

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Центр післядипломної освіти, дистанційного та заочного навчання
Кафедра теоретичної психології

**Психологічні особливості травматичного емоційного досвіду
демобілізованих учасників бойових дій**

Кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
першого рівня ЗФН
за спеціальністю 053 Психологія
Анна-Луціє ХОДАК

Науковий керівник:
доцент кафедри теоретичної
психології, кандидат психологічних наук,
Олена ВАВРИНІВ

Рецензент
кандидат психологічних наук
Ольга Заверуха

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«__» _____ 2023 р., протокол № ____
Завідувач кафедри теоретичної психології
доктор психологічних наук, професор
_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів – 2024

АНОТАЦІЯ

ХОДАК А.-Л. Психологічні особливості травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій.

Кваліфікаційна робота присвячена проблемі травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій. У роботі представлено аналіз психологічних концепцій травматичного емоційного досвіду, висвітлено методи соціально-психологічної роботи із травматичним емоційним досвідом. Підібраний комплекс методів дослідження дозволив в повній мірі дослідити та проаналізувати особливості травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій. Досліджуваним військовикам притаманна печаль, гнів, радість та страх. У третини виявлено симптоми посттравматичного стресового розладу. Дослідження посттравматичних реакцій дозволило визначити такі: почуття провини, вторгнення, уникнення, суїцидальність. Виявлені інтенсивність вираженості негативних емоцій та щільність кореляційних зв'язків між ними, свідчать про існування такого контуру функціонування та «резервуару болю». Суттєвим аргументом в доведенні наявності цих особливостей в структурі емоцій цих демобілізованих, є виявлені особливості емоційного травматичного досвіду.

Ключові слова: травма, травматичний досвід, травматичний емоційний досвід, демобілізовані учасники бойових дій.

ABSTRACT

KHODAK A.-L. Psychological features of the traumatic emotional experience of demobilized combatants.

The qualification work is devoted to the problem of traumatic emotional experience of demobilized combatants. The work presents an analysis of psychological concepts of traumatic emotional experience, highlights the methods of social and psychological work with traumatic emotional experience. Sadness, anger, joy and fear are characteristic of the studied soldiers. A third had symptoms of post-traumatic stress disorder. The study of post-traumatic reactions made it possible to determine the following: feelings of guilt, intrusion, avoidance, suicidality. The revealed intensity of expression of negative emotions and the density of correlations between them testify to the existence of such a circuit of functioning and a "reservoir of pain". An essential argument in proving the presence of these features in the structure of the emotions of these demobilized persons is the revealed features of emotional traumatic experience.

Key words: trauma, traumatic experience, traumatic emotional experience, demobilized combatants.

ЗМІСТ

ВСТУП

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРАВМАТИЧНОГО
ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ**

1.1.Психологічні концепції травматичного емоційного досвіду

1.2.Методи соціально-психологічної роботи із травматичним емоційним
досвідом

Висновки до першого розділу

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО
ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ
ДІЙ**

2.1.Характеристика вибірки та опис методів дослідження

2.2. Аналіз інтерпретація результатів дослідження

Висновки до другого розділу

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність дослідження. В Україні триває напружена та стресогенна ситуація військового конфлікту протягом кількох років, що призвела до розвитку численних емоційних розладів на клінічному та субклінічному рівнях серед українських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Серед цих розладів відзначаються: суїцидальна поведінка, агресивність, часто супроводжувана вживанням алкоголю та іншою залежністю (15% злочинів серед військовослужбовців пов'язані з вживанням алкоголю або наркотиків, а кожна шоста невоєнна втрата пов'язана з алкогольним сп'янінням), депресія, алкоголізм, розлучення, девіантна поведінка та інше. Розлади на субклінічному рівні відзначаються у більш ніж 90% учасників бойових дій. Деякі дослідники, навпаки, підкреслюють позитивні зрушення, пов'язані з участю у військових конфліктах.

Проблема травми та травматичного досвіду розглядається у працях багатьох вчених, зокрема таких як В. Барко, Ф. Василюк, О. Караяні, О. Кокун, М. Корольчук, В. Лефтеров, С. Максименко, О. Матеюк, В. Медведєв, В. Осьодло, І. Приходько, Є. Потапчук, Л. Малкіна-Пих, Л. Пергаменщик, О. Сафін, В. Стасюк, Н. Тарабріна, О. Тімченко, Є. Черепанова, С. Яковенко та інші.

Проте, дані, які представлені у багатьох публікаціях різних авторів, свідчать про серйозні порушення психологічного стану та адаптаційного потенціалу військовослужбовців, що значно погіршує якість їхнього життя. Ця ситуація підкреслює необхідність додаткових досліджень травматичного емоційного досвіду, а також вдосконалення психологічних заходів та розробки реабілітаційних програм для супроводу демобілізованих військовослужбовців.

Зважаючи на серйозність ситуації, додаткові дослідження травматичного емоційного досвіду військовослужбовців можуть сприяти глибшому розумінню його механізмів та наслідків. Ці дослідження можуть включати аналіз різних аспектів травматичного досвіду, таких як його вплив на психічне здоров'я,

взаємозв'язок з соціальними та культурними факторами, а також ефективність різних методів психологічної та психотерапевтичної підтримки.

Крім того, розробка та впровадження реабілітаційних програм для ветеранів може включати широкий спектр підходів, таких як індивідуальна та групова терапія, психосоціальна підтримка, навчання стратегіям копінгу та засобам саморегуляції, а також доступ до медичної та психічної допомоги.

Важливо також звернути увагу на соціальну інтеграцію ветеранів у суспільство після демобілізації. Це може включати надання підтримки в здобутті нових професійних навичок, допомогу у знаходженні роботи, підтримку в реінтеграції у сім'ї та спільноту, а також створення умов для повноцінного життя та самореалізації.

Загалом, розвиток і вдосконалення психологічних та реабілітаційних програм для військових ветеранів є важливим завданням суспільства для забезпечення їхнього благополуччя та інтеграції у повсякденне життя.

Об'єкт – травматичний емоційний досвід

Предмет – психологічні особливості травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій

Мета – теоретико-емпіричне дослідження травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій

Завдання:

1. Теоретично проаналізувати особливості травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій.

2. Емпірично дослідити особливості травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій.

Методи дослідження:

теоретичні – аналізування, синтез, узагальнення;

емпіричні – міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтьєвим Д. А.), опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (Немчиним Т.А.);

математичні – контент-аналіз, кореляційний аналіз.

Структура роботи. Робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел . Основний зміст викладений на 45 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ

1.1. Психологічні концепції травматичного емоційного досвіду

Українське суспільство переживає важкі моменти, які серйозно впливають на психічне здоров'я та емоційний стан кожного його члена. Створюється ситуація постійної напруженості, тривоги та розчарування. Однак найбільш надзвичайною подією сучасності є проведення операції об'єднаних сил на території України, яка за масштабами та людськими втратами зрівнюється із справжньою війною. У зв'язку з недостатнім обсягом Збройних Сил для захисту країни в 2014 році, почалося формування добровольчих батальйонів, а пізніше, з поглибленням конфлікту, Міністерство оборони України було змушене мобілізувати чоловіків призовного віку для захисту та оборони на Сході країни. Через складну ситуацію на передовій, наші військовослужбовці зазнавали великих втрат, тому мобілізованих чоловіків часто швидко готували і відправляли на передову значно раніше, ніж планувалося, що ускладнювало їхню психологічну та емоційну адаптацію до умов військових дій та втрат. Ці та інші фактори, а також сама ситуація війни, яка супроводжується екстремальним впливом на психіку людини, викликають у них військовий травматичний стрес, що призводить до психологічної травми у частини бійців, які поверталися з зони проведення операції. Цей масовий феномен, як психологічна травма, стає новим і неординарним явищем у сучасній та незалежній Україні. Деякі військовослужбовці мають яскраво виражені ознаки психологічної травматизації і, в основному, не можуть або не знають, як впоратися зі станами та відчуттями, що вони переживають.

Слід зазначити, що коріння усвідомлення травматичного досвіду в людства сягають глибоких витоків, і вже давні поети, мислителі та філософи, такі як Гомер, Геродот, Платон, Аристотель, Лукрецій, Аристофан та інші, зафіксували певні характеристики цього явища. Вони описували неминучість та

силу переживання, а також психологічний слід, який може залишатися протягом усього життя внаслідок однієї події.

На початку XVII століття вчений з Оксфорду, Бартон Р., вперше висловив ідею пояснення виникнення депресивних розладів через конфлікти та руйнування браку. Подальше розвиток ідеї травми зумовили Брейєр Й. та Фрейд З. наприкінці XIX століття. Вони пояснили істеричний невроз за допомогою теорії травми.

Ці вчені розглядали невроз як наслідок травматичного переживання, такого як насильство, зваблення та психологічна депривація, які психіка не могла опрацювати звичним способом. Ці переживання-афекти дисоціювали від психіки та, опинившись у контексті певних спогадів, намагалися повторно виходити на свідомість. Але оскільки вони були неприйнятні для Его, психіка спротивлялася їхньому поверненню в свідомість. Це явище Фрейд З. описав як захисний механізм - "витіснення".

Подальші дослідження Фрейда З. призвели до висновку, що процес дисоціації травматичного досвіду від загального є характерним для нормального функціонування психіки, а не тільки для невротичних станів. Це виявляється в обмовках, помилкових діях чи описах [20].

Фрейд З. провів багато спроб описати феноменологію травматичного досвіду в рамках метапсихологічних підходів до функціонування психіки, таких як динамічний, топографічний, економічний підходи психосексуального розвитку особистості. Він розумів психічну травму як емоційно психологічно неперероблене потрясіння, яке супроводжується непереробленими афектами, такими як сором, душевний біль, страх та стрес. Фіксація на травмі, за словами Фрейда З., була спробою контролювати її. Цей захист від травми, як результат цього контролю, вплинув на більшість проявів "Я", які орієнтовані на зовнішнє середовище. Психіка, яка намагається захиститися від травми та контролювати її, накопичує певний ресурс, який, якщо не знаходить конструктивного виходу, може призвести до саморуйнування.

Узагальнюючи основні положення теорії травми за Фрейдом З., Лісена А.М. та Кочарян О.С. пропонують наступні: психічна травма має суттєве

значення в етіологічному процесі неврозу; травматичний характер переживання виникає в результаті кількісного фактора, і лише за певної психологічної конституції це може стати травмою, тоді як за іншої конституції це не трапиться; травма переважно трапляється у дитячому віці; травмою є чуттєве сприйняття, враження чи переживання власного тіла; наслідками проживання травми можуть бути і негативні, і позитивні явища; до позитивних наслідків може віднести зусилля з вирішення травматичних переживань; негативним наслідком може бути виникнення фобій та уникнення; виникнення неврозу може стати наслідком намагання зцілитися від травми шляхом примирення структури "Я", що виникла як наслідок травматизації з основною його структурою.

Резнікова О.А. вказує, що психічна, психологічна або психотравма визначається як життєва подія, що виникає внаслідок міжособистісної взаємодії або дії середовища, має психотравмуючий характер і викликає переживання великої сили, що призводить до нездатності особистості адекватно реагувати та сприймати подію, а також до стійкої фіксації патологічних змін у душевному житті. Психічна травма виявляється в переживаннях таких як душевна тяжкість, гіркота, біль, почуття втрати, неповноцінності, які зовні проявляються через відповідну поведінку. Ці переживання зберігаються в пам'яті і можуть використовуватися психікою для формування життєвих цілей та планів, що впливає на поведінку особистості [19].

Травматичний досвід виявляється у високій інтенсивності переживань порівняно з попереднім життям. Цей досвід розділяє всі події на ті, що сталися до нього і після, що впливає на сприйняття минулого, сьогодення та майбутнього. Травма призводить до змін у роботі кори головного мозку та мовних центрів, що може викликати проблеми з артикуляцією травматичних переживань та фрагментарну роботу пам'яті. Також травматична подія зберігається в пам'яті разом з неадаптивними когніціями та гострими переживаннями у формі картинок, відчуттів, почуттів, емоцій, і може проявлятися в м'язах.

Одноразовий характер травматичної події може дати можливість корекції її наслідків, тоді як систематичне повторення або відтворення може призвести до закріплення симптоматики на все життя.

Із загальноприйнятої точки зору, психічна травма включає в себе не лише фізичні та емоційні аспекти, а й може мати значний вплив на психічне здоров'я та поведінку. Психологічні наслідки травми можуть виявлятися у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів, алкогольного чи наркотичного зловживання, агресивної поведінки, а також у відносинах з оточуючими [9;10;17].

Також важливо враховувати, що психологічні травми можуть бути не лише результатом конкретної травматичної події, а й кумулятивним ефектом негативного досвіду чи стресорів, що виникають у житті людини з часом. Наприклад, участь у воєнних конфліктах може призвести до накопичення травматичного досвіду через постійний стрес, переживання втрат та небезпеку, що може суттєво вплинути на психічне здоров'я військовослужбовців [18; 24].

Зусилля для реабілітації осіб з психічною травмою включають в себе психотерапію, соціальну підтримку, фізичну реабілітацію та розвиток стратегій саморегуляції. Крім того, важливо вдосконалювати систему психологічної допомоги та реабілітаційних програм для підтримки тих, хто постраждав від психічної травми, зокрема в контексті військових дій та конфліктів [6;7; 8; 23].

Психологічні травми за тривалістю та силою дії можуть бути шокowymi, раптовими, масивними та надсильними. Одночасно, вони бувають короткочасними та хронічно діючими. Рупперт Ф. [23; 28; 30] за змістом виділяє наступні травми: втрати, системних стосунків (прикладом може бути травма вбивства когось в сім'ї чи інцесту), прихильності (до якої належать травми позбавлення уваги та любові), екзистенціальна травма (різновидом якої можуть бути нещасний випадок чи насильство).

Вивчення травматичного досвіду розкривається через різні підходи та концепції вчених. Резнікова А.О. вказує на значення вікового аспекту при аналізі травматичних обставин за класифікацією Мухіної В. С., розподілених на етапи дитинства, підлітково-юнацького та дорослості.

Згідно з поглядом Лауба Д., психічна травма не обмежується втратою в пам'яті, але пронизує всю її структуру і залишається актуальною в теперішньому. Події, які спричинили травму, впливають на сприйняття минулого, сьогодення та майбутнього особистості, а також можуть виходити за межі індивідуального життя, впливаючи на міжпоколінні взаємодії.

Ідея Волкана В. про існування історичних травм зазначає, що певні події та культурні фактори можуть створювати специфічні форми віктимізації груп. В умовах воєнних дій в Україні актуальність воєнних чи бойових психологічних травм стає очевидною. Акарачкова Є.С., Катько І.І., Маркова М.В., Панченко А.О., Рачкаускас Г.С. розглядають це поняття через руйнування психологічної структури внаслідок впливу психотравмуючих чинників, що може призводити до серйозних психічних розладів.

Ці різні концепції допомагають краще зрозуміти природу травматичного досвіду та його наслідки на психічне здоров'я та поведінку людини в різні періоди життя та в різних соціокультурних умовах.

Зазначені вчені відзначають існування двох груп порушень, пов'язаних з бойовою психологічною травмою. Перша група характеризується розвитком порушень, що виникають дуже швидко й мають короткотривалий характер. Вони можуть викликати ступор або надзвичайно гостру психологічну реакцію, яка призводить до часткової втрати зв'язку з реальністю, дезорієнтації або гіперактивності. У цьому стані людина втрачає здатність критично аналізувати свої дії та взаємодіяти з оточуючими (гостра травматична реакція).

Друга група варіантів бойової психологічної травми відзначається поступовим наростанням психологічної напруги під впливом хронічного стресу. З часом в особистості військовослужбовця можуть відбуватися певні психологічні зміни, які проявляються і психосоматично. Серед них зазвичай спостерігаються замкненість, ворожість, недовіра, розчарування, агресія, раптовий необґрунтований гнів, роздратованість як постійний стан. Також можуть виникати фізичні симптоми, такі як нудота, запаморочення, головний біль, дискомфорт у тілі [27; 29].

Ці дві групи порушень відображають різноманітність та варіабельність бойових психологічних травм та їх вплив на психіку військовослужбовців у різні періоди часу.

Бойова психологічна травма є реакцією на стрес, що виникає внаслідок впливу різних чинників на особистість у стресовій ситуації. Важливо враховувати і досліджувати психоадаптаційні та дезадаптаційні стани в контексті бойової психологічної травми. При цьому актуальна травма може накладатися на раніше пережиту інфантильну, створюючи так званий "повторний" удар. Вклад в актуальну травму минулої може бути різним, залежно від конкретних обставин і психологічних особливостей. Болотов Д.М., Кутько І.І., Ліньов А.Н., Рачкаускас Г.С., Шестопалова Л.Ф., Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M.L. Wilson J. P., Friedman M.J., Lindy J. D [26; 31] зазначають важливість врахування та дослідження психо- адаптаційних та дезадаптаційних станів.

Аналізуючи феноменологію травматичного емоційного досвіду, вчені розробили різноманітні теорії емоцій, в які входять когнітивна теорія, теорія структури емоцій, біологічна теорія емоцій, потребово-інформаційна теорія, теорія активації емоцій, двокомпонентна теорія, диференціальна теорія, теорія емоцій та інші. Ці теорії допомагають краще зрозуміти природу емоційного досвіду та його вплив на психіку людини [25].

Кочарян О.С. [12; 13] зазначає, що при актуальних травмах часто спостерігається накладення актуальної травми на раніше пережиту інфантильну, що в результаті створює «повторний» удар. Вклад в актуальну травму минулої може бути різним.

Розуміння різноманітності емоцій як психологічного явища та особливостей їхніх типологій допомагає краще вивчити та розібрати феномен емоційної сфери загалом [22]. Існують різноманітні результати як теоретичних, так і емпіричних досліджень щодо травматичного емоційного досвіду. Проте, інформації про структуру самої травматичної емоції є менше, тому це питання потребує подальшого детального аналізу.

Массей М. пояснює феномен травматичного емоційного досвіду через процес емоційного зачеплення, що включає негативний емоційний компонент, утворений шляхом здатності несвідомого об'єднувати схожі досвіди. Він зауважує, що травматичний емоційний досвід може мати негативний заряд та накопичуватися з частин досвіду, які об'єднуються в ланцюг, збільшуючи свій руйнівний потенціал. Ця концепція схожа на ідею Кочаряна О.С., який пояснює негативні емоції як можливість втрати зв'язку з первинним змістом та об'єднання з подібними переживаннями, створюючи нове та підсилюючи вже існуючі емоційні форми. Такі емоційні форми можуть посилювати травматичний компонент емоційного досвіду, якщо вони мають відповідну природу [13].

Згідно з теорією Массея М., негативний вплив травматичного емоційного досвіду може сприяти виникненню різних захворювань, оскільки самі емоції можуть залишатися "замороженими" в пам'яті та впливати на тілесні процеси. Нейрофізіолог Пауль Г. пропонує аналогію з програмним забезпеченням для пояснення цього явища, вказуючи на ускладнення проходження нервових імпульсів та роботи нейронних ланцюгів. Таке припущення відповідає тлумаченню Кочаряном О.С. про "заторні" емоції.

Хамер Р. висловлює ідею "замкнутого коливального контуру", що виникає внаслідок концентрації травматичного емоційного досвіду в певних зонах мозку. Це призводить до гіпо- або гіпертонусу кровоносних судин та м'язів в певних тілесних структурах, що може нагадувати параліч. Дослідження Хамера Р. показує зв'язок між локалізацією "коливального контуру", типом травми та місцем утворення пухлин в організмі. Хоча це дослідження важливе для розуміння феномену травматичного емоційного досвіду, воно залишає ще багато питань щодо структури цього досвіду у особистості без тілесних проявів захворювань, а також щодо психологічного тлумачення цього явища.

Подібно до вищезгаданих концепцій феноменології травматичного досвіду, канадська нейробіолог Ланіуса Р.А. пропонує ідею "мережі пасивного режиму роботи мозку". Вона вказує на те, що певні структури мозку, що відповідають за формування думок, розпізнавання емоцій та інші функції,

постійно перебувають в режимі певного тону. Однак внаслідок негативного інфантильного травматичного емоційного досвіду відбуваються неврологічні зміни в цих мережах. У дітей, які пережили травму, знижується взаємозв'язок між різними частинами "мережі пасивного режиму роботи мозку". Це може призвести до погіршення сприйняття власного внутрішнього "я" та базового самосприйняття [14; 15].

Для глибокого розуміння процесу формування травматичного досвіду на доклінічному рівні необхідне не лише, але можливо, навіть, переважно психологічне дослідження, а не лише зміни на нейробіологічному рівні мозку. Тарабріна Н.В. вказує на те, що ключовим фактором, що спричиняє травматичні події, є пам'ять. Ця ідея віддзеркалює розділення пам'яті на два типи за Б.Вандерколком: імпліцитну та експліцитну, які відповідають несвідомому та свідомому сприйняттю відповідно. Таким чином, травматична пам'ять може існувати як емоційні фрагменти, важко артикульовані при спробі відтворення, і тому вони залишаються невербальними та ізольованими. Ці фрагменти можуть виявлятися у вигляді симптомів, що виражаються у "пам'яті тіла", що утруднює їх асиміляцію як до свідомості, так і до особистості взагалі, призводячи до втрати можливості їх інтерпретації або вербальної обробки. Такі різновиди тлумачення травматичного досвіду лише підкреслюють глибину його впливу на всі структури психіки.

Отже, для повного розуміння процесу формування травматичного досвіду на доклінічному рівні важливо також розглянути психологічні аспекти взаємодії людини з травмуючими подіями. Наприклад, дослідження в області травматичного стресу вказують на значення таких факторів, як переживання безпеки, контролю та соціальної підтримки в процесі подолання травматичних подій. Також важливо враховувати індивідуальні реакції на стрес, які можуть відрізнятися в залежності від попереднього досвіду, особистісних рис та суспільного контексту.

Крім того, студії з області нейропсихології демонструють, що травматичний досвід може мати значний вплив на функціонування мозку, зокрема на роботу гіпокампу, амігдалі та префронтальної кори. Ці зміни

можуть відображатися у важкості здійснення когнітивних функцій, регуляції емоцій та прийнятті рішень під час подальшого життя.

Отже, аналізуючи інтеракцію між нейробіологічними та психологічними аспектами формування травматичного досвіду, можна краще зрозуміти механізми його виникнення та впливу на психічне здоров'я особистості.

Щоб розширити концепцію, Жане П. [21] вводить поняття дисоціації, яка представляє психологічні явища, подібні за ознаками, але розташовані на різних полюсах континууму, що відображає норму та патологію. Наприклад, нормальною реакцією може бути відволікання у формі неуважності, яке є способом уникнення травматичних подій. Значить, психіка фактично ухиляється від стресогенних чинників, переходячи у стан розфокусування свідомості. Втім, патологічним вважається розвиток дисоціації, де травматична подія формує власну структуру досвіду, відокремлену від основної структури свідомості та особистості взагалі.

Огієнко В.І. [23] вказує, що завдяки дисоціації особистість здатна співіснувати з травматичним досвідом. Сама дисоціація може проявлятися у трьох варіантах. Перша форма дисоціації - це нездатність до утворення цілісної карти дійсності в сприйнятті, що виражається у фрагментації досвіду з травматичними рисами. Для цього варіанту характерним є поява певних станів Его, що відсутні у звичайному стані свідомості. Їх вплив зумовлює спотворення когнітивних процесів сприйняття травматичної ситуації, включаючи повне її ігнорування. Друга форма дисоціації характеризується тим, що особистість, яка переживає травматичне переживання, відчуває дереалізацію. Це означає можливість віддистанціюватися від неприйнятного досвіду. Важливо підкреслити, що ця дистанція більше стосується емоцій та почуттів, оскільки нестерпність виникає через перетин порогу терпимості до травматичного переживання, що включає біль, страх, розчарування тощо. Третя форма дисоціації характеризується утворенням окремих станів Его, що мають власні когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Ці стани можуть бути пов'язані з окремою подією або послідовністю подій. Це пояснює феномен "флешбеків",

які відтворюють травматичні події у свідомості за тригером - реальним елементом, подібним до частини травматичного досвіду.

У рамках когнітивної теорії обробки інформації відзначається, що під час усвоєння нових даних, особливо якщо вони асоціюються з негативними травмуючими враженнями, можуть утворюватися та зафіксуватися у пам'яті образи, що пов'язані з травмою, і переходити у хронічну форму. Ці образи використовуються при побудові внутрішнього світу, що призводить до його спотворення та посилення негативних травматичних переживань. Це підтверджується дослідженнями Gersons B.P., McCann I. L., Pearlman L.A., Johnson J.T. [27], Никітіною Т.І., Сергєєвою Ю.С., які звертають увагу на те, що така особливість обробки інформації може призвести до розділення життєвого досвіду на дві частини - до та після травматичної події.

У психології давно відома концепція "пам'яті тіла", яка виражає травматичні переживання на рівні тіла. На основі цієї ідеї були розроблені різні теорії, такі як біоенергетичний аналіз Лоуена О. та тілесно-орієнтована психотерапія Райха В. Лоуен О. [19], який пропонує типологію травм та характерологічних структур, що формуються внаслідок реакції на травму: знехтування - шизоїдна, позбавлення - оральна, спокушання - психопатична, придушення - мазохістична, фрустрація - ригідна.

Лоуен О. розглядає, що інфантильна травма може породжувати сильне негативне емоційне переживання, спричинене нереалізованою потребою дитини у батьківській любові. Ці переживання, незалежно від типу травми, перевищують межі того, що психіка може витримати. У межах структури травматичного емоційного досвіду Лоуен О. виділяє емоційний шар, що включає біль, відчай, страх та гнів. Люди можуть намагатися уникнути цих емоцій, формуючи характерологічні структури або соматизуючи їх у вигляді м'язового панцира.

У згаданих теоріях відзначається поява хронічної м'язової напруги, яка виступає соматичним виразом цих емоцій. Ця напруга пригнічує енергію емоційного імпульсу. В результаті цього механізму можуть виникати відчуття болю в різних системах організму. Це, в певній мірі, може пояснювати ідею

психосоматики у військовослужбовців як наслідок ретравматизації інфантильного досвіду через травматичний досвід участі в бойових діях. Разом з негативними емоціями блокується й відчуття любові.

Стратегія подолання травматичних переживань включає використання різноманітних механізмів психологічного захисту, таких як проекція, недовіра, заперечення, звинувачення, раціоналізація та інтелектуалізація. Райх В. [27] висловлює перевагу концепціям ортодоксального психоаналізу, стверджуючи, що травматичний емоційний досвід виникає в результаті блокування оргонної енергії в людському організмі. Ця енергія має сексуальну природу, і здатність уникнути травматичних переживань полягає у формуванні "генітального" характеру, який дозволяє особистості залишатися спонтанною, вільною, креативною та здоровою.

Ідея соматизації травматичних емоцій також розглядається у працях Ємошина А. Ф. [10], який обговорює концепцію "речей в тілі", або емоцій, що відображаються в тілі свідомості і проявляються у самому тілі. Єрмошин А. Ф. стверджує, що травматичні переживання можуть бути настільки потужними, що саморегуляція втрачається, і накопичені негативні емоції "відбиваються" на потенціалі особистості. Ці негативні емоційні заряди, такі як злість, образа, розчарування, ревності, занепокоєння, скорбота та інші, які не були повністю виражені або усвідомлені, Єрмошин А. Ф. називає невідпрацьованими.

Люди намагаються описати свої психологічні стани через тілесні відчуття, що Єрмошин А. Ф. називає "соматизованими еквівалентами" психічних переживань. Це означає, що емоції, які не виражені або не усвідомлені повністю, можуть виражатися у вигляді фізичних проблем, таких як гастрит, астма тощо. Через цей "соматичний каталіз", свідомість втілюється у "психічні предмети", які можуть бути "хорошими" (наприклад, любов, радість) або "поганими" (наприклад, ненависть, страх).

Що стосується травматичних переживань, вони часто переходять у відчуття в тілі, зазначає Єрмошин А. Ф. Це означає, що вони можуть відчуватися як фізичні симптоми, а не просто як емоції. Лісена А.М. та Кочарян О.С. також звертають увагу на те, що травматичні переживання можуть мати

конкретну локалізацію у тілі. Наприклад, образа може концентруватися у горлі, проявляючись у різних захворюваннях цієї області, а відчуття "розбитого серця" можуть призводити до проблем у роботі серця та судин. Такі травми, як приниження самоповаги, можуть викликати гіпертонію та головні болі.

Психосоматичні прояви травматичних переживань можуть бути різноманітними і включати не лише фізичні симптоми, а й відхилення в психічному стані. Наприклад, особа, яка пережила серйозну травму, може відчувати постійний стан напруги, тривожність або депресію [15].

Також важливо зазначити, що травматичні переживання можуть мати далекосяжні наслідки на функціонування особистості та її взаємини зі світом. Особа може відчувати себе вразливою, нерішучою або недостойною, що може ускладнити її соціальну адаптацію та міжособистісні відносини.

Більше того, деякі люди можуть реагувати на травматичні переживання шляхом уникнення будь-яких подібних ситуацій або подразників, що нагадують їм про цю травму. Це може призвести до значного обмеження їхнього життя та можливих проблем у роботі, навчанні та інших аспектах їхнього життя.

Отже, розуміння психосоматичних проявів травматичних переживань є важливим аспектом психологічної підтримки та терапії для тих, хто стикається з такими випадками. Індивідуалізований підхід до кожної особи і врахування її унікальних потреб і контекстуальних чинників можуть бути вирішальними у забезпеченні ефективної допомоги.

Ранні травми, зокрема довербальні, можуть мати значний вплив на розвиток мовлення. Це лише один із прикладів того, як травматичні переживання можуть відобразитися на функціонуванні різних систем організму людини, залежно від специфіки травматизації. В рамках своєї розробленої методики первинної психотерапії, Янов А. пропонує власну концепцію травматичного досвіду, розглядаючи його через призму системи почуттів.

Відзначаючи, що психологічні та фізичні хвороби часто пов'язані з ранньою травмою, Янов А. наголошує на можливості психотерапевтичного впливу на цю травму. Це може сприяти вирішенню проблем, таких як

порушення сну, тривога, депресія, аддикції, захворювання серця та інших органів.

Особливу увагу приділяється фрустрації, що виникає в дитини внаслідок неотримання достатньої любові та уваги від батьків. Ця фрустрація виникає в процесі соціалізації та може накопичуватися з часом, викликаючи глибокі образи, які залишаються невираженими через обмеженість вираження емоцій та почуттів.

Янов А. вказує, що перша фрустрація, яка залишається невираженою, не зразу робить дитину невротичною, але вже починає її шлях до неврозу. Він використовує термін "головна сцена першопричини", щоб описати певну подію, яка є травматично емоційною для дитини, і що нагромаджується на основі вже існуючих негативних переживань. Це часто відбувається в віці 5-7 років, коли дитина може узагальнити свій досвід і сприймати його більш травматично.

Травматичний досвід стає "резервуаром" подібних болючих спогадів, у яких одним базовим почуттям може бути страх чи образи з боку матері. Ця головна сцена першопричини може стати надмірною для дитини, і негативно насичена структура генерує дуже сильний психологічний біль, який дитина не може свідомо переживати, тож цей досвід і травматичні переживання витісняються зі свідомості.

Першопочуття - це базове почуття болю, яке об'єднує всі інші почуття травматичного досвіду. Воно "заморожене", і це призводить до напруги, підвищення серцебиття, температури, болю, психосоматичних розладів, напруги м'язів та інших симптомів, спрямованих на відведення енергії від першинного болю, щоб запобігти його повторному активуванню.

Таким чином, першинний біль, за Яновим, характеризується тим, що він не пережитий, напружений та нерозряджений, не включений в цілісний досвід особистості, а отже, утворює дисоційовану та несвідому частину цього досвіду, і замаскований, тому недоступний для прямого усвідомлення.

Янов А. також вказує на те, що першопочуття може мати великий вплив на формування невротичних симптомів. Наприклад, він вважає, що напруга, спричинена пригніченим болем, може призвести до психосоматичних розладів,

таких як астма, гіпертонія, а також до порушень опорно-рухового апарату. Ці симптоми можуть бути спробою організму уникнути повторного відчуття болю або виявити неспроможність свідомо опрацювати травматичний досвід.

Важливо також відзначити, що першинний біль може бути джерелом не тільки фізичних, а й психічних та емоційних проблем. Він може викликати тривогу, депресію, а також сприяти розвитку залежностей (наприклад, від алкоголю або наркотиків) як спробу уникнути або заглушити внутрішній біль [11; 14; 16].

Дослідження Янова А. показують, що практична робота з першинним болем та його виявлення може бути ключем до подолання невротичних симптомів та полегшення страждань, пов'язаних з травматичним досвідом. Такий підхід передбачає виявлення та усвідомлення першопочуття, його поетапне розроблення та інтеграцію в цілісний досвід особистості через психотерапевтичну роботу.

Цікавим є запропонований Яновим А. феномен «безболісного болю», під яким розуміється переживання під час психотерапії первинного почуття, при якому клієнт не відчуває травматизації своєї особистості. Мова йде про можливість, разом з проживанням цього болю, повернути здатність до повноцінного проживання емоцій та почуттів. Тобто можливість повернути до свідомості первинний біль та проживання його набуває саногенної характеристики. Первинний біль, напластовуючись у вигляді певної кількості травматичних подій, об'єднується в певний резервуар первинного болю, тож, враховуючи постійне збереження емоційної напруги в ньому, на що вказує Янов А., повертаючись в нього, особистість, фактично, отримує можливість стати собою в цьому досвіді. Норкросс та Прохазка зазначають, що, як наслідок уникнення проживання первинного болю, психіка викривлює себе настільки, щоб створити сприятливі умови для хорошого ставлення до особистості, навіть шляхом відмови від певних частин себе.

Янов А. запропонував топографічну модель первинних почуттів та псевдопочуттів, розуміючи під останніми, власне не сам первинний біль, а реакцію на нього. Це певні ірреальні почуття, до яких належать провина, гнів,

сором та ін. Тобто, схематично та структурно первинний біль знаходиться суттєво глибше псевдопочуттів, які є символічними заміниками що реалізують функцію придушення головного почуття.

Дослідження Віденка та Шебанової узагальнює та аналізує результати різних емпіричних досліджень, присвячених різним аспектам травматичного досвіду, проведених різними вченими. Ці дослідження охоплюють різні групи населення, від військовослужбовців до вагітних жінок, підлітків та жертв зґвалтування. Результати цих досліджень підтверджують важливість врахування соціального контексту травматичного досвіду, а також показують, що травматичний досвід може передаватися від одного покоління до іншого.

Наприклад, дослідження Ruppert F. відзначає важливість врахування соціального контексту стресової ситуації у формуванні травматичного досвіду. Він також підкреслює, що дитина може актуалізувати травматичний досвід у своїй матері, що в подальшому може передаватися дитині, створюючи замкнене коло травматизації між поколіннями.

Дослідження також підтверджують ідею про існування "заторних емоцій", які постійно зберігаються в травматичному досвіді, що комплементується ідеєю про соціальний компонент травматизації, який має бути врахований разом з біологічним та психологічним.

Також зазначено важливість міжпоколінного зв'язку в травматизації особистості, що підкреслюється ідеями, викладеними в теорії прив'язаності Боулбі, яка досліджує механізми передачі травми від одного покоління до іншого. Ці аспекти відображають складну природу травматичного досвіду та важливість врахування різних аспектів у психологічній практиці.

Шебанова В.І. відзначає особливості особистості вагітних жінок з травматичним досвідом, які можуть призвести до порушень харчової поведінки. Ці особливості включають занижений рівень саморегуляції, егоцентризм, слабо розвинені навички комунікації та неадаптивні стратегії копіngu. Вона зазначає, що такі особливості можуть відображати інфантильні теми травми травматизації, такі як егоцентризм.

Ідеї Шебанової кореспондують із концепціями Кочаряна О.С. щодо структури травматичних емоцій, які можуть мати шарову організацію. Це може пояснити формування вказаних особливостей та їх наповнення негативною емоційністю. Такий процес, ймовірно, є циклічним, оскільки вказані особистісні особливості також можуть впливати на загальну емоційність.

Ці розмірення дають підстави для припущення, що емоції мають переважаючий вплив у травматичному досвіді. Крім того, важливість особистісних особливостей в специфіці проживання травматичного досвіду також підтверджується дослідженнями, проведеними Каменченком В.С. серед військовослужбовців. Захариков С.В. довів, що саме ці особливості визначають психологічну стійкість у умовах бойових дій.

Попов В.Є. розробив психологічну стратегію реабілітаційної роботи з військовослужбовцями, що стикалися з травматичним досвідом. Дослідження Берджесса А. та Холмстрома Р. щодо травматичного досвіду при зґвалтуванні продемонстрували результати, подібні до тих, які спостерігалися під час воєнних дій. Аналогічні висновки були зроблені в дослідженнях Беста С., Кілпатріка Д., Веронена Л. Ці спостереження вказують на певну характерність та однотипність механізмів формування травматичних переживань. Отже, травматичний досвід, хоча він має свою специфіку визначення соціальними чинниками, демонструє певну універсальність у структурі та симптоматиці.

В дослідженні Єгоркіної Т.В. ранні травматичні переживання у системі відносин особистості підлітків, які були свідками міжетнічних конфліктів, розглядалися як чинник ризику для дезадаптації. Виділено групу підлітків, які мають найбільший ризик дезадаптації через вплив травматичного досвіду, а саме через негативний емоційно-афективний компонент та легкість актуалізації травматичних переживань. Досліджено, що цей досвід більш фіксується на минулому, майбутньому та на ставленні до оточуючих людей. Рівень порушень відносин особистості підлітка залежить від індивідуально-психологічних особливостей, віку травматизації та рівня інтелектуального розвитку.

Єгоркіна Т.В. розглядає соціальну підтримку близького оточення як ресурс для адаптаційної поведінки та зазначає, що вона може допомогти

зменшити негативні психологічні наслідки ранньої психологічної травматизації. Ця ідея є конструктивною і узгоджується з концепцією емоційної схеми, яка розроблена в рамках процесуально-експерієнтальної психотерапії, зокрема в емоційно-фокусованій психотерапії.

Робота М. Ворнер пропонує розглядати особливості психічної організації через поняття типу процесу у психотерапії, виокремлюючи нормальний, крихкий, дисоціативний та психотичний типи. Цей підхід має спільні риси з концептуалізацією рівня психічної організації у психоаналізі.

Емоційна схема, яку вона описує, містить наступні елементи: емоції, травматичні переживання, систему ранніх спогадів, тілесні маніфестації травматичного досвіду, когнітивні інтерпретації травматичної ситуації та мотивацію, що витікає з травматичного досвіду. Ці елементи взаємодіють між собою, а емоції виступають як головна складова цієї схеми, що поєднує та обумовлює інші її аспекти [2;3;5].

Кочарян О.С. наголошує на тому, що емоційна схема створює певний контур функціонування, з якого складно "вибратися" самотійно. Це порівнюється з поняттям "резервуару первинного болю" Янова А., яке описано вище. Якщо перші чотири складові вже достатньо розглянуті, то щодо п'ятої, важливо відзначити, що мотиваційно-сенсорна сфера також має суттєве значення у повноцінному функціонуванні психіки.

Дослідження особливостей структури цієї сфери у демобілізованих учасників бойових дій з доклінічним рівнем вираженості травматичного досвіду, до якого належить ППД, є маловивченим. Однак, за межами даного контексту, мотивація та ціннісна сфера військовослужбовців досліджувалися в роботах Гайдукевича Г., Гребенюка Г., Дорошенка М., Дунець Л., Клачка В., Корольчука М., Криворучка П., Ліпатова І., Потапчука Є., Приходька І., Сафіна О., Ягупова В.

1.2. Особливості травматичного емоційного досвіду військовослужбовців

Травматичний досвід військових може бути дуже різноманітним і включати фізичні травми, психологічні та емоційні стреси. Фізичні травми можуть включати поранення від куль, вибухів, травми, отримані в результаті аварій та інші. Ці травми можуть мати серйозні наслідки для здоров'я та функціонування ветеранів.

Психологічний травматичний досвід також є дуже поширеним серед військовослужбовців. Це може включати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність, а також інші психічні проблеми, пов'язані зі стресом та травматичними подіями, які вони пережили під час військової служби. Неможливо підізнати важливість професійної підтримки та допомоги для ветеранів, які стикаються з цими проблемами.

Багато ветеранів також стикаються з труднощами пов'язаними з реінтеграцією в цивільне життя після повернення з військової служби. Це може включати проблеми з пристосуванням до цивільної роботи, відносинами з родиною та друзями, а також здоров'ям і самопіклуванням.

Важливою частиною підтримки ветеранів є надання доступу до психічної та медичної допомоги, а також до соціальних та реабілітаційних послуг. Також важливою є роль спільноти в підтримці ветеранів і їхніх сімей, надання підтримки, розуміння та уваги до їхніх потреб і викликів, з якими вони можуть стикатися.

Травматичний емоційний досвід військовослужбовців може бути спричинений різноманітними чинниками:

Бойові дії: Участь у бойових діях може призвести до серйозного стресу та травм для військовослужбовців. Це може включати напади, обстріли, вибухи та інші воєнні події, які можуть призвести до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних проблем.

Втрати товаришів: Втрати членів зграї або друзів під час військової служби можуть бути дуже травматичними. Ці втрати можуть викликати глибоку траур та викликати відчуття вини, жалю та втрати.

Травми та поранення: Фізичні травми, які військовослужбовці можуть отримати під час війни або тренувань, можуть мати не тільки фізичні, але й

емоційні наслідки. Посттравматичні стани чи депресія можуть супроводжувати довге та складне одужання.

Стрес від розділення з родиною: Довгі періоди розділення з сім'єю та близькими також можуть бути джерелом емоційного стресу для військовослужбовців, особливо для тих, хто має маленьких дітей або інші родинні зобов'язання.

Переходи від воєнного життя до цивільного: Повернення до цивільного життя після військової служби може бути важким і стресовим періодом. Адаптація до нових ролей, зайняття цивільної роботи та побудова нових відносин можуть викликати емоційний стрес та невпевненість.

Ці чинники можуть впливати на емоційне здоров'я військовослужбовців і вимагати підтримки, лікування та допомоги для їхнього подолання.

Ознаки травматичного емоційного досвіду військовослужбовців можуть виявлятися в різних формах і проявлятися по-різному у кожної людини. Однак деякі загальні ознаки можуть включати:

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): Це стан, який виникає внаслідок пережиття травматичних подій і характеризується відчуттями тривоги, страху, повторних спогадів про події, кошмарів, гіперзбудженості та унікального стилю мислення.

Депресія та тривожність: Військовослужбовці можуть відчувати важку, тривожну або пригнічену настрій, втрату інтересу до раніше приємних справ, проблеми зі сном та концентрацією, почуття вини або безнадії.

Різні форми зловживання речами: Це може включати або переїдання, або недоїдання, вживання алкоголю чи наркотиків в надмірних кількостях, щоб впоратися зі стресом чи емоційними труднощами.

Соціальна ізоляція: Військовослужбовці можуть відчувати відчуження від інших, уникати соціальних подій, відносин із сім'єю та друзями.

Фізичні симптоми: Це може включати головні болі, м'язові болі, проблеми зі шлунком, серцево-судинні проблеми та інші фізичні симптоми, які можуть бути пов'язані з емоційним стресом.

Погіршення робочої ефективності: Втрата інтересу до роботи, зниження продуктивності, проблеми з концентрацією та прийняттям рішень.

Гнів та агресія: Посттравматичний стрес може виливатися в агресивну поведінку, включаючи злість, роздратованість та конфліктність.

Гіпервигідність та гіперпобудженість: Військовослужбовці можуть бути завжди насторожені, готові до реакції на навколишнє середовище навіть у відсутності конкретної загрози.

Втрата інтересу до планів на майбутнє: Травматичний досвід може призвести до відчуття безнадії та втрати перспективи, внаслідок чого військовослужбовці можуть відмовлятися від розвитку кар'єри чи втрачати віру у свої можливості.

Проблеми зі сімейними відносинами: Травматичний досвід може вплинути на сімейні відносини, призводячи до конфліктів, зняття емоційного зв'язку та непорозумінь.

Проблеми зі сном: Військовослужбовці можуть стикатися зі складнощами зі засипанням, нездатністю виспатися або кошмарами, пов'язаними з травматичними подіями.

Ці ознаки можуть бути індикаторами того, що військовослужбовець переживає травматичний емоційний досвід і може потребувати професійної допомоги та підтримки.

1.3.Методи соціально-психологічної роботи із травматичним емоційним досвідом

Метод субвербальної клієнт-центрованої психотерапії, запропонований Кочаряном О.С., використовує мета-навички для роботи з вербальними переживаннями, які існують на рівні самого досвіду, а не лише на рівні словесного висловлення. Цей метод спрямований на роботу з "заторними" переживаннями, які створюють в психіці "мертві зони" та перешкоджають організмичному потоку, про що говорив Роджерс.

Заторні переживання є пошаровими за своєю структурою, і робота в рамках цього методу спрямована на актуалізацію первинних заторних переживань. Це вимагає налагодження роботи емоційного капіляру, щоб відновити рух організмичного потоку. Для досягнення цієї мети використовуються техніки фокусування та реалізації механізму урівнювання емоцій.

Для зрівнювання емоцій важливо довести первинне емоційне заторне переживання "до максимальної межі", що досягається різними методами його ампліфікації.

Чутливість клієнта до субвербального тілесного досвіду, яку Кочарян О.С. вважає важливою, відповідає концепції "експерієнтальної рефлексії", яку описував Джендлін Ю. Це означає, що особистість розвивається, коли вона стає уважною до своїх почуттів в тілі, а не лише до образів та слів. У роботі з травматичним емоційним досвідом ефективними є такі методи, як біоенергетичний аналіз Лоуена, тілесно-орієнтована психотерапія Райха, когнітивна психотерапія Бека та Елліса, психокаталіз Єрмошина, первинна психотерапія Янова, ортодоксальний психоаналіз та психодинамічні підходи.

Ці методи допомагають клієнтам зануритися в їхні внутрішні почуття та емоції, що дозволяє їм зрозуміти, пережити та подолати травматичний досвід.[1].

Психотерапевтична робота з комбатантами вимагає урахування їхньої специфіки та особливостей. Часто вони позиціонують себе у рамках терапії з надмірною обережністю, що може стати перешкодою у прогресі терапевтичного процесу. Кочарян О.С. вказує на деякі аспекти, які можуть бути несприятливими для терапії комбатантів:

Регресія: комбатанти можуть відчувати необхідність повернутися до раніше пройдених етапів свого життя, щоб знову оцінити свої дії та вибрати оптимальний шлях подальшого розвитку.

Трансферентні відносини: це може включати перенесення на терапевта різних емоцій або ставлення, які виникли у зв'язку з минулими відносинами або подіями.

Стійке відтворення інфантильних паттернів: деякі комбатанти можуть залишатися у стані, коли вони виражаються або реагують на ситуації, як діти, замість того, щоб виходити на доросле сприйняття та поведінку.

Резистентність до змін: комбатанти можуть бути схильними до захисту від змін, навіть якщо ці зміни можуть поліпшити їхнє життя.

Комбатанти можуть виявляти також деякі характеристики, які Роджерс К. описав як несприятливі для психотерапії:

Небажання повідомляти про себе: вони можуть бути обережними у висловленні особистої інформації.

Готовність говорити тільки про зовнішні обставини: вони можуть уникати обговорення своїх почуттів та внутрішніх переживань.

Статичність особистісних конструктів: вони можуть залишатися у межах старих уявлень про себе та світ.

Страх психологічної інтимності: вони можуть відчувати непевність або занепокоєння щодо розкриття своїх почуттів і думок перед іншими.

Тенденція заперечувати наявність особистісних проблем: вони можуть уникаливо визнавати або приховувати свої проблеми.

Відсутність бажання змінюватися: вони можуть відчувати опір до змін у своєму житті та поглядах.

Блокування спілкування з самим собою: вони можуть уникати або підготовляти психологічну внутрішню роботу.

Розуміння цих аспектів дозволяє психотерапевтам краще адаптувати свої методи та підходи до потреб комбатантів у процесі терапії.

Робота з комбатантами, які пережили травматичний емоційний досвід під час служби, може бути складною через їхню особливу поведінку та реакції на стрес. Розуміння та врахування цих особливостей є ключовими для успішної психотерапевтичної роботи з ними.

Комбатанти можуть мати певні характеристики поведінки, які ускладнюють терапевтичний процес, включаючи:

Регресія: можливе відчуття необхідності повернутися до раніше пройдених етапів життя для переоцінки своїх дій та вибору оптимального шляху подальшого розвитку.

Трансферентні відносини: перенесення на терапевта різних емоцій або ставлення, які виникли у зв'язку з минулими відносинами або подіями.

Стійке відтворення інфантильних паттернів: можлива тенденція залишатися у стані, коли вони реагують на ситуації, як діти, замість того, щоб виходити на доросле сприйняття та поведінку.

Резистентність до змін: можливий опір до змін у своєму житті та поглядах.

Для успішної терапії важливо знизити рівень напруги та стресу, які можуть перешкоджати продуктивній роботі над собою. Метод TRE (Trauma & Tension Releasing Exercises), запропонований Berceli D., може бути корисним для цього етапу роботи з комбатантами. Цей метод спрямований на вивільнення накопиченої напруги та стресу через роботу з м'язами, які активуються під час стресових реакцій. Процес відпускання цієї напруги може сприяти відновленню гомеостазу в організмі та полегшити роботу з емоційними структурами [1].

Розуміння та застосування цих методів допоможе забезпечити ефективну психотерапевтичну роботу з комбатантами, сприяючи їхньому психологічному відновленню та адаптації.

Метод, запропонований Berceli D., виявився дієвим у роботі з військовослужбовцями, які пережили травматичний досвід під час воєнних конфліктів. Цей метод спрямований на зняття психологічної напруги, яка виникає внаслідок "замерзання" травматичного досвіду в психіці, і може присутні навіть без зовнішніх проявів для оточуючих [22].

Цей підхід передбачає виконання ряду вправ, які дозволяють розслабити м'язи та вивільнити накопичену напругу, не потребуючи вербалізації травматичного досвіду або усвідомлення емоцій і почуттів. Важливою особливістю цього методу є можливість його застосування безпосередньо на місці, навіть в умовах військової діяльності.

Проведення апробації цього методу в різних країнах, де виникли військові конфлікти, підтвердило його ефективність у підтримці військовослужбовців у процесі психологічного відновлення після пережитих травматичних подій. Такий підхід до роботи з військовими може значно полегшити їхню адаптацію та забезпечити психологічну підтримку під час процесу військової служби та після неї.

Висновки до першого розділу

Феномен травматичного емоційного досвіду виявляється через процес емоційного зачеплення, що може формуватися у відповідь на негативні події або ситуації. Цей процес передбачає об'єднання подібних емоційних вражень у негативні емоційні компоненти. Травматичний емоційний досвід може мати значний негативний емоційний заряд і складатися з різних частин досвіду, що об'єднуються в ланцюг, підсилюючи його руйнівний потенціал.

Ці емоційні утворення можуть переходити по емоційному досвіді, підсилюючи травматичний компонент, якщо у відповідних переживаннях міститься відповідна природа. Такий травматичний досвід може виникати внаслідок поєднання інфантильних та актуальних травматичних подій. Цей негативний емоційний досвід може впливати на здоров'я та ініціювати розвиток різних захворювань. Емоції також можуть залишатися замороженими в пам'яті та зберігатися в тілесності, продовжуючи впливати на особу протягом часу.

Травматичний емоційний досвід сприймається через поняття «емоційної схеми», яка містить наступні елементи:

- 1) суто емоції, травматичні переживання,
- 2) систему ранніх спогадів,
- 3) тілесні маніфестації травматичного переживання,
- 4) когнітивні інтерпретації травматичної ситуації,
- 5) мотивацію, що витікає з травматичного досвіду.

Власне, емоції, як головна складова цієї схеми, певним чином обумовлюють та пов'язують мотивацію, когнітивну сферу, систему спогадів та

тілесні маніфестації. Науковці зазначають, що емоційна схема створює певний контур функціонування, з якого складно «вибратися» самотійно.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Характеристика вибірки та опис методів дослідження

Дослідницьку вибірку склали демобілізовані учасники війни в Україні, які приймали безпосередню участь у бойових діях (тільки чоловіки 25-38 років), загальною кількістю 67 осіб. Всі демобілізовані призивалися до під час впродовж 2017-2019 року. Повністю відбули термін служби (тобто рік), не мали поранень, контузій та ін.

Для дослідження нами було використано наступні методики: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтьєвим Д. А.), опитувальник «Оцінка нервово-психологічного напруження» (Немчиним Т.А.). Наведемо опис зазначених методик.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Шкала, розроблена Keane Т.М., призначена для діагностики рівня вираженості стресових реакцій, які мають посттравматичний характер. У військовому варіанті, який використовувався для ветеранів з досвідом бойових дій, ця шкала складається з 35 тверджень, які розділені на чотири категорії. З них 11 тверджень відносяться до категорії вторгнення, 11 - уникнення, 8 пунктів відведено фізіологічній збудливості, а суїцидальність та почуття провини оцінюються за 5 пунктами. Для визначення ступеня впливу травматичного досвіду на учасників бойових дій сумуються бали за всіма твердженнями.

Чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.).

Ця шкала використовується для діагностики чотирьох стійких емоційних переживань: радості, гніву, страху і печалі (стресу), які розглядаються в

концепції Ольшаннікової А. Є. Ці переживання пов'язані з основними структурами особистості, її світоглядом, цінностями та іншими факторами. Діагностика цих емоцій дозволяє визначити специфіку сприйняття дійсності та суб'єктивні реакції.

Ступінь вираженості кожного з переживань визначається за допомогою балів, призначених кожному запитанню. У шкалі є як прямі, так і обернені запитання, які оцінюються по-різному. Сума балів за ключем методики визначає ступінь вираженості кожної з зазначених емоцій.

Тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтьєв Д. А.).

Тест СЖО (Сенс Життя Особистості) є модифікацією тесту PIL (Purpose-in-Life Test) Джеймса Крамбо і складається з 20 пар протилежних тверджень. За кожним твердженням визначаються бали, при цьому максимальна кількість балів, яку можна отримати за одне твердження, - 7. Твердження поділені на висхідні та східні, проте максимальна кількість балів завжди становить 7.

Застосування цього тесту дозволяє визначити "джерело" сенсу життя, яке особистість може знайти у минулому, теперішньому, майбутньому або одночасно у всіх трьох. Тест включає 5 субшкал:

Цілі в житті.

Процес життя (інтерес та емоційна насиченість життя).

Результативність життя (задоволеність самореалізацією).

Локус контролю – Я (Я – господар життя).

Локус контролю – життя (керування життям).

Ці субшкали дозволяють оцінити різні аспекти сприйняття і відчуття сенсу життя, включаючи цілі, задоволення від процесу життя, самореалізацію та локус контролю..

Опитувальник «Оцінка нервово-психічної напруги» (Немчін Т.А.) Ця методика діагностики нервово-психічної напруги включає 30 характеристик цієї напруги, кожна з яких оцінюється на трьох рівнях вираженості. Основні характеристики включають фізичний дискомфорт, больові відчуття, стан м'язового тону, температурні відчуття, та інші аспекти фізичного та емоційного стану.

Окрім окремих характеристик, методика також дозволяє визначити загальний рівень нервово-психічної напруги, поділяючи його на три категорії:

Слабка напруга: від 30 до 50 балів.

Помірна напруга: від 51 до 70 балів.

Надмірна напруга: від 71 до 90 балів.

Ця методика може бути корисною для оцінки та моніторингу рівня напруги в організмі та емоційного стану особистості.

2.2. Аналіз інтерпретація результатів дослідження

Результати дослідження показують, що 28,3% досліджуваних притаманна печаль, гнів виявлено у 32,2%, радість у 21,3%, страх у 18,2% військовиків. Результати представлено на рисунку 2.1.

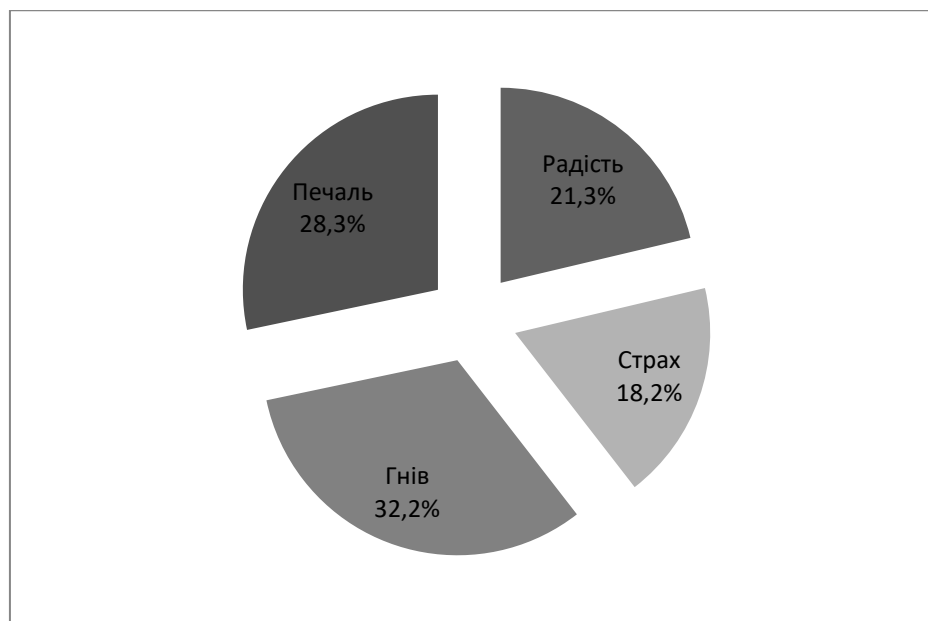


Рисунок 2.1. Результати дослідження емоційних переживань

На рисунку 2.2. бачимо, що симптоми посттравматичного стресового розладу виявлено у 37,6% військових та адаптованими є 62,4%.

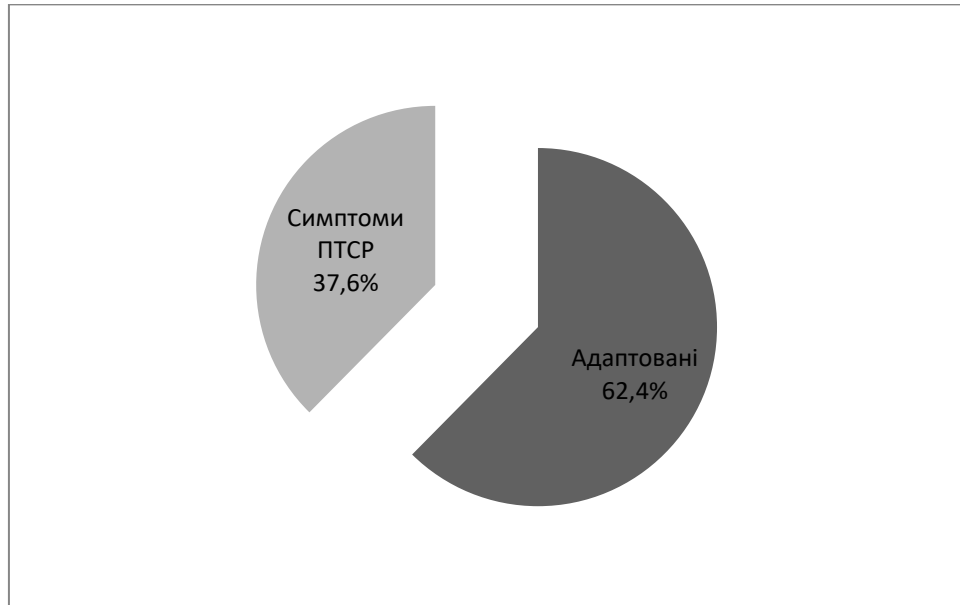


Рисунок 2.2. Результати дослідження посттравматичного стресового розладу

Дослідження посттравматичних реакцій дозволило визначити такі: почуття провини (24,1%), вторгнення (19,3%), уникнення (29,3%), суїцидальність (27,3%). Результати подано на рисунку 2.3.

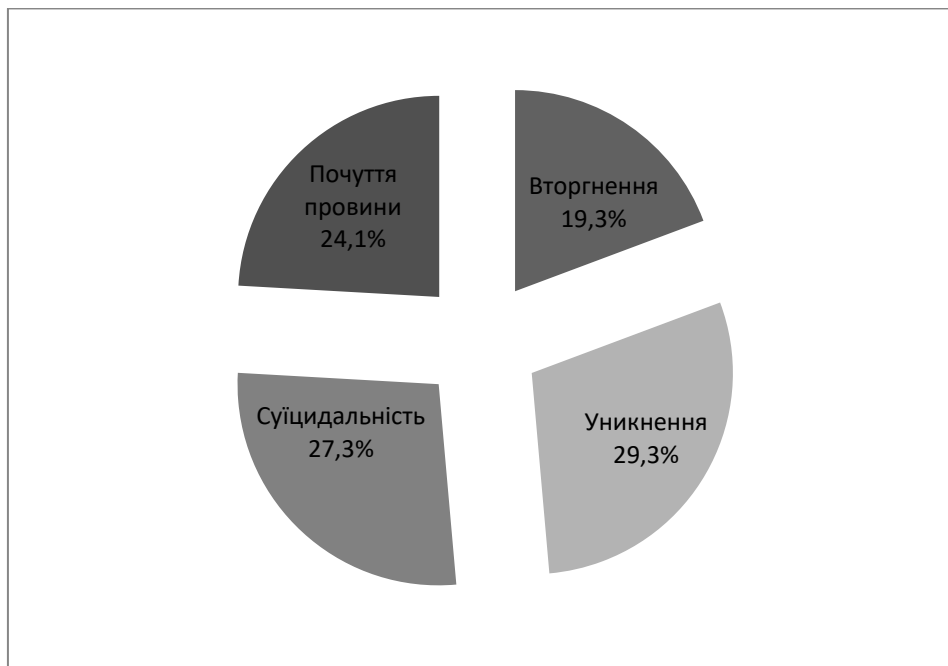


Рисунок 2.3. Результати дослідження посттравматичних реакцій

На рисунку 2.4. зображено результати дослідження смисложиттєвих орієнтацій. Як бачимо, цілі в житті виявлено у 35,6% військових, процес життя у 49,7%, результативність у 41,3%, локус контролю-Я у 56,9%, локус контролю життя у 43,1% досліджуваних військовослужбовців.

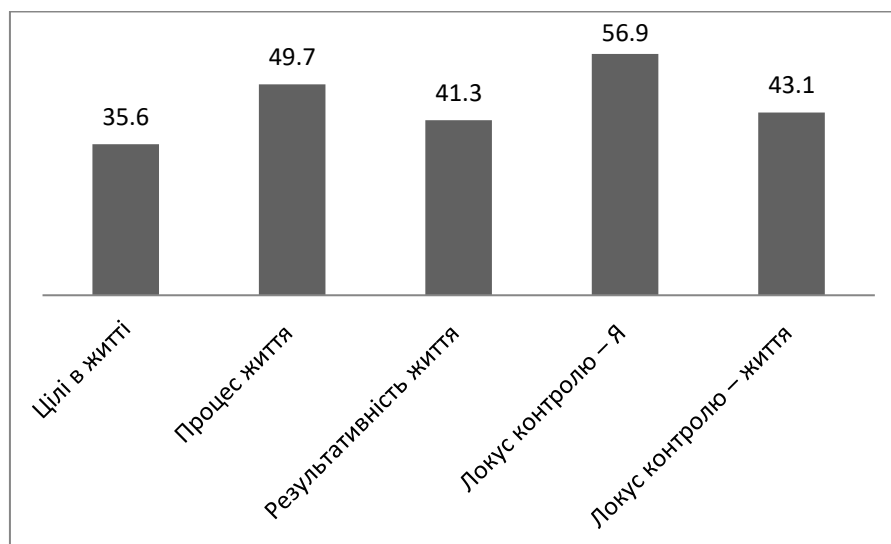


Рисунок 2.4. Результати дослідження смисложиттєвих орієнтацій

На рисунку 2.5. бачимо результати дослідження нервово-психічної напруги. Надмірна нервово-психічна напруга виявлена у 29,5% досліджуваних, помірна нервово-психічна напруга у 34,9% та слабка у 35,6%.

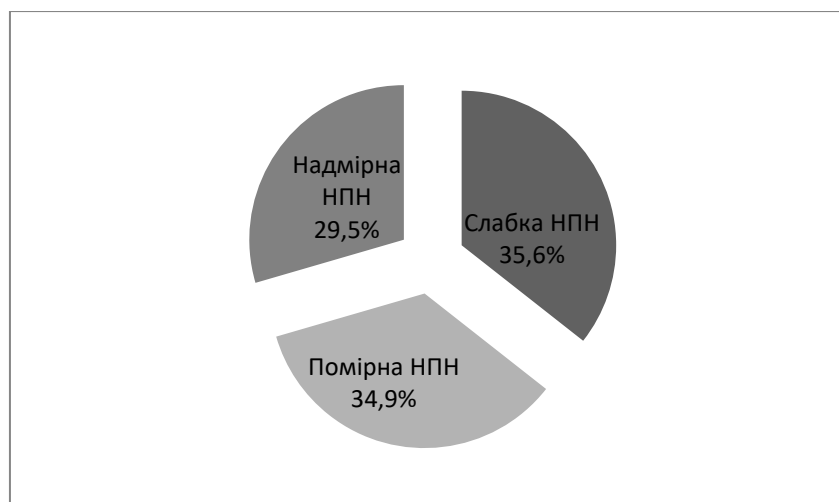


Рисунок 2.5. Результати дослідження нервово-психічної напруги

Також за допомогою програми математичної статистики SPSS 17.0. нами було проведено кореляційний аналіз даних [5]. Перейдемо до результатів кореляційного аналізу.

На рисунку 2.6. зображено кореляційні зв'язки змінної «радість» із змінними «процес життя» (0,492), «результативність життя» (0,553), «локус контролю –Я» (0,564).

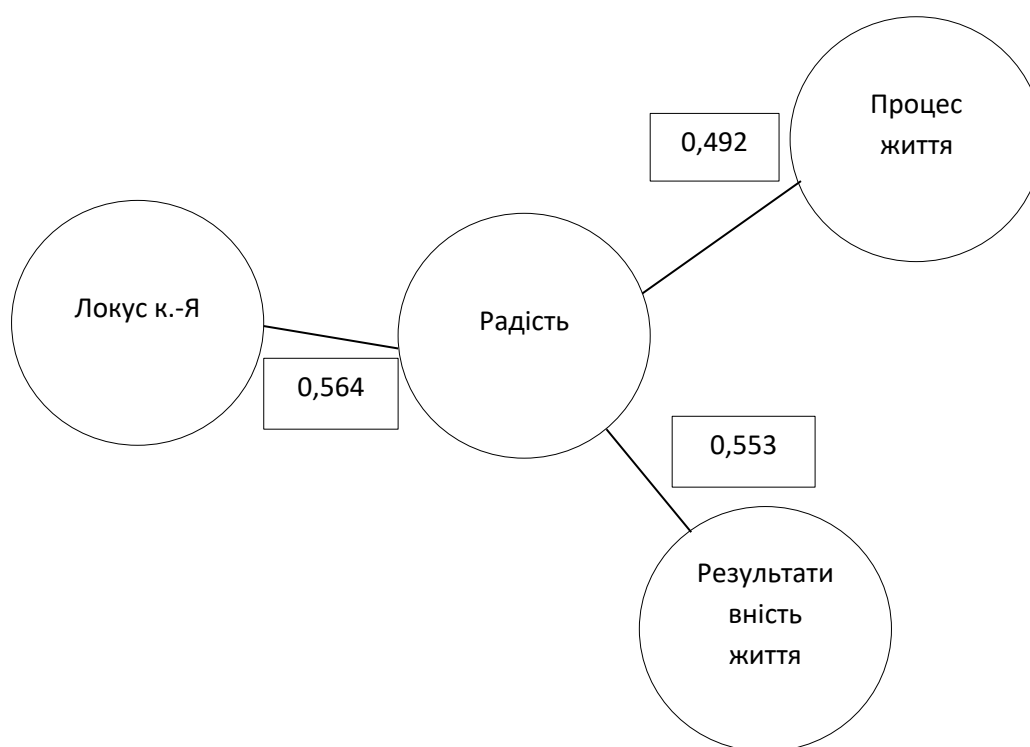


Рисунок 2.6. Кореляційна плеяда змінної «радість»

Бачимо демобілізованих учасників бойових дій присутня підструктура позитивних емоцій. Вона дещо розірвана, при цьому кожна емоція цієї структури «заблокована» негативними емоціями. Фактично, мова йде про відсутність ресурсної складової в структурі емоційної сфери цих демобілізованих. Суттєво більш виражена емоційна риса «радості» та з даними зв'язками у демобілізованих учасників бойових, вказує на їх здатність проживати почуття захоплення, благополуччя, психологічного комфорту, впевненості в собі, насолоди, потрібності і т. д. Безперечно дану рису можна

розглядати як ресурсну та компенсаторну щодо прояву негативних емоцій та можливості виникнення травматичного досвіду вцілому. Ізард К. зазначає, що свідомого зусилля недостатньо для повноцінного проживання «радості», тож пояснити переважання прояву радості як характерної емоційної риси у демобілізованих лише через наявність у них певних когнітивних процесів, неможливо.

На рисунку 2.7. зображено кореляційні зв'язки змінної «гнів» із змінними «почуття провини» (0,524), «симптоми ПТСР» (0,489), «помірна НПН» (0,537), «суїцидальність» (0,499).

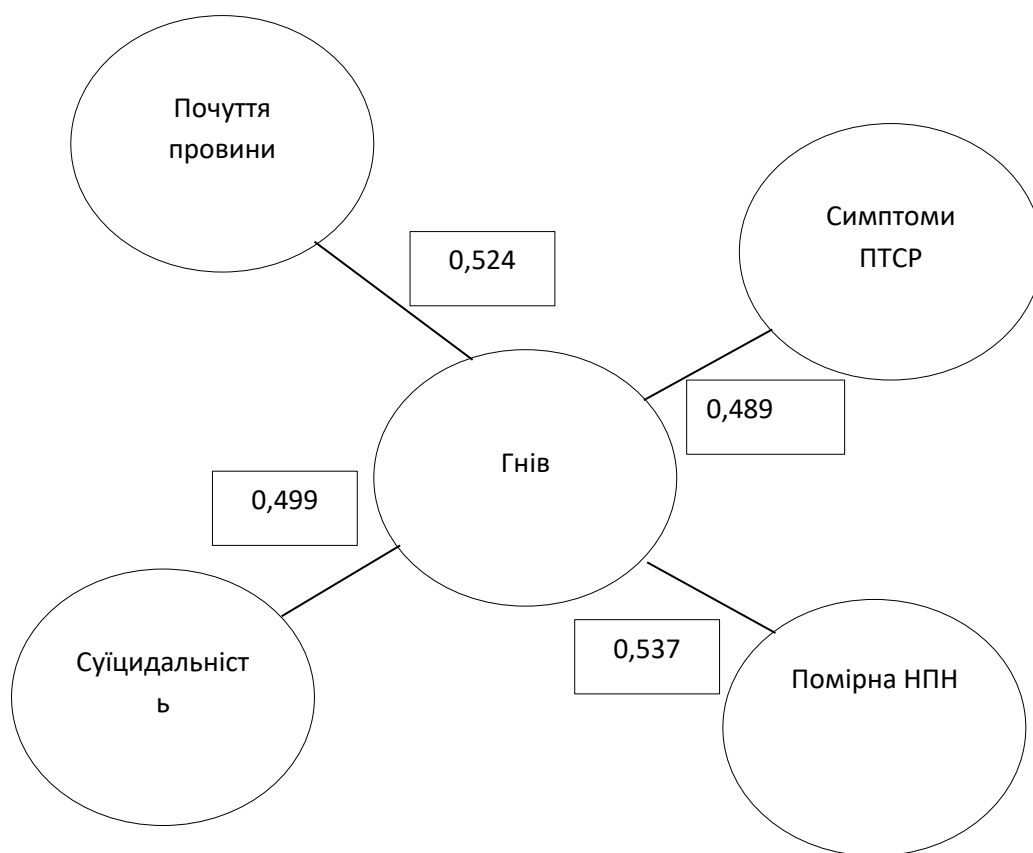


Рисунок 2.7. Кореляційна плеяда змінної «гнів»

Гнів та провина є тими емоційними рисами, які є стрижневими у проживанні різних травм, а саме тих, які більш характерні для демобілізованих з ППД - покинутості, приниження та несправедливості. Більш того, «закритість» радості значно знижує ресурсний потенціал демобілізованих учасників бойових дій у функціонуванні емоційної сфери. Вище зазначені

особистісні риси, ймовірно, є чинником, що як спричиняє до формування травматичного досвіду так й стає її складовою. у втраті ресурсності «гніву», контамінованого «страхом». Емоційна риса «гніву» має прямі кореляційні зв'язки з «провиною», що може говорити про «синдром вижившого»

На рисунку 2.8. зображено кореляційні зв'язки змінної «страх» із змінними «вторгнення» (0,521), «уникнення» (0,544), «помірна НПН» (0,572), «суїцидальність» (0,582).

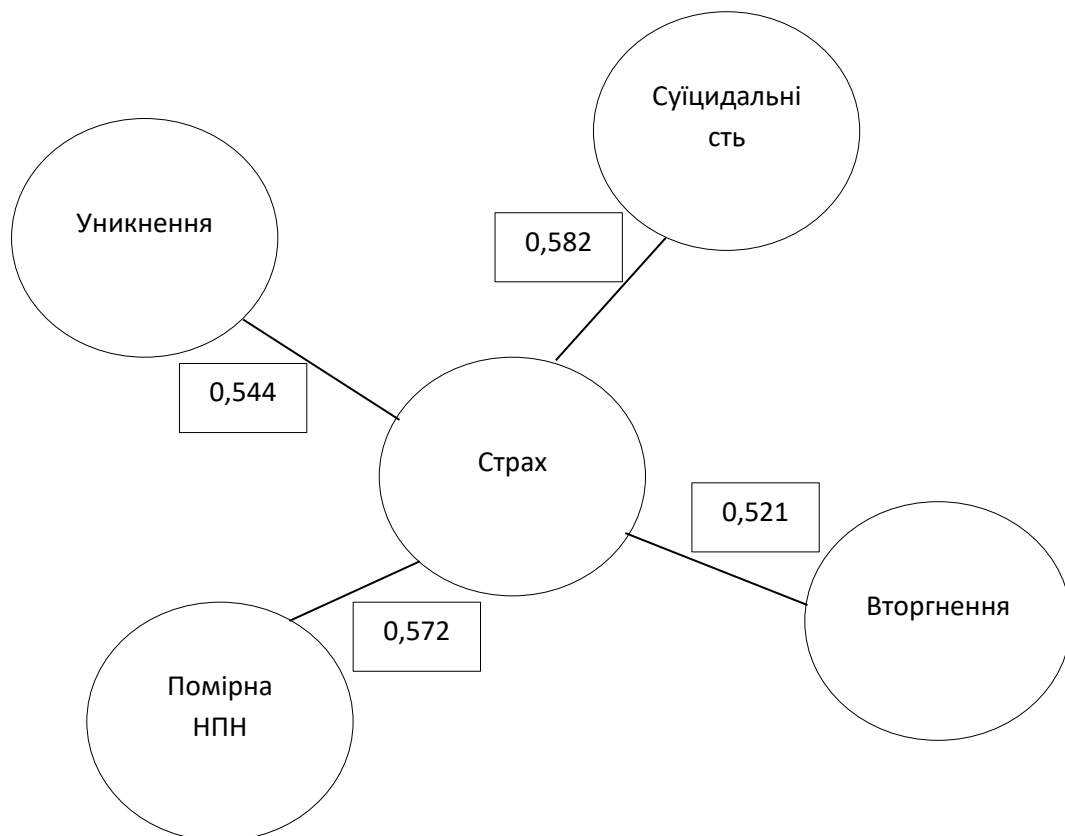


Рисунок 2.8. Кореляційна плеяда змінної «страх»

Страх вказує на характерність для їх особистості: розчарування, почуття втрати, негативних спогадів, пустки, самотності, журби, страждання, туги, неможливості контролювати ситуацію, невпевненості, незахищеності, тривоги, розгубленості, занепокоєння, жаху, переживання невдачі, неадекватності, безпорадності, боязливості, збентеження, стриманості, приниження, засмучення, занепокоєння, незграбності, несправедливості, зради, образи, помсти, ненависті, роздратування, розчарованості, пихатості та зверхності.

На рисунку 2.8. зображено кореляційні зв'язки змінної «печаль» із змінними «симптоми ПТСР» (0,533), «суїцидальність» (0,498), «почуття провини» (0,525), «надмірна НПН» (0,575), «локус контролю життя» (0,527).

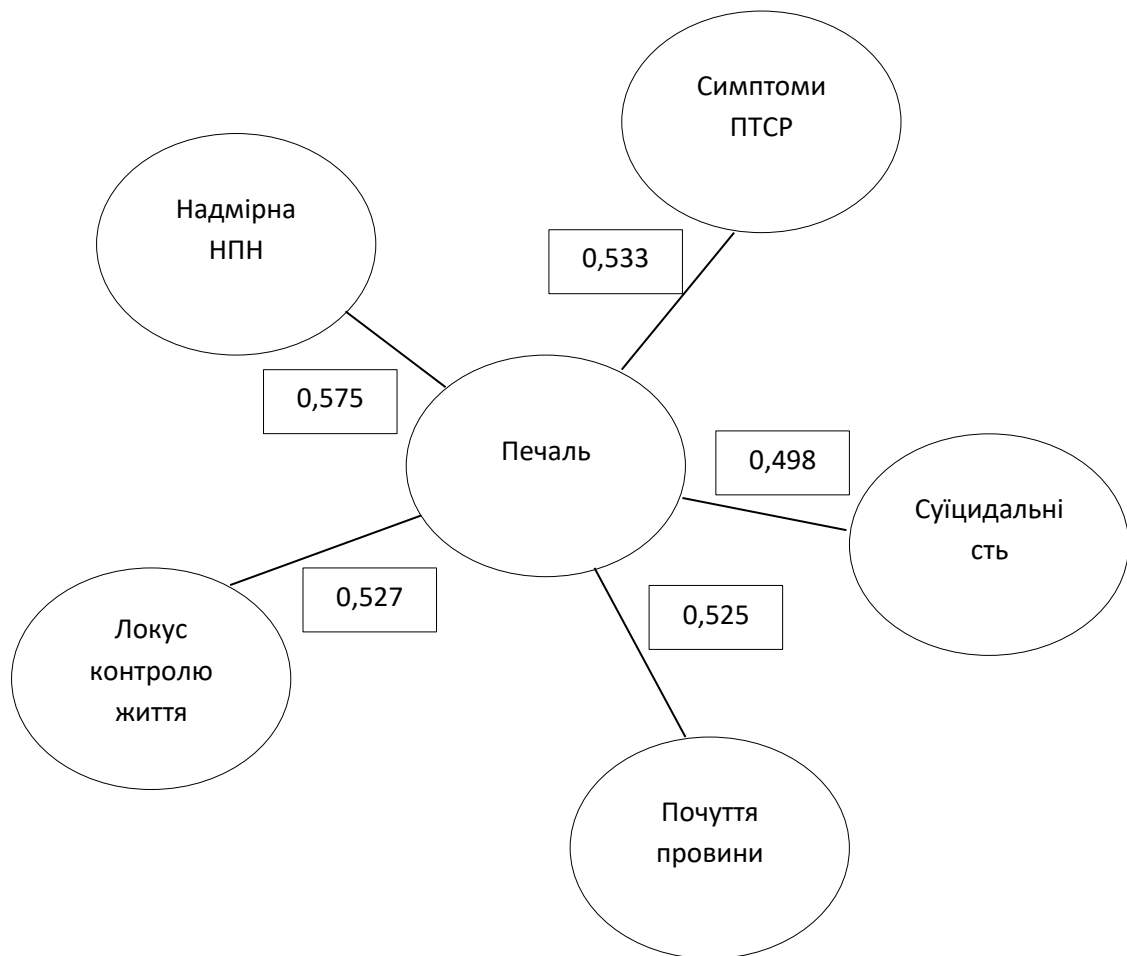


Рисунок 2.9. Кореляційна плеяда змінної «печаль»

Горе, гнів, страх, сором та провини є тими емоційними рисами, які є стрижневими у проживанні різних травм, а саме тих, які більш характерні для демобілізованих - покинутості, приниження та несправедливості. Більш того, «закритість» радості значно знижує ресурсний потенціал демобілізованих учасників бойових дій у функціонуванні емоційної сфери. Вище зазначені особистісні риси, ймовірно, є чинником, що як сприяє до формування ППД, так й стає її складовою.

Висновки до другого розділу

Досліджуваним військовикам притаманна печаль, гнів, радість та страх. У третини виявлено симптоми посттравматичного стресового розладу. Дослідження посттравматичних реакцій дозволило визначити такі: почуття провини, вторгнення, уникнення, суїцидальність. Для досліджуваних військовослужбовців важливим є процес життя, результативність, локус контролю-Я. Досліджувані емоційні стани корелюють із такими показниками, як: процес життя, результативність життя, локус контролю – Я, почуття провини, симптоми ПТРС, помірна НПН, суїцидальність, вторгнення, уникнення, помірна НПН, надмірна НПН, локус контролю життя.

Виявлені інтенсивність вираженості негативних емоцій та щільність кореляційних зв'язків між ними, свідчать про існування такого контуру функціонування та «резервуару болю». Суттєвим аргументом в доведенні наявності цих особливостей в структурі емоцій цих демобілізованих, є виявлені особливості емоційного травматичного досвіду.

ВИСНОВКИ

Саногенне мислення переважно аналізується з функціональної точки зору як процес, пов'язаний з регуляцією негативного емоційного стану та вирішенням складних життєвих ситуацій, що сприяє поліпшенню психічного і соматичного здоров'я. Воно допомагає зменшувати внутрішні конфлікти і напруження, знижувати негативні наслідки емоційного стресу, сприяє саморегуляції та допомагає людині усвідомити свої емоції, потреби та бажання, а також запобігає захворюванням.

Теоретичний аналіз виявив зв'язок між поняттями «саногенне» та «позитивне», «оптимістичне», «емоційне», «продуктивне», «критичне», «раціональне», «конструктивне» мислення. Виявлено, що всі ці види мислення мають спільну особливість — вирішення проблем, а також прагнення до нового сприйняття ситуації, самовдосконалення, та відхід від стереотипів. Встановлено, що поняття «конструктивне» і «продуктивне» мислення найбільше пов'язані з саногенним мисленням; саногенне мислення містить у собі елементи позитивного мислення.

Також встановлено зв'язок між «саногенним мисленням», «рефлексією», «саногенною рефлексією», «метакогніцією», «метамисленням», «емоційною регуляцією». Саногенне мислення визначено як психічний процес, який відображає власні емоційні переживання, характеризується високим рівнем метакогніції та моніторингу і проявляється в осмисленні емоціогенних факторів, усвідомленні неконструктивних програм поведінки і передбачає корекцію цих програм та набуття навичок адекватної реакції на ситуації напруги. Описано також алгоритм розгортання саногенного мислення.

Травматичний емоційний досвід проявляється через емоційне залучення, яке розвивається в реакції на негативні події або обставини. В ході цього процесу схожі емоційні відчуття об'єднуються в негативні емоційні групи. Такий досвід може накопичувати значний емоційний негатив і складатися з

різних елементів, що з'єднуються в ланцюг, підвищуючи його деструктивний вплив.

Ці емоційні структури можуть переміщуватися крізь емоційний досвід, зміцнюючи травматичний аспект, особливо коли у переживаннях присутній певний характер. Такий досвід може виникати в результаті сполучення дитячих та сучасних травматичних подій. Цей негативний емоційний досвід може негативно впливати на здоров'я і сприяти виникненню різноманітних хвороб. Емоції можуть також залишатися замороженими у пам'яті та зберігатися у фізичному стані, продовжуючи впливати на людину з часом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медикопсихологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 26 травня 2016 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. – К.: НУОУ, 2016. – 400 с.
2. Андрусишин Ю.І. Методичні рекомендації щодо психодіагностики емоційно-вольової стійкості особистості. Київ, 2014. 40 с.
3. Булан А.А. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки, Харків: Гуманітарний центр, 2015. №4 (29). С. 9-12.
4. Вавринів О. Організація та проведення психологічних і соціально-психологічних досліджень: практичний посібник. ЛьвДУВС, 2023. 116с.
5. Вавринів О.С., Христук О.Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів: *зб.наук.праць*. Львів: ЛьвДУВС, 2023. Вип.2. С.11-15 DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2023-2-2>
6. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Н. Ф., Лінський І. В. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації // Харків, ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
7. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Методичні рекомендації. Харків: Гуманітарний центр, 2002. 47 с.
8. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М. та ін.. Реабілітація посттравматичних стресових розладів. Методичні рекомендації. Харків. 2006. 47 с.

9. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору [пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак] / Д. Герман. Львів : Старого Лева, 2015. 416 с.

10. Діденко, Г. О. Вплив травматичних подій на особистість : історичний аспект: Матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. "Соціальні трансформації у кризовий період". Вінниця : ТОВ "Нілан-ЛТД", 2017. С. 52-55.

11. Зубовський Д.С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період // Молодий вчений, 2018. № 8 (60). Серпень. С. 47-52.

12. Кочарян О.С. Специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм: Психологічне консультування і психотерапія, 2018. Том 2, Вип. 9. С. 34-56.

13. Кочарян О.С., Барінова Н. В., Харченко А.О. Специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм. Психологічне консультування і психотерапія. 2018, Том 2, Вип. 9. 145-158с.

14. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. Медична психологія. 2015. №1(37). С. 8-13.

15. Овчаренко А.І. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. / А.І. Овчаренко. К.: нац. акад. внутр. Справ, 2014. 160 с.

16. Підчасов Є.В., Г.І. Ломакін Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. // Проблеми екстремальної та кризової психології, 2011. Вип. 10. С. 86–98.

17. Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. Інтерв'ю провела Кеті Карут / Пер. з англ. Катерини Дисси. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, 2017. 496 с.

18. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (АТО) Вісник Національного університету оборони України 2015. Т 2 (45). С. 280- 285.

19. Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / уклад. О.А. Резнікова. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.

20. Сафін О.Д. (2016). Реабілітація і реадаптація учасників АТО у психологічному дискурсі. Дата публ. 04.12.2016 // <http://dspase.udpu.org.ua:8080/jspui/handle/6789/6138>

21. Сірий І. Мотивація військово-професійної діяльності військовослужбовців за контрактом, її психологічна структура та методика дослідження / Сірий І. // Військово-спеціальні науки. 2015. №2 (33). С 39-43.

22. Такйун Ч. Д. Індивідуально-психологічні та гендерні особливості підлітків, які хворі на atopічний дерматит. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04. – медична психологія. Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, Харків, 2016 р. 24 с.

23. Титаренко Т.М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей. Київ.: Фенікс, 2015. 150 с.

24. Харченко А.О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди. Серія: Психологія. 2016. №3 (25). С 58-67.

25. Харченко А.О. Структурні особливості мотиваційно-сенсової сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія: «Психологія». 2018. Вип. 59. С. 119-130.

26. Boudewyns P.A. (1996). Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment. Progress in Behavior Modification. N 30. P.165-189.

27. Elliot R., Watson J. C., Goldman R.N., Greenberg L.S. (2004). Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change. American Psychological Association.

28. Goenjian Armen K., Najarin Louis M., Pynoos Robert S. et al. (1994). Posttraumatic stress disorder in elderly and younger after the 1988 earthquake in Armenia. *Amer. J. Psychiat.* 151, № 6. P. 895-900.
29. Jeffry E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar // *Schema therapy: A practitioner's guide*, 1995. Vol. 54, № 4. P. 34-46
30. M. M. Stern, L. B. Stern *Repetition and Trauma: Toward A Teleonomic Theory of Psychoanalysis* // Routledge, 2013. 192 p.
31. Wilson J. P., Friedman M.J., Lindy J. D. *Treating psychological trauma and PTSD* // Guilford Press. 2012. 470 p.