, що дозволяє зменшити стрес, тривогу, депресію та інші негативні емоційні стани;
- 2) розробити КПАТ програми щодо надання допомоги особам, які перебувають в складних життєвих обставинах, як ефективного способу зняття стресу.

Когнітивно - поведінкова арт-терапія (КПАТ) є інтегративним підходом, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та арт-терапії для корекції дезадаптивних схем. Цей метод спрямований на зміну негативних думок, емоцій та поведінкових реакцій через творчі процеси [1].

Основні аспекти КПАТ:

- Когнітивно-поведінковий підхід:
 - Фокусується на виявленні та зміні негативних автоматичних думок і дезадаптивних схем [1].
 - Використовує техніки, такі як когнітивна реструктуризація, експозиція та навчання навичок [1].
- Арт-терапія:
 - Включає використання мистецьких засобів (малювання, ліплення, колажування) як способу вираження емоцій та роботи з внутрішніми конфліктами [2].

- Дозволяє пацієнтам безпосередньо взаємодіяти з їхніми емоційними станами та мисленням, що важливо для виявлення підсвідомих процесів [22].

Переваги КПАТ:

- Невербальне вираження: творчий процес допомагає пацієнтам виразити думки та емоції, які важко сформулювати словами [30].
- Глибше розуміння себе: через мистецькі практики пацієнти можуть краще усвідомити свої дезадаптивні схеми та знайти нові способи їх корекції.
- Зміцнення позитивних навичок: КПАТ сприяє розвитку позитивних мисленнєвих і поведінкових стратегій через активну участь у терапевтичному процесі [30].

Використання КПАТ для корекції дезадаптивних схем:

КПАТ може бути ефективним методом для осіб, які мають труднощі з усвідомленням та вербалізацією своїх емоцій і думок. Використання арт-терапевтичних технік дозволяє створювати безпечне середовище, де пацієнт може досліджувати та змінювати свої дезадаптивні схеми, що веде до більш адаптивного мислення та поведінки [3].

КПАТ є цінним інструментом для психологів і терапевтів, які працюють з різними клієнтами, особливо тими, хто відчуває труднощі у традиційній вербальній терапії [31].

Одним із ключових елементів програми КПАТ, яка поєднує методи КПТ з емпіричним характером арт-терапії, є використання внутрішніх, або ментальних, образів. Було виявлено, що зображення мають глибокий вплив на людину і можуть бути терапевтично значущими для зміни поглядів, конструктів і самого знання [27].

КПАТ, як і КПТ, спрямована на виявлення та зміну нефункціонального мислення. Після того, як нова наука пізнання і когнітивна психологія були введені в поведінкову терапію, акцент змістився зі зміни проблемної поведінки на зміну спотвореного мислення і розкриття механізму, за допомогою якого проблемні міркування призводять до дисфункціональної поведінки. Мислення було не єдиним когнітивним процесом, що вивчався на

той час, і когнітивно-поведінкова терапія стала зосереджуватися на всіх аспектах пізнання: мисленні, афективних і сенсорних станах, сприйнятті, образах і поведінці [27].

Когнітивна реструктуризація – це процес виявлення дисфункціональної думки, її аналізу та допомоги клієнту зменшити інтенсивність емоційного забарвлення когніцій, щоб зробити їх більш адаптивними та реалістичними [26].

Цей метод був розроблений Еллісом у 1962 році. Мета полягає не в усуненні, а в тому, щоб реконструювати проблемне мислення. Когнітивна реструктуризація бере базовий, очевидний рівень проблемного мислення, такого як «Я не маю значення» – і клієнт перевіряє цю ідею з різних точок зору. Потім його просять переформулювати попередню думку так, щоб вона більше відповідала зробленим висновкам. Наприклад, змінити цю думку на «Іноді я не такий хороший, як міг би бути, але іноді я теж хороший» [27].

Розвиваючи врівноважений розумовий процес, клієнт не заперечує своїх відчуттів, що іноді його не дуже добре оцінюють, але тепер це негативне самоствердження пом'якшується новим знанням про те, що настануть інші часи і його цінність буде помічена. Метою когнітивної перебудови є розробка раціональних, адаптивних моделей мислення [27].

Етапи когнітивної реструктуризації в арт-терапії:

1. Виявлення автоматичних думок: клієнт створює малюнок, колаж або інший арт-об'єкт, що символізує його автоматичні думки. Наприклад, якщо людина постійно відчуває тривогу, вона може зобразити це через символічні образи або сцени. Цей процес допомагає винести на поверхню приховані думки та почуття [27].

2. Аналіз і перевірка автоматичних думок: після створення арт-об'єкту терапевт і клієнт аналізують його, обговорюючи, які думки або переконання він відображає. Клієнта можна запитати: "Що це зображення говорить про твої думки?" або "Чому ти вибрав саме такі кольори/форми?". Це допомагає

зрозуміти, чи є ці думки раціональними та як вони впливають на емоційний стан [27].

3. Створення альтернативних мисленнєвих патернів: клієнту пропонують створити новий арт-об'єкт, який відображає альтернативні, більш раціональні або адаптивні думки. Наприклад, якщо початкова робота зосереджувалася на страху, новий малюнок може символізувати позитивні можливості або успіх. Цей процес сприяє інтеграції нових мисленнєвих патернів у повсякденне життя [27].

4. Трансформація початкового образу: клієнт може взяти свій початковий малюнок або об'єкт і змінити його, додаючи нові елементи або змінюючи існуючі. Це може включати додавання світліших кольорів, зміну форми або додавання символів, що представляють нові, більш позитивні переконання. Цей процес символізує зміну мислення та емоційного стану [27].

5. Закріплення нових установок: клієнт регулярно повертається до створених арт-об'єктів, переглядаючи їх і, якщо необхідно, додаючи нові елементи. Це допомагає закріпити нові мисленнєві установки та робить їх частиною щоденного життя пацієнта [27].

Джордж Келлі - один із засновників когнітивного напрямку у психології, який базується на ідеї, що людина діє як "вчений", активно намагаючись зрозуміти і передбачити світ за допомогою власних когнітивних конструкцій. Якщо конструкт допомагає чітко прогнозувати поведінку, людина збереже його надалі, і навпаки [1].

Отже, дієвість конструкта перевіряється з погляду його прогностичної ефективності, а поведінка людини визначається тим, як людина прогнозує майбутні події. Змінити свої конструкти дуже важко, іноді неможливо, і тому людина прагне змінити інших людей, щоб ті відповідали її конструктам [27].

Психічні розлади виникають у людини тоді, коли не спрацьовують особистісні конструкти - людина не може прогнозувати події, потерпає від невдач. Коли людина переживає труднощі у прийнятті навіть дріб'язкових

рішень - виникає депресія. Задача терапевта допомогти людям змінити конструкти, апробувати нові гіпотези, інтерпретувати ситуацію і стати більш ефективною людиною [27].

Люди розрізняються за змістом і кількістю доступних їм конструктів, за складністю організації системи конструктів і тим, наскільки ці системи відкриті змінам [1].

Джордж Келлі виділяє два типи особистостей: когнітивно складна (особистість, у якої є велика кількість конструктів) і когнітивно проста (з невеликою кількістю конструктів) Людина формує та перевіряє гіпотези, будуючи уявлення про навколишню реальність на основі попереднього досвіду [13].

На думку Келлі, особистість – це динамічна система конструктів, яка розвивається і змінюється в залежності від досвіду та інтерпретації подій. Людина сама активно конструює свою реальність, а її конструкти допомагають організувати знання про світ [14].

Ключовим поняттям теорії Келлі є особистісний конструкт - когнітивна структура, яку люди використовують для сприйняття, інтерпретації та оцінки світу [13].

Конструкти - це полярні шкали (наприклад, «дружній — недружній»), за допомогою яких людина класифікує і порівнює об'єкти чи події [27].

Людина вибирає той полюс дихотомічного конструкта, той результат, який має кращу прогностичну цінність. Одні конструкти придатні для використання лише у вузькому колі подій (конструкт «спортивний-неспортивний»), тоді як інші мають широкий діапазон застосування (наприклад, конструкт «добрий-злий») [26].

Келлі стверджував, що будь-яку подію або об'єкт можна інтерпретувати через різні конструкти. Це означає, що світ не є об'єктивним або сталим: кожна людина будує власну реальність, використовуючи певний набір конструктів, і може змінювати свої уявлення, вибираючи інші конструкти для інтерпретації подій [17].

Кожен конструкт формується на основі особистого досвіду. Наприклад, для когось важливим є конструкт “надійний-ненадійний”, а для іншого – “веселий-серйозний”[22].

Людина використовує свої провідні конструкти для інтерпретації нових ситуацій [22].

Відповідно до даної метафори, Келлі описує людей як учених, котрі формують гіпотези про навколишній світ у формі особистісних конструктів, потім перевіряють свої припущення на практиці [27].

Якщо конструкт допомагає чітко прогнозувати поведінку, людина збереже його надалі, і навпаки. Отже, дієвість конструкта перевіряється з погляду його прогностичної ефективності, а поведінка людини визначається тим, як людина прогнозує майбутні події. Змінити свої конструкти дуже важко, іноді неможливо, і тому людина прагне змінити інших людей, щоб ті відповідали її конструктам [27].

Психічні розлади виникають у людини тоді, коли не спрацьовують особистісні конструкти – людина не може прогнозувати події, потерпає від невдач. Коли людина переживає труднощі у прийнятті навіть дріб’язкових рішень – виникає депресія. Задача терапевта допомогти людям змінити конструкти, апробувати нові гіпотези, інтерпретувати ситуацію і стати більш ефективною людиною [27].

Люди розрізняються за змістом і кількістю доступних їм конструктів, за складністю організації системи конструктів і тим, наскільки ці системи відкриті змінам. Джордж Келлі виділяє два типи особистостей: когнітивно складна (особистість, у якої є велика кількість конструктів) і когнітивно проста (з невеликою кількістю конструктів) [27].

Когнітивно складні люди мають різноманітні, тонко налаштовані конструкти, що дозволяє їм бачити більше варіантів, зважати на суперечливі сторони ситуацій і гнучко змінювати свої погляди. Вони здатні враховувати більше факторів і взаємозв’язків між ними, створюючи багатовимірні категорії для різних людей і ситуацій. Когнітивно складні люди легше

адаптуються до нових ситуацій, оскільки можуть переформатовувати свої уявлення. Вони краще розрізняють індивідуальні особливості інших людей, менше узагальнюють і швидше помічають нюанси; здатні точніше передавати свої думки, оскільки мають більше інструментів для опису і пояснення своїх позицій [26].

Когнітивно прості люди використовують менш розгалужені, узагальнені конструкти, мають обмежений погляд на складні ситуації та схильні приймати прості й чіткі рішення. Їхні категорії менш багатовимірні, часто базуються на базових ознаках, що не враховують глибинні аспекти ситуацій. Їм важко змінювати свої установки чи конструкти, що ускладнює адаптацію до нових обставин. Когнітивно прості люди частіше вдаються до узагальнень і стереотипів, що може впливати на їхні судження про інших людей. Через обмежені когнітивні ресурси, такі люди мають тенденцію до спрощеного пояснення складних явищ [26].

Згідно теорії особистісних конструктів, двоє людей схожі одне на одного настільки, наскільки схожі їх системи конструктів. Більшість людей шукають друзів і коханих серед тих, чия когнітивна складність відповідає їхнім власним показникам. З віком люди стають більш когнітивно складними, і, відповідно, з віком ускладнюється і Я-концепція особистості [32].

Когнітивна складність - бажана адаптивна риса, однак вона не є єдиним критерієм адаптивної конструктної системи. Здоровий розвиток особистості спирається на інтеграцію різноманітних конструктів [14].

Під час творчих занять клієнти мають можливість досліджувати свої способи пізнання та свої схеми, а також процес їх становлення та розвитку. Це завдання вирішується за рахунок надання простих художніх матеріалів (невеликі аркуші паперу та зручні у використанні інструменти) та часу для творчості (малювання, ліплення, виготовлення колажів, гобеленів тощо). У процесі творчості відображаються різні конструкти, пов'язані з терапевтичним запитом клієнта. Як тільки твір художньої літератури

завершено, клієнту надається можливість описати його (при цьому йому радять відстежувати і озвучувати свої думки, які виникають в процесі розповіді про те, що він створив) [14].

Виявлення особистісних конструктів у рамках КПАТ:

Люди створюють або конструюють свої уявлення або схеми про навколишній світ через взаємодію як з навколишнім середовищем, так і з іншими людьми. Когніції унікально створюються кожною окремою людиною і ґрунтуються на його особистому досвіді. Для того, щоб зосередитися на помилкових моделях мислення, які вже існують, арт-терапевти повинні зрозуміти, яким чином виникають когніції людини. Це можна зробити, вивчивши роботи Келлі, присвячені особистісними конструктам та Райн [27].

Реп-тест (репертуарний тест рольових конструктів) Джорджа Келлі оцінює особистісні конструкти, які люди використовують в інтерпретації рольових відносин і свого досвіду. Келлі розробив цей тест, щоб дослідити, як людина організовує свої конструкти. Він використовується для аналізу індивідуального набору конструктів та їх впливу на поведінку і ставлення до інших людей [26].

Основна ідея в тому, що концепти, чи конструкти, використовувані індивідом сприйняття об'єктів чи подій, впливають з його поведінку. Кожна людина будує свою поведінку виходячи з власної, не цілком усвідомлюваної «імпліцитної теорії особистості». У результаті психотерапії відбувається трансформація системи конструктів (створення нових, видалення старих), що першим кроком шляху до позитивним змін [26].

Існує багато форм Реп-тесту, індивідуальних і групових, але одна методика є загальною для всіх. Випробуваному пропонується список назви ролей - різних позначень ролей людей, які імовірно важливі або були важливі для тестованого. Випробуваного просять назвати для кожної ролі ім'я особисто знайомого йому чоловіка, який найбільше підходить до цієї ролі [1].

Люди, яких випробуваний вніс у список, називають фігурами. Після того, як перелік ролей заповнений, випробуваному пред'являють три імені

фігур з переліку і просять встановити "найважливіше, що робить схожими дві, але відрізняє їх від третьої". Цю процедуру повторюють з кількома іншими тріадами для того, щоб визначити, як випробуваний класифікує і диференціює перерахованих їм людей. Всі ролі використовуються в триадах приблизно в рівній мірі, щоб не надавати вибіркового тиску на дослідження основних конструктів випробовуваного [27].

Грунтуючись на вербальному зміст виведених конструктів, психолог може зробити припущення про те, як випробуваний сприймає значущих для нього людей і спілкується з ними. Ця форма Реп-тесту називається формою переліку і застосовується індивідуально [27].

Таблиця 3.1

Репертуарна решітка

Я сам	Мати	Батько	Найкращий друг	Сестра	Улюблений вчитель	Дядько	Подруга	Сусід	Конструкт	Контраст
⊗	⊗			○					Дотепний	Без почуття гумору
		⊗			⊗	○			Терплячий	Нетерплячий
	○						○	○		
○		○			○					
	○		○	○						
○			○		○					
			○	○			○			
					○	○		○		
						○	○	○		

Келлі також розробив техніку репертуарної решітки. Визначення «репертуарна решітка» означає, що елементи «група об'єктів» обираються за певними правилами, так, щоб вони відповідали якій-небудь одній області і всі разом були пов'язані певним чином (контекстом) аналогічно репертуару

ролей в п'єсі. Другий сенс цього визначення полягає в тому, що в техніці репертуарних решіток часто елементи задаються у вигляді узагальнених інструкцій, репертуару ролей, але на місці яких кожна конкретна людина подумки уявляє своїх знайомих людей або конкретні предмети [27].

Метод репертуарної решітки полягає в тому, що "випробуваному" пред'являють спеціально підготовлену решітку, або матрицю, в якій на одній осі перераховані значущі фігури його життя, а на іншій - різні розряди, до яких він відносить їх. Випробуваний заповнює форму, позначаючи людей, які підходять до ролей. Потім випробуваного просять заповнити перший ряд матриці під колонками, позначивши трьох людей кружечками. Ці кружечки позначають три фігури, яких випробуваний вважає перворазрядними. Випробуваного просять подумати про характеристику, яка робить двох з цих людей схожими один на одного, і відрізняє їх від третьої людини. Вирішивши, чим ці дві фігури схожі, але відрізняються від третьої, випробуваний підкреслює два кружечки, які відповідають двом схожим людям. Третій кружок залишається не перекресленим. Потім випробуваний пише слово або коротку фразу, яка показує, чим ці дві фігури схожі, в колонці "конструкт". У колонці "контраст" він пише слово або коротку фразу, з якої ясно, що третя фігура відрізняється від двох інших. Нарешті, випробуваний перевіряє фігури в першому ряду й робить помітку в клітинці, якщо характеристику полюса конструкта можна використовувати для інтерпретації цієї постаті. Цей процес продовжується до тих пір, поки випробуваний не заповнить усі ряди. У результаті виходить решітка з фігурами вгорі, різними конструктами в правих колонках і порожніми, а також позначеними клітинами всередині прямокутника [27].

Кінцевим результатом Реп-тесту є модель конструктів, які людина використовує для інтерпретування своєї соціальної дійсності. При аналізі результатів дослідник розглядає:

- 1) кількість і різноманітність виявлених конструкцій;
- 2) зміст і характер конструктів;

- 3) зв'язок різних фігур з конструктами і між собою;
- 4) додаткові характеристики конструктів, такі як їх проникність, відкритість чи закритість і комунікабельність [27].

Ще один метод КПАТ щодо виявлення особистісних конструктів: клієнта просять створити серію малюнків або колажів, які відображають різні аспекти його життя (наприклад, "Я на роботі", "Я у стосунках", "Я з друзями"). Після завершення робіт пацієнт і терапевт разом аналізують малюнки, щоб виявити повторювані теми, символи та образи. Ці повторювані елементи можуть відображати особистісні конструкти, які визначають, як пацієнт сприймає та інтерпретує ці аспекти свого життя [15].

Малювання протилежностей: клієнту пропонують намалювати два малюнки, що представляють два протилежні особистісні конструкти (наприклад, "сила" та "слабкість"). Ці малюнки допомагають дослідити, як ці конструкти впливають на поведінку та самосприйняття. Після завершення малюнків обговорюються емоції та думки, які виникають при створенні кожного образу, що допомагає пацієнту краще зрозуміти вплив цих конструктів на його життя [15].

Метод Райн

Запропонувати клієнту створити маленькі чорно-білі малюнки з почуттям або емоцією (страх, депресія, збудження, пасивність, агресивність, безтурботність, тривога, надія, потворність, ворожість, цікавість, провина, невинність, божевілля та розсудливість) [27].

У процесі пошуку подібностей і відмінностей між намальованими конструктами особистості клієнти мають змогу:

- 1) виявити, які емоційно забарвлені ситуації в їхньому житті вийшли з-під контролю;
- 2) використовувати малюнки станів внутрішнього світу для того, щоб зрозуміти, які почуття передували невдалим періодам;
- 3) навчитися використовувати свій внутрішній стан для регулювання емоційного фону і досягнення благополуччя [27].

Завданням КПАТ є виявлення проблем у візуальній формі, це один з перших етапів арт-терапії [21].

Якщо попросити клієнта змінити початкове зображення шляхом перемальовування картини з іншої позиції, можна домогтися переосмислення попередньої тривожної ситуації, образ якої ілюстрував проблему клієнта [15].

Приклад рефреймінгу наводить Матто разом із співавторами, які попросили клієнтів замислитися над позитивними якостями, які проявлялися в ряді ситуацій з їх неприйнятною поведінкою. Переосмислення ситуації допомогло людям усвідомити, що у них є і сильні сторони; ці думки ніколи раніше не спадали їм на думку. Рефреймінг дає можливість пом'якшити емоційний заряд образу, показуючи, що його можна змінити або хоча б побачити по-новому [27].

КПАТ і ПТСР

Використання протоколу розповіді (наративу) Ганта і Тінніна переводить тривожні спогади про травму в серію намальованих зображень, і ці спогади можуть бути використані для розповіді детальної історії про травматичну подію. Спочатку це робить клієнт, потім терапевт, використовуючи малюнки події сам розповідає травматичну історію, говорячи в минулому часі (таким чином він показує клієнту, що інцидент стався в минулому і більше не є частиною поточного досвіду). Цей процес віддаляє людину від травми. Кілька інших арт-терапевтів також використовували подібні втручання. Наприклад, Кемпбел із співавторами використовували процес малювання шести малюнків, пов'язаних з бойовими діями, у часовій послідовності, починаючи з події, що передувала травмі, і закінчуючи малюнком безпечного місця [27].

ВИСНОВКИ

ТРАВМІВНА ПОДІЯ - це досвід або ситуація, що має серйозний вплив на психічне, емоційне та фізіологічне здоров'я людини і перевищує її адаптаційні можливості. Такі події можуть створити відчуття безпорадності, жаху або сильного стресу, викликаючи потужні емоційні, когнітивні та поведінкові реакції. Після травмівної події людина може зазнати значних змін у способі сприйняття себе та світу.

Травмуюча ситуація впливає на психіку так, що її наслідки можуть зберігатися довго, навіть якщо подія вже давно минула.

Вплив переживання людиною травмуючих подій на її психічне здоров'я має два аспекти.

Перший — той, який лежить на поверхні — це руйнівний, виражений у вигляді «розладів, пов'язаних із травмою та стресором»

Другий аспект впливу травми — «ріст», який проявляється тоді, коли людина змогла «пройти крізь» травму, пережити її. У результаті такого проживання якість життя людини змінюється, але вже в інший бік — з'являються нові усвідомлення, міняються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей.

Важливу роль у процесі вибора людиною подальших дій для її виживання й адаптації до мінливих умов відіграє наявність базисних, уже сформованих переконань. Базові переконання можна визначити як глобальні, стійкі уявлення індивіда про світ і себе, які впливають на мислення, емоційні стани і поведінку людини. Переконання впливають на сприйняття світу, поведінку та прийняття рішень. Вони можуть бути основаними на раціональних аргументах, досвіді, дослідженнях або ж релігійних, культурних та емоційних засадах.

Патологічні реакції на стрес — мало адаптивні відповіді подолання розпаду базових уявлень, які формуються в процесі онтогенезу, пов'язані із задоволенням потреби в безпеці і складають Я-теорію. В ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії.

Взаємозв'язок між когнітивними чинниками та особистісною вразливістю до психотравмуючих подій має вирішальне значення в розумінні того, чому різні люди по-різному реагують на стресові ситуації. Когнітивні чинники можуть підсилювати або знижувати рівень особистісної вразливості до психотравмуючих подій, формують схильність до виникнення або загострення психічних розладів після травми.

Проведене емпіричне дослідження показало наявність взаємозв'язків між когнітивними чинниками та особистісною вразливістю до психотравмуючих подій. Зокрема було виявлено значущий кореляційний зв'язок між дисфункціональними ставленнями та базисними переконаннями особистості зі шкалою ПТСР. Це свідчить про залежність виражених симптомів ПТСР від неадаптивних схем мислення, тобто когнітивних спотворень, що лежать в основі неадекватного емоційного реагування (переконання або патерни мислення, які є нереалістичними, негативними або обмежуючими для людини, що формують основу нашого сприйняття себе, інших людей та світу). Дисфункціональні ставлення та базисні переконання є основними компонентами, які впливають на розвиток і перебіг посттравматичного стресового розладу. Ці когнітивні схеми можуть збільшувати сприйнятливність до травматичних реакцій, зумовлюючи інтенсивність симптомів ПТСР.

Зокрема, такі показники, як «доброзичливість навколишнього світу», що відображають переконання людини в тому, що навколишні люди загалом добрі і гідні довір'я та «справедливість» - переконаність в тому, що розподіл подій, котрі відбуваються з людьми, здійснюється за принципом справедливості, тобто кожний отримує те, що заслуговує, мають значущу кореляцію з тенденцією до сильної; «ступінь успіху, вдачі» - переконання про те, що даний індивід - удачлива і везуча людина, має сильну негативну кореляцію.

Кореляційний аналіз посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання не надав статистично значущих результатів,

окрім показника «Підвищення цінності життя». Тут можна спостерігати помірну позитивну кореляцію, тобто, в особистості змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його змістовнішим.

Таким чином, отримані дані свідчать на користь підтвердження гіпотези: інтенсивність посттравматичних стресових реакцій взаємопов'язана з базовими переконаннями особистості.

Когнітивно - поведінкова арт-терапія (КПАТ) є інтегративним підходом, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та арт-терапії для корекції дезадаптивних схем. Цей метод спрямований на зміну негативних думок, емоцій та поведінкових реакцій через творчі процеси. КПАТ, як і КПТ, спрямована на виявлення та зміну нефункціонального мислення.

Когнітивна реструктуризація – це процес виявлення дисфункціональної думки, її аналізу та допомоги клієнту зменшити інтенсивність емоційного забарвлення когніцій, щоб зробити їх більш адаптивними та реалістичними.

Мета полягає не в усуненні, а в тому, щоб реконструювати проблемне мислення.

Під час творчих занять клієнти мають можливість досліджувати свої способи пізнання та свої схеми, а також процес їх становлення та розвитку.

Список використаних джерел

1. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. – 448 с
2. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Київ: Знання, 1998. 289 с.
3. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: *методичні рекомендації* / виклад.: – Харків, 2002. С.47
3. Вольнова Л.М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник. Київ, 2012. – 275 с.
4. Грандт В.В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти другого магістерського рівня за освітньо-професійною програмою «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 110 с.
5. Громова Г.М. Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості. – : дис. ... кандидата психологічних наук: 19.00.05 – «Соціальні та поведінкові науки» / Г. М. Громова. – Київ, 2022. 208 с.
6. 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.
7. 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.
8. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
9. Кучманич І., Мороз Р. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*. 2017. № 36.

10. Кресан О. Д. Психологічні особливості переживання та усвідомлення особистістю життєвих подій : дис. ... кандидата психологічних наук: 19.00.01 – «Загальна психологія, історія психології» / Кресан Ольга Дмитрівна. – Київ. 2017. 288 с.
11. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ніка-Центр, 2009. 580 С. 3.
12. Корольчук М.С. Адаптація та її значення в системі психофізіологічного забезпечення діяльності. *Вісник Київського міжнародного університету. Серія: Педагогічні науки, Психологічні науки.* 2002. № 2. С. 15.
13. Коваленко, Є. С. Психологічний аналіз базових переконань у військовослужбовців. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* 2023. № 1. С. 193-197.
14. Кузнецов О. І. Світогляд особистості як психологічна проблема. *Наук. вісник Херсон. держ. ун-ту. Серія : Психологічні науки.* Херсон : Херсон. держ. ун-т, 2019. № 1. С. 41–48.
15. Мельничук І.Я., Цапенко ОВ. Психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом. Кіровоград: Видавництво КОІППО імені Василя Сухомлинського, 2006. 52с.
16. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Т. 32(71). №6. 2021. С. 68-72.
17. Прядко С. А. Життєва позиція особистості в аспекті сучасного соціально-філософського осмислення / Мультиверсум. *Філософський альманах.* – К.: Центр духовної культури, 2004. № 40. С. 56–63.
18. Синявський В.В., Сергєєнкова О.П. *Психологічний словник.* / за ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.

19. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.
20. Титаренко Т.М. Психологія особистості : *словник-довідник* / за ред. П.П. Горностаєва. Київ : Рута, 2001. 320 с.
21. Шафрановський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3 (39). С. 12–18
22. Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посібник. Київ: Либідь, 1996. 264 с.
23. Ainsworth M.D.S., Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*. 1991. № 46. P. 333–341
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, 2013.
25. Horowitz M.J. *Stress response syndromes*. Northvale, NJ. : Aronson, 1986. 241 p.
26. Rhyne, J. (1974). *The gestalt art experience*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
27. Rhyne, J. (1979a). Expanding our comprehension of visual imagery. In L. Gantt, G. Forrest, D. Silverman & R. Shoemaker (Eds.), *Proceedings of the Ninth Annual Conference of the American Art Therapy Association* (pp. 95-97). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.
28. Janoff-Bulman R. *Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes*. N.Y. : Oxford University Press, 1998. 305 p.
29. Герасименко Л. О., Герасименко Л. А. Посттравматичний стресовий розлад. *Neuronews*. 2021 [Електронний ресурс] Режим доступу: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/17083/1/Posttraumatic_stress_disorder.pdf
30. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні

збройного конфлікту // Підтримка реформи соціального сектору в Україні /за ред. О. Л. Іванової [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zn-upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf>.

31. Корольчук О.Л., Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://surl.li/kpqjm>

32. Чачко С.Л. Психічна травма та етнічна ідентичність особистості [Електронний ресурс] Режим доступу: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2011/1_2011/24.pdf.

33. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Львів. 2015 [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://surl.li/ggfggr>

34. Посттравматичний стресовий розлад в умовах воєнних дій: методи лікування [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://surl.li/kpqsy>

35. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма [Електронний ресурс] Режим доступу: rbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiiirbis_64.exe.<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f2070699808>

36. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» [Електронний ресурс] Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/1265_19072024_ykpmd_ptsr_dod.pdf