

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ПОЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Т. М. Титаренко

**ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ:
ЗАСОБИ САМОДОПОМОГИ В УМОВАХ
ТРИВАЛОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ**

МОНОГРАФІЯ

Кропивницький – 2018

УДК 159.938.363.6

Т 45

Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту соціальної та політичної психології НАПН України,
протокол № 03/18 від 8 лютого 2018 року

Рецензенти:

П. П. Горностай, доктор психологічних наук, професор;

Л. М. Коробка, кандидат психологічних наук, доцент

Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія /

Т 45 Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.

ISBN

Монографію присвячено дослідженню психологічного здоров'я особистості, що переживає наслідки тривалого воєнного конфлікту. Визначено особистісні чинники та індикатори психологічного здоров'я; розроблено концепцію соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах травматизації; запропоновано поетапну модель соціально-психологічної реабілітації травмованої особистості. Апробовано технології, техніки, способи і прийоми психологічної допомоги та самопомоги, які сприятимуть підвищенню готовності особистості до подолання надмірних, стресових перевантажень та профілактиці психотравматизації різних верств населення.

Видання адресовано практичним, клінічним, військовим психологам, соціальним і медичним працівникам, громадським активістам, волонтерам, педагогам, журналістам, що беруть участь у реабілітації ветеранів АТО, членів їхніх сімей, вимушено переміщених осіб тощо.

УДК 159.938.363.6

ISBN

Видано державним коштом. Продаж заборонено

© Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2018

© Титаренко Т. М., 2018

З М І С Т

Вступ	5
Розділ 1. ОСОБИСТІСНІ ВИМІРИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Здорова людина – це щаслива людина	9
1.2. Чинники суб'єктивного благополуччя особистості	28
1.3. Феномен психологічного здоров'я	37
Розділ 2. МОЖЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	63
2.1. Як впливає на особистість тривала травматизація	63
2.2. Специфіка соціально-психологічної реабілітації особистості	80
2.3. Критерії відновлення психологічного здоров'я особистості	91
2.4. Модель соціально-психологічної реабілітації особистості	96
Розділ 3. ЗБЕРЕЖЕННЯ І ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я: ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	106
3.1. Перша психологічна допомога особистості, що постраждала від травматизації	106
3.2. Психологічна допомога особистості на підготовчому етапі реабілітації	116

3.3. Психологічні технології на базисному етапі реабілітації.....	123
3.4. Технології самозбереження на підтримувальному етапі реабілітації	130
3.5. Форми психологічної допомоги та самопомоги	137
Висновки	146
Список використаних джерел	150

ВСТУП

Сьогоднішня соціальна дійсність, як політична, так і економічна, є потужним соціогенним стресором. Кількість людей у світі, що потребують психологічної допомоги, постійно зростає.

На Європейській конференції ВОЗ у 2005 році було наголошено, що для третини населення Євросоюзу актуальним є стрес, пов'язаний із роботою, і вартість вирішення цієї проблеми становить близько 3–4 % валового національного прибутку. Тепер спробуємо уявити щорічні економічні збитки нашої країни, яка поки що не має настільки ефективної медицини та розвинутих психологічних служб, як у Європі.

В Україні загальний соціогенний стрес підсилюється тривалою і масивною травматизацією населення, пов'язаною з неоголошеною війною. Особливий, гібридний характер цієї війни утруднює сприймання того, що відбувається, призводячи до погіршення самопочуття, зниження рівня психологічного благополуччя. З якими наслідками тривалої травматизації вже стикається суспільство? До чого маємо готуватися в майбутньому? Як зберегти і відновити психологічне здоров'я населення? Щоб відповісти на ці болючі запитання, психологи мають визначитися не лише щодо того, що саме відбувається з особистістю під час війни, а й щодо того, яким має бути ефективний психологічний супровід постраждалих, як організувати поетапну реабілітацію тих, хто її потребує.

Щоденні новини з фронту, невпинне зростання кількості поранених і вбитих, необхідність вимушеної зміни величезними масами населення місця проживання, роботи, спеціальності – усе це призводить до втрати таких важливих почуттів безпеки, передбачуваності, стабільності. Натомість вимушене перебування у вирі турбулентних змін стимулює зростання незахищеності, невпевненості у власному майбутньому, провокую-

чи зниження життєстійкості, погіршення самопочуття, падіння рівня психологічного благополуччя.

Хронічна стресова ситуація, яка триває вже стільки років, дуже по-різному впливає на дітей і дорослих, безпосередніх учасників АТО і членів їхніх сімей, волонтерів, соціальних працівників, психологів, реабілітологів. Адаптивні можливості людини не безмежні, і, якщо вони вичерпуються, відбувається так званий злам адаптаційного бар'єра, знижується рівень психологічного здоров'я, загострюються хронічні захворювання, падає працездатність, через що виникає потреба в невідкладній психологічній допомозі.

Психологічне здоров'я – основний персональний капітал кожної людини. Кожний капітал можна або марнувати, або ж накопичувати і примножувати. Персональний капітал, як ніякий інший, забезпечує високу якість життя, стає фундаментом самореалізації, гарантом усвідомлення власного життя як вдалого, щасливого. Соціально-психологічна реабілітація допомагає зберегти і примножити персональний капітал особистості, сприяючи відновленню активного життєтворення, досягненню все більш здорового способу життя, зорієнтованого на розвиток, самореалізацію.

Вважаємо необхідним розібратися в тому, як саме від комплексної і тривалої травматизації потерпає особистість. Що відбувається з нею? Яким чином за допомогою соціально-психологічних реабілітаційних технологій можна підтримати і відновити її психологічне здоров'я?

Отже, *мета роботи* – визначити особистісні виміри психологічного здоров'я та розробити технології соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах масивної та пролонгованої воєнної травматизації.

У першому розділі досліджуються особистісні виміри психологічного здоров'я, а саме різні концепції щастя, які вибудовує і на які орієнтується особистість, зовнішні і внутрішні чинники суб'єктивного благополуччя, основні і допоміжні індикатори психологічного здоров'я.

Другий розділ роботи присвячено аналізу можливостей соціально-психологічної реабілітації особистості. Розглянуто негативні і позитивні впливи тривалої травматизації, специфіку

соціально-психологічної реабілітації особистості, критерії відновлення психологічного здоров'я. Читачам запропоновано модель соціально-психологічної реабілітації особистості.

Змістом третього розділу є адресовані психологам-консультантам, психотерапевтам, соціальним працівникам, громадським активістам технології збереження і відновлення психологічного здоров'я. Спеціальна увага приділяється першій психологічній допомозі особистості, що постраждала від травматизації. Розглядаються технології і техніки психологічної допомоги на підготовчому, базисному та підтримувальному етапах реабілітації. Аналізуються індивідуальні і групові форми надання психологічної допомоги та основні напрями особистісної самопомоги.

Акцент робиться на можливостях перетворення енергії стресу на ресурс для подальшого саморозвитку, посттравматичного зростання. Травму пропонується розглядати як своєрідне джерело самомотивації, що сприяє підвищенню рівня психологічного благополуччя, покращенню самореалізації.

Говорячи про травму, не варто зосереджувати увагу тільки на прикрих наслідках жакливого збігу обставин. Адже травма може стати і своєрідною суворою Музою, натхненницею посттравматичного життєтворення. Травма нерідко активізує здатність людини змінювати своє життя на краще, примушує діяти задля досягнення вищого рівня психологічного здоров'я, підвищення суб'єктивного задоволення повсякденністю та усвідомлення себе щасливою людиною.

Посттравматичне життєтворення вимагає від особистості постійного внесення у власне життя нових барв, нових цінностей і сенсів, відкриття в собі нових потенцій і горизонтів. Переосмислення власного життя, створення нового оповідання про себе, власне минуле, теперішнє і майбутнє, про дорогі серцю стосунки, про пережиті страждання відкривають ще не задіяні внутрішні ресурси особистості, розвиваючи життєстійкість, перетворюючи найсміливіші сподівання на реальність.

Дослідження проведено в межах комплексної наукової теми "Технологічний підхід до соціально-психологічної реабілітації особистості, що переживає наслідки травматичних по-

дій”, яка виконується колективом лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України протягом 2016–2018 років.

Хочу висловити щиру вдячність співробітникам лабораторії, зацікавленість яких у спільному науковому пошуку, професійна компетентність, активна включеність в обговорення дискусійних проблем, конструктивна критика всіляко сприяли підготовці і вдосконаленню рукопису.

Особлива подяка рідному Інституту за справжню наукову атмосферу, доброзичливість, підтримку ініціатив, взаєморозуміння, що надихає.

РОЗДІЛ 1

ОСОБИСТІСНІ ВИМІРИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Здорова людина – це щаслива людина

Що таке щастя, від наявності якого, як свідчать стереотипи масової свідомості, найбільшою мірою залежить психологічне здоров'я? Чи, можливо, усе навпаки, і саме від рівня здоров'я залежить наша можливість переживати щастя, оцінювати своє життя як вдале? Не підлягає сумніву поки що одне: щастя і здоров'я є взаємопов'язаними змінними. І цей зв'язок дуже сильний.

У “Декларації незалежності” США стверджується, що прагнення щастя є невід'ємним правом кожного. З цим важко не погодитися. Але індивідуальне право на щастя мало що дає кожній конкретній людині, якщо воно не підкріплюватиметься певними зобов'язаннями з боку держав, урядів, партій, суспільних інституцій.

Чи можете ви уявити посаду міністра щастя? А такий міністр уже є, щоправда не у нас. Нещодавно в Об'єднаних Арабських Еміратах у межах переструктуризації уряду було створено Міністерство щастя, толерантності і майбутнього. Завданням нового міністерства є проведення державної політики, спрямованої на підвищення суспільного блага і суб'єктивної задоволеності життям. А можете ви уявити міністра, якому всього 22 роки? Саме такий вік був у міністра цього нового міністерства на момент призначення; і не лише тому, що більше половини населення країни становить молодь. Шейх і прем'єр-міністр країни Мохаммед ібн Рашид Аль Мактум упевнений, що без енергії та оптимізму молоді, яка працює в міністерствах,

суспільство не може ефективно розвиватися. Більше того, воно приречене. Посилаючись на Арістотеля, шейх говорить про власну державу як про живу істоту, яка прагне моральної досконалості і щастя приватних осіб. Влада має створювати середовище, в якому молода людина зможе реалізовувати власні мрії та амбіції не колись у майбутньому, а вже зараз. Для влади пріоритетними є завдання досягнення вищого рівня життя, кращої освіти, міцного здоров'я кожного громадянина [Спиваковський, 2016].

Хочеться сподіватися, що світ почує і підтримає ініціативу ООН, яка закликає корінним чином змінити критерії для виміру успіху урядів – замість економічних індикаторів перейти до показників, що стосуються щастя і добробуту. ООН навіть встановила Міжнародний день щастя, щоб підкреслити цим символічним кроком важливість таких змін. До речі, першою проголосила своєю метою вимірювання валового національного щастя така держава, як Бутан, що зовсім не є такою багатою, як Арабські Емірати.

Невеличкий Бутан, розташований у Гімалаях, завдяки королю Джігме Сінг'є Вангчуку ще 1976 року ухвалив державну доктрину, в якій пропонується поступово переорієнтовуватися з показників валового національного продукту на показники щастя народу. Прогресивні зміни, на думку короля, мають відбуватися без поспіху, щоб ніяким чином не руйнувати традиційні цінності – сім'ю, культуру, природу, буддистську релігію. Серед параметрів виміру валового національного щастя враховується оптимальність використання особистого часу, що передбачає вміння не лише продуктивно працювати, а й повноцінно відпочивати.

Саме Бутан 2011 року вніс у порядок денний ООН питання можливостей поширення політики національного щастя у світі. До цієї екзотичної ідеї приєдналися 66 країн, включаючи Британію та Австралію. У результаті Генеральна Асамблея ООН ухвалила резолюцію, згідно з якою саме рівень щастя має стати загальним показником розвитку країн. Ідея, викладена в резолюції, базується на ухваленій у Бутані “моделі валового національного щастя”, яка передбачає вимірювати якість життя як баланс між матеріальним і духовним. Резолюція закликає інші країни розробити власні методи виміру щастя і запропонувати їх ООН.

За даними Вікіпедії, валове національне щастя є холистичною мірою життя, що охоплює моральні і психологічні цінності, на від-

міну від валового національного продукту. Термін походить від англійського *Gross National Happiness*, що протиставляється *Gross National Product*.

З 2006 року почали використовувати Міжнародний індекс щастя (*Happy Planet Index*), який позначає добробут людей і стан навколишнього середовища в різних країнах світу. Індекс з'явився тому, що порівняння рівня життя в різних країнах за показниками ВВП (валового внутрішнього продукту) чи ІРЛП (індексу розвитку людського потенціалу як інтегрального показника рівня життя, грамотності, освіченості та довголіття) далеко не завжди відображає реальний стан справ. Даніель Канеман, засновник гедоністичної психології і нобелівський лауреат, вважає, що останнім часом набуває реальності ідея про включення в національну статистику також індексу страждання – разом із рівнем безробіття, кількістю інвалідів і показниками прибутку [Канеман, 2017, с. 536].

Є підстави вважати, що психології теж слід розглядати рівень щастя як основний показник розвитку особистості. Адже мета чи не кожної людини – бути насамперед щасливою, а не багатою чи знаменитою. І ця мета далеко не лише індивідуальна. Державні інтереси від збільшення кількості щасливих громадян аж ніяк не потерпають, радше навпаки.

Які умови є вирішальними, провідними для того, аби людина почувалася щасливою? Зовнішні чи внутрішні? На це питання немає однозначної відповіді. Економісти і соціологи частіше зосереджуються на зовнішніх умовах, психологи і психотерапевти – на внутрішніх.

Нещодавно проведене у Великій Британії дослідження свідчить, що зовнішні ресурси, наприклад суспільні відносини, гроші і праця, є зовсім не такими пріоритетними для досягнення щастя, як індивідуальні [HUMAN, 2014]. А проте багато хто з дослідників тримається протилежної думки, вважаючи, що щастя і благополуччя залежать насамперед від зовнішніх чинників, тобто є соціально, культурно, релігійно обумовленими. Так, наприклад, у трьох дослідженнях вдалося емпірично довести, що на переживання щастя специфічним чином впливають різні релігії – якісь більше, а якісь менше. Духовність та релігійна віра виявилися для протестантів і католиків більш дієвими предикторами щастя і якості життя, ніж для євреїв. На основі отриманих даних А. Кохен стверджує, що, досліджу-

ючи задоволеність життям, слід враховувати релігію і релігійність, особливо коли йдеться про християн [Cohen, 2002].

У розвинених країнах, які забезпечують своїм громадянам можливості задоволення базових потреб, зростає значущість комунікативного чинника для переживання щастя. Виявляється, що відновлення просоціальних зв'язків, прояви альтруїстичної поведінки найбільше сприяють щастю, благополуччю, довголіттю [Post, 2005].

Порівняння відповідей людей з приводу щастя в різних країнах дає інформацію про рівень задоволеності людей власним життям, а не про те, наскільки щасливо вони це життя проживають. Доречно згадати соціологічне дослідження соціального самопочуття мешканців нашої країни. Як пише директор Фонду “Демократичні ініціативи” І. Бекешкіна, останнім часом соціальне самопочуття українців є вищим, ніж будь-коли. Інтегральний індекс соціального самопочуття обчислюється Інститутом соціології Національної академії наук з 1996 року за результатами відповідей репрезентативної всеукраїнської вибірки більше ніж на 20 запитань. У 2014–2016 роках цей індекс становив майже 40 балів, тоді як у стабільному і відносно благополучному 2012 році – 37 балів. Найнижчий показник було зафіксовано у 1998 році, це 33,7 бала. Саме останнім часом, коли країна перебуває в стані війни і зазнає втрат, українці переживають більше позитивних емоцій, ніж раніше. Коли їх запитують про почуття, що виникають при спробах думати про майбутнє, виявляється, що в 2013 році почуття оптимізму переживало лише 14 %, а в трагічному 2014 році (анексія Криму, початок війни на Донбасі, Іловайськ) оптимізм переживали вже майже вдвічі більше людей – 24 %. Незважаючи на те, що 2015 рік вважається часом катастрофічного падіння життєвих стандартів, оптимізм населення відчутно не змінився, знизившись лише до 23 %.

Чим це пояснити? На думку І. Бекешкіної, у багатьох людей виник драйв, упевненість у власних соціальних можливостях і силах, що компенсувало зубожіння. Наприклад, такий стан, як “відчуття безвиході”, у 2013 році переживали 18 %, а у 2015 році – на 5 % менше, тобто 12 %. І це в той час, коли, згідно з усіма опитуваннями, сьогодні половина людей економить на одязі, а третина – на їжі. Ще один компенсатор – гордість за свою країну. Стандартне питання в моніторингу Інституту соціології: “Якою мірою ви переживаєте гордість з приводу того, що є громадянином України?”. У благополуч-

ному 2013 році (опитування проводилося ще до початку Революції гідності) гордість відчували 47 %, а в неблагополучному 2015 році – аж 67 %. Зростання дуже відчутне – 20 %. Крім того, тих, хто відчуває особисту відповідальність за стан справ в Україні, стало більше. У 2013 році лише 16 % переживали хоча б часткову відповідальність, а тепер таких 30 %. Додамо ще 3 % тих, хто відчуває повну відповідальність. Так само майже вдвічі виросло число людей, відповідальних за стан справ у власному місті чи селі – з 26 % до 41 % [Шаповал, 2016].

Екстремальна ситуація, у якій ми вже третій рік поспіль перебуваємо, стала стимулятором не лише процесу активізації громадянської активності (сьогодні волонтерам вірять навіть більше, ніж церкві), формування політичної нації, а й екстреного досягнення особистісної зрілості багатьох людей.

Як бачимо, зовнішні чинники не можуть не впливати на переживання щастя, хоча їхній вплив не є лінійним. Дехто виявляється більш залежним від навколишнього середовища, а дехто почувається досить упевнено і стабільно навіть в умовах тотальної травматизації, яку принесла нам війна.

Від яких саме індивідуально-психологічних характеристик особистості залежить переживання щастя, сказати важко. Відомий соціальний психолог Девід Майєрс у книжці “Гонитва за щастям” стверджує, що щастя – це питання наявності трьох якостей: високої самооцінки, оптимізму і екстравертності. Висновки базуються на дослідженнях, які нібито доводять, що екстраверти більш щасливі, ніж інтроверти. Висновки навряд чи коректні, оскільки не береться до уваги стимульний матеріал, за допомогою якого отримано інтерпретовані дані. Як відомо, інтроверти мають власне уявлення про щастя, і воно зовсім не таке, як в екстравертів, що аргументовано доводить у своїй роботі М. Лейні. Для інтровертів ознаками щасливого життя можуть бути заяви типу “Я знаю і приймаю самого себе”, чи “Мені добре бути таким, який я є”, чи “Я можу йти своїм власним шляхом”, тоді як для екстравертів вирішальними стають кількість контактів, прийняття групою, інтенсивність спілкування. Класичні опитувальники щодо екстраверсії-інтроверсії, мабуть, розробляли екстраверти [Лейні, 2013], оскільки в них не враховується, що так звана “доза щастя” і наповненість різними переживаннями для екстравертів й інтровертів завжди дуже різняться.

Досить суперечливими є дані щодо залежності переживання щастя і благополуччя від індивідуально-психологічних характеристик особистості. Дослідження показали наявність прямого зв'язку між обґрунтованим альтруїзмом, поведінкою, спрямованою на допомогу іншим, і станом щастя. Цю закономірність яскраво описував ще Чарльз Діккенс, який створив відомий образ скупердяя дядечка Скруджа. Щоправда, у книзі класика особистість Скруджа після пережитої психологічної травми трансформується. Скрудж стає найбільш доброзичливою, відкритою і щедрою людиною в Британії, що дає йому набагато більше щастя, ніж усе його багатство [Post, 2005, р. 67]. “Життя може бути важким, і смерті не слід заперечувати. Люббов, однак, робить легшим і здоровішим шлях як для тих, хто дає, так і для тих, хто отримує” [там само, р. 73].

Але й тут не все так просто, як здавалося б. Хоча й встановлено сильну кореляцію між благополуччям, щастям, здоров'ям і довголіттям людей, які емоційно і поведінково є співчутливими, але лише доти, поки ці люди не перевантажені завданнями допомоги іншим [Stephen, 2005].

За визначенням Р. Лейєрда, щастя – це здатність насолоджуватися життям і відчувати, що воно прекрасне. Відповідно нещастя – це погане самопочуття і бажання щось змінити у своєму житті. Щастя і нещастя не є окремими вимірами різних явищ, це різні сторони одного й того ж самого феномену, протилежні пункти єдиного континууму. Щастя буває тривалим і минушим, швидкоплинним [Layard, 2003, р. 4–5].

У книзі соціолога Л. Хейман, яка називається “Щастя: розуміння наративів і дискурсів”, наведено результати дослідження уявлень про щастя представників середнього класу Британії. Виявилось, що люди розміщують себе всередині різних дискурсів, коли думають і спілкуються про щастя. Панівним для Британії (і не лише для неї. – *Т. Т.*) є так званий “терапевтичний дискурс” з його розумінням щастя як індивідуального і нормативного виклику, що передбачає турботу про себе і самопізнання. Людина може зробити себе щасливою сама, і саме цьому присвячено більшість пропозицій терапевтичної індустрії та літератури із самопомоги. Менш популярними виявилися альтернативні дискурси, які вважають пріоритетними суспільні відносини, гроші та працю [Human, 2014, р. 313].

Найбільш перспективними і глибокими, на наш погляд, є дослідження щастя, що провів Д. Канеман. Люди дуже багато останнім часом говорять про щастя, активно його досліджують, проводять тренінги на цю тему, пишуть наукові і популярні книжки. Але існують певні когнітивні викривлення, які не дають змоги однаково думати про щастя, адекватно оцінювати його, і це стосується як учених, так і простих людей.

Перший підступ – це небажання визнати, яким складним є це поняття. Слово “щастя” ми використовуємо щодо дуже різних речей. Нам треба виробити більш комплексний погляд на нього.

Другий підступ – це змішування досвіду й пам’яті. Ідеться про різницю між станом щастя в житті і переживанням з приводу власного життя, відчуттям, що життя тебе влаштовує.

І третій когнітивний підступ – ілюзія фокусу. Треба визнати той прикрий факт, що ми не можемо думати про якусь важливу для нас обставину, що впливає на благополуччя, не викривлюючи її значущості.

Розгляньмо докладніше другий підступ. Протягом останніх двох десятиліть Канеман вивчає швидке і повільне мислення, тобто емоційну, інтуїтивну, і усвідомлену, раціональну, сторони особистості. Дослідник експериментально довів, що швидке мислення приховано, мимоволі впливає на величезну кількість наших життєвих виборів, і не тільки. Наше “я, яке відчуває”, тобто перебуває в теперішньому, і “я, яке пам’ятає, згадує”, перебуває в минулому, продукують абсолютно різні концепції щастя. “Я, що відчуває” (називатимемо його чуттєвим) відповідає на питання “А тепер добре? Тепер боляче?”, тоді як “Я, яке згадує” (називатимемо його рефлексивним) відповідає на питання “Як усе було в цілому?”. Особистість переживає за цілісну повість власного життя і дуже хоче, щоб її історія вийшла хорошою, а головний герой – достойним. І тут виявляється, що оцінка як усього життя, так і окремих епізодів, оцінка кульмінації подій та розв’язки, фіналу має пріоритетне значення порівняно з тривалістю й інтенсивністю реальних переживань [Канеман, 2016].

Розповідач історій – “я, котре пам’ятає”. Усе, що ми здобуваємо завдяки власному життєвому досвіду, є історією. Наше “я, яке переживає” фіксує певні швидкоплинні моменти життя, і це психологічне теперішнє триває лише три секунди. Тому більша частина

таких моментів не залишає ніякого сліду в нашій пам'яті. Але ж саме із цих моментів і складається наше життя.

Нерідко виникає прямий конфлікт між “я, яке переживає” і “я, яке пам'ятає”, оскільки історії визначаються змінами (у сюжеті. – *Т. Т.*) і завершенням, фіналом. Буває, людина переживає біль, наприклад, під час колоноскопії, яка триває 10 хвилин, і не менший біль під час такої ж процедури, але вдвічі довшої. Якщо в першому випадку наприкінці процедури болу менше, ніж до того, то людина буде згадувати це як менш травматичний досвід, ніж тоді, коли в кінці біль посилюється. Фінал історії, яку ми реально згадуємо чи конструюємо за допомогою уяви, є дуже-дуже важливим, і щасливих життєвих епізодів це стосується безпосередньо.

Між двома “я” дуже багато відмінностей. І найголовніша – ставлення до часу. Припустимо, ми перебуваємо у відпустці і другий її тиждень є не менш приємним, ніж перший. Для “я, що переживає” це означає, що двотижнева поїздка є вдвічі кращою, ніж однотижнева. Але для “я, що пам'ятає” це працює інакше. Для нього чи два тижні, чи один – не має значення, бо на другому тижні ніяких нових подій немає, і тому історія не змінюється. Виходить, час є критичною змінною для цих двох “я”.

Рефлексивне Я, яке пам'ятає, приймає рішення. Людина вибере того хірурга, що проводив їй колоноскопю, спогади про якого менш травматичні. Чуттєве Я, яке переживає досвід у теперішньому, у діяльності вибирання голосу просто не має. Адже ми вибираємо не між різними типами досвіду, а між нашими спогадами про досвід. І навіть коли ми думаємо про майбутнє, ми не думаємо про нього як про досвід. Ми думаємо про нього як про передбачуваний спогад.

Виходить, що особистість – це насамперед наше рефлексивне Я, а не Я чуттєве, хоча саме Я чуттєве, власне, і проживає щоденно наше життя. Ми живемо під тиранією пам'ятливого рефлексивного Я і часто-густо щось робимо саме заради нього. Наприклад, їдемо у відпустку заради майбутніх спогадів, якими можна буде поділитися у Facebook чи Instagram. І тут виникає питання: чому ми надаємо такого великого значення пам'яті порівняно із значенням досвіду? Якщо провести подумки експеримент і, вибираючи майбутню відпустку, уявити, що всі фотографії, які ми зробимо, будуть видалені, а ми приймемо препарат, що викличе амнезію щодо часу подорожі, то навряд чи наш вибір залишиться тим самим.

Так стає зрозумілим, що обидва наші “я” мають різні концепції щастя. Чуттєве Я вважає щастям свої переживання, те, наскільки щасливо людина проживає кожний момент свого повсякдення. Рефлексивне Я вважає щастям те, наскільки людина задоволена тим, що вона думає про власне життя. (Можна думати, що Канеман говорить про плінні почуття задоволеності, “кайфу” і про інтегративні когнітивні оцінки пережитого. Тобто про “свіжі” враження і про “консерви”. – Т. Т.). Ці два “щастя” дуже часто плутають, і лише нещодавно психологи почали вимірювати кожний тип окремо.

У результаті зіставлення поглядів на щастя Д. Канемана й емпіричних даних про динаміку соціального благополуччя жителів нашої країни виникло кілька нових запитань. Ми знаємо, що певною мірою важливими для щастя є гроші, матеріальна забезпеченість. Що значущі також цілі, які людина перед собою ставить. Що не менш важливою є задоволеність від проведення часу з людьми, які нам подобаються, спілкування з власними дітьми. Виходить, якщо ми хочемо зробити щасливими обидва наші “я”, рефлексивне і чуттєве, нам треба робити зовсім різні речі. Важливо дослідити, чи у всіх людей рефлексивне “я” бере кермо у свої руки. Чи, може, є певні етнокультурні, релігійні, регіональні відмінності? Особистісні профілі, для яких більш характерним є домінування чуттєвого “селф”? Наприклад, для гедоністів? Тоді як для шизоїдних “ботанів” усе навпаки. Так само хочеться зрозуміти, чи впливають вік і стать на панування того або того “я”.

Метою нашої невеличкої розвідки стало дослідження щастя як особистісної реалії, що переживається, усвідомлюється, конструюється. Серед завдань ми визначили, по-перше, аналіз семантичного поля поняття щастя, як його конструюють сучасні українці; по-друге, рубрикацію способів безпосереднього розуміння щастя; по-третє, з’ясування умов щастя, його персоніфікованих джерел; по-четверте, порівняння уявлень про щастя Я-чуттєвого і Я-рефлексивного.

Ми звернулися до користувачів соціальних мереж зі статусом “друзі” з проханням взяти участь у невеличкому очно-заочному експрес-опитуванні. Дехто відповідав “у реалі”, а дехто – у соціальній мережі. На прохання відгукнулися люди різного віку (від 21 до 66 років), переважно жінки, серед яких було чимало викладачів, науковців, кандидатів і докторів наук. Загалом в опитуванні взяли участь

42 особи, хоча не всі відповіли на всі три запитання, а дехто вважав, що відповіді на перше, друге і третє запитання мають бути однако-вими.

Отже, респондентам було запропоновано відповісти на три запитання: 1) Що таке щастя, на Вашу думку? 2) Що може зробити Вас найщасливішою людиною? 3) Хто є найщасливішою людиною і чому?

Аналогічні запитання ставила своїм співвітчизникам англійський соціолог Л. Хейман у 2014 році. Крім цих трьох, вона пропону-вала ще два, а саме: “Як Вам здається, щастя є коротким, плінним почуттям чи довготривалим станом?” і “Якби можна було дати Вам щось, щоб зробити Вас щасливим/щасливішим просто зараз, що б це могло бути?” [Human, 2014]. У перших інтерв'ю ми теж ставили всі п'ять запитань. Але аналіз відповідей показав, що від останніх двох можна відмовитися, бо відповіді на них малоінформативні. Переважна більшість пише про щастя як про довготривалий стан. А відпо-віді на останнє запитання в більшості випадків дублюють відповіді на попередні.

Запитання вишиковувалися за принципом “сислової цибули-ни”. Перше давало змогу зосередитися на безпосередньому досвіді й висловити те, що було запозичене чи усвідомлене раніше і форму-лювалося та обговорювалося не раз. Друге запитання наближало до менш асимільованого досвіду, допомагало усвідомити можливості інтенсифікації та індивідуалізації переживання щастя. Третє давало змогу відсторонитися від власних емоційних станів та життєвих подій і побачити щастя очима спостерігача, який більше аналізує, порівнює, думає, ніж згадує і переживає. Така тришарова композиція, безумовно, сприяла поглибленню розуміння щастя як край важли-вої особистісної реалії. Хоч опитаних було 42, відповідей ми отри-мали значно більше, адже деякі респонденти давали водночас по два-три і більше визначень, поєднуючи дуже різні за змістом стани, на-приклад стан рівноваги, задоволеність собою та взаєморозуміння в сім'ї.

Відповіді, опрацьовані за допомогою методу контент-аналізу, дали змогу скласти відповідний тезаурус близьких за змістом слів і словосполучень, що уможливило подальше їх структурування за те-матичними рубриками. Для нас важливо, що тезаурус щастя є не просто переліком певних подій чи переживань, психічних станів лю-

дини. У тезаурусі, де слова можуть розташовуватися за асоціативними зв'язками, кожне поняття перебуває в багатовимірному семантичному полі, вступаючи у смислові відношення з іншими поняттями. Саме завдяки цьому зміст такого складного поняття, як щастя, над яким тією чи іншою мірою замислювалася кожна людина, розкривається, на нашу думку, найповніше.

У результаті кодування відповідей на перше запитання вималювалася “хмарина” тегів “щастя” (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Хмарина тегів “щастя”

Аналіз отриманого тезаурусу понять, якими найчастіше описують стан щастя, дав змогу виділити тематичні рубрики. Вони об’єднали близькі за змістом поняття, які траплялися у відповідях (рис. 1.2).

Найбільш наповнена тематична рубрика дістала умовну назву “гармонія”. Більше ніж третина опитаних (36,6 %), відповідаючи на питання “Що таке щастя?”, пропонують дефініції, в яких визначають щастя як стан балансу, гармонії, спокою, рівноваги (“відчуття гармонії внутрішнього і зовнішнього світів”, “глибинне переживання

резонансу з буттям як таким”, “стан балансу на тілесному, душевно-му, екзистенційному, духовному рівнях”, “коли ти в рівновазі”, “стан лагідного спокою”).

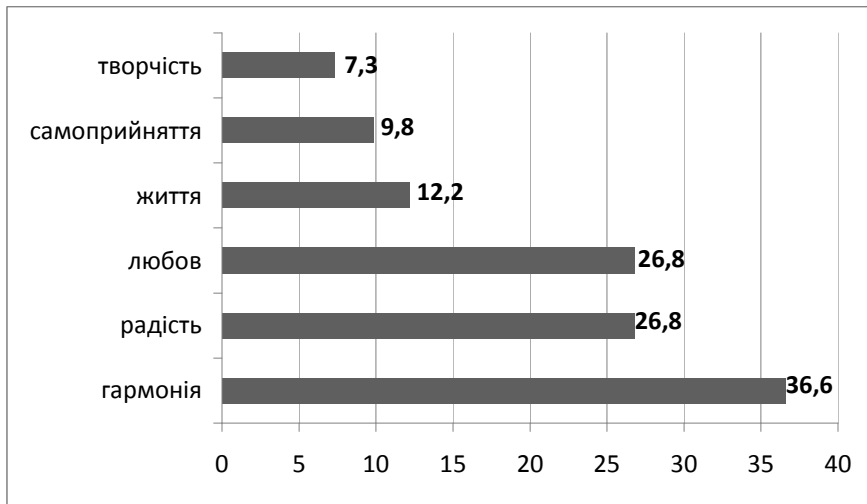


Рис. 1.2. Найчастотніші тематичні рубрики тезауруса “щастя”

Другу тематичну рубрику, яка дістала назву “радість”, наповнили своїми відповідями 26,8 % опитаних. Кожен четвертий визначає щастя як емоційний стан захоплення, радості, повноти переживання моменту, ейфорії (“коли твої емоції зашкалюють, а ти не можеш їх пояснити, такий «політ»”, “радість, піднесеність та легкість буття”, “ейфорія без штучного стимулятора”, “насолоджування тим, що є”).

Третю тематичну рубрику було названо “любов”. Вона об’єднала відповіді тих, хто визначає щастя як любов, кохання, турботу про близьких, наявність взаєморозуміння і підтримки в сім’ї. Такі відповіді траплялися у 26,8 % опитаних (“глибока впевненість у любові близьких, яка зігриває”, “стан любові – гармонія гормонів”, “значущі інші”, “благополуччя тих, кого любиш”).

Четвертій тематичній рубриці було дано назву “життя” (12,2 % опитаних). Тут поєдналися відповіді тих респондентів, які вважали

щастям саме життя, його переживання, усвідомлення (“наповненість життя почуттями, думками, змістами, його значущість”, “легкість буття”, “я відчуваю, переживаю, живу”).

П’яту тематичну рубрику (9,8 % опитаних) ми назвали “самоприйняття”. У цій рубриці спільно аналізувалися відповіді тих респондентів, хто визначає щастя як упевненість у собі, самоповагу, задоволеність собою (“можливість відчувати, що те, яким ти є, це найкращий з можливих варіантів”, “коли ти задоволений собою”, “зрілість як повага до себе та інших”).

До шостої тематичної рубрики, яка дістала назву “творчість”, зверталися у своїх визначеннях 7,3 % опитаних. Рубрика об’єднала відповіді, в яких щастя визначалося як плідність, творчість, захопленість діяльністю, творення сенсів (“щось близьке до відчуття потоку, у якому все, що ти робиш, дарує не лише занурення, а й творення сенсу”, “плідність, урожайність існування”, “можливість створювати”).

Інших тематичних рубрик виділено не було, оскільки решта відповідей виявилися досить унікальними і неповторними. Як ілюстрацію наведу визначення, що належить глибоко релігійній людині: “щастя – це чиста совість і відчуття, що ти – Божа дитина”. Траплялися також дефініції щастя, в яких автори не розкривали свою думку, залишаючи великий простір для інтерпретацій, наприклад: “дуже особливе відчуття всередині”, “щастя – це мить”, “це коли немає бажань, що роблять тебе нещасним”.

Надалі, інтерпретуючи відповіді на друге запитання, ми зосередилися на аналізі джерел щастя, його додаткових умов, стимуляторів, “підсилювачів смаку”. У результаті кодування було отримано тезаурус понять щодо джерел щастя (рис. 1.3).

Аналіз отриманого тезауруса понять, якими найчастіше описують джерела та умови досягнення щастя, дав змогу виділити кілька тематичних рубрик. Вони об’єднали близькі за змістом поняття, які траплялися у відповідях (рис. 1.4).

Перша тематична рубрика за назвою “любов” була настільки ж наповнена відповідями, як і “гармонія”, коли респонденти відповідали на перше запитання. І там і там до першої рубрики увійшло більше третини респондентів (36,6 %). Серед умов, які сприяють досягненню щастя, називалися кохання до близької людини, любов до власних дітей, своєї сім’ї, самого себе, до Бога, (“освідчення кохано-

го в коханні ”, “моя доня, спільний і якісно проведений час із сім’єю”, “співпереживання ейфорії з близькою людиною”).

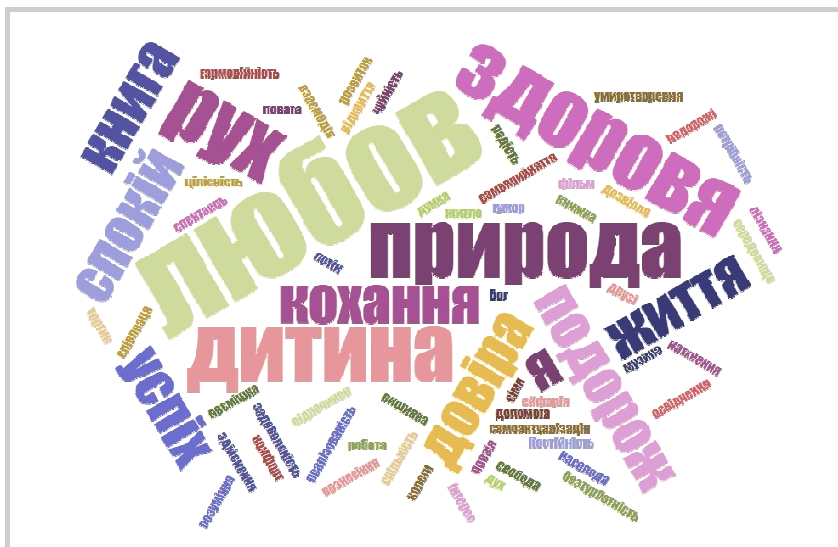


Рис. 1.3. Хмара тегів “джерела щастя”

Друга тематична рубрика дістала назву “спілкування” (24,4 %); відповіді респондентів тут стосувалися спільності, взаємодії, спільного відпочинку, співпраці (“спілкування з друзями”, “спілкуватися, обмінюватися досвідом”, “ресурсне середовище, колеги, співпраця”).

Третю тематичну рубрику, яка мала таке ж наповнення, як і попередня (24,4 %), було названо “самореалізація”. До неї увійшли відповіді респондентів, які серед умов щастя називали досягнення успіху, творчість: “реалізація того, що я задумала в значущих для мене сферах життя”, “справдження життєвих планів”, “власна справа (навчальні проекти, тренерство)”.

У четвертій тематичній рубриці, що дістала назву “розвиток”, об’єднано відповіді респондентів (14,6 %), які вважають важливою умовою щастя динаміку, рух, саморозвиток (“людина відчуває щастя у власному розвитку та зростанні внутрішніх сил”, “рух – фізичний, професійний, різний”, “відчуття, знання, розуміння, що мій дух зміцнюється”).

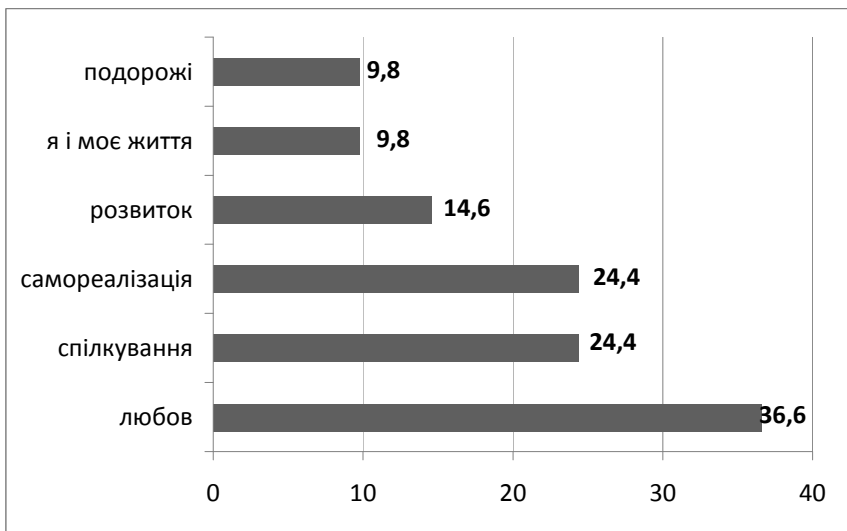


Рис. 1.4. Найчастотніші тематичні рубрики тезауруса “джерела щастя”

П’яту тематичну рубрику (9,8 %) було названо “я і моє життя”. Вона складається з відповідей респондентів, які вважають, що найщасливішими їх роблять особисті зусилля, власне життя (“найщасливіша, коли сама такою себе зробила”, “коли ти навчився безумовно радіти тому, що ти є”, “найщасливішою мене робить те, що я живу”).

Шоста тематична рубрика мала назву “подорожі”. Про значущість мандрівок для щастя говорив практично кожен десятий (9,8 %). Ішлося про “спільну подорож з близькими людьми”, “комфортне життя, коли можна подорожувати”.

Перенесення акценту із самого феномену щастя на його джерела, умови індивідуалізувало відповіді, дало змогу побачити нові ракурси цього складного феномену. Для деякого перші місця посідають свобода, наявність власної справи, ресурсного середовища, одnodумців, вільного часу, здатність допомагати іншим, відчуття своєї корисності. А дехто розкрив заповітні мрії про приватну оселю (бажано з вікнами на ліс), відпочинок, комфортне життя чи уявив такі

прості і приємні речі, як гарна квітка, цікава книжка, тортик після тренування чи запашний чай.

Відповіді на третє запитання “Хто є найщасливішою людиною і чому?”, за нашою гіпотезою, мали б бути менш емоційно забарвлені, менш ситуативні, більш зважені, раціональні, можливо, навіть трохи відсторонені. Ми вважали, що в цьому випадку має активніше проявитися Я-рефлексивне, а не Я-чуттєве в тому трактуванні, яке цим аспектам особистості дав Д. Канеман.

Відповідно до тезауруса понять, за допомогою яких респонденти вербалізують свої роздуми про найщасливішу людину, генератор хмарини тегів сконструював таку картинку (рис. 1.5).



Рис. 1.5. Хмара тегів “найщасливіші люди”

На основі аналізу тезауруса понять, за допомогою яких респонденти описують найщасливішу людину, було виділено певні тематичні рубрики, що об’єднали близькі за змістом відповіді (рис. 1.6).

Першу тематичну рубрику було названо “оптимісти”, хоча саме це поняття ніхто не вживав, а використовувалися близькі за змістом пояснення (21,9 %). До цієї рубрики увійшли відповіді респон-

дентів, які вважають найщасливішими тих, хто здатний це щастя відчувати гостро і довго, любити життя, насолоджуватися ним (“той, хто дозволяє собі бути щасливим – бачити, використовувати, створювати моменти для щастя”, “я сам і всі решта, коли усвідомлюють почуття любові до життя і світу в цілому”, “людина, що має нахнення та снагу до життя, по-дитячому відверта і щира як із собою, так і з іншою реальністю”).

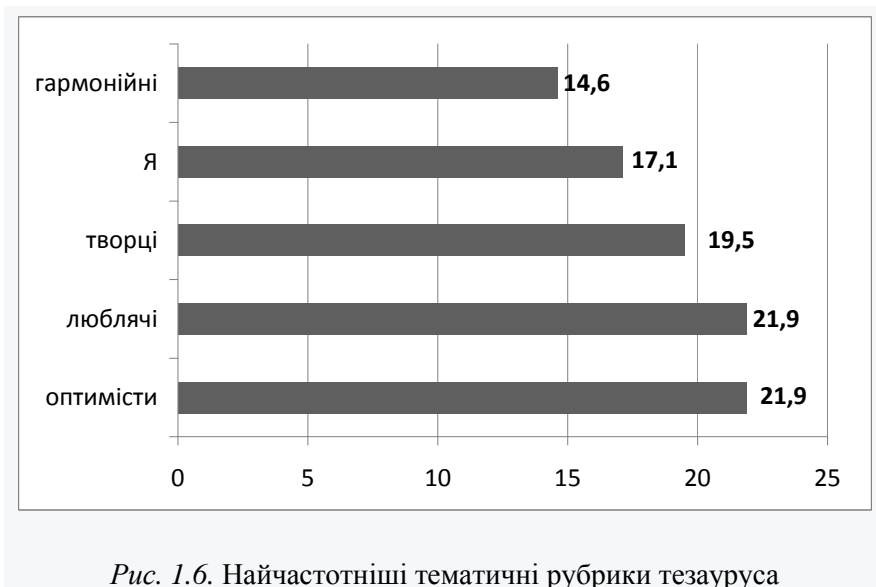


Рис. 1.6. Найчастотніші тематичні рубрики тезауруса “найщасливіші люди”

Другу тематичну рубрику, що дістала назву “сповнені любові” (21,9 %), утворили відповіді респондентів, на думку яких найщасливішими можуть бути люди, здатні любити, закохані пари, сповнені любові батьки (“закохані у найвищі моменти кохання”, “батьки, які споглядають успіхи своїх дітей”, “ті, хто в змозі любити не тільки людей, а й себе”, “матері в момент народження дитини”). Ці дві рубрики виявилися однаковими за наповненням і близькими за змістом. Адже в першій ідеться про любов до життя, а в другій – про любов до людей.

У третій тематичній рубриці, яку було названо “творці” (19,5 %), об’єднано відповіді респондентів, які вважають найщасливішою людиною творця, дослідника, митця (“дослідник, який усвідомлює масштаб щойно зробленого ним наукового відкриття, що змінить життя людства”, “той, хто відчуває, що його життя наповнене сенсом власних творчих зусиль у будь-якій сфері”, “митець, який завершує велику працю і бачить, що вона заворожує не тільки його”).

Четверта тематична рубрика, за назвою “Я” (17,1 %), складається з відповідей, у яких респонденти по-різному обґрунтовують чи зовсім не аргументують свою впевненість у тому, що саме вони є найщасливішими людьми (“Я, бо це моє життя і воно мені дуже подобається. Дуже. В усіх проявах, навіть у дуже складних”, “Я. Бо я живу, насолоджуюся життям, маю змогу бачити цей світ, спілкуватися з дорогими серцю людьми, пізнавати нове, ділитися досвідом і знаннями з іншими”, “я сам”).

У п’ятій тематичній рубриці, названій “гармонійні” (14,6 %), зібрано відповіді респондентів, які вважають найщасливішими людей, котрі змогли досягти балансу, рівноваги, гармонії (“тибетські монахи, бо вони досягли внутрішньої рівноваги в цьому світі”, “люди, що гармонізували свої очікування з досягненнями”, “найщасливішими людьми є «філософи по життю», занурені в душевну, духовну та фізичну гармонію”).

Решту відповідей не вдалося об’єднати в тематичні групи через значне розпорошення змістових характеристик. Для когось найщасливішою людиною є “мандрівник, який не має однієї-єдиної мети чи одного-єдиного сенсу, який можна втратити, не прив’язаний до речей, готовий сприймати все, що відбувається”, а для когось – “той, хто усвідомлює себе як духовну істоту і Воїна Добра й відчуває Божу руку на своєму шляху”. Один респондент написав, що найщасливішими є “мудрі люди, які мали великий досвід подолання і насолоджувалися тим, що мали, що здобули, ті, що *зрозуміли* сенс власного існування”; інший дав цілковито парадоксальну відповідь: “на жаль, іноді це ідіот, який не знає, що він нещасний”.

Отже, багатовимірне семантичне поле щастя поєднує певні переживання та інтерпретації психічних станів і життєвих подій, що перебувають у непростих смислових відношеннях одне щодо одного. Домінантою семантичного поля щастя для сучасних українців є ба-

ланс, спокій, рівновага, об'єднані в поняття гармонії. Не виключено, що через кілька років, коли закінчиться війна, домінантою може стати зовсім інший емоційний стан людини.

Визначення умов щастя, його стимуляторів і джерел дало змогу побачити можливості індивідуалізації, персоніфікації цієї особистісної реалії. Як умови досягнення щастя найчастіше називали любов, кохання, спілкування, самореалізацію, розвиток, самого себе, подорожі.

Порівняння підходів до щастя Я-чуттєвого і Я-рефлексивного свідчить, що перший конструюється з переживань спокою, радості, кохання, тоді як другий – з переконань про значення оптимізму, любові і творчості в ході створення історії про життя. Можна вважати, що швидкоплинний стан щастя стає стійкою особистісною реалією, коли підходи чуттєвого і рефлексивного Я синхронізуються.

В умовах тривалої травматизації, як свідчить досвід психотерапевтичної роботи, досягти такої синхронізації обох “я” не так просто. Частіше випадає допомагати клієнтові повертатися до майже забутого стану щастя, працюючи з “я, яке переживає”. Пригнічена, виснажена людина поступово вчиться заново відкривати для себе, відчувати, усвідомлювати, фіксувати маленькі радості повсякденності. Пізніше з'являється готовність працювати і з “я, що пам'ятає”. Людина стає готовою згадувати (а іноді й додумувати) не одну, а кілька версій пережитого. Пам'ять починає редагувати травматичну історію, включати її в більш широкі контексти, і людина поступово звертається до менш однозначної і більш позитивної інтерпретації подій, учасником яких вона була. Так у діалогах із психотерапевтом і самим собою клієнт конструює оновлений наратив про власне життя, завдяки чому він стає психологічно здоровішим.

Зазвичай переживання щастя триває зовсім недовго, й усвідомлення свого щасливого стану може залежати від багатьох випадкових, епізодичних чинників, як-от: гарний краєвид, улюблений сорт кави, дзвінок чи смс-повідомлення від значущої людини, сонячна погода, успіх дитини в школі, вдале тренування в спортзалі чи успішний шопінг. Саме тому психологи, соціологи останнім часом уже не запитують перехожих на вулиці, чи щасливі вони. Увага переводиться на те, наскільки люди задоволені своїм життям загалом і з чим це пов'язано. Саме про це ми й поговоримо в наступному підрозділі.

1.2. Чинники суб'єктивного благополуччя особистості

Суб'єктивне благополуччя і психологічне здоров'я як особистісні реалії в масовій свідомості фактично ототожнюються і фігурують серед найважливіших життєвих цінностей. Ці жадані феномени сприймаються майже синонімічно не лише в побуті, а й у науці.

Благополуччя вважають інтегральним критерієм здоров'я і визначають як щасливий стан задоволеності власним життям, що передбачає охоплення фізичних, психічних та соціальних контекстів. А здоров'я відповідно трактують як повне фізичне, душевне і соціальне благополуччя.

Арістотель у Нікомаховій етиці називає благополуччя “евдемонією”, що досить складно перекласти, але що найчастіше розуміють як щастя. Евдемоністичний підхід до суб'єктивного благополуччя досить поширений серед західних колег, які розуміють суб'єктивне благополуччя як добре самопочуття, вдоволення, задоволеність життям. Однак, на думку К. Рифф та В. Зінгера, у разі такого розуміння ігнорується дуже важлива думка Арістотеля про необхідність розрізняти задоволення, отримане від реалізації правильних і неправильних, хороших і поганих бажань. Ще тривожнішим є те, що втрачається сама сутність евдемонії, а саме прагнення до досконалості на основі власного унікального потенціалу [Ryff, Singer, 2008].

Почуття психологічного (суб'єктивного) благополуччя визначають також як функцію, залежну від рівня радості/щастя або смутку/страху, що їх переживає людина. Важливим компонентом благополуччя є так звана задоволеність життям – глобальна оцінка свого життя в цілому [див. Фернхем, 2001, с. 84].

Аналіз чинників психологічного благополуччя логічно було б розпочати із чинників зовнішніх. Саме на них зазвичай зосереджується пересічна людина, якщо її спитати, від чого залежить благополуччя. Відповідь буде категоричною: ясна річ – від матеріальних можливостей, статків людини. Ніби все очевидно. Багатьом українцям здається, що економічне зростання зробить їх здоровішими і благополучнішими. Але все не так однозначно.

Питання “Чи можна за гроші купити щастя?” є одним з найпідступніших і водночас одним із найфундаментальніших в економіці та соціальних науках узагалі, слушно зауважує Г. Кепорел із співавторами [Carogale, 2009]. Ця тематика інтенсивно розробляється, зокрема, в межах економічної психології; численні дослідження свідчать, що однозначного причинного зв'язку між рівнем доходу і суб'єктивним благополуччям немає.

Розгляньмо так званий парадокс Істерліна. Більш як 40 років тому американський професор економіки Ричард Істерлін уперше довів, що вплив зростання ВВП (внутрішнього валового продукту) на коефіцієнт щасливості громадян є обмеженим. Спочатку в Японії, а потім у 19-ти інших країнах з дуже різними культурними традиціями Р. Істерлін провів широкомасштабне дослідження, яке показало, що зростання внутрішнього валового продукту певною мірою впливає на коефіцієнт щасливості, але цей вплив загалом досить лімітований. У післявоєнній Японії з її “економічним дивом” люди щороку почувалися дедалі щасливішими (як, напевно, колись буде і в нас). Однак як тільки прибуток на душу населення досяг відносно високого рівня, люди стали радіти набагато менше [Easterlin, 2006].

Чому роботи Істерліна такі широковідомі і не втрачають своєї популярності протягом років, а його ім'я увійшло до підручників та енциклопедій? Насамперед тому, що автор переконливо доводить неоднозначність зв'язку між суб'єктивним благополуччям і економічними обставинами. Коли суспільство тільки починає ставати на ноги, поступово переходячи від скрути до матеріальної забезпеченості, благополуччя зростає пропорційно доланню бідності. Але після досягнення певного економічного порога цей чинник перестає діяти і зростання рівня задоволеності життям практично зупиняється.

В економічній психології останнім часом значного поширення набув термін “матеріалізм”, який розглядають як особистісну рису, що характеризує орієнтацію людини на матеріальні інтереси, а не на духовні цінності. Виявилось, що матеріалізм негативно корелює із суб'єктивним благополуччям у цілому, із задоволеністю окремими сферами життя: сім'єю, друзями, рівнем доходу, кар'єрою [Richnis, Rudmin, 1994; Belk, Wallendorf, Sherry, 1989].

У кроскультурному дослідженні, яким було охоплено 40 країн, І. Дінер та його колеги показали, що зв'язок між прибутком і благополуччям найбільш яскраво виявляється у тих респондентів, які пе-

ребувають за межею бідності. Саме ця частина населення має вкрай низький рівень задоволеності життям [Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto, Suh, 2000].

Однак повністю задоволені життям люди є і серед найбідніших прошарків населення. Це “щасливі бідняки”, які адаптувалися до обставин свого життя, звикли до соціальної незахищеності і змирилися із своєю нездатністю змінити життєву ситуацію [див. Аргайл, 2003]. Серед американських студентів з низьким прибутком Th. Tang і його колеги також виділяють специфічну групу бідних, але щасливих. Студенти – це ті, хто ненавидить гроші, вважає їх злом, ставиться до них з презирством як до “зеленого винограду”, тобто недосяжної мети. І тут велику роль відіграє самопереконавання людини в тому, що власне життя її повністю задовольняє [Tang, 2011].

Наявність у нашій країні “щасливих бідняків” серед представників творчих професій, включаючи науку і культуру, які традиційно погано фінансуються, ще раз підтверджує отримані західними колегами дані щодо значущості для благополуччя не так зовнішніх, як внутрішніх чинників. І справді, щастя людини, як і її психологічне благополуччя, не може повністю залежати від прибутків. Щастя аж ніяк не є товаром і не купується за гроші, хоч інколи здається, що люди використовують гроші, щоб купувати собі щастя [Koleth, 2008]. Відповідно до “парадоксу Істерліна”, щастя на національному рівні не збільшується з наростанням багатства з того моменту, як базові потреби людини більшою чи меншою мірою вже задовольняються.

Робимо висновок, що матеріальний чинник суб’єктивного благополуччя спрацьовує тільки для бідних. І, можливо, для тих, хто реально має середні статки, але вважає себе бідним, ставиться до себе як до знедаленої людини, заздрить тим, хто заробляє більше, купує собі престижніші речі, відпочиває на дорогих курортах.

Що ж стосується етнокультурних впливів – вони очевидні на прикладі нашої країни, жителі якої відчують себе оптимістичніше, упевненіше і відповідальніше, коли збираються хмари. Екстремальна ситуація, у якій ми всі перебуваємо вже четвертий рік, стала стимулятором не тільки процесу активізації громадянської активності, формування політично зрілої нації, а й екстреного особистісного дозрівання багатьох людей.

І все ж соціальне самопочуття більш як половини населення країни загалом низьке. Щастя, благополуччя (і, опосередковано, психологічне здоров'я) прямо не залежать від економічних чинників і визначаються насамперед позитивними стосунками в значущих спільнотах, ступенем цілісності, самореалізованості, креативності, стресостійкості. У наших складних умовах значущою детермінантою посилення благополуччя стає зменшення хронічної травматизації, що неможливо без закінчення війни з усіма її травматичними наслідками. Відповідно, слід визначити особливості травматизації та розглянути мішені реабілітаційних впливів.

Відомо, що переважна більшість мешканців країн Євросоюзу і Північної Америки мають більше матеріальних благ, ніж мали колись їхні батьки, однак відсоток щасливих серед них не збільшується – навпаки, рівень депресії і тривоги зростає драматичним чином [Post, 2005]. Чому? Частково зростання темпів депресії можна пояснити більшою поінформованістю громадськості та медиків, а також тим, що батьки раніше просто не зверталися по допомогу і тому частина діагнозів не реєструвалася. Проте такі високі темпи зростання психічних відхилень як свідчення психологічного неблагополуччя вимагають серйозного аналізу соціального середовища, яке образно називають “боулінгом на самоті” і звинувачують у втраті “соціального капіталу” [Putnam, 2013].

Тобто йдеться про більшу значущість комунікативного чинника (спілкування, прийняття, взаєморозуміння) для задоволеності людини власним життям порівняно з чинником матеріальним у тих країнах, які вже мають досить високий рівень економічного розвитку і, відповідно, пропонують своїм громадянам широкі можливості для задоволення базових потреб. Деякі автори наголошують, що дуже важливо працювати над відновленням просоціальних, альтруїстичних емоцій та поведінки, оскільки доведено наявність сильного зв'язку між позитивними емоціями й допомагальною поведінкою, з одного боку, і благополуччям, здоров'ям та довголіттям, з другого. Представники цього напрямку визначають благополуччя як почуття сподівань, щастя, добра, а також енергійності і зв'язків з іншими [Post, 2005].

Ми знаємо, що здоров'я людини набагато тісніше корелює із щастям і благополуччям, ніж інші змінні. Тому розгляньмо такий,

здавалося б, безумовний чинник психологічного благополуччя, як задоволеність людини власним здоров'ям.

Виявляється, що зафіксовано на подив високий рівень задоволеності здоров'ям у країнах з низьким економічним рівнем, наприклад в Африці. Водночас у країнах з більш високими соціальними стандартами, високим рівнем медицини, кращим доглядом за хворими задоволеність життям, пов'язана із здоров'ям, чомусь нижча. Ї очікування людей щодо стандартів здоров'я мають більший вплив на здоров'я реальне і пов'язаний з ним стан щастя і благополуччя, ніж наявність певних симптомів чи розвинутість профілактичної медицини. Спостерігаємо певне віддзеркалення парадоксу Істерліна. Дослідження показують, що стандарти, норми і стигми сильно варіюють у різних країнах і когортах, відбиваючись на благополуччі [Graham, 2008]. Відповідно можна констатувати залежність між тим, що саме кожне конкретне суспільство вважає нормою здоров'я чи благополуччя, й індивідуальними оцінками задоволеності життям.

Полемізуючи з К. Грехем, А. Колес вважає вагомим чинником психологічного благополуччя можливість доступу населення до медичної допомоги. Щоб виокремити цей чинник з більш загального – матеріального, дослідник пропонує розглянути таке суспільство, в якому ані статки, ані гроші не мають значення. Це, наприклад, тихоокеанські острівні країни, де жодна людина не існує окремо, а лише як частина громади. Риба з океану та посіви з полів розподіляються між усіма членами громади відповідно до їхніх потреб. Село не належить нікому, а є власністю всіх його мешканців, і завдяки цьому в тихоокеанських острівних країнах не існує, як деінде, вираженої нерівності між людьми. У сільській місцевості торгівля розвинута мінімально, а грошовий дохід є абсолютно незначним, тому чинник матеріального впливу на благополуччя можна ігнорувати. На цій вибірці виявлено, що основним чинником нещасливості є недоступність медичних послуг для мешканців островів [Koleth, 2008]. Отже, благополуччя багато в чому залежить від можливості людини звернутися по медичну допомогу в разі виникнення такої потреби.

Питання суб'єктивного благополуччя, як засвідчили дослідження Д. Канемана та А. Крюгера, пов'язані з наслідками для здоров'я фізичних осіб, їхнім неврологічним функціонуванням і характеристиками, що забезпечують прогнозування майбутньої поведінки [Kahneman, Krueger, 2006].

Згідно з численними емпіричними даними, люди з високими прибутками рідше страждають від депресії. Але коли в людини немає депресії, це ще зовсім не означає, що вона щаслива. Деякі дослідники, щоправда, переконані, що існує пряма залежність між позитивними емоціями і рівнем добробуту, але щодо негативних емоцій цей зв'язок непереконливий. Узагалі, залежність між афективним балансом і доходом, як свідчать проведені в різних країнах дослідження, не досить виразна [Diener, Biswas-Diener, 2011]. Досягнення матеріального успіху є зовнішньою мотивацією, на думку американських психологів Т. Кассера і Р. Райана, тоді як щастя і задоволеності можна досягти, лише дбаючи про внутрішні цілі, як-от: цілі самоактуалізації, прихильності, спільності з групою [Kasser, Ryan, 1993].

Є також дані щодо професій. В емпіричному дослідженні М. Сокольської показано, що індикатори благополуччя у представників різних професій дуже відрізняються. У залізничних диспетчерів це задоволеність власним життям, сенситивність щодо себе, мудрість; у педагогів – суб'єктивна оцінка якості життя, ефективність у справах, відносна залежність від групи; у лікарів – самоконтроль, чесність, компетентність у часі. Водночас було виявлено і спільні для представників цих трьох професій характеристики благополуччя, а саме прагнення до самоактуалізації, повагу, прийняття як власних поглядів і переконань, так і поглядів інших людей.

Люди, які вірять, що все в житті залежить від їхніх власних зусиль (тобто інтернали. – *Т. Т.*), більш задоволені життям і здоровіші, ніж ті, у кого є багато грошей.

Концепція К. Рифф, у якій психологічне благополуччя не зводиться до гедоністичних задовольень і сатисфакцій, а пов'язане насамперед з розвитком і самореалізацією особистості, виглядає найбільш обґрунтованою, прийнятною і продуктивною. Розгляньмо її докладніше. На психологічне благополуччя, яке розуміється як зростання та людська продуктивність, плідність (*fulfillment*), дуже впливає навколишнє середовище з різними його життєвими контекстами, що досить по-різному детермінують здатність людини самореалізуватися. Саме в такому розумінні благополуччя безпосередньо впливає на здоров'я людини, що важливо для теми нашого дослідження. Отже, саме цей соціально-психологічний ракурс аналізу видається найбільш адекватним.

К. Рифф протягом кількох десятиріч емпірично вивчає психологічне благополуччя, створивши для цього власну методику. Вона виділяє шість основних складників благополуччя, які називає також факторами: 1) самоприйняття; 2) позитивні стосунки з оточенням, уміння налагоджувати з ним якісні зв'язки; 3) особистісне зростання й розвиток; 4) наявність мети в житті, тобто прагнення реалізувати значущі цілі, власне призначення, сенс; 5) екологічна майстерність, тобто здатність адаптуватися до складних зовнішніх умов відповідно до особистих потреб та цінностей; 6) автономність у мисленні й поведінці.

Разом із К. Рифф і Б. Зінгером розгляньмо кожен складову благополуччя окремо, співвідносячи виокремлені поняття з відомими психологічними теоріями та концепціями.

Самоприйняття є однією з найважливіших характеристик психологічного здоров'я (М. Ягода), важливою особливістю самореалізації (А. Маслоу), ознакою оптимального функціонування (К. Роджерс) та зрілості (Г. Оллпорт). Чимало уваги приділяється самоприйняттю також у працях, присвячених его-інтеграції (Е. Еріксон) та індивідуалізації (К. Юнг). Самоприйняття можна назвати своєрідною довгостроковою самооцінкою, яка вимагає обізнаності щодо себе та прийняття як сильних, так і слабких сторін власної особистості [Ryff, Singer, 2008, p. 20].

У роботах багатьох авторів *позитивні стосунки з іншими людьми* є визначальною характеристикою успішного, квітучого життя. М. Ягода вважає, що любов може бути центральним компонентом психологічного здоров'я, тоді як А. Маслоу стверджує, що самоактуалізатори приязні до всіх людей та мають сильні почуття емпатії, здатність глибоко любити, дружити й тісно ідентифікуватися з іншими людьми. Теплі стосунки з іншими, за Г. Оллпортом, є критерієм зрілості. Характеризуючи дорослу стадію розвитку, Е. Еріксон підкреслював прагнення до тісного єднання з іншими, досягнення близькості. Критеріями благополучного життя, за Е. Бекером (1992), можна вважати любов, емпатію та прихильність, що теж говорить про позитивні стосунки з оточенням [Ryff, Singer, p. 21].

Особистісне зростання як динамічний аспект позитивного функціонування передбачає неперервне розгортання особистісного потенціалу. Самоактуалізація, про яку писав А. Маслоу, пов'язана з реалізацією особистого потенціалу. Про це йдеться і в концепції

психологічного здоров'я М. Ягоди. К. Роджерс також вважає, що людина, яка повноцінно функціонує, відкрита досвіду. Завдяки цьому вона постійно розвивається, змінюється, а не завмирає, вирішивши всі проблеми, у якомусь фіксованому стані. Теорії життєвого шляху Ш. Бюлер, Е. Еріксона, К. Юнга, Б. Ньюгартен також наголошують на безперервному зростанні та протистоянні новим викликам у різні життєві періоди [Ryff, Singer, 2008, p. 21].

Мета життя. Цей аспект психологічного благополуччя значною мірою спирається на екзистенційні перспективи, особливо на пошуки сенсу життя в розумінні Віктора Франкла. Створення сенсу та пошук курсу життя є фундаментальним викликом для тих, хто, за Ж.-П. Сартром, живе автентично. Визначення психологічного здоров'я М. Ягоди підкреслює важливість переконань, які дають людині відчуття наявності мети і смислу життя. Визначення зрілості в Г. Оллпорта спирається на чітке усвідомлення цілей життя разом із почуттям спрямованості та інтенційності. У теоріях життєвого шляху чимало уваги приділяється також зміні цілей, які характеризують різні етапи життя (наприклад, творчість і продуктивність у середньому віці та емоційна інтеграція у віці пізньої зрілості) [там само, p. 22].

Здатність пристосовуватися до середовища. Здатність особи вибирати для себе або створювати комфортне середовище є, за М. Ягодою, ключовою характеристикою психологічного здоров'я. У теоріях розвитку протягом життя також підкреслюється важливість здатності зрілої людини керувати складними середовищними чинниками, впливати на навколишній світ, змінювати його. До критеріїв зрілості Г. Оллпорт додає здатність "розширювати self", виходити за його межі. Активне оволодіння навколишнім середовищем є важливим компонентом системи позитивного психологічного функціонування. З погляду екологічної майстерності унікальною здатністю є здатність створювати навколишній контекст, який відповідає особистим потребам і можливостям [там само, p. 22–23].

Автономність. У численних концепціях, покладених в основу розробленої К. Рифф багатовимірної моделі психологічного благополуччя, підкреслюється значущість особистісних характеристик, як-от самодетермінація, незалежність, саморегуляція. Наприклад, самоактуалізаторів А. Маслоу описує як людей, здатних до автономного функціонування і стійких до інкультурації. Людина, що повно-

цінно функціонує (К. Роджерс), не керується поглядами та вказівками інших, а оцінює себе за особистими стандартами. Індивідуацію К. Юнг розглядає як звільнення від конвенцій, завдяки чому людина більше не поділяє колективних переконань, страхів та норм. Ж.-П. Сартр пише про важливість самодетермінації та аутентичного життя, а не дотримання догм чи диктату інших. Представники теорій розвитку протягом життя (Е. Еріксон, Б. Ньюгартен, К. Юнг) підкреслюють важливість отримання почуття свободи від норм, що регулюють повсякденне життя [Ryff, Singer, 2008, p. 23].

За даними К. Рифф, психологічне благополуччя позитивно корелює із задоволеністю життям, самоповагою, інтернальним локусом контролю, а негативно – з депресією та владним оточенням. Крім того, рівень здоров'я людини позитивно корелює з усіма шістьма факторами психологічного благополуччя. На переконання К. Рифф, підтримка належного рівня психологічного благополуччя є важливим захисним чинником для людини, коли та стикається з фізичними чи психологічними проблемами.

Виявлено також певні статеві відмінності: жінки демонструють більш високі оцінки у відносинах з іншими та особистісному зростанні, тоді як у чоловіків кращі результати щодо самоприйняття та автономії. Що ж до вікових відмінностей, то більш високу автономність і майстерність у керуванні навколишнім середовищем виявляють люди літнього віку. Молодь має вищі оцінки за факторами особистого зростання та мети й призначення в житті. З погляду освіченості та зайнятості психологічне благополуччя здебільшого позитивно пов'язане з вищою освітою і високим професійним рівнем.

І насамкінець. Докладний аналіз концепції К. Рифф пояснюється не лише тим, що саме цей підхід видається нам найбільш продуктивним, а насамперед тим, що вона у своїх дослідженнях обґрунтовує правомірність гіпотези про те, що наявність високих рівнів цілепокладання, особистісного зростання, якісних зв'язків з іншими, автономії тощо забезпечує здоров'я людей навіть у разі постання небезпечних викликів з боку середовища [Ryff, Singer, 2008, p. 31].

Отже, люди, які вірять, що все в житті залежить від їхніх власних зусиль, психологічно більш благополучні, ніж ті, у кого є багато грошей. Внутрішньо благополучні люди більш автономні, уміють взаємодіяти з оточенням. Вони спрямовані на особистісне зростання і прагнуть налагоджувати й підтримувати позитивні стосунки з ін-

шими людьми. У них є чіткі життєві цілі, як довготривалі, віддалені, так і тимчасові, актуальні. Фундаментом їхнього внутрішнього благополуччя є стійка й адекватна самооцінка.

1.3. Феномен психологічного здоров'я

Здоров'я – це така форма життєдіяльності, що забезпечує необхідну якість життя і достатню його тривалість [Психологія здоров'я, 2006, с. 33]. Без достатнього рівня здоров'я щоденне існування не задовольняє людину, не дає їй задоволення, радості, спокою. Здоров'я визначають не просто як стан, коли немає нездужань чи певних захворювань, а як гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних чинників, що забезпечують внутрішнє благополуччя.

Аналіз слів здоров/здоровий свідчить, що це поняття походить від виразу *su-dorv-o*, що означає “з хорошого дерева”, “міцний, як дерево”, “здоровий і сильний”. У давні часи здоров'я не сприймалося як характеристика суб'єкта, а розглядалося як щось зовнішнє щодо людини. З поширенням християнства вже Бога, а не природу стали розглядати як суб'єкта, від якого залежить здоров'я людини [Бовина, 2009, с. 32].

Якщо говорити про здоров'я як про внутрішню рівновагу, баланс, гармонію, то втрата здоров'я, захворювання спричинюється дисбалансом. Якщо ж вважати головним критерієм здоров'я адаптованість до навколишнього світу, то погіршення пристосованості до вимог оточення буде провокувати хвороби.

Здоров'я набагато тісніше корелює із щастям, ніж інші змінні. Опозиція “щастя-нещастя” відіграє значну роль у формуванні уявлень про здоров'я і хвороби. Хвору людину, особливо якщо йдеться про важкі, небезпечні для життя захворювання, більшість людей вважає нещасною [там само]. Очікування людей щодо здоров'я безпосередньо впливають на їхнє реальне здоров'я і пов'язане з ним відчуття щастя, і це якоюсь мірою віддзеркалює парадокс Істерліна. Відповідно до цього парадоксу, як уже зазначалося вище, щастя на національному рівні не збільшується паралельно зростанню багатства з того моменту, як базові потреби людини більшою чи меншою

мірою задовольняються. Так само в країнах з низьким економічним рівнем фіксується більш високий рівень задоволеності здоров'ям, ніж у країнах з більш високими життєвими стандартами [Graham, 2008]. Люди, які вірять, що все в житті залежить від їхніх власних зусиль, більш задоволені життям і здоровіші, ніж ті, у кого є багато грошей.

Як здоров'я, так і хвороба – це комплексні явища, вивчати які лише на біологічному, фізіологічному, медичному рівні безперспективно, адже великою мірою ставлення людини до власного здоров'я визначають, на переконання І. Б. Бовіної, соціальні, історичні та культурні контексти. Коли йдеться про соціальний аспект проблеми здоров'я-хвороби, маються на увазі стосунки між людьми, певні соціальні практики, які вони використовують. У разі аналізування історичного аспекту враховуються зміни, зумовлені зміною поколінь, появою нових соціально значущих ситуацій, розвитком наукового знання, медичних технологій. Культурний аспект передбачає врахування традицій, вірувань, переконань щодо здоров'я і хвороби, поширених у межах тієї чи іншої культури [Бовина, 2009, с. 16].

Проблеми здоров'я і захворювання пропонується розглядати з урахуванням трьох континуумів: “індивідуальне-соціальне”, “когнітивне-афективне”, “статичне-динамічне”. Приймаючи життєво важливі рішення, пов'язані з власним здоров'ям, людина апелює до переконань, які мають певну динаміку. До того ж ситуація загрози здоров'ю сприймається не тільки на раціональному, когнітивному рівні, а й завжди на рівні афективному [там само]. Здоров'я, безумовно, має символічне значення, адже його наявність гарантує людині чимало можливостей для того, щоб самопроявлятися, реалізовуватися, знаходити підтримку в суспільстві, мати позитивну ідентичність.

Психосоматичні розлади, за В. О. Ананьєвим, можна уявити як точки біфуркації, в яких подальший розвиток системи може спрямовуватися як у сприятливому (в бік здоров'я), так і в несприятливому (в бік хвороби) напрямках. В умовах напруження адаптаційних ресурсів, розбалансування адаптаційно-компенсаторних механізмів (в умовах хаосу) система стабілізується під впливом тенденцій, які вже має. Вона реагує на середовище за допомогою усталених патернів, що виконують роль “системи-мішені”. Стрес актуалізує структурний аттрактор хвороби, що сформувався в онтогенезі на базі генотипічних і фенотипічних чинників. Поведінковий, емоційний, когнітивний і

духовний рівні функціонування індивідуума перебувають у складній взаємодії. Залежно від специфіки емоційного реагування і способу подолання емоційного конфлікту люди поділяються на пасивно-гетерономний, активно-автономний та врівноважений типи. Певний потенціал має також авторське поняття “загального девіантного синдрому адаптації”, тобто базових донозологічних порушень, що фіксуються чи то на когнітивному, чи на емоційному, чи на поведінковому рівні. Психотерапія відіграє “протекторну” і “модуляційну” роль, пом’якшуючи реактивність структурного атрактора хвороби і спрямовуючи адаптаційно-компенсаторні механізми в сприятливий бік [Ананьев, 2006].

Структурні атрактори здоров’я – альтернативний шлях розвитку в точках біфуркації. Здоров’я є процесом усталення неусталеної взаємодії адаптаційних і компенсаторних механізмів. В атракторі здоров’я більше представлені не біологічні, а психологічні компоненти. Це сформований протягом життя коридор “норми адаптації” на біо-, психо-, соціальному рівнях, що сприяє підтримці балансу адаптаційно-компенсаторних механізмів при стресових навантаженнях. Цілісне здоров’я людини можна розглядати в таких аспектах: інтелектуальному, особистісному, емоційному, фізичному, соціальному, креативному і духовному. Разом вони складають так звану “квітку потенціалів”, в яких проявляється компетентність людини щодо власного життя. Розкриття окремих компетентностей (потенціалів) свідчить про “фрагментарне здоров’я”, тобто гіпертрофований розвиток одних і гіпотрофований – інших аспектів цілісного здоров’я [Ананьев, 2006; 2007]. Бути не фрагментовано, а холістично здоровим, за Ананьєвим, значить володіти “мистецтвом жити” повноцінним життям відповідно до того, що людина має від природи. Компетентності, які дають людині змогу реалізовувати індивідуальну програму здоров’я, і становлять основний предмет психології здоров’я як дисципліни [Ананьев, 2007].

Фізичне здоров’я є фундаментом загального здоров’я людини. Воно передбачає гарне самопочуття, бадьорість, наявність енергії, працездатність та, безумовно, відсутність симптомів захворювань. У кожної людини є інтуїтивне уявлення про те, що таке особистісне здоров’я. У масовій свідомості усталилося уявлення, що здорова людина має в першу чергу знаходити своє місце в соціумі, сім’ї, професійній спільноті, відчувати себе на своєму місці в житті.

Якщо спробувати уявити портрет психологічно здорової (“нормальної”) людини, то для більшості це буде людина добре адаптована, яка вміє спілкуватися, відчуває потреби інших людей і не забуває про власні інтереси. Вона цінує можливість мати спільні цілі, уподобання, загальну професійну чи якусь іншу спрямованість з оточенням. Для неї нескладно налагоджувати конструктивні стосунки, запобігати конфліктам чи їх розв’язувати. Соціальне середовище така людина сприймає як природне для себе, вона не уникає контактів і залишається собою, не впадаючи в патологічну залежність від когось дуже привабливого чи авторитетного.

Термін “здоров’я”, який використовують представники багатьох наук, є насправді дуже неоднозначним. Власне, це поняття було сформульовано у вступі до Уставу Всесвітньої організації охорони здоров’я ще 1948 року: здоров’я – це такий стан людини, коли в неї не тільки немає захворювань чи фізичних вад, а й коли вона відчуває повне фізичне, душевне і соціальне благополуччя. (Дуже прогресивне для свого часу визначення!). На цьому визначенні базується традиційний рівневий підхід, відповідно до якого здоров’я розуміють як єдність тілесного, душевного і духовного компонентів. Але тут для психологів питань виникає більше, ніж можна дати відповідей. Що таке душевне здоров’я? Як воно залежить від духовного і тілесного, чи навпаки? Чи можна вважати якийсь із цих рівнів визначальним? Яка із складових загального здоров’я травмується в стресогенній ситуації найбільше? На яку з них краще спиратися, розробляючи реабілітаційні технології?

Незважаючи на взаємозв’язок і взаємообумовленість рівнів здоров’я, можливі різні варіанти їх розвинутості, ступеня і якості здоров’я [Братусь, 1988]. До того ж між означеними рівнями здоров’я немає однозначного ієрархічного зв’язку чи прямої каузальності. Не можна сказати, що лише високий рівень фізичного здоров’я забезпечує наявність здоров’я психологічного, чи навпаки. Саме тому визначення психологічного здоров’я, що базуються на рівневому підході, викликають певні сумніви.

Досить продуктивним видається один з варіантів рівневого підходу, який розробляє Л. М. Коробка. Вона вважає, що психологічне здоров’я втілює соціальне, емоційне та духовне благополуччя (як ресурс і стан), оскільки є потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення вла-

сних цілей, адекватної й оптимальної взаємодії з людьми [Коробка, 2011].

Офіційне визначення психологічного здоров'я (mental health, що перекладається і як психічне, і як психологічне здоров'я), прийняте американським Департаментом здоров'я і соціальних послуг США (1999), таке: здоров'я – це стан успішного вияву ментальних функцій, що є результатом продуктивної активності, відповідних стосунків з людьми, здатності адаптуватися до змін та справлятися з негараздами [див. Keyes, 2002, р. 208].

Соціальні психологи протягом останнього півсторіччя, ще з часів досліджень М. Ягоди, намагаються відійти від редуccionістського розуміння здоров'я як стану без патології. Ми поділяємо позицію К. Кіза, який вважає психологічне здоров'я синдромом, що складається із симптомів позитивних почуттів і позитивного функціонування протягом життя. У психологічному здоров'ї інтегруються різні шкали і виміри суб'єктивного благополуччя. Наявність здоров'я Кіз трактує як квітуче життя, а коли його немає – як життя безбарвне. За його емпіричними даними, більш психологічно здоровими є чоловіки, особи старшого віку (від 45 до 74 років), освічені та матеріально забезпечені люди [Keyes, 2002, р. 216].

На своєрідний спосіб узагальнення поглядів різних авторів на психологічне здоров'я натрапляємо в статті Д. Шапіро у “Великій психологічній енциклопедії”. Він пропонує кілька підходів до розгляду природи особистості, на яких базується розуміння її здоров'я. Відповідно до першого, людина від народження має гріховну природу і прагнення психологічного здоров'я виявляється в її подоланні, у бажанні посилити контроль над власними імпульсами. Представниками цього напрямку дослідник вважає як фрейдистів, так і дуже далеких від них за багатьма характеристиками християнських психологів.

За християнськими уявленнями всі хвороби є наслідком гріховності чи то прародителів Адама і Єви, чи роду, чи самої людини. Відповідно, здоров'я треба розуміти як повну праведність або хоча б щире покаяння в скоєному і намагання спокутувати свої провини добрими справами. “Здоров'я є дар Божий”, – стверджував, зі слів Феофана Затворника, Преподобний Серафим Саровський. Берегти його – святий обов'язок людини, і для цього треба дотримуватися

поміркованості у всьому, оскільки пристрасті погано впливають як на душу, так і на тіло.

У другому підході теж досить дивним чином єднаються представники екзистенційної психології і біхевіоризму, для яких, на думку Шапіро, спільним є переконання щодо пріоритету існування перед сутністю, екзистенції – перед есенцією. Відповідно, шлях до психологічного здоров'я – це здатність робити власні вибори, наполегливо рухатися у вибраному напрямку (в екзистенціалістів) або здатність формувати нові навички, необхідні для оптимального функціонування в певній культурі (у біхевіористів). Біхевіористи вважають, що люди мають більше знати про внутрішні і зовнішні чинники, які на них впливають, ними керують, і тоді можна буде організувати середовище таким чином, щоб максимізувати можливість індивідуального вибору.

Представники третього напрямку (гуманістична, трансперсональна психологія), навпаки, зосереджуються на есенції, яка передує екзистенції. Вони вважають, що людина від народження має певне єство, глибинну сутність, яка не лише відображає особистісний характер, а й відтворює божественну, космічну природу [Шапіро, 2003, с. 675–676]. Такий підхід хоч і має певний сенс для історії персонології, але не дає змоги виділити основні індикатори психологічно здорової особистості. Очевидно, термін “особистісне, або психологічне, здоров'я” використовується відповідно до розуміння авторами природи особистості.

Дехто із сучасних дослідників пропонує трактувати психологічне здоров'я як усвідомлення і задоволення особистістю своїх справжніх потреб та створення умов для усвідомлення і задоволення іншими людьми їхніх потреб [Милова, 2014]. Через такий погляд відчутно збіднюється розуміння феномену, що розглядається. Дивно було б, якби психологічно здорова і нездорова особистості відрізнялися одна від одної лише ступенем усвідомлення і задоволення потреб.

Посилаючись на українських учених, О. І. Богучарова називає серед критеріїв психологічного здоров'я небайдужість, наявність інтересу до різних виявів життя, зацікавлене ставлення до власної самотності та самотності інших живих істот. Відповідно, ознаками психологічного нездоров'я є байдужість, пасивність, перева-

жання зовнішньої мотивації, страх самовиявлення, деструктивність та руйнівний вплив на оточення [Богучарова, 2011, с. 24].

І. І. Галецька розглядає психологічне здоров'я як інтегративну систему, що є передумовою забезпечення активного способу життя, досягнення власних цілей, оптимальної взаємодії з оточенням. Психологічне здоров'я поєднує в собі сутнісні властивості ціннісно-мотиваційної, ноогенної, духовної сфери, людські переконання, властивості Я, ідентичність [Галецька, 2007, с. 326–327].

У концепції М. В. Сокольської, яку цікавить насамперед соціально-психологічний рівень здоров'я, цей феномен розглядається як оптимальна передумова для виконання людиною цілей і завдань, які вона намітила, реалізації її покликання, життєвої місії. Особистісне здоров'я пропонується розуміти як цілісну, інтегративну, динамічну характеристику, обумовлену соціальною (на противагу асоціальній) суб'єктною активністю, що проявляється в суб'єктивному благополуччі в межах належності до певної соціокультурної і професійної спільноти [Сокольская, 2009].

В англomовній літературі активно обговорюється далеко не нова концепція психологічного здоров'я Марі Ягоди [Marie Jagoda], професора соціальної психології Нью-Йоркського університету, директора Центру досліджень людських відносин. У монографії Ягоди, що побачила світ 1958 року, представлено глибокий аналіз підходів різних авторів (психологів, соціологів, провідних працівників сфери охорони здоров'я тощо) до психічного здоров'я. Психічне, психологічне здоров'я, на думку дослідниці, це індивідуальна та особиста справа. Соціальне середовище, культура можуть як зумовлювати хвороби, так і сприяти здоров'ю, а якість життя, якої досягнуто, є заслугою самої людини. Отже, неправильно говорити про “хворе суспільство” або “хвору спільноту”. Стандарти психічно здорової, або нормальної, поведінки різняться залежно від часу, місця, культури та очікувань соціальної групи.

Інтегруючи напрацювання дослідників з проблеми психологічного змісту позитивного стану здоров'я, Ягода виділила шість основних підходів: позиція особистості щодо себе, ступінь реалізації своїх можливостей, уніфікація особистісних функцій, ступінь незалежності особистості від соціальних впливів, специфіка індивідуального бачення навколишнього світу, можливість приймати життя таким, яким воно є. Відповідно до цих підходів було сформульовано

шість критеріїв, що визначають ідеальне психологічне здоров'я, "нормальність". Це: позитивне ставлення до себе, самоактуалізація, цілісність, автономність, адекватне сприйняття дійсності, здатність взаємодіяти з навколишнім середовищем.

Позитивне ставлення до себе як критерій психологічного здоров'я пов'язане з рівнем самооцінки особистості й описується такими поняттями, як самоприйняття, впевненість у собі, довіра до себе, кожне з яких має дещо різні конотації. Самоприйняття означає, що людина вчиться жити сама із собою, приймаючи як власні обмеження, так і потенції, здатності, які вона в собі відчуває. Упевненість у собі, самооцінка та самоповага виражають баланс "селф" із чимось "добрим", здібним (вправним) і сильним. Довіра до себе містить у собі конотацію впевненості, незалежності від інших й ініціативи зсередини [Jagoda, 1958, p. 24–25]. Для ідеального психологічного здоров'я, аби людина почувалася щасливою, позитивне ставлення має бути на належному рівні.

Самоактуалізацію як критерій психологічного здоров'я найчастіше пов'язують із зростанням, розвитком, становленням, самореалізацією. Ідея прагнення реалізувати власні потенції далеко не нова. Ще Спіноза писав, що кінь дуже засмутився б, якби перетворився раптом на людину чи комаху. Фромм, коментуючи цей вислів, додає, що людині теж було б так само неприємно перетворитися на ангела чи коня. Ягода застерігає проти надто широкого використання цього терміна, оскільки саморозвиток можливий не лише в позитивний бік. Серед унікальних можливостей людського виду спостерігаємо не лише розвиток цивілізації, а й здатність до самознищення та злочинності – аж до геноциду. Коли йдеться про самоактуалізацію в контексті психологічного здоров'я, варто зупинитися на я-концепції, мотиваційних процесах та інвестиціях у життя, тобто розглядати досягнення самоактуалізованої людини, діапазон та якість її турботи про інших, об'єкти та види діяльності, які вона вважає важливими [Jagoda, 1958, p. 30–35]. Самоактуалізація має сенс, коли людина відчуває, що стає кращою, спираючись на ті можливості, які вона взагалі має.

Цілісність як критерій психологічного здоров'я. Особистісну цілісність, когерентність часто називають інтеграцією, єдністю, безперервністю. Вона має три аспекти: перший – мінливий баланс психічних сил усередині особистості з акцентом на гнучкості, флекси-

більності; другий – об’єднувальний, інтегративний погляд на життя, індивідуальна філософія життя і власна етика; третій – стресостійкість, толерантність до фрустрацій, сила характеру, сила Я, здатність протистояти несприятливим явищам без внутрішньої шкоди для себе. Усі погодяться з тим, що напруженість, тривога, фрустрація чи нещастя можуть бути у здорових і нездорових. Різниця полягає не в наявності симптомів, а в тому, чи можуть ці симптоми істотно порушити цілісність людини та вплинути на її досягнення, які методи індивідуального копінгу використовуються [там само, р. 35–43].

Автономність як критерій психологічного здоров’я. Чимало людей вважають відносини між людиною і середовищем здоровими, якщо при цьому немає утисків її автономності, самовизначенню, незалежності. Автономність передбачає домінування самодетермінації зсередини, керування особистості своїми внутрішніми стандартами при здійсненні свідомого вибору, належний ступінь самостійності під час прийняття рішень, регуляцію поведінки, що базується на внутрішній організації цінностей, потреб, переконань, досягнень і ще не реалізованих цілей. Автономні люди не залежать від задоволень, які отримують у реальному світі від інших людей чи культури. Натомість вони залежать від власного розвитку, безперервного зростання власних можливостей та прихованих ресурсів. Така незалежність від навколишнього середовища означає їхню відносну стійкість перед важкими ударами долі, розчаруваннями, деприваціями, які переживаються досить витримано. Автономність проявляється і тоді, коли ми разом зі світом, і тоді, коли ми проти нього [там само, р. 45–49].

Адекватне сприймання дійсності як критерій психологічного здоров’я. Важливими є два аспекти сприймання світу: перший – сприймання, вільне від спотворень, зумовлених актуальними потребами, і другий – емпатія, або соціальна чутливість. Здорова людина сприймає реальний світ і саму себе в ньому так, що це забезпечує їй ефективну взаємодію із середовищем. “Правильність” сприймання не означає, що існує один-єдиний, коректний, спосіб бачення навколишнього світу. Завжди враховується індивідуальна своєрідність способу сприймання, що не заважає отримувати зрозумілі результати. Здорова особистість тестує реальність на ступінь відповідності її побажанням або страхам, тоді як нездорова сприймає її без перевірок. Особливо складно сприймати дійсність через викривлення, зу-

мовлені нашими потребами, коли йдеться про сприймання себе та інших людей. Зазвичай людина розглядає внутрішнє життя інших людей як предмет, гідний її турботи та уваги, і це стає підставою для впевненості у правильності власних висновків щодо їхніх настановлень, інтенцій, побудованих на соціальній перцепції [Jagoda, 1958, р. 49–53].

Здатність взаємодіяти з навколишнім середовищем як критерій психологічного здоров'я означає, що людина добре адаптується до нових ситуацій і почувається легко за будь-яких життєвих обставин. М. Ягода, досить широко трактуючи цю здатність, виділяє такі її аспекти: спроможність любити; адекватність у коханні, роботі, грі; адекватність у міжособистісних стосунках; ефективність відповідно до ситуаційних вимог; спроможність до адаптації та самокоригування; ефективність у вирішенні проблем, що виникають. Дослідниця, як і Hacker&Erikson, вважає сексуальність найбільш чутливим критерієм здоров'я, коли йдеться про поділяння сексуального задоволення з коханою людиною. Значущість уміння мати сім'ю, продуктивно працювати, насолоджуватися відпочинком, не допускати порушення законів – усе це показники здорової особистості (Ginsburg, Adler, Mayman, Blau). Важливими є і компетентність у міжособистісних стосунках; безпека, яку ці стосунки гарантують; засоби, завдяки яким члени сім'ї здатні ефективно взаємодіяти задля досягнення спільних цілей, індивідуального самовираження та розвитку (Sullivan, Horney, Foote&Cottrell). Здорова особистість може бути часом досить агресивною, особливо коли цього вимагають обставини, але в неї немає потреби домінувати, тиснути на інших чи відсторонюватися, дистанціюватися від них (Dicks, Fromm, May). Вона має позитивні емоційні стосунки, здатна діяти на благо інших, працювати разом з ними заради взаємної вигоди (Conrad). Здоров'я проявляється в тих способах, які обирає індивід, аби відповідати вимогам тієї чи іншої ситуації; у дотриманні ним належного балансу, коли йдеться про взаємодію з навколишнім середовищем; в успішному вирішенні будь-яких проблем [Jagoda, 1958, р. 53–64].

Не заперечуючи значення ґрунтовної і стрункої концепції психологічного здоров'я Марі Ягоди, усе ж хотіли б більш глибоко проаналізувати цю категорію.

Відомий ізраїльський спеціаліст з питань здоров'я А. Антоновські, який здійснював свої дослідження в контексті на-

самперед соціології здоров'я (він же автор концепції “салютогенезу”), упевнений, що люди примудряються залишатися здоровими і виживати, незважаючи на міриади патогенів (від мікробіологічних до соціальних), завдяки почуттю гармонії. Це почуття є глобальною орієнтацією, що спирається на всеосяжне й усталене, хоч і досить мобільне почуття впевненості. Остання можлива за трьох таких умов. По-перше, стимули, що генеруються зовнішнім і внутрішнім оточенням кожної особистості в процесі життя, мають бути структурованими, передбачуваними і зрозумілими. По-друге, людина повинна мати ресурси для спротиву зовнішнім і внутрішнім вимогам. І, по-третє, ці вимоги мають бути адекватними капіталовкладенням, тобто затратам часу і сил. Концепцію було покладено в основу численних емпіричних досліджень, у ході яких вимірювалися насамперед три величини: здатність до розуміння, здатність до дії і значущість [Маркс, 1999а, с. 33].

Щоб визначити, які саме індикатори найчастіше використовують різні автори, коли характеризують психологічно здорову особистість, ми вирішили проаналізувати класичні концепції найвідоміших персонологів, теорії яких є загальновідомими і наводяться в підручниках, енциклопедіях, словниках. Для цього було використано *метод непрямого контекстуального інтерв'ю*. У концептуальних підходах авторитетних учених ми шукали відповідь на запитання “Що таке здорова особистість?”. Оскільки термін “особистісне, або психологічне, здоров'я” використовується відповідно до розуміння авторами природи особистості, ми аналізували у різних авторів різні аспекти їхніх теорій: умови соціалізації, шляхи особистісного зростання, можливості самореалізації і повноцінного функціонування, способи подолання внутрішніх конфліктів, пом'якшення невротичних станів, модули досягнення гармонії тощо. Було проаналізовано 33 теорії класиків сучасної персонології, а саме (за алфавітом) А. Адлера, Х. Айзенка, А. Бандури, А. Бека, К. Горні, В. Джеймса, Е. Еріксона, П. Жане, Дж. Келлі, Р. Кеттела, Ж. Лакана, К. Левіна, Р. Д. Лейнга, Г. Марселя, А. Маслоу, Г. Меррея, Р. Мея, У. Мішеля, Я. Морено, Г. Оллпорта, Ф. Перлза, В. Райха, К. Роджерса, Дж. Роттера, Г. Саллівена, Б. Скіннера, В. Франкла, З. Фройда, Е. Фромма, Е. Шпрангера, В. Штерна, К. Г. Юнга, та праці дзен-буддистів, присвячені особистості [Капрара, Сервон, 2003; Мадди, 2002; Первин,

Джон, 2000; Психология личности, 2001; Хьелл, Зиглер, 1997; Холл, Линдсей, 1997].

Слід підкреслити, що з-поміж усіх обраних яскравих представників психології ХХ століття лише А. Маслоу, Г. Оллпорт і К. Роджерс тримали феномен особистісного здоров'я у фокусі уваги. Більшість же вчених зосереджувалися переважно на аномаліях і відхиленнях або ж ігнорували проблему особистісного здоров'я як несуттєву. Тому лише завдяки різнобічному і ретельному контекстуальному аналізу їхніх теорій та процедурі інтелектуальної фільтрації було зібрано первинну емпіричну інформацію і сформульовано ключові визначення здорової особистості. Нашими “фільтрами” стали запитання: “Яка особистість для автора є нормальною, збалансованою, гармонійною, зрілою?”, “Які характеристики особистості говорять про те, що в неї немає відхилень, невротичних розладів, патологічних станів?”, “Які синоніми для опису здорової особистості використовує автор?”. Отже, визначення, які буде наведено нижче, здебільшого сконструйовані штучно і тому не мають посилення на першоджерела.

Традиційно розпочнімо з представників психодинамічної психології і засновника психоаналізу *Зигмунда Фрейда*. Фрейд вважає, що здорова особистість – та, яка із нарцисичної дитини, що постійно шукає задоволень, перетворилася на соціалізованого, зорієнтованого на реальність дорослого. Ця особистість, за Фрейдом, успішно пройшла всі стадії психосексуального розвитку і сформувала ідеальний, генітальний характер. Вона стала цілісною, тобто її ід, его і суперего досягли компромісу між собою. Вона зріла і відповідальна у стосунках з людьми, проявляє щодо них теплоту і турботу, усе активніше вирішує життєві проблеми.

З позицій аналітичної психології, а саме швейцарського психолога і психіатра *Карла Густава Юнга*, психологічно здорова особистість керує власною індивідуацією, тобто зближенням свідомого і несвідомого, постійно рухаючись у бік інтеграції, гармонії і цілісності. У здорової особистості, як і в особистості невротичної, кожному усвідомлюваному бажанню (чи властивості) відповідає його (чи її) протилежність, яка впливає на особистість з тіні несвідомого. Важливо, що у здорової особистості ці протилежності компенсують одна одну, створюючи напруження, яке сприяє зростанню. У процесі еволюції особистість постійно набуває нових умінь, досягає цілей і все

більш повно реалізує себе, усе яскравіше і глибше сприймає навколишній світ і саму себе. Архетип самості стає її центром, урівноважуючи протилежні якості. Індивідуальний і колективний досвід асимілюються, завдяки чому особистість досягає балансу і цілісності.

Засновник індивідуальної психології як одного з напрямів психоаналізу австрійський психолог *Альфред Адлер* привертає увагу насамперед до цілісності психічного життя особистості та її соціальної належності. Вирішуючи три основні життєві завдання: проявити себе у професійній сфері, співробітництві з іншими людьми і в любові, – людина виробляє свій унікальний життєвий стиль. Ступінь вираженості соціального інтересу та загальної активності особистості в ході вирішення основних життєвих завдань є важливим показником її психічного здоров'я. Стиль життя здорової особистості визначається соціально корисним типом настановлень, спрямованих на реалізацію життєвого потенціалу.

Особистісне здоров'я передбачає наявність творчої життєвої енергії, що проявляється в бажанні розвиватися, розвинутого соціального інтересу та здорової концепції життя, яка передбачає допомогу іншим людям і працю на користь суспільства. Здорова людина є водночас і картиною, і художником, вона самостійно “виплавляє” власну особистість.

Серед тих персонологів, хто пов'язує особистісне здоров'я з міжособистісними стосунками, слід назвати насамперед французького вченого П'єра Жане. На його думку, особистість розвивається в співробітництві з іншими людьми завдяки спілкуванню. Найвищим критерієм розвитку особистості стає її здатність до саморегуляції, а найвищим рівнем розвитку – поява індивідуальності з її почуттям особистої відповідальності, оригінальності, спрямованістю на прогрес та вдосконалення суспільства.

Здорова особистість є інтегративною психологічною системою, що відгукується як єдине ціле на той чи той вплив ситуації. Підтримка цієї системи в стані динамічної рівноваги завжди потребує від особистості зусиль і напруження як свідомої психічної активності. Це дає їй змогу регулювати свою поведінку, активуючи вищі потреби. Здоров'я особистості визначається її здатністю виконувати роботу, що потребує зусиль. Щоб не відбувалася дисоціація особистісної системи і не виникали невротичні порушення, необхідно, щоб

певний рівень напруження не спадав, наприклад, унаслідок стресу чи тяжких соматичних захворювань.

На думку австрійсько-американського психолога Якоба Леві Морено, основна характеристика здорової особистості – це *спонтанність*. Без спонтанності немає особистості. Досягнення здоров'я передбачає формування здатності до міжлюдських стосунків і набуття досвіду шляхом опанування певних ролей.

Про *спонтанність* як ключову ознаку здорової особистості йдеться і в працях представників *дзен-буддизму*. Найбільш повно особистість розкривається, а потенції проявляються, коли людина входить у контакт зі своїм внутрішнім світом, інтуїтивно відчуваючи ситуацію. Її мислення стає не конвенційним, не обмеженим соціальними нормами, а спокійним, природним. Такий стан досягається завдяки спеціальним медитативним тренуванням. Метою такої медитації є тотальна ясність і пильність свідомості, у яку події входять, а потім виходять, відтворюючись, як у дзеркалі. Здорова особистість завжди спокійна, стримана, врівноважена, і ця внутрішня тиша не має нічого спільного з бездіяльністю і неробством.

Американський учений *Гаррі Стек Саллівен* – автор теорії міжособистісних стосунків. Для нього особистість є динамічним центром серії міжособистісних контактів і поза спілкуванням перетворюється на ілюзію. Отже, досягнення здоров'я залежить саме від якості контактів людини з оточенням. Вона живе в соціальному полі і завжди спрямована на інших людей, причому не тільки на тих, хто реально існує в її житті, а й на уявних персонажів, наприклад історичних чи літературних героїв. Здорова особистість особливо цінує близькість, уміє викликати в партнера симпатію, ніжність, відданість. Ситуації спілкування завжди дають їй задоволення і посилюють почуття безпеки.

Здорові люди розвиваються в динаміці персоніфікацій, не потребуючи захисту самооцінки шляхом дисоціації. Використовувані ними способи перетворення і витрачання енергії в діях, учинках, думках, почуттях (так звані динамізми) завжди мають внутрішній сенс. Здоровим людям не потрібно несвідомо виключати певну інформацію чи власні потреби із системи Его, оскільки вони з дитинства мають позитивний досвід спілкування із значущими дорослими. Такий досвід як відчутна психологічна допомога може стати в пригоді вже в дорослому віці навіть хворим на шизофренію. Якщо на-

вколо психічно хворих послідовно створювати атмосферу безпеки, виявляти до шизофреніків під час догляду справді дружнє ставлення (саме цього Саллівен цілеспрямовано навчав середній медичний персонал психіатричних лікарень), можна досягти значного ефекту.

Джерело здоров'я, на думку німецько-американського психоаналітика, одного з класиків неофрейдизму *Карен Горні*, – реалізація особистості. Коли всі здібності повністю затребувані, людина перебуває в стані емоційного благополуччя, внутрішньої свободи, безпосередності, врівноваженості. Здатність до самореалізації формується в ранньому дитинстві і залежить від стосунків між дитиною і батьками. Дитина прагне, по-перше, задоволення своїх бажань і, по-друге, безпеки. Саме стійке почуття безпеки лежить в основі розвитку здорової особистості – особистості, яка не сприймає навколишній світ як потенційно загрозливий. Вона гнучко використовує основні стратегії міжособистісних стосунків (орієнтацію на людей, від людей і проти людей) відповідно до обставин, що складаються.

Німецький психолог, засновник тілесно орієнтованої психотерапії *Вільгельм Райх*, як і Фройд, ототожнює здорову особистість і генітальний характер. Генітальна особистість має здатність до саморегуляції, сповідуючи принципи природної, а не примусової моралі, здійснює вчинки відповідно до власних схильностей і почуттів. У неї немає жорсткого панцира психологічних захистів, і тому ніщо не стримує вільний плин її енергії та емоцій.

Французький психоаналітик *Жак Лакан*, автор структурного психоаналізу, не проводить чіткої межі між здоровою і нездоровою особистістю. На його думку, це просто різні способи існування, інакші символічні мовні виміри. Особистість завжди перебуває в пошуку самої себе і репрезентується через Іншого, через стосунки з людьми, через долучення до культури.

На думку американського психолога *Генрі Меррея*, автора терміна “персонологія” і класичної проєктивної методики ТАТ, здорова особистість задовольняє власні потреби, змінюючи належним чином ситуації, які її не задовольняють. Широкі можливості для особистісного зростання на всіх етапах онтогенезу дає так званий Его-ідеал. Його визначають цінності і табу, що формуються під впливом не лише батьків, а й ровесників, і навіть літературних героїв.

У гуманістичному психоаналізі німецько-американського вченого *Еріха Фромма* психологічно здорова людина є унікальністю і

цілісністю вроджених та набутих властивостей. На відміну від хворої, вона може знайти відповіді на екзистенційні питання, що максимально відповідають її екзистенційним потребам. Її соціальний характер має продуктивну, дійову спрямованість, тобто вона сприймає себе як утілення власних сил- здібностей, що вільно реалізуються. Силою розуму вона може осягнути сутність явищ, силою любові – зруйнувати стіну, що відділяє одну людину від іншої, силою уяви вона здатна творити. Здоровий індивідуум завжди здатний: 1) налагоджувати зв'язки зі світом, турбуватися про когось, виявляти продуктивну любов; 2) долати себе, свою пасивну природу через творчість; 3) набувати укоріненості у світі, домагаючись стабільності, звільняючись від залежностей; 4) досягати самоідентичності, а не керуватися бажанням відповідати очікуванням натовпу; 5) формувати систему поглядів, цінностей як маршрутну карту розвитку, відданості комусь або комусь. Водночас здоров'я – це біофілія, любов і абсолютна свобода, завдяки чому людина звільняється від почуття самотності і відчуженості, стає автономною і унікальною, не втрачаючи зв'язків з іншими. Любов як мистецтво, рівнозначне мистецтву жити, є однією з головних умов такого існування.

Німецько-американський психолог *Вільям Штерн*, один із засновників персоналістичної психології, ототожнював здорову і цілісну особистість. Він вважав особистісну цілісність структурним утворенням, що складається з органів, функцій, відношень, спрямованості, досягнень, властивостей, переживань. Цілісність не є однозначною, її ніколи не можна досягти остаточно – вона існує реально і водночас потенційно. Здоровою особистістю цілеспрямована і пластична; вона носій прихованої енергії, потенцій, які завдяки активній конвергенції зі світом постійно розвиваються в певних напрямках. Розвиток особистості стає осмисленим саморозгортанням, у ході якого кожне досягнення змінює загальну цілісність.

Німецький психолог *Едуард Шпрангер*, автор “психології розуміння”, теж підкреслював значення цілісності для особистості, яка пізнає світ й осмислює власне життя. Особливого значення він надавав єдності душевного процесу в його смислових зв'язках з духовними цінностями і культурою суспільства.

Представник католицького екзистенціалізму французький вчений *Габріель Оноре Марсель* ототожнює здорову особистість із справжньою, істинною людиною, спрямованою на світ вищих цінностей.

Вона відчуває упокорення вищій духовній силі, що наближає благодать. Її здатність любити дає змогу бачити цінність інших людей, що збагачує власне буття. Вона має волю долати дійсність, яка її не задовольняє, у тому числі і всередині самої себе. Вона відчуває відповідальність за те, як проживає власне життя, внутрішнім виправданням якого є наявність у ньому сенсу, трансцендентного щодо існування.

В екзистенційному психоаналізі британського психолога *Рональда Лейнга* здорова особистість є синонімом онтологічно захищеної особистості. Вона, як автономна індивідуальність, має почуття цілісності, утіленості, нерозщепленості на дух і тіло. Здорова особистість не відчуває загрози своєму існуванню, переживає непохитну впевненість як у власній реальності та ідентичності, так і в реальності та ідентичності інших людей.

У логотерапії, автором якої є австрійський учений *Віктор Еміль Франкл*, основна ознака здорової особистості – це її здатність шукати і знаходити сенс життя як рушійну силу поведінки і розвитку. Здорова особистість має всі засоби, аби постійно наповнювати своє життя сенсом. Це, по-перше, творча робота, завдяки якій вона щось дає світові, збагачує життя; по-друге, переживання цінностей, що допомагають їй брати від навколишнього світу щось важливе; і, по-третє, це позиція особистості щодо долі, яку вона не може змінити. Відповідно існують три групи смислових універсалій: цінності творчості, цінності переживання і цінності ставлення.

Здорова особистість має розвинену совість, що є інтуїтивною здатністю відшукувати сенс тієї чи іншої життєвої ситуації. Її здатність виходити за власні межі, підноситися над ситуацією, споглядати себе збоку сприяє переживанню такого важливого стану, як свобода, що тісно пов'язана з відповідальністю за правильний пошук і реалізацію власного сенсу життя.

На думку американського психолога *Еріка Харбургера Еріксона*, провідного представника его-психології, здорова особистість не впадає в крайнощі, здатна досягати динамічної пропорції між полюсами розвитку на кожній віковій стадії. Вона виробляє певну міру довіри до світу, міру самостійності, ініціативності, компетентності, близькості, продуктивності, цілісності. Досягнення здоров'я залежить від готовності людини спілкуватися і взаємодіяти із широким колом людей, брати участь у соціокультурних процесах.

Класик американської психології *Вільям Джеймс* підкреслює, що для здоров'я неабияке значення має інтегративна цілісність, яка базується на пізнаваних і пізнавальних елементах, “емпіричному” і “чистому” Я. Здорова особистість добре усвідомлює себе, постійно здійснює самоконтроль, що поліпшує якість життя, прагне зазвичай до підвищення свого добробуту. Здоров'я досягається завдяки особистому досвіду, позитивному настрою, умінню рефлексувати власні емоції. Джеймс вважає, що високої самоповаги здорова особистість досягає, відмовляючись від зайвих домагань і таким чином досягаючи успіху.

Раймонд Бернارد Кеттел, англійсько-американський психолог, автор факторно-аналітичної теорії, синонімом здорової особистості вважає особистість нормальну. І така нормальна особистість успішно долає дисбаланс мотиваційних динамічних рис і рис темпераменту (загалом він вивчив 23 риси, серед яких виділив 16 найбільш поширених).

На думку *Ганса Юргена Айзенка*, здорова особистість має такі властивості, як альтруїзм, хороша соціальна пристосованість, стресостійкість та здатність до співпереживання.

Американський учений *Аарон Бек*, автор когнітивної психотерапії, вважає, що здорова особистість має розвинену здатність зцілювати себе і залишатися цілісною. Сама природа дала людині вміння зберігати своє психічне здоров'я. Щобвилікуватися, їй треба усвідомити свої автоматичні думки та ідентифікувати всі деформувальні, спотворювальні патерни.

Засновник гештальттерапії німецько-американський вчений *Фридерик Соломон Перлз* пов'язує із здоровою, аутентичною особистістю цілісну систему фізичних, сенсорних, емоційних і когнітивних процесів, що забезпечує вчасне усвідомлення своїх емоцій, довіру до потреб та відповідальність за їх задоволення. Потреби задовольняються завдяки продуктивному контактуванню із середовищем. Аутентична особистість має природну потребу в зростанні; вона постійно занурена в актуальний процес життєдіяльності, не замикається на минулому чи майбутньому, розвиває власну автономність, свободу і самодостатність. Психологічне здоров'я – це комплекс здатностей: здатність не придушувати власні емоції, здатність зовнішньої підтримки і регуляції покладатися на самопідтримку і саморегуляцію, здатність досягати оптимального балансу в собі і

щодо оточення. Перлз підкреслює, що хоча баланс з навколишнім середовищем дуже важливий, усе ж природа психологічного благополуччя більшою мірою пов'язана із самопідтримкою і саморегуляцією.

Один з небагатьох класиків, хто приділяв особливу увагу психологічному здоров'ю і спеціально вивчав цю проблему, – американський психолог *Гордон Оллпорт*, автор диспозиційної теорії особистості. Він критикував теорії своїх колег, які, на його думку, ігнорували таку важливу проблематику, як здоров'я людини.

Оллпорт розглядав здорову особистість, унікальну у своїй своєрідності, як єдність усіх елементів індивідуальності. Така особистість не проявляється як статична сутність, хоч і має основоположну структуру, що забезпечує стабільність і передбачуваність її поведінки. Однією з її головних особливостей є здатність змінюватися, еволюціонувати, зростати протягом життя, ставити перспективні життєві цілі. Їй властива проактивна поведінка, тобто здатність не просто реагувати на зовнішні стимули, а й активно впливати на навколишнє середовище новими способами, потрапляючи саме в ті ситуації, в які вона активно прагнула потрапити.

Найважливішою властивістю людської природи є позитивне, творче прагнення до зростання, яке Оллпорт назвав пропріумом. Саме пропріум як сила, що об'єднує і організує, формує унікальність особистісного життя. Поведінка зрілих суб'єктів функціонально автономна і вмотивована. Здорова (зріла) особистість характеризується такими рисами: 1) вона має широкі межі “Я”; 2) у неї розвинена здатність до налагодження теплих, щирих взаємин; 3) вона демонструє самоприйняття та емоційну рівноваженість; 4) у неї здорове почуття реальності; 5) вона має неабияку здатність до самопізнання і розвинене почуття гумору; 6) її життєва філософія характеризується цілісністю.

Для одного із засновників гуманістичної психології американського вченого *Карла Ренсома Роджерса* психологічне здоров'я – це стан особистості, що забезпечує її розвиток, рух до самоактуалізації, реалізації вроджених потенційних можливостей. Людина є інтегрованим цілим, що не зводиться до окремих часток. Прагнення здоров'я, на думку Роджерса, є вродженим. Кожна людина природно бажає самоактуалізації, зростання, самостійності, пристосованості, самовираження, активізації всіх можливостей організму, що забезпе-

чує їй гідне життя. Вона вчасно усвідомлює і задовольняє свою потребу в позитивній увазі до себе як з боку інших, так і з власного боку. Щоб ця потреба задовольнялася, людина співвідносить власний досвід і поведінку з Я-концепцією.

Для Роджерса синонімом здорової особистості є особистість, що повноцінно функціонує, тобто в психологічному розумінні оптимально пристосована до обставин життя, досягла психологічної зрілості і відкрита до нового досвіду. Антонім особистості, що повноцінно функціонує, – непристосована особистість. Якщо хтось відчуває свою непристосованість, він хоче і може модифікувати себе відповідно до реальності. Пристосованість не є статичною ознакою, це радше процес, у якому асимілюються нове знання і досвід. Особистість завжди має великі ресурси для осягнення і зміни себе. Роджерс закликав рухатися геть від бутафорії, примусу, підспівування іншим до більшої незалежності, довіри до себе та усвідомлення цінності того процесу, яким є сама людина.

Здорова особистість можлива лише як процес постійних змін. Її основні характеристики: 1) відкритість до власних переживань, емоційна глибина і рефлексивність; 2) екзистенційний спосіб життя з його гнучкістю, адаптивністю, спонтанністю, повним усвідомленням кожного моменту теперішнього; 3) віра в себе, свої внутрішні спонукки, інтуїтивні оцінки, що полегшує прийняття рішень; 4) відчуття власної непересічності, свободи, неконформності, креативності. Така особистість формується, якщо з дитинства відчуває з боку батьків повне прийняття і повагу.

Для американського психолога *Абрахама Гарольда Маслоу*, засновника гуманістичної психології, здорова особистість – це особистість самоактуалізована, а самоактуалізація – процес повного, творчого, радісного осягання талантів, здібностей, потенціалів. Для особистісного зростання важливо віддаватися чомусь більш високому, ніж власне “я”, та успішно виконувати поставлені перед собою завдання. Здорові особистості креативні, безпосередні, сміливі, вміють завзято працювати, знаходять задоволення в житті, незважаючи на труднощі, страждання, розчарування. У них зазвичай комфортні стосунки з реальністю і собою. Вони обирають зростання, а не безпеку, не боячись складностей чи невизначеності.

Німецько-американський психолог *Курт Левін*, який створив топологічну теорію особистості, розуміє здоров’я як 1) здатність до

особистісного розвитку, що передбачає включення в життєвий простір певної нової, незнаної зони, рух до якої реорганізує весь життєвий простір; 2) досягання все більшої диференційованості особистісного простору, його кращої організації; 3) покращення психологічного теперішнього, розширення часової перспективи і ретроспективи; 4) подолання жорсткості життєвого простору, досягнення більшої його рухливості.

На думку *Ролло Ріс Мея*, теоретика екзистенційної психології, здорові люди вміють пристосовуватися до світу природи, інших людей і самих себе. Вони ясно усвідомлюють цінність власного досвіду і живуть одночасно в *Umwelt*, *Mitwelt* й *Eigenwelt*, тобто в навколишньому середовищі, серед інших людей, вибудовуючи стосунки з ними, і у внутрішніх стосунках із собою. Досягаючи здоров'я, вони стають більш людяними, розширюють і розвивають власну свідомість, забезпечують можливості вибору, зростання свободи і відповідальності.

Серед яскравих представників біхевіоральних концепцій особистості слід назвати насамперед американського вченого *Берреса Фредеріка Скіннера*, який вважає особистість певним набором шаблонів поведінки, що відповідають набору тих чи інших обставин. Відповідно, для нього здоров'я буде таким поведінковим репертуаром, який забезпечує здатність послаблювати вплив несприятливих умов і краще контролювати власну поведінку. Чим більше нових шаблонів поведінки ми сформуємо, тим здоровішими будемо. Досягання здоров'я відбувається шляхом диференціації, ієрархізації спонук, формування нових взірців поведінки на основі підкріплення.

Для американського персонолога, автора соціально-когнітивної теорії *Альберта Бандури* здоровий означає *самоефективний*, тобто здатний керувати подіями, що впливають на життя, впевнений у тому, що може здійснити певні конкретні дії. Самоефективність збільшується залежно від 1) досвіду безпосередньої діяльності (тобто спогадів про власні успіхи); 2) непрямого досвіду (тобто спостережень за тими, хто досягнув успіху); 3) думки суспільства, якому довіряємо; 4) фізичного та емоційного стану людини. Крім самоефективності, на здоров'я впливає унікальна здатність особистості до саморегуляції та адаптивності. Щоб поведінка не призводила до особистісної психопатології, необхідно орієнтуватися на стан внутрішнього комфорту, що супроводжується відчуттям власної адекватнос-

ті і самоповаги. Підвищення самоефективності засобами психотерапії дає змогу позбавитися страхів, залежностей, сприяє стабілізації особистісного потенціалу, зміні стилю життя, формуванню позитивного життєвого настановлення в цілому.

У річищі біхевіорального підходу сформувався психотерапевтичний напрям, представниками якого є А. Бандура, Х. Айзенк, А. Лазарус та ін. Досягнення здоров'я ці автори пов'язують з наявністю адекватної батьківської моделі й підтримувального оточення, можливістю засвоювати соціальні навички, задовольняти основні потреби, апробуючи і закріплюючи певні поведінкові шаблони.

Для американського психолога *Джорджа Келлі*, автора когнітивної теорії особистості, якого певною мірою можна вважати послідовником Роджерса, здорова людина – це *творча* людина, яка оптимально функціонує, конструюючи і прогнозуючи дійсність. Творчість відкриває нові горизонти і форми буття у світі. Для здорової людини не характерні конструкти загрози, страху, тривоги. Вона має почуття міри, на якій базується здатність переходити від податливості до фіксованості, від гнучких інтерпретацій – до чіткіших, жорсткіших, коли залишається мало можливостей для неоднозначного розуміння того, що відбувається.

На думку американського психолога-когнітивіста *Джуліана Роттера*, поведінку здорової особистості можна передбачити, а ключем до передбачення є набуті знання, прожита життєва історія та очікування щодо майбутнього. Здорова особистість здатна навчатися, її риси можна модифікувати, вона довіряє людям, вважаючи, що на них можна покластися.

Американський психолог, автор когнітивно-афективної теорії соціального навчання *Волтер Мішель*, учень Роттера і Келлі, підкреслює, що здорова особистість завжди активна і цілеспрямована. Вона формулює цілі, розробляє план їх досягнення і частково самостійно створює ситуації, в які потрапляє. Вона генерує (конструює) власну версію реального світу відповідно до компетентностей, які має, і саморегуляторних стратегій, якими володіє.

Щоб визначити основні ознаки психологічно здорової особистості, ми провели контекстуальне непряме інтерв'ю. Для обробки даних було використано метод контент-аналізу. Схожі вислови різних авторів, у яких майже повторювався зміст, хоч і використовувалися різні терміни, об'єднувалися в інтегральні одиниці аналізу. Так,

першу смислову одиницю утворили здатність до саморегуляції, стресостійкість, вміння долати себе, здатність витримувати напруження, самоконтроль, активне вирішення життєвих проблем; другу – продуктивність, вміння досягати успіху, самоефективність, оптимальне функціонування. Таке узагальнення стало можливим не лише завдяки порівнянню відповідних теорій особистості [Капрара, 2003; Мадди, 2002; Первин, 2000; Психологія личности, 2001; Фернхем, 2001; Хьелл, Зиглер, 1997; Холл, 1997], а й завдяки авторському аналізу персонологічних підходів учасників непрямого контекстуального інтерв'ю.

Було отримано 37 інтегральних показників здорової особистості. Деякі з них траплялися в кожного другого автора, як, наприклад, цілісність чи потреба в самореалізації, а інші згадувалися лише одноразово, як, наприклад, сміливість, віра в себе чи емоційна глибина (табл.).

Таблиця

Частотність показників психологічно здорової особистості

№	Показники психологічно здорової особистості	Частота
1	цілісність, інтегрованість, єдність	21
2	самореалізація, зростання, втіленість	16
3	здатність до саморегуляції, стресостійкість, вміння долати себе	16
4	творчість, спонтанність, внутрішня свобода	16
5	співробітництво, спілкування, соціальний інтерес	12
6	здатність формувати цінності, знаходити сенси	11
7	гармонія, баланс, врівноваженість, стабільність, почуття міри	11
8	осмислення досвіду, розуміння власного життя	10
9	автентичність, здатність до самопізнання, рефлексивність	9
10	здатність до співпереживання, людяність	9
11	адаптивність, адекватність, передбачуваність	9
12	любов як мистецтво жити, здатність отримувати задоволення від життя	8
13	активність, сила, ініціатива, проактивність, цілеспрямованість	8
14	продуктивність, самоефективність, оптимальне функціонування	7

№	Показники психологічно здорової особистості	Частота
15	автономність, самодостатність, самостійність	6
16	спрямованість на прогрес та вдосконалення суспільства	6
17	унікальність, непересічність, креативність	5
18	спрямованість на вищі цінності	4
19	компетентність, уміння формувати нові шаблони поведінки	4
20	позитивний настрій, уміння не пригнічувати емоції, усвідомлювати їх	4
21	пластичність, подолання жорсткості поведінки	4
22	зрілість	3
23	довіра до світу, відповідальність перед світом, широкі межі “я”	3
24	онтологічна захищеність, коли людина не відчуває загрози своєму існуванню	3
25	освоєння нового, здатність навчатися	2
26	достеменність, совість	2
27	повне усвідомлення кожного моменту теперішнього	2
28	здатність до прогнозування, розширення часової перспективи	4
29	почуття гумору	1
30	сміливість	1
31	прийняття того, що не можна змінити	1
32	віра в себе	1
33	безпосередність	1
34	здатність зілковати себе	1
35	емоційна глибина	1
36	покращення психологічного теперішнього	1
37	внутрішній спокій, стриманість, врівноваженість	1

Щоб стати надійними показниками, елементи змісту мають згадуватися з відповідною частотою. Отож наступним кроком аналізу було визначення частотності і побудова ієрархії індикаторів психологічного здоров'я особистості (див. табл.). За нашими даними, перші десять найпопулярніших показників – це 1) особистісна цілісність, 2) потреба в самореалізації, 3) здатність до саморегуляції, 4) творчість, креативність, 5) схильність до співробітництва з іншими людьми, 6) здатність формувати цінності, шукати сенси, 7) наявність гармонії, врівноваженості, 8) осмислення досвіду,

9) автентичність, рефлексивність, 10) здатність до співпереживання, людяність.

Для подальшого узагальнення даних усі отримані показники було поділено на три групи характеристик: соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та ціннісно-сміслові.

Найбільшою виявилася група індивідуально-психологічних характеристик (21 показник). До неї увійшли (у порядку зменшення частоти згадувань) цілісність, здатність до саморегуляції, схильність до творчості, гармонійність, адаптивність, автентичність, активність, продуктивність, автономність, унікальність, компетентність, позитивний настрій, пластичність, почуття гумору, здатність цілювати себе, емоційна глибина, гнучкість, віра в себе, безпосередність, сміливість.

Другою за кількістю стала група ціннісно-сміслових характеристик (12 показників). Це такі важливі характеристики, як самореалізація, здатність формувати цінності і знаходити сенси, осмислення досвіду, здатність отримувати задоволення від життя, спрямованість на прогрес та вдосконалення суспільства, прагнення до вищих цінностей, зрілість, онтологічна захищеність, достеменність, збільшення часової перспективи, повне усвідомлення кожного моменту теперішнього, прийняття того, що не можна змінити.

Найменш поширеними характеристиками психологічного здоров'я виявилися показники третьої – соціально-психологічної – групи, що було досить несподіваним. Таких показників було лише три; щоправда, кожен із них включав чимало схожих понять і перші два мали високу частотність. Так, перший показник (із частотністю 11) об'єднав здатність до співробітництва, готовність спілкуватися, соціальну належність, соціальний інтерес, соціальний характер. Другий (із частотністю 9) охоплював якість контактів з оточенням, здатність до співпереживання, налагодження теплих і щирих стосунків, близькість, людяність, турботу, альтруїзм. До третього (із частотністю 3) увійшли довіра до світу, відповідальність перед світом, широкі межі “я”.

Отже, апробована методика непрямого контекстуального інтерв'ю дає змогу визначити індикатори здорової особистості. Якщо зосередитися на трьох характеристиках, що мають найбільшу частотність, і розглядати їх як ядро здорової особистості, то це будуть цілісність, потреба в самореалізації та здатність до саморегуляції. Крім

того, можна виділити наближені до ядра периферійні характеристики на всіх трьох рівнях.

Таким чином, у результаті узагальнення результатів контекстуального інтерв'ю можемо сформулювати таку дефініцію. *Психологічно здорова особистість є цілісною, самореалізованою та самоврегульованою. Їй властиві креативність, збалансованість та адаптивність (індивідуально-психологічний рівень); вона має схильність до пошуку нових сенсів, осмислення досвіду та вирізняється здатністю отримувати задоволення від життя (ціннісно-смысловий рівень); схильна також до співробітництва, здатна співпереживати та відчуває відповідальність перед соціумом (соціально-психологічний рівень).*

Слід зазначити, що для створення опитувальника, який вимірював би рівень психологічного здоров'я, чи для розроблення питань до напівструктурованого інтерв'ю (або бесіди з респондентом) треба було б враховувати не лише отримані нами позитивні індикатори, а передусім індикатори негативні. Так, Ш. Шьовітц-Езра з колегами в опитувальник, за яким проводилося домашнє інтерв'ю з респондентами старшого віку, включили сім показників психологічного здоров'я. Чотири з них відображали негативний аспект психологічного здоров'я, а три – позитивний. З-поміж негативних дослідники обрали показники тривоги, депресії, стресу і самотності, а з-поміж позитивних – емоційне здоров'я, щастя і почуття власної гідності [Shiovitz-Ezra, 2009].

Привертає увагу, однак, те, що серед найщасливіших людей ніхто(!) не назвав здорових. У визначеннях феномену “щастя” це поняття теж не згадується. Водночас найчастотніші тематичні рубрики відповідних тезаурусів понять великою мірою відповідають виявленим характеристикам психологічного здоров'я.

РОЗДІЛ 2

МОЖЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Як впливає на особистість тривала травматизація

З якими психологічними наслідками сучасної гібридної війни вже стикається суспільство? Які проблеми насамперед мають вирішувати військові, клінічні, соціальні психологи, лікарі, соціальні працівники, реабілітологи? До чого всі ми маємо бути готовими в майбутньому, щоб максимально зберегти певний рівень психологічного здоров'я населення? Своєчасні відповіді на ці болючі запитання мають підготувати підгрунтя для комплексної підтримувальної і відновлювальної роботи з тими, хто постраждав, зазнав психологічних травм різного ступеня тяжкості.

Війна – це невичерпне джерело перманентної і тотальної травматизації, оскільки вона розхитує, а інколи й руйнує самий базис, фундамент особистісного буття, примусово вносячи у життєві світи всіх і кожного свої тектонічні зміни.

Особливий, гібридний характер війни, яку ми всі переживаємо, її відмінності від війни традиційної, фронтальної – це насамперед неоголошеність, що дає змогу країні-агресору маніпулювати міжнародною думкою та індивідуальними переконаннями пересічних громадян протягом усіх цих років. Крім того, під час війни зберігаються дипломатичні стосунки з агресором, і далі діють торговельні угоди між країнами, чимало підприємств, банків, ресторанів тощо працю-

ють на території нашої країни, підпорядковуючись Москві. Численні провокації, сфальшовані інтерв'ю, відверті постановочні дії, які спеціально знімаються для телевізійних новин, – усе це утруднює сприймання різними верствами населення того, що відбувається, стаючи ключовим джерелом тривалої травматизації. Тому маємо справу з потужною інформаційно-психологічною війною, спрямованою проти України, до якої агресор цілеспрямовано готувався протягом багатьох років. У тих людей, хто потрапляє під гіпнотичну дію відповідних мас-медіа та інтернет-ресурсів, непомітно втрачається адекватність відображення світу і себе в ньому, деформуються особистісні цінності, орієнтації, інколи навіть змінюється таке усталене утворення, як світогляд.

Деструктивність цієї війни, як і деструктивність усіх сучасних війн для суспільства і для кожної окремої особистості, на жаль, зростає. Адже сьогодні змінилася сама природа війн, про що свідчать численні зарубіжні дослідження, узагальнені Робертом Лоєром. Якщо в минулому війни точилися передусім між арміями професійних солдатів, то тепер у війну втягується все населення країн більшою мірою, ніж концентрується навколо протистояння професіоналів. Також корінним чином змінилися мілітаристські технології, до яких належать ядерне озброєння, біологічні і хімічні способи ураження супротивника. На все це психіка пересічної людини відповідає тотальною тривогою, моторошними і довготривалими переживаннями надмірного напруження, жаху, беззахисності, безпорадності [Lauer, 1998, p. 533–534].

Серед спеціалістів поширена думка, що головною складовою виходу з війни стає так званий “воєнний синдром”, який може вдарити по всій нації, адже на фронті перебувають в основному чоловіки від 18 до 45 років, тобто найбільш працездатна та репродуктивна частина населення України. Цей синдром, що передбачає розподіл людей на союзників і ворогів, закріплення усталеного відчуття перманентної небезпеки, буде формуватися як серед військових, так і серед інших суб'єктів війни. У ветеранів буде спостерігатися феномен вторгнення минулого в сьогодення, незавершеності минулого [Тімченко, 2017, с. 204–212].

У більшості учасників війни – безпосередніх, тобто тих, хто бере участь у бойових діях, перебуває на території, де відбуваються бої, і опосередкованих, тобто тих, хто чекає рідних з фронту, купує

бронезилети для однокласника і його товаришів, хто йде працювати в госпіталь, хто змушений покинути рідну домівку, залишивши там старих батьків, що категорично відмовилися їхати, тих, хто напружено стежить за новинами з фронту, прощається із загиблими, – у всіх цих людей тією чи іншою мірою змінюється ціла низка базових особистісних потреб – потреб у безпеці, стабільності, комфорті, передбачуваності. Люди болісно переживають втрати, причому не лише тоді, коли в них гине хтось із рідних чи друзів, а й тоді, коли вони залишаються без власних домівок, змушені відмовлятися від звичного способу життя. Вони вже ні в чому не можуть бути впевненими, бо їхнє власне життя, здоров'я, майбутнє дітей під час війни опиняються під загрозою. Навіть фізіологічні потреби у сні, їжі, сексі, наявності даху над головою в багатьох суттєво депривуються. Щоправда, водночас війна створює унікальні умови для задоволення більш складних особистісних потреб, наприклад потреби в спільності, співпричетності, повазі, відданості, самоподоланні, і така нелінійна потреба динаміка відчутно суперечить основним положенням теорії А. Маслоу, на думку якого незадоволення базових потреб не дає змоги потребам більш високого рівня набирати силу.

Під час війни значним чином видозмінюються просторово-часові координати життєвого світу. Психологічний простір, що відтворює соціально-психологічний рівень життєтворення і складається із значущих стосунків, переструктурується, інколи кардинальним чином, адже люди, часто несподівано для себе, поляризуються за власними оцінками того, що відбувається, інтересами, переконаннями, актуальними життєвими рішеннями. Старі критерії поділу оточення на своїх-чужих, порядних-непорядних, рідних-нерідних, тих, хто розуміє, і тих, хто не розуміє, уже не спрацьовують. Буває, що колишні друзі стають ворогами, а вороги раптом опиняються серед однопумців. Родичі віддаляються одне від одного, а знайомі лише по соціальних мережах несподівано зближуються. Багаторічні добросусідські стосунки нерідко перетворюються на дружні, майже родинні, а інколи, навпаки, наповнюються непорозуміннями, взаємними докорами, суперечками. Серед колег по роботі, навчанню також спостерігається масштабне переформатування симпатій-антипатій, тяжінь-відштовхувань.

Умови тривалої травматизації призводять до того, що особистість надто жорстко вибудовує свої межі, надто пильно намагається

захищати їх, не дуже враховуючи прагнення інших, не беручи до уваги домагання оточення. У результаті освоєні комунікативні території із зонами близьких і далеких, своїх і чужих руйнуються, викривлюються, розпадаються. Нерідко страждають сім'ї, члени яких по-різному інтерпретують сьогоденні політичні події. Так, батько, зустрівши свою дочку в Борисполі, раптом висаджує її з машини серед ночі з речами посеред траси, оскільки вони по-різному реагують на новини, які звучать по радіо, і надалі ці близькі, рідні люди не спілкуються протягом багатьох місяців.

Психологічний час, що відтворює ціннісно-смысловий рівень життєтворення та наповнюється значущими подіями, теж починає відчутно модифікуватися. Звична швидкість часу життя залишається в минулому. В одних людей час життя поспішає, прискорюється, тоді як в інших сильно гальмується, майже завмирає. Минуле вже не переходить автоматично в теперішнє, а теперішнє – у майбутнє. Органічний зв'язок між часами життя, їхня взаємообумовленість втрачаються. Для деяких співвітчизників усе, що було до війни, відсувається кудись удалечінь, перестає цікавити, “вицвітає”, а дехто, навпаки, залишається жити в мирному і зрозумілому минулому, ігноруючи, витісняючи травматичні реалії сьогодення.

Так само, як минуле, у тих, хто глибоко переживає воєнні перипетії, майбутнє з його планами, надіями, перспективами відтерміновується, відсувається на далекі післявоєнні часи. А в тих, хто війни не помічає чи, точніше, намагається це робити, між теперішнім і майбутнім практично втрачається різниця. Ці люди поспішають ні в чому собі не відмовляти, ментально втілювати свої бажання, не відкладаючи на потім, не вдаючись до перспективного планування. Відповідно по-різному наповнюється смыслове часове поле теперішнього, в якому зазвичай згортаються, інтегруються минуле і майбутнє.

Від того, як людина на певних етапах свого життєвого шляху ущільнює, розширює, прискорює або уповільнює плин свого психологічного часу, від того, як вона відчуває переходи між минулим, теперішнім і майбутнім, їхню питому вагу, великою мірою залежить те, наскільки вона приймає і розуміє саму себе, своє оточення, навколишній світ, як ставиться до складностей, що виникають, обирає продуктивні або непродуктивні стратегії збереження і відновлення власного здоров'я, підвищення психологічного благополуччя. Не

меншою мірою щастя, здоров'я, благополуччя людини визначаються і видозмінами психологічного простору з його оновленою централізацією, новими друзями, недругами, антигероями і кумирами, новим розумінням добра і зла, правильного і неправильного, морального і аморального.

Що ж відбувається на індивідуально-психологічному рівні життєтворення? Самоідентифікування в нових умовах підпорядковується новим критеріям, і Я-концепція стає іншою. Чимало людей, серед яких жителі анексованого Криму, тимчасово окупованих територій, переселенці та інші, уже не знають, хто вони, чого прагнуть, на що здатні. Деякі кримські колеги, наприклад, радіють, що отримали високу зарплатню, але відчують дискомфорт, сором, вважають, що вчинили якимось нечесно, залишившись на території Росії, бояться, що з ними не захочуть спілкуватися українські колеги, друзі. Молоді чоловіки, які завжди вважали себе патріотами, раптом розуміють, що їм страшно йти на війну, залишати вдома коханих дружин і маленьких дітей. Деякі матері дорослих синів намагаються всіма правдами і неправдами сховати свою дитину від мобілізації, відчуваючи гострі внутрішні конфлікти, водночас заохочуючи і засуджуючи себе.

Ставлення до простору і часу життя детермінує ставлення до себе. Переживання цілісності, збалансованості визначається видозмінами психологічного простору. Вміння усвідомлювати зв'язки між минулим, теперішнім і майбутнім детермінує ступінь саморозуміння, вибір стратегій самозбереження.

Особистісне здоров'я, яке людина зазвичай переживає або як яскравий і нетривалий стан щастя, або як більш усталений, тривкий стан благополуччя, – це динамічна, видозмінювана характеристика особистості, яка зазнає перманентного впливу величезної кількості внутрішніх і зовнішніх контекстів. Одним з таких важкоусвідомлюваних і впливових контекстів стає незвичність сучасної війни, її абсолютна несхожість на попередні війни, пам'ять про які зберігається в колективному несвідомому, у сімейних легендах, історичних та літературних джерелах, відомих фільмах, улюблених піснях, з дитинства стаючи індивідуальним життєвим досвідом кожного, навіть тих, хто народився через багато років після Другої світової.

Щоденні тривожні новини з фронту, особливо у 2014 році, невпинне зростання з кожним днем кількості вбитих і поранених – усе це призводить до поступової втрати почуття стабільності, прогнозованості життя. Чимало людей відчувають зростання неспокою, тривоги, невпевненості в завтрашньому дні, посилення загального напруження, зменшення працездатності. У багатьох зростає відчуття безпорадності, незахищеності, посилюється байдужість до всього, що цікавило раніше. Від психологів у цій непростій ситуації очікують оперативної, кваліфікованої й адресної допомоги різним категоріям населення.

На жаль, гібридний характер сучасної війни вже призводить до ускладнення адаптації вимушених переселенців до нових умов проживання в інших регіонах, до дисфункціональної реінтеграції колишніх військовослужбовців у мирне життя, що може становити небезпеку для стабільності суспільства. Оскільки серед учасників тривалої антитерористичної операції чимало молоді, яка не має достатнього життєвого досвіду, сформованих навичок саморегуляції, відповідного рівня стресостійкості, спостерігається зростання виявів девіантної та делінквентної поведінки. Серед порушень превалюють як донозологічні – соціально-стресові розлади, так і клінічно окреслені психічні розлади – від гострої реакції горя до посттравматичного стресового розладу [Лазоренко, 2017; Марута, 2015].

На появу афективних і поведінкових розладів адаптації, різних клінічних варіантів посттравматичного стресового розладу впливають складні патерни чинників, серед яких називають особливості травматичної події, демографічні, соціальні, клінічні, соціально- та індивідуально-психологічні чинники, характеристики стану здоров'я. Усі ці різноманітні чинники, з яких складаються патерни, взаємодіють один з одним, запускаючи чи підтримуючи певні порушення [Діагностика..., 2014].

Під час війни травм, як фізичних, так і психологічних, зазнають насамперед безпосередні учасники бойових дій. Відомо, що процес адаптації до перебування на передовій триває приблизно 15–25 діб, по закінченні яких військовослужбовець досягає піку морально-психологічних можливостей. Далі неминуче починається спад, для декого досить швидкий, а для декого повільний. Після 30–40 діб неперервного перебування в безпосередньому зіткненні із супротивником адаптивний потенціал практично повністю вичерпується, бо

людина перебуває у стані сталої надмірної мобілізованості, постійного напруження, що викликає спочатку сильну втому, яку називають бойовою, а пізніше – повне знесилення, виснаження. Навіть у тих, хто не перебуває на передовій, а лише очікує на активні бойові дії протягом кількох діб, не маючи змоги активно рухатися, відволікатися, відпочивати, спостерігається зниження працездатності на 30 %. За даними російських дослідників, у військовослужбовців, які характеризувалися високим рівнем опірності бойовому стресу (89,3 %) до відправлення в Чечню, цей рівень після повернення знизився майже втричі. Водночас кількість осіб з низьким ступенем опірності стресу суттєво зросла: з 3,3 % до 55 % [Коқун, 2015, с. 49–50].

Багато військовослужбовців повертаються з фронту, обтяжені відчутними психологічними проблемами – від хронічної пригніченості, втоми, безсоння, агресивних спалахів до складностей із поверненням у професію і сім'ю, переживанням провини перед товаришами, яких вбили чи які після тяжких поранень втратили працездатність. До ускладнень з реадптацією призводить вплив таких чинників, як вік комбатантів, наявність чи відсутність сім'ї, раніше пережиті травматичні випробування. У багатьох із тих, хто отримав досвід війни, суттєво погіршується саморегуляція, способи поліпшення якої вони нерідко шукають у зловживанні алкоголем. Зазвичай більше страждають молоді люди, які ще не встигли одружитися і не мають достатнього досвіду складних випробувань. У подальшому вони не завжди можуть побудувати міцні стосунки, а поспішивши одружитися, так само швидко розлучаються.

Досить серйозні психологічні проблеми мають зазвичай комбатанти, які повертаються в мирне життя, але не лише вони. Діапазон проблем, з якими стикається чимало людей, дуже великий: від хронічної втоми до психозів. Найбільш поширеним розладом і серед колишніх військових, і серед жителів прифронтових територій, і серед звичайних громадян стає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це поняття, сьогодні досить популярне, уперше з'явилося в американській класифікації DSM-III в 1960 році і трактувалося як один з невротичних розладів. Пережиті травми багаторазово повертаються до людини у снах, болісних спогадах, флеш-беках, уявних картинках травматичних подій. Відчувається недостатня включеність у процес життя, мучить почуття провини перед тими, хто по-

страждав, був поранений і вбитий. Загострюються міжособистісні проблеми, втрачається задоволеність інтимним життям.

У сучасному розумінні ПТСР – це не так хворобливий стан, як стан низької толерантності до стресу та прагнення людини переосмислити травматичні спогади [Климчук, 2016, с. 48]. За даними американських дослідників, поширеність ПТСР дуже висока. Серед ветеранів в'єтнамської кампанії частка постраждалих у такий спосіб сягає приблизно 30 %. Навіть після реабілітації 15 % молодих людей усе ж і далі потерпають від цього розладу, а в 11 % залишилися окремі симптоми [Hayman, Scaturro, 1993].

ПТСР може бути короткостроковим, довгостроковим або таким, що час від часу дає рецидиви. Його вияви ускладнюються, якщо людина або її близькі родичі мали раніше складні травматичні переживання. Так, учасники Ліванської громадянської війни, батьки яких вижили після голокосту, виявилися набагато більш травмованими в Лівані, ніж ті, батьки яких не були свідками й учасниками голокосту [Solomon, Mikulincer, 2006]. Крім того, більше страждають зовсім молоді люди (17–19 років), які мають серйозні проблеми на роботі і в стосунках. Навіть ті, хто брав участь у дуже короткотривалих воєнних конфліктах (наприклад, Ірак, 1999), демонстрували зростання емоційних проблем, алкогольної і наркотичної залежності, не могли побудувати міцні стосунки, часто розлучалися [Lauer, 1998, р. 538].

R. Tedeschi і L. Calhoun виділяють такі негативні наслідки травматичних подій: 1) домінування неприємних емоцій типу тривоги, страху, пригніченості, провини, депресії, дратівливості, гніву; 2) нав'язливе повторення неприємних думок, яких людина не може позбутися роками і які змінюють її уявлення про світ і себе в ньому; 3) поширення проблемної поведінки, а саме: надмірне використання ліків, постійний пошук алкоголю, наркотиків, порушення сексуальних стосунків, відсторонення від свого оточення, агресивні дії; 4) поява широкого спектру виявів фізичного дискомфорту, приміром сильної втоми, болів у тілі, хронічного м'язового напруження, проблем зі сном, травленням, диханням, вагою [Tedeschi, Calhoun, 2004, р. 6–10].

Як травматизація впливає на різні аспекти фізичного і психологічного здоров'я? V. Helgeson з колегами здійснили метааналіз великої кількості проведених різними авторами досліджень у сфері фізичного і психологічного здоров'я. Було виявлено, що оцінка на-

слідків травмування для здоров'я залежить від того, скільки часу минуло після критичної події. Якщо дослідження проводилося недовзі після травматичної події, то спостерігалось погіршення здоров'я людини. Якщо ж часу проходило достатньо, результати змінювалися на позитивні [Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006, p. 798]. Тобто у віддаленій перспективі стан здоров'я людини покращується, чого не можна сказати про близьку перспективу. Час, що минув після травми, виразно впливає на наявність депресії, тривожності, стан психологічного благополуччя, але не звільняє від нав'язливих думок, не змінює суб'єктивне фізичне здоров'я. Коли після травматичної події минає більше двох років, симптоми депресії зазвичай послаблюються, а позитивні зміни в загальному стані людини зростають. Якщо ж після травми минало менше двох років, загальний рівень дистресу залишався досить високим.

За нашими спостереженнями, отримавши воєнну травму, приблизно третина людей переживає певну розщепленість, порушення цілісності, деструктивні зміни я-ідентичності. Такі зміни відбивають майже повне зникнення або відчутне зменшення потреби в самореалізації. Здатність до саморегуляції, корекції власних емоційних станів, особливо негативних, теж погіршується. На індивідуально-психологічному рівні відбувається постійне зниження креативності, збалансованості, адаптивності. На ціннісно-смысловому рівні тимчасово втрачається здатність до пошуку нових сенсів, осмислення досвіду; стає важче, ніж раніше, діставати задоволення від повсякденного життя. На соціально-психологічному рівні спостерігається зменшення схильності до співробітництва, здатності до співпереживання; різко падає довіра до світу, особливо "мирного", куди людина повертається після фронту.

З-поміж стратегій подолання наслідків посттравматичних подій найчастіше використовують позитивну переоцінку, прийняття та відмову. Найефективнішою виявилася позитивна переоцінка як спроба переінтерпретувати пережите, поглянувши насамперед на світлу сторону речей [там само, p. 798].

Як саме травматизація впливає на пошук людиною значущих сенсів, її життєві орієнтації? У мирному майбутньому, якого всі так прагнуть і яке так схоже на хороші сни, людина готова знову й знову шукати відповіді на запитання про смисл власного існування, основні життєві цілі, бажання, мрії. Навіть та, яка ніколи раніше над цим

не замислювалася, звикла жити в неререфлексивному режимі, тепер мало-помалу вчиться реалістично сприймати, усвідомлювати, адекватно оцінювати, інтерпретувати те, що відбувається в її житті, шукати нові способи поведінки, нові форми контактування з оточенням.

І все ж війна – це не лише негативні, а й позитивні зміни, це перевірка на зрілість, мужність, відповідальність, витривалість. Війна ставить нас в екстремальні умови, які для багатьох стають полігоном для перегляду основних життєвих орієнтирів, вироблення стратегій прийняття себе й інших, поглибленого саморозуміння, розширення адаптивних можливостей, актуалізації внутрішнього потенціалу. Жорсткі вимоги, яким має відповідати людина у воєнні часи, інколи обертаються несподівано щедрими перспективами. Як і будь-яка криза, що неодноразово виникає в житті людини, проживання складних часів вимагає значних енергетичних витрат, мужності, терпіння, сміливості, вміння переборювати перепони, долати себе. Саме тому психологічна травматизація особистості зовсім не обов'язково і далеко не завжди має виражені негативні наслідки. Пережиті випробування загартовують людей, підвищують їхню життєстійкість, нерідко стаючи стимулом для особистісного зростання. Про реальну можливість позитивних змін людини внаслідок воєнних випробувань ідеться в художній і філософській літературі: у Миколи Бердяєва, Андре Моруа, Сомерсета Моєма, Івана Франка, Льва Толстого та багатьох інших.

Емпіричні дослідження посттравматичного зростання учасників бойових дій проводяться в США від початку 90-х років ХХ століття (G. Elder, E. Clipp та ін.). У результаті лонгітюдного дослідження визначено, що від 60 до 70 % ветеранів бачать і визнають певні позитивні наслідки воєнного досвіду: освоєння більш високих рівнів копінгу, зростання здатності до самоконтролю і самодисципліни, поглиблення відчуття незалежності, розширення планів на майбутнє. Люди відчувають упевненість, що вони й справді здатні впоратися з найскладнішою екстремальною ситуацією, подолати будь-які негаразди. Вони відзначають розвиток навичок співпраці, взаємодії з товаришами, говорять про те, що в умовах воєнного часу навчилися більше цінувати життя, бути вдячним за нього. Ветерани, які пережили особливо тяжкі бої, відчувають, що стали більш наполегливими і стійкими порівняно з тими, хто мав незначний досвід бойових дій. Через багато років учасники війни оцінюють її як зна-

ковий, поворотний момент їхнього життя, що сприяв швидкому дорослішанню, появі більшої самостійності, соціальної незалежності, поліпшенню стосунків молодих людей з батьками, розкриттю можливостей для отримання вищої освіти тощо. Ізраїльські ветерани також говорять про зростання особистісної зрілості, самовпевненості, гідності, формування більш позитивного погляду на життя, більшу задоволеність своєю родиною, розвиток здатності відділяти головне від тривіального [див. Осьодло, 2017, с. 65–70].

Під час війни у багатьох військовослужбовців формуються нові навички, уміння, зростає досвідченість, професіоналізм; у цей час відбувається переоцінка цінностей, формуються нові пріоритети, набувається досвід, підвищується соціальний статус [Кокун, 2015, с. 50]. Не лише для фронтовиків, а й для волонтерів, медиків, журналістів, рятувальників, інших громадян України війна стає шансом для переосмислення свого життя, наповнення його новим змістом, досягнення нової його якості.

Намагаючись відшукати у кожного учасника АТО симптоми гострого стресового розладу чи посттравматичні стресові реакції, ми стикаємося з численними ризиками, про які пише В. О. Климчук. По-перше, через фокусування лише на патологічних симптомах і синдромах виникає загроза стигматизувати, автоматично наклеїти на тих, хто пережив тривалу воєнну травму, певний діагностичний ярлик, застосувати щодо них далеко не завжди потрібні психотерапевтичні інтервенції; по-друге, ми ризикуємо вчасно не помітити і не підтримати ті позитивні зміни, які відбуваються, – наприклад, переосмислення свого місця у світі, цінності життя, появу почуття вдячності до людей; по-третє, ми ризикуємо втратити віру у здатність психіки відновлюватися, зцілюватися, особливо за наявності соціальної та психологічної підтримки з боку близьких людей, громади, держави; по-четверте, ми ризикуємо взяти на себе завеликий тягар відповідальності за психологічний добробут іншої людини, не маючи достатніх ресурсів, щоб такий тягар витримати, а тому самі стаємо на шлях професійного вигорання [Климчук, 2016, с. 46].

Дослідження зарубіжних колег, проведені протягом останніх десятиліть, свідчать про те, що травматичні події (хвороби, розлучення, втрати, нещасні випадки, стихійні лиха, тероризм) далеко не завжди призводять до травматизації. Вони, навпаки, можуть ставати каталізатором позитивних зрушень, зміцнення і поглиблення відно-

син, зміни життєвої позиції, виявлення сильних сторін власної особистості. Одним із перших доказові результати з цього приводу навів свого часу британський психолог S. Joseph. Він досліджував осіб, які пережили катастрофу порому “Herald of Free Enterprise” біля бельгійського порту Зебрюгге (1987), коли загинуло 193 пасажери і члени команди. Провівши у 1990 році чергове обстеження постраждалих, дослідник з’ясував, що у 46 % осіб погляди на життя змінилися на гірше, тоді як у 43 %, навпаки, на краще [Joseph, 2013]. Останнім часом розроблено інструментарій для вимірювання як негативних, так і позитивних посттравматичних змін, що стимулює подальші наукові пошуки в цій сфері.

Популярний сьогодні термін “посттравматичне зростання” (posttraumatic growth) завдячує своєю появою R. Tedeschi та L. Calhoun (1996). Дослідники спираються на розуміння цього явища давньогрецькими філософами, мислителями раннього християнства, буддизму, іудаїзму, ісламу, а також на новітні розвідки В. Франкла, Е. Фромма, І. Ялома та інших авторів, які пишуть про можливість позитивних змін, стимульованих життєвими випробуваннями. Посттравматичне зростання тлумачиться як досвід позитивних змін, що виникає в результаті зіткнення з новою, посттравматичною, реальністю. Асиміляція цього досвіду має вирішальне значення для визначення можливого ступеня посттравматичного зростання.

На думку автора відомої когнітивної теорії психічної травми Р. Джанофф-Булман, основні наслідки травмування (біль і страждання, зростання вразливості, втрата сенсу) можуть стати каталізаторами посттравматичного зростання, оскільки позитивне і негативне в особистості нерозривно пов’язані. У довготривалій перспективі травма завжди може спричинювати як втрати, так і здобутки [Janoff-Bulman, 2004, р. 34]. Джанофф-Булман об’єднала весь наявний на 2004 рік доробок у галузі посттравматичного зростання в три моделі, які дістали такі назви: “Сила через страждання”, “Психологічна готовність” та “Екзистенційна переоцінка”.

Модель “Сила через страждання” є найбільш типовою для західної культури, адже все, що не вбиває, робить нас сильнішими. Особистісні сили передбачають нову самооцінку зростаючої самостійності, стійкості і самоповаги. Переживши травму, людина усвідомлює, що раніше ніколи навіть не здогадувалася, що має такі важливі риси. Крім пізнання власних ресурсів, вона ще й оволодіває но-

вими копінгами, які відкривають нові життєві перспективи. У результаті хтось змінює застарілий стиль життя, хтось вчиться більше собі довіряти, хтось набуває нових компетентностей [там само, р. 30–31].

Відповідно до моделі “Психологічна готовність” вироблений у певній ситуації успішний копінг не тільки робить людину більш готовою до зіткнення з майбутніми трагічними обставинами, а й зменшує рівень її потенційної травматизації. Психологічну готовність саму по собі можна розглядати як один з варіантів посттравматичного зростання. Коли травматичні події руйнують особистісні структури, їхній оновлений дизайн робить особистість більш резистентною до сейсмічних зовнішніх катаклізмів. На когнітивному рівні всі ми знаємо, що погані речі час від часу трапляються, але на більш глибокому рівні не віримо, що таке трапиться саме з нами. Завдяки новому травматичному досвіду людина більше не думає, що трагедія ніколи не могла статися саме з нею. Вона переструктурує свою внутрішню реальність таким чином, щоб у майбутньому вже не відчувати шок перед новими випробуваннями [там само, р. 31–32].

Третя модель “Екзистенційна переоцінка” описує ще один тип особистісного зростання після травми, пов’язаний з більшим прийняттям життя, його невичерпних можливостей, радостей, дарунків. У того, хто вижив після випробувань, поглиблюються стосунки з оточенням, особливо з членами сім’ї, друзями. По-новому розкривається значення духовності, релігійної віри, роль духовних цінностей, краса природи. Людина починає розуміти, що насправді є найважливішим для неї. У такий спосіб відбувається зміна життєвих пріоритетів. Людина є твариною, яка конструює сенси, і перед лицем втрати ця потреба в пошуку сенсу усвідомлюється особливо гостро. Переживши травму, людина намагається зрозуміти, який сенс мав для неї цей страшний досвід. На якомусь глибокому, фундаментальному рівні вона шукає справедливості і хоче зрозуміти, які її риси чи вчинки могли призвести до такого жахливого випробування. Вона вірить, що, якщо вона хороша людина і нікому не зробила нічого поганого, з нею не мало статися ніяких трагедій. Травма руйнує ці переконання, і людина опиняється в реальному – непередбачуваному і небезпечному – світі, який буває зловтішним і далеким від справедливості. Лише зіткнувшись із цією страшною правдою, людина по-

чинає по-справжньому цінувати свої щоденні можливості і її життя набуває все більшої значущості [там само, р. 32–34].

Такі погляди не є новими і для вітчизняної психології. Багато-річні дослідження нашої лабораторії показують, що життєва криза як певний екстремум буття є рушійною силою особистісної світобудови. Кризові випробування стимулюють до якомога повнішого усвідомлення фундаментальних, базових цінностей, до пошуку покликання, розуміння власної ролі у всьому, що відбувається, переживається, згадується, передбачається, планується. Криза підштовхує людину до автономізації, до дедалі більшої незалежності від оцінок, очікувань, сподівань, вимог свого оточення. Вдало проходячи кризові випробування, людина вчиться приймати основні життєві рішення все більш самостійно і відповідально, прислуховуючись передусім до себе, намагаючись бути вірною своїм життєвим орієнтирам. Криза дає простір для розвитку креативності, вимагаючи від людини нового погляду на все, що відбувається, нових інсайтів, гірких і радісних прозрінь. Криза веде до прийняття реальності такою, якою вона насправді є. Переживаючи кризу, людина вимушена відмовлятися від ілюзій щодо самої себе, свого оточення, навколишнього світу, і цей процес вимагає часу, терпіння, віри у власні сили [Психологія життєвої..., 1998; Титаренко, 2003; 2010].

Посттравматичне зростання стає можливим при зіткненні людини з усіма видами складних, трагічних, катастрофічних подій і відбувається перш за все в таких аспектах, як стосунки з оточенням, які стають більш довірчими, теплими, глибокими; у розумінні себе, коли власне Я стає більш чутливим, емпатійним і водночас сильним; у власній життєвій філософії, що передбачає здатність переживати вдячність за кожний прожитий день [Tedeschi, 2004; Calhoun, 1999; Joseph, 2013; Климчук, 2016]. Відповідно до емпіричних досліджень останніх років, посттравматичне зростання забезпечує, крім уміння цінувати життя, також відкриття нових можливостей побудови життєвого шляху, зміну пріоритетів [Vliх, 2015, р. 18].

З огляду на результати наших досліджень до зазначених вимірів особистісного зростання варто додати ще один, пов'язаний із самоефективністю, самореалізацією, потребою знайти себе в певній значущій діяльності. Люди, які після тривалого травмування готові до позитивних змін у власному житті, уже не хочуть просто мати роботу, заробляти гроші на життя, як це робили до війни. Для них

стає важливим проявляти і розвивати власні здібності, робити те, що подобається, до чого вони відчують схильність.

Посттравматичне зростання, як з'ясулося в ході численних емпіричних досліджень, не має тісного однозначного зв'язку з такими характеристиками особистості, як стать, вік, освіта чи статки. Не виявлено також зв'язків з наявністю у людини, яка переживає травму, депресії, тривожних розладів, навіть ПТСР. Водночас зауважено позитивні кореляційні зв'язки із здатністю людини оцінювати загрози, фокусуватися на проблемі, позитивно її переінтерпретувати, переосмислювати травматичні спогади [Linley, 2004; Joseph, 2013]. Доведено, що посттравматичному зростанню сприяють оптимізм людини та її релігійність [Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006, p. 811].

Поширеність феномену посттравматичного зростання, за даними 39 емпіричних досліджень, проаналізованих в оглядовій статті британських авторів, коливається між 30 і 70 % постраждалих від травм різного типу. Ідеться про транспортні аварії, включаючи корабельні та авіакатастрофи; дорожньо-транспортні пригоди, природні катастрофи (урагани, землетруси), міжособистісне насилля (бійки, зґвалтування, скривдження), медичні проблеми (рак, серцеві напади, ураження мозку) [Linley, 2004]. Дуже важливим результатом огляду зарубіжних досліджень, які мають бути враховані в реабілітаційній роботі, є висновок про залежність посттравматичного зростання від рівня посттравматичного стресу. Виявилось, що незначні травми не призводять до посттравматичного зростання, оскільки не провокують сильного стресу і людина справляється з ними звичними засобами копіngu. Серйозні травми, які провокують появу виражених симптомів ПТСР, руйнують як типові для людини копіngи, так і механізми зростання, принаймні до послаблення симптоматики ПТСР. А помірний стрес хоч і веде до певних руйнацій у структурі Я, які проявляються в симптомах ПТСР, усе ж він не настільки сильний, щоб знищити саму можливість людини здійснювати когнітивно-емоційне опрацювання травмареlevantної інформації [Климчук, 2016, с. 48–49].

Посттравматичне зростання є безумовною цінністю для особистості і її життєтворення. Водночас воно має й інші позитивні наслідки. Якщо людині вдається конструктивно переосмислити власні переживання, пов'язані з травмою, її життєстійкість суттєво підвищується. Так, G. Affleck встановлено, що серед пацієнтів, які пере-

жили серцевий напад і набули завдяки цьому певного позитивного досвіду, був значно нижчий рівень смертності незалежно від їхнього рівня здоров'я та прихильності до здорового способу життя. У пацієнтів з ВІЛ, за даними J. Bower, хвороба розвивалася значно повільніше, якщо вони когнітивно опрацьовували свою життєву ситуацію, наповнюючи її новим змістом. Отже, полегшення дистресу не завжди провокує зростання, але посттравматичне зростання покращує стан людини та її адаптивність [там само, 2016, с. 49].

А проте є дослідження, в авторів яких сама можливість посттравматичного зростання викликає сумніви. Наприклад, А. Менчіні вважає, що численні емпіричні дослідження в цій сфері побудовані на хибній методології. Постраждалих людей запитують, чи змінилися вони на краще після пережитого. І багато людей справді відповідають, що вони стали кращими, мудрішими, більш співчутливими. Але залишається невідомим, чи й справді це так. Можливо, їм лише це здається. Адже дуже складно перевірити, чи насправді людина переживає посттравматичне зростання, чи вона лише так себе сприймає [Mancini, 2016].

Цей закид справедливий щодо абсолютної більшості емпіричних досліджень, присвячених психології особистості. Адже більшість методик, якими користуються дослідники, є самооцінковими і про певну ймовірність того, що людина неусвідомлено перебільшує свої позитивні зміни (як і негативні), слід завжди пам'ятати. Однак навіть такий прискіпливий автор, як Менчіні, усе ж знаходить дослідження, в якому не лише самі студенти говорять про свій особистісний прогрес, а й їхні товариші по групі. Перевірка відповідей про особистісне зростання після травми, отриманих безпосередньо від постраждалих, з урахуванням думки їхнього реального оточення, членів сімей, колег, друзів, безумовно, підвищує надійність результатів.

Найголовнішою стратегією посттравматичного зростання є зміна ставлення до воєнної травматизації. Людина має знати, що зовсім не обов'язково ставати жертвою життєвих випробувань, що далеко не кожний стрес викликає посттравматичні розлади, що енергію стресу можна перетворювати та ефективно використовувати [Макгонігал, 2017]. Нове ставлення до стресових реакцій як до ресурсу посилює імунітет до травматизації і сприяє посттравматичному зростанню.

Важливою є і стратегія переосмислення просторових характеристик життєвого світу шляхом переформатування симпатій-антипатій, пошуку нових способів взаємодії, більш ефективних форм контактування з оточенням. Значення цієї стратегії особливо підкреслюють колишні військовослужбовці. Вони розповідають, що під час воєнних дій особливо гостро відчули, усвідомили, зрозуміли, наскільки дорогими є для них люди, які залишилися вдома і чекають на їхнє повернення, як багато залежить від товаришів, яким довіряєш.

Наступною стратегією перетворення посттравматичного стресу на посттравматичне зростання є переструктурація часових характеристик життєвого світу шляхом відновлення здатності до сенсотворення. Під час роботи із психотерапевтом комбатанти говорять про несподіваність для себе і значущість ціннісно-сміслових змін, коли старі пріоритети, бажання, мрії трансформуються кардинальним чином. Вони згадують, як у найнебезпечніші моменти зіткнення з ворогом раптом усвідомлювали, яким прекрасним буває схід сонця чи смак кави, як хочеться просто жити, кохати, робити улюблену справу, рости дітей, не думаючи про статуси, статки, престижність професії чи побудову кар'єри.

Серед важливих стратегій слід назвати і поглиблення уваги до себе, зміну ставлення до того, що відбувається в житті. Навіть ті люди, які ніколи раніше не замислювалися над власною роллю в життєтворенні, які звикли жити в нерефлексивному режимі, тепер малопомалу вчатья якомога реалістичніше сприймати, усвідомлювати, оцінювати, інтерпретувати те, що відбувається в житті, відчуваючи власну відповідальність за кожний вчинок, кожне життєве рішення.

Отже, будемо розуміти під тривалою травматизацією як негативні (приміром, ПТСР, зниження рівня психологічного здоров'я особистості), так і позитивні (зокрема посттравматичне зростання, активізація життєтворення) наслідки дії такого надскладного, багатоаспектного стресора, як сучасна війна.

Негативні наслідки травмування проявляються на соціально-психологічному рівні життєтворчості як зменшення схильності до співробітництва, здатності співпереживати, падіння довіри до світу; на ціннісно-смісловому рівні – як відмова від пошуку нових життєвих перспектив, погіршення осмислення досвіду, зниження здатності діставати задоволення від повсякдення; на індивідуально-психологічному рівні – як переживання розщепленості, порушення

цілісності, деструктивні зміни ідентичності, зменшення потреби в самореалізації, зниження збалансованості, адаптивності.

Серед стратегій сприяння посттравматичному зростанню слід назвати розвиток здатності позитивно інтерпретувати воєнну травматизацію; переосмислення просторових характеристик життєвого світу шляхом переформатування симпатій-антипатій, підвищення емпатійності; переструктурацію часу життя шляхом відновлення здатності до сенсотворення; зміну ставлення до себе завдяки мобілізації ресурсів самозбереження та самовідновлення.

2.2. Специфіка соціально-психологічної реабілітації особистості

Вивчення можливостей збереження соціально-адаптивного потенціалу людини, оновлення її життєвої активності, підвищення рівня психологічного благополуччя в умовах переживання тривалих травматичних подій є актуальним завданням, до вирішення якого слід залучати спеціалістів різного профілю. Тематика реабілітації має міждисциплінарний характер, окремі її аспекти розробляються в суміжних із соціальною психологією науках (психотерапія, реабілітологія, психологія екстремальних ситуацій, військова, клінічна, вікова, сімейна психологія). Першочерговим завданням персонології в умовах, що склалися, вважаємо розроблення технологій соціально-психологічної реабілітації, що і є фокусом досліджень лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України.

Що означає сам термін “реабілітація”? Історично реабілітацію визначали як відновлення попереднього стану, втраченого доброго імені, поновлення прав необґрунтовано звинуваченої людини. Друге значення терміна – комплекс медичних, педагогічних, психологічних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення здоров’я та працездатності людини. Сьогодні змістом поняття є комплексна допомога спеціалістів, спрямована не лише на компенсацію розладів, а й на повернення постраждалої людини в суспільство, її якомога повнішу особисту, професійну інтеграцію в соціум.

Види реабілітації можна поділити на дві великі групи: реабілітація медична і реабілітація соціальна.

Медична реабілітація складається з комплексу заходів, спрямованих на максимально можливе відновлення здоров'я людини після якогось захворювання, оперативного втручання, на компенсацію порушених чи повністю втрачених функцій організму. Соціальна реабілітація передбачає комплекс заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції людини в суспільство, відновлення її соціального статусу, здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності. До медичної реабілітації відносять реабілітацію фізичну, спрямовану на відновлення здорового фізичного стану та працездатності соматично хворих; психіатричну, зорієнтовану на відновлення пацієнтів із психічними розладами; наркологічну, що сприяє поверненню до здорового, повноцінного життя алкоголиків, наркоманів, токсикоманів; реабілітацію людей з обмеженими можливостями, розумовою відсталістю, дефектами слуху, зору, мови.

До соціальної реабілітації відносять реабілітацію політичну, метою якої є відновлення популярності політичного лідера, статусу скомпрометованої партії; кримінально-правову, спрямовану на поновлення репутації безпідставно звинуваченої людини, відновлення її в правах; трудову, або професійну, що охоплює заходи, спрямовані на працевлаштування, професійне навчання та перенавчання, оволодіння трудовими навичками, у тому числі шляхом створення спеціально пристосованих робочих місць; соціально-економічну, що ставить за мету повернення потерпілому економічної, фінансової незалежності та соціальної повноцінності.

Особливості психологічної реабілітації полягають в органічному поєднанні певних підходів до відновлення людини, розроблених у межах як медичної, так і соціальної реабілітації. Соціальна реабілітація за своїми функціями і технологіями стоїть ближче до реабілітації соціально-психологічної. Її мета, як формулює німецький дослідник Г. Газельбек, спираючись на Федеральний закон про соціальну допомогу, це відновлення чи приєднання до позаклінічних соціальних зв'язків шляхом сприяння соціальній комунікації, самостійному способу життя і самостійному проживанню, повсякденному і святковому проведенню часу [Газельбек, 1999]. Водночас психологічну реабілітацію найчастіше розглядають у межах тематики

збереження і відновлення здоров'я людини, оскільки вона зазвичай стає часткою реабілітації медичної, особливо коли йдеться про відновлення людини після інфаркту, інсульту, онкологічної операції тощо.

Офіційне визначення психологічної реабілітації, прийняте на законодавчому рівні, сформульовано в Законі “Про реабілітацію інвалідів в Україні” [Закон..., 2005]. Реабілітацію розглядають як систему заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, рис, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості.

Крім реабілітації людей з інвалідністю, психологи беруть участь також у реабілітації людей із психічними розладами, чимало з яких останнім часом переживають загострення у зв'язку з тривалою травматизацією. Метою реабілітації осіб із психічними порушеннями з урахуванням індивідуальних і соціальних обставин є забезпечення найбільшого ступеня автономності, пов'язаного з можливостями “нормального”, самостійного способу життя, інтеграції в суспільстві [Газельбек, 1999, с. 407]. За даними Г. Пріба, ця категорія осіб нездатна використовувати свій життєвий досвід, що суттєво заважає відновленню стосунків із соціальним середовищем до рівня, який був до захворювання. Для успішної реабілітації слід використовувати внутрішній особистісний потенціал хворих. Важливо, що “мішенями” психологічної реабілітації повинні бути не лише “дефектні” соціально-психологічні сторони життя пацієнта, а й збережені навички та вміння [Пріб, 2007].

Тривала дія на різні верстви населення такого надскладного стресора, як сучасна гібридна війна, потребує нових підходів до реабілітації особистості, збереження і відновлення її психологічного здоров'я. Що стосується реабілітації військових, то Верховна Рада зобов'язала учасників АТО проходити після демобілізації безкоштовну психологічну реабілітацію [Закон ..., 2015]. Але суттєвою проблемою є залучення осіб, які пережили травму, до системної роботи з її подолання, оскільки зазвичай психологи стикаються із нерозумінням, недовірою, бажанням подолати все самотужки, використанням дисфункційних стратегій (зловживання алкоголем, заспокійливими препаратами, нейролептиками та антидепресантами). Отож розроблення засобів мотивування постраждалих до активної участі у відновлювальній роботі є одним із першочергових завдань психоло-

гів. Без співпраці психологів з особами, які потребують реабілітації, без конструктивного діалогу між ними досягти фізичного, інтелектуального, психічного, соціального відновлення неможливо.

Розробляючи заходи, спрямовані на комбатантів з ознаками реакцій на бойовий стрес, бажано враховувати прийняті в країнах НАТО реабілітаційні принципи. Ці сім принципів утворюють акронім VICEPS, що є аббревіатурою від слів Brevity, Immediacy, Centrality, Contact, Expectancy, Proximity, Simplicity [Кокун, 2015, с. 121–123]. Ідеться про принципи компактності, невідкладності, спільності, контактності, очікування на краще, наближеності та простоти.

Отже, перший принцип психологічної допомоги – це компактність, стислість (Brevity). Якою б не була ця допомога, ані відпочинок, ані відновлення не повинні тривати більше ніж 1–3 дні.

Другий принцип – невідкладність (Immediacy). Дуже важливо, щоб психологи, які працюють над подоланням бойового стресу, не зволікали. Допомога має надаватися невідкладно, реабілітаційні заходи мають розпочинатися якомога раніше, як тільки з'являються симптоми, за умови, що тактична ситуація цьому не перешкоджає.

Третій принцип – спільність, централізованість (Centrality). Психолог має забезпечити перебування всіх комбатантів, у кого виникли реакції на бойовий стрес, разом, в одній групі. Саме так можна забезпечити найкращу взаємну підтримку.

Четвертий принцип – наявність контакту (Contact). Військово-службовця, що постраждав, бажано постійно заохочувати думати про себе як про бійця, а не як про пацієнта чи хворого. Треба використовувати будь-яку можливість, щоб товариші по службі контактували з ним, запевняли солдата, що на нього всі чекають і бажають його якомога швидшого повернення.

П'ятий принцип – очікування на краще (Expectancy). Комбатанту необхідно недвозначно пояснити, що його реакція на надзвичайний стрес цілком нормальна і що це скоро минеться. Сподівання, що він зможе повернутися до виконання обов'язків уже дуже скоро – через декілька годин, можливо, днів – абсолютно реальні. На цій фазі допомоги надзвичайно важливу роль відіграє військовий командир. З усього, що говорять навколишні люди солдатіві, що страждає від бойового стресу, найбільший вплив радше за все матимуть слова його безпосереднього командира. Просте твердження з уст команди-

ра, що стресові реакції військовослужбовця абсолютно нормальні і що незабаром йому стане краще, матиме відчутні позитивні наслідки. Варто також говорити, що він потрібен своїм товаришам і вони чекають на його повернення. Важливо, щоб після повернення командир поведився з ним, як і з будь-яким іншим солдатом, й очікував, що він належним чином виконуватиме свої обов'язки.

Шостий принцип – наближеність (Proximity) – передбачає мінімальну відстань між відносно безпечним місцем надання допомоги і театром воєнних дій. Це дає пацієнтові змогу перманентно отримувати дружню підтримку товаришів по службі, що значно підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів. Численні дослідження показали, що якщо потерпілий лікується як пацієнт і його направляють у тил, то симптоми бойового стресу тривають довше і комбатант рідше повертається до виконання службових обов'язків або не повертається зовсім. Якщо ж допомога надається на місці, прогноз кращий. Тому так бажано, щоб солдатів, які вимагають догляду через важкий бойовий стрес, не поспішали доправляти до медичних закладів разом з пораненими та хворими військовими.

Сьомий принцип – це принцип простоти (Simplicity). Ідеться про використання короткотривалих і нескладних методів для відновлення фізичного стану та впевненості в собі. Неправильно було б у цьому випадку розпочинати психотерапію, яка потребує зовсім інших умов та досить тривалого часу.

Для пом'якшення реакцій на бойовий стрес психологи зазвичай ефективно використовують такі практики: 1) переконування постраждалого, що його способи реагування на стрес цілком прийнятні, нормальні; 2) організація відпочинку, коли людина отримує можливість перебування поза боєм, коли створюються умови для її відпочинку; 3) заохочення постраждалого до задоволення тілесних потреб. Це може бути, наприклад, допомога в зігріванні замерзлої людини, створення умов для прийому їжі, задоволення спраги, забезпечення гігієнічних процедур, сну; 4) сприяння відновленню впевненості солдата в собі, надання йому можливості виконувати цілеспрямовану діяльність та контактувати із своїм підрозділом; 5) підтримка військовослужбовця під час повернення до свого підрозділу та виконання своїх прямих обов'язків.

Суспільство ще до кінця не усвідомило, наскільки великі маси людей уже потребують і потребуватимуть у майбутньому система-

тичного психологічного супроводу, різноманітних реабілітаційних заходів. Потребу в реабілітації мають не лише комбатанти, які повертаються з фронту, а і їхні батьки, дружини, діти, люди, що проживають у гарячих точках, майже на передовій, у прифронтових населених пунктах, вимушені переселенці, ті, хто має на окупованій території родичів. Наразі категорії населення практично не досліджуються, їхні потреби не вивчаються, реабілітаційні заходи, орієнтовані на їхні нужди, не проводяться і не плануються. А ще серед потенційних пацієнтів реабілітаційних центрів зі своїми специфічними проблемами будуть медики, журналісти, психологи, волонтери, поліціанти, пожежники, будівельники, електрики та інші люди, які протягом тривалого часу виконують майже на лінії зіткнення, тобто в екстремальних і травматичних умовах, свої професійні обов'язки.

Як слушно зауважують І. М. Ушакова та О. В. Чернова, маємо справу з примноженням (мультиплікацією) екстремальності, оскільки на “звичні” специфічні умови професійної діяльності, які проявляються в складності оперативної обстановки, проблемах соціальної сфери, психофізичних перевантаженнях, підвищеній відповідальності за свої дії, відсутності повноцінного відпочинку, ненадійності технічних засобів захисту тощо, “накладаються” екстремальні умови бойової обстановки (постійні обстріли або їх тривожне очікування, невизначеність як найближчого, так і віддаленого майбутнього і в соціальному, і в особистісному плані, збільшення ймовірності втрат та пов'язані із цим страх, перманентна тривога, фрустрація тощо) [Ушакова, 2016, с. 242].

Важливою складовою соціально-психологічної реабілітації в найближчому майбутньому має стати реадaptaція, тобто перепристосування до спокійного, мирного життя. Військовим, які повертаються додому із зони АТО, ця реадaptaція дається нелегко. Їм важко бачити, як безтурботно сміються люди в метро, як подовгу молодь сидить у кафе, прогулюється в парках, як яскраво прикрашені вітрини, як добре вдягнені люди ходять у кіно, на концерти, в гості. Нестерпно чути по телебаченню, читати в інтернеті, як певні політичні сили знецінюють усе, що було найважливішим під обстрілами, усе, заради чого ти і твої товариши щодня ризикували життям. Здається, що світ перевернувся і всі навколо збожеволіли. Інакше як пояснити собі, чому вони живуть, ніби нічого не відбувається на сході країни,

ніби не загинуло вже багато тисяч людей, не зруйновано школи, лікарні, заводи, аеропорти, будинки мирних жителів?

Перші враження після повернення з одного світу в інший не сприяють оновленню сил демобілізованих, а, навпаки, посилюють травматизацію, підштовхуючи військовослужбовців чи то до добровільного усамітнення, небажання спілкуватися з колишніми друзями, які не були на фронті, чи навіть до стійкого бажання швидко повернутися на фронт, завербуватися за контрактом, знов опинитися там, де всі тебе розуміють і ти точно знаєш, навіщо прокидаєшся зранку і виконуєш свою небезпечну роботу.

Реадаптація має певні послідовні стадії, і перший шок, нерозуміння того, що відбувається навколо, змінюється на заперечення реальності, гнів, роздратування, бажання усамітнитися. Лише згодом за наявності підтримки сім'ї, старих друзів переповнена фронтовими спогадами людина вчиться бачити іншу, мирну, реальність, де справляють весілля, народжують дітей, отримують земельні ділянки, будують будинки, започатковують старт-апи.

Життєвий світ колишнього комбатанта, нещодавно зосереджений навколо травматичних спогадів і вражень, повільно видозмінюється, переструктурується, втрачаючи надмірну жорсткість та однозначність. Оцінки, прагнення, способи інтерпретації навколишніх подій стають складнішими, набувають різних відтінків, нюансів. Збіднілий після повернення з фронту комунікативний простір наново наповнюється тими, хто розуміє, підтримує, терпляче вислуховує, допомагає повернутися до професії, знайти себе. Час життя, який після повернення з фронту ніби завмер, став майже нерухомим, поступово оживає, набуває звичної швидкості. Власне минуле перестає бути зосередженим лише на боях, страшних місяцях полону, лікуванні в госпіталі, прощаннях із загиблими однополчанами. До людини потроху повертаються дитячі, шкільні, студентські спогади, які стають ще більш значущими, яскравими моментами минулого. Майбутнє відкривається, розширюється, наповнюючись мріями, сподіваннями, планами, перспективними цілями, конкретними життєвими завданнями, планами, які вже починають утілюватися. Сьогоднішній день, власне теперішнє знову цікавлять, стимулюють, надихають.

Щоб реадаптація відбулася успішно, щоб військовослужбовці могли повноцінно увійти в мирне життя, чимало зусиль докладають соціальні працівники, реабілітологи, військові і медичні психологи.

Їм активно допомагають волонтерські організації, в яких об'єднуються колишні бойові побратими. Саме волонтери з числа комбатантів краще за інших розуміють те, що відбувається з демобілізованими. Саме їм найбільше довіряють, до їхніх порад прислухаються ті, хто повернувся нещодавно і лише починає непростий шлях перепрестосування до зовсім інших очікувань з боку соціуму. Саме волонтери власним прикладом показують, що повернення віри в себе, у власні здібності цілком можливе.

Поки що залишається відкритим питання про професійну допомогу іншим категоріям населення, які також стикаються і ще будуть стикатися з проблемами реабілітації. Адже колись повертатимуться у власні зруйновані домівки і вимушені переселенці, і їхні діти. Ті, хто нікуди не виїжджав з окупованої території, далеко не завжди зустрічатимуть їх доброзичливо, що буде ускладнювати відновлення соціально-економічного статусу сімей, повернення до професії, досягнення якомога повнішої інтеграції в соціум. Складності із самозбереженням і самовідновленням відчуватимуть і волонтери, особливо ті з них, хто протягом війни цілковито присвятив себе нуждам фронту і давно втратив постійне місце роботи. Навчитися жити по-новому в умовах мирного часу доведеться і практичним психологам, священикам, рятувальникам, лікарям і медсестрам, які постійно працювали на фронті чи у прифронтових районах, ризикуючи життям і не маючи змоги думати про збереження здоров'я.

Оскільки реабілітаційні психологічні практики, спрямовані на такі різні категорії населення, досі спеціально не розроблялися, психологи стоять сьогодні перед унікальним за складністю і значущістю завданням. Схоже завдання, хоча далеко не таке масштабне, стояло перед спеціалістами після Чорнобильської катастрофи. Тоді було розроблено поняття так званої оздоровчої реабілітації. Ішлося про комплекс заходів, спрямованих на оновлення і підтримку змінених чи ослаблених функцій організму, формування необхідного функціонального стану людини, що передбачало тренувальні впливи на фізіологічні системи, релаксацію психічного компонента особистості і створення комфортних соціальних умов, здатних підвищити соціальну та професійну адаптивність особистості. Автори програми пропонували поєднати в оздоровчій реабілітації три складові: оновлювальну, підтримувальну (чи профілактичну) і розвивальну [Зотов, 1994]. Ці компоненти реабілітації, на наш погляд, можна розглядати

в сучасних умовах як послідовні етапи надання психологічної допомоги травмованій особистості. Залежно від категорії потенційних учасників реабілітаційних заходів та інтенсивності травмування питома вага кожного етапу змінюватиметься.

У програму оздоровчої реабілітації постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, крім фізичних навантажень широкого спектру, релаксаційних заходів і рефлексотерапії, було включено також психотерапію і цілеспрямоване створення комфортних умов життя. Досвід праці з 15-ма групами дав змогу рекомендувати дотримуватися таких класифікаційних ознак-критеріїв, як стать, вік, професія, чисельність, настановлення на реабілітацію, медичні показники. Організуючи реабілітаційні заняття, слід подбати про те, щоб представництво чоловіків і жінок у групі було приблизно однаковим; на групи учасників краще ділити за певними віковими діапазонами (18–30 років, 30–45 років, 45 років і старші); формувати групу бажано за ознакою приблизно однорідних професійних занять; оптимальна кількість учасників має бути 20–25 осіб; ті, хто позитивно налаштований щодо оздоровчої реабілітації, повинен мати на неї першочергове право.

Прогрес підтримується поетапною постановкою завдань й особистою відповідальністю за їх виконання. Так починається відновлення вміння людини дослухатися до власних нужд, усвідомлювати свої першочергові потреби вчасно, не відкладаючи їх задоволення на потім. Ідеться не лише про потребу в безпеці, захисті життя і здоров'я, а й про потребу в розумінні, підтримці, коханні, самореалізації, потребу в душевному комфорті, потребу в поверненні радості існування, проживання кожного дня. Людина усвідомлює, що відновлення здатності відповідати вимогам спільноти, сім'ї, суспільства передбачає водночас увагу до себе, прийняття себе з усіма своїми особливостями, недоліками, помилками.

Щоб реабілітація людини відбувалася успішно, слід подбати про активне залучення її родичів, членів сім'ї до участі в комплексних реабілітаційних заходах. Використання природного реабілітаційного потенціалу сім'ї передбачає допомогу психолога постражданим під час війни у створенні, відновленні, збереженні, розвитку довірчих, емпатійних стосунків близьких людей. Реабілітаційні заходи мають бути спрямовані на оптимізацію повсякденного сімейного життя колишніх комбатантів, переселенців, інших категорій насе-

лення, що передбачає передусім підвищення толерантності практик сімейної взаємодії.

Здійснення психологічної реабілітації передбачає навчання прийомів і методів саморегуляції, самовиховання, самонавчання, що дає змогу знизити вплив негативних психічних станів у реальних умовах життєдіяльності, сформувані позитивні мотивації, активні соціальні настановлення на життя і професію. Але бажання близького оточення штучно прискорити цей процес без урахування індивідуальних особливостей постраждалої людини нерідко призводить до протилежних результатів.

Тому всім, хто належить до близького оточення постраждалих від травматичних подій, слід пам'ятати таке [див. Горбунова, 2016, с. 43].

По-перше, будь-які стресові реакції, якими б дивними вони не здавалися, є нормальним для людини, яка пережила ненормальні катастрофічні події. Реагувати на спалахи агресії, небажання дотримуватися гігієнічних норм, надто гостре бажання ні з ким не спілкуватися слід якомога спокійніше, допомагаючи людині зрозуміти, що все це з часом мине. Типовою помилкою родичів і близьких є настійлива пропозиція сходити до лікаря, вживати більше транквілізаторів для нормалізації стану, спонукання взяти себе нарешті в руки, повертатися вже до нормального життя. Ніякими вимогами індивідуальну швидкість відновлення після травми змінити неможливо.

По-друге, родичам і друзям постраждалого важливо пам'ятати, що багаторазові повторення одних і тих самих жахливих історій – це нормально, природно. Чим більше людина говорить про пережите, тим легше стає у неї на душі. Тому слід бути терплячими слухачами, які ніколи не скажуть, що вони вже це чули, що не треба повторюватися. Помилкою є прохання забути, не думати, не занурюватися, переключитися. Чим детальнішими будуть розповіді, чим уважнішими і відкритішими – слухачі, тим успішніше відбуватиметься процес особистісного відновлення.

По-третє, родичам варто не забувати, що травматичні події розхитують, а інколи й руйнують віру в себе та інших. Тому неприпустимо відмовляти постраждалій людині в зустрічах, розмовах, посилюючись на власну зайнятість. Слід завжди відповідати на її дзвінки чи повідомлення, самотійно ініціювати взаємодію. Важливо щоденно підкреслювати щонайменші прояви особистих досягнень по-

страждалої людини, її поступ в опануванні інертності, байдужості, доброзичливість, готовність допомогти, інші позитивні риси, професійні здібності, справжні вчинки. Саме люди з близького оточення мають пропонувати постраждалій людині нові цікаві заняття, способи проведення вільного часу. У їхніх силах створити невимушені умови для відновлення довіри в дружніх стосунках, зав'язування нових знайомств, появи стійких симпатій. Лише відкритість, терпіння, безумовне прийняття з боку значущих близьких можуть стати тим живильним середовищем, яке дає змогу постраждалій людині поступово відтанути, довіритися іншим, повірити в саму себе.

Ну, а якщо у людини ще немає власної сім'ї, а її стосунки з родичами і батьками далекі від ідеальних? Якщо колишні друзі зовсім не поділяють її цінностей? У такому разі особливо важливо долучати людину до роботи психотерапевтичних груп, до зустрічей ветеранів, до спілкування з однодумцями в соціальних мережах. Професійно організована чи волонтерська групова робота є ресурсним середовищем для реабілітації.

Організаторам груп важливо дотримуватися балансу між близькістю і дистанціюванням у просторовому та емоційному аспектах. Не менш важливим є балансування між надмірною ініціативністю і активізацією, оскільки надмірні сподівання щодо спроможності пацієнта спиратися на власні сили можуть загрожувати погіршенням його самопочуття і загостренням хворобливого стану, а пригнічення ініціативи внаслідок надмірної заорганізованості і турботливості посилює пасивність та інфантильну поведінку [Газельбек, 1999, с. 408–411].

Участь у соціально-психологічній реабілітації мають брати спеціалісти різного профілю. Адже проблема зумовленої війною травми є складною і комплексною. Тому потрібно об'єднувати зусилля практичних, клінічних, військових психологів, лікарів, соціальних працівників, реабілітологів, працівників медіа, волонтерів, громадських активістів і багатьох інших.

Значний досвід по створенню ефективних мультидисциплінарних команд, які надають реабілітаційні послуги, є у спеціалістів США та Ізраїлю. Вивчати, популяризувати його, оперативного адаптувати розроблені зарубіжними колегами стратегії роботи до наших умов – першочергове завдання. В американських реабілітаційних центрах, що надають допомогу ветеранам, пліч-о-пліч працюють лі-

карі, медсестри, які мають набагато більше повноважень, ніж у нас; фізіотерапевти разом з ерготерапевтами, які сприяють адаптації до роботи; психологи і психотерапевти, соціальні працівники, представники релігійних громад, учасники груп “рівний-рівному”. Усі ці спеціалісти спільно дають оцінку стану здоров’я людини, її психіки; оцінюють фактори ризику, які впливали на стан ветерана ще до отримання воєнної травми; сімейну ситуацію, наявність житла, працевлаштування, присутність у житті тих, хто може постійно надавати підтримку, – друзів, рідних тощо.

Отже, соціально-психологічну реабілітацію можна визначити як мультифакторний, комплексний процес відновлення і підтримання психологічного здоров’я особистості і насамперед її здатності відчувати психологічне благополуччя. Реабілітація передбачає варіативність інтервенцій з урахуванням як характеру отриманої травми, так і природи особистості, її життєвої історії, значущого оточення, наявного потенціалу, намірів. Якісні реабілітаційні послуги мають надаватися професійно компетентними спеціалістами, бути досить тривалими, доступними постраждалим незалежно від місця їхнього проживання (мегаполіс – райцентр) і платоспроможності.

2.3. Критерії відновлення психологічного здоров’я особистості

У яких випадках можна вважати, що реабілітаційні зусилля були ефективними? На які критерії орієнтуватися?

Питання про критерії психічного здоров’я зазвичай зводиться або до статистичних, або до адаптаційних, або до негативних (поки не хворий, то здоровий) критеріїв. Усі ці критерії психологія запозичила з дисциплін природознавчого циклу: з фізіології – поняття адаптивності і гомеостазису, а з медицини – моделі здоров’я як відсутності хвороб [Баякіна, 2009].

Вважається, що про критерії здоров’я важко говорити поза поняттям норми. Саме від норми, яку кожна людина уявляє собі по своєму, вона й відштовхується, коли в повсякденному житті оцінює чийсь поведінку як адекватну, очікувану, прогнозовану або не дуже. Психологія має власні норми щодо здорової, зрілої, самореалізованої

особистості, а психіатрія, відповідно, – свої норми щодо психічного здоров'я.

У військовій психології, наприклад, психічно здорова людина оцінюється відповідно до таких критеріїв: а) відповідність суб'єктивних образів відбиваним об'єктам дійсності; б) адекватний віковий рівень зрілості емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості; в) здатність до адаптації в мікросоціальних середовищах; г) здатність до керування власною поведінкою, до цілепокладання і підтримання активності в досягненні цілей; д) відчуття відповідальності за близьке оточення [Караяни, 2006].

Опрацювавши результати багатьох досліджень і базуючись на рівневому підході, Г. С. Нікіфоров і С. М. Шингаєв пропонують розрізнити критерії психічного, соціального та особистісного здоров'я. Так, для психічного здоров'я критеріями можуть бути інтегрованість особистості, гармонійність, урівноваженість, духовність, орієнтація на саморозвиток. Критеріями соціального здоров'я дослідники пропонують вважати адекватне сприймання соціальної дійсності, інтерес до навколишнього світу, адаптацію до суспільного середовища, спрямованість на суспільно корисну справу, альтруїзм, емпатію, відповідальність, культуру споживання, демократизм у поведінці. Щодо критеріїв особистісного здоров'я, то й тут діапазон дуже широкий. Це і креативність (Маслоу, Роджерс), і почуття гумору (Маслоу, Оллпорт), і здатність налагоджувати глибокі міжособистісні стосунки (Маслоу, Оллпорт), і соціальний інтерес (Адлер, Фромм, Маслоу), й адекватне сприймання дійсності (Маслоу, Оллпорт) [Никифоров, Шингаєв, 2015, с. 50].

Останнім часом західна психологія, як і психіатрія, намагається відійти від жорстких понять норма-патологія. Так, нова дисципліна “Здорова соціальна поведінка”, яка активно розвивається, визначає поведінку, котру слід вважати бажаною, і розробляє найбільш ефективні способи заохочення до такої поведінки. Один із представників цієї галузі Р. Тотмен вважає, що критеріями здоров'я можуть бути соціальне функціонування індивіда, адекватні міжособистісні стосунки, вміння поводитися у відповідній ситуації доречно і компетентно.

С. Петерсон з колегами дійшли висновку, що не хороші чи погані життєві події, а спосіб їх інтерпретації мають відчутний вплив на самопочуття. Було досліджено довготривалий вплив песимістич-

ного складу розуму на стан здоров'я людини. Виявилось, що чоловіки, які мали песимістичний атрибутивний стиль, через 35 років були менш здоровими, ніж ті, хто належав до оптимістів. Дж. Браун і К. Мак-Гілл показали, що несподівані позитивні події негативно впливають на здоров'я лише людей з порівняно низькою самооцінкою; якщо самооцінка висока, здоров'я, навпаки, поліпшується [див. Стефенсон, 2001, с. 588–589].

Отже, беручи до уваги результати згаданих досліджень, спробуймо сформулювати критерії здорової соціальної поведінки людини. Це адекватне певній життєвій ситуації поводження, конструктивні стосунки з оточенням, компетентне реагування на стреси та оптимістичний атрибутивний стиль.

Чимало авторів головним критерієм вважають поновлення вміння діставати задоволення від сьогодення (споглядання сходу сонця, гірського пейзажу, моря, гри з дитиною, приготування і куштування смачної страви) чи здатності виражати власні потреби, бажання і почуття. Не заперечуючи важливості гедоністичних переживань, уміння бути тут і тепер, аутентично виражати себе назовні для підтримки і покращення особистісного здоров'я, усе ж не вважаємо цей критерій головним. Його бажано підсилити критеріями, які формулює М. В. Сокольська: можливістю корекції цілепокладання, оптимізації взаємодії із соціокультурним і професійним середовищем і підвищення рівня саморегуляції [Сокольская, 2009].

За основу слід взяти передусім виявлені індикатори психологічного здоров'я. Реабілітаційні критерії мають давати відповідь на запитання, які особистісні структури найбільше постраждали в умовах довготривалого стресу, викликаного воєнними діями; що психологи разом з іншими спеціалістами можуть зробити для відновлення здатності особистості до активного і відповідального життєтворення; як сприяти створенню умов для посттравматичного зростання.

Як свідчить досвід консультування, стан постійної надмірної змобілізованості, в якому перебувають як комбатанти, так і члени їхніх сімей, чи стан хронічної незахищеності і невизначеності, що є типовим для переселенців, згубно діють на мотиваційну сферу, гальмуючи бажання, спрощуючи потреби, звужуючи інтереси, позбавляючи наміри дієвості, а хотіння – інтенсивності. Отже, *перший критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість посилення потребово-мотиваційних, ціннісно-сміслових ресурсів особисто-*

сті, що забезпечують особистісну динаміку, задають горизонти самозмін і є енергетичним джерелом зростання.

Не менш важлива сфера життя – це сфера стосунків особистості із собою. Унаслідок довготривалого стресу знижується здатність до самоідентифікації, деформується ставлення до себе, зникає звичне самоприйняття. Людина усвідомлює, що нездатна справитися із життєвими випробуваннями, що її характер виявився не таким сильним, як це досі здавалося, а набутий досвід не допоміг у вирішенні нагальних проблем. Під впливом постійної тривоги, інтенсивних страхів, хронічної дратівливості і безпорадності вона починає себе зневажати, що ще більше поглиблює психосоматичну симптоматику; нерідко впадає в аутоагресивні стани, що супроводжуються постійними самозвинуваченням, самовисміюванням, самоприниженням.

У разі довготривалої травматизації спостерігається і розрив зв'язку між я-минулим, я-теперішнім і я-майбутнім, що викликано руйнуванням часових модусів: минулого з його жахами, сьогодення з його невлаштованістю, некомфортністю і майбутнього з його невизначеністю, туманністю. Через довготривалу травматизацію дуже змінюється відчуття взаємозалежності різних етапів життя і ставлення людини до майбутнього, оскільки це майбутнє сприймається нею як щось дуже непевне, небезпечне, що лякає і здається інколи гіршим за теперішнє. Здатність планувати своє життя, регламентувати час, стимулювати реалізацію довготривалих цілей – усі ці важливі вміння тимчасово втрачаються. Розгублена, виснажена, дезорієнтована людина поступово позбувається цілеспрямованості. Вона, ніби “на автопілоті”, живе сьогоднішнім днем, і кожен такий день стає блідою копією попереднього.

Тому важливий критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість знову відчути власну значущість; це відбудова віри в себе, без якої неможливо ефективно себе підтримувати і цілювати; це можливість оновлення власної цілісності і безперервності шляхом реконструкції каузального зв'язку минулого, теперішнього й майбутнього і вибудовування нових життєвих перспектив.

Важлива сфера життя, що потребує реабілітаційних впливів, – це сфера діяльності, продуктивної самореалізації. Згубна дія довготривалої травматизації на творчі потенції, продуктивність, самоефективність особистості є очевидною. Рівень доходів відчутно падає. Заробити собі і власній сім'ї на життя тією мірою, як це було до вій-

ни, не вдається. Навіть думати про улюблену справу стає нереально. Ентузіазму відчутно меншає, креативні задуми майже не виникають, а якщо й пробуджуються, то реалізувати їх людина навіть не намагається, бо не має ані сил, ані впевненості в собі, ані віри в те, що це має хоч якісь перспективи. Таким чином, *наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість підтримання й оновлення продуктивності і самоефективності особистості, її здатності до самореалізації, креативного ставлення до власного життя.*

Ще одна сфера життєдіяльності, яка відчутно порушується під впливом довготривалого стресу, – комунікативна. У людини практично завжди виникають нові чи загострюються старі проблеми в стосунках із близькими, колегами, сусідами, друзями. Це відбувається тому, що втрачається толерантність, знижується рівень прийняття інших, що призводить до погіршення якості спілкування, ефективності співробітництва. Майже зникає готовність до спілкування, втрачаються навички співчуття і співпереживання, знижується поріг терпимості, посилюється егоцентризм, байдужість, інколи конфліктність, агресивність, а інколи – бажання взагалі ізолюватися від контактів. Отже, *наступний критерій відновлення психологічного здоров'я – це можливість відновлення відповідного рівня емоційного інтелекту й комунікативної компетентності, здатності налагоджувати і підтримувати продуктивні, теплі, щирі стосунки з оточенням.*

Як бачимо, для відновлення психологічного здоров'я необхідно відновлювати комфортні чи хоча б прийнятні стосунки зі світом, собою та іншими людьми, що під впливом довготривалої травмизації певною мірою руйнуються.

Оскільки основною функцією здорової особистості слід визнати здатність активно змінювати власне життя, враховуючи як виклики непередбачуваного і динамічного навколишнього світу, так і внутрішні потенції та інтенції, то й *базовим критерієм збереження психологічного здоров'я можна вважати готовність до життєтворення, життєконструювання, до якісних змін власного життя.* А решту критеріїв, серед яких і збереження самоефективності особистості (мотивації, продуктивності, креативності, впевненості у собі), і відновлення цілеспрямованості (здатності планувати життя, регламентувати час, стимулювати реалізацію цілей), і зростання здатності

підтримувати довірчі стосунки з оточенням (емпатійності, щирості, вміння просити про допомогу), й інтенсифікація процесів самоідентифікування (саморозуміння, самопідтримки, самоприйняття), пропонуємо віднести до допоміжних.

2.4. Модель соціально-психологічної реабілітації особистості

Першим етапом у розробленні моделі соціально-психологічної реабілітації особистості є обґрунтування необхідності технологічного підходу до проблеми реабілітації особистості.

Поворот у бік матеріального в соціологічній науці, особливо в працях Бруно Латура, Джона Ло, відбувається тоді, коли основний інтерес авторів змінює локалізацію: із соціології повсякденності до соціології технологій. Якщо в суспільстві 60-х років минулого століття героями культурного протесту були хіпі, які вважали технології злом, що породжує війну, і закликали втікати з міст з їхньою цивілізацією в природу, то у 80-ті герої вже зовсім інші. На зміну хіпі приходять хакери з їхніми найновішими технологіями. У цей же період технології мініатюризуються і проникають у повсякденне життя. Виникає принципово нова повсякденність, яку вже неможливо описати практиками, оскільки вона просякнута технологіями [Вахштайн, 2005; 2013].

Технології, за Б. Латуром, це об'єкти, яким делеговано виконання певних соціальних дій. Телевізор і ноутбук сьогодні стають нашими партнерами по комунікації, а не просто допоміжними засобами. Природа людини розглядається як усе більш гібридна, оскільки її зв'язок з технічними об'єктами є такий міцний, що вони вже сприймаються як продовження людини [Вахштайн, 2013].

На відміну від соціально-психологічних технологій реабілітації особистості, які перебувають ще тільки на стадії розроблення, значного поширення нині набули політичні технології, різні способи маніпулювання свідомістю в засобах масової комунікації. Не менш популярними є також рекламні і, певною мірою, освітні технології.

Під соціально-психологічними технологіями реабілітації особистості розумітимемо сукупність прийомів, методів і впливів, що

використовуються для підтримання і відновлення психологічного здоров'я. Використання соціально-психологічних знань, теорій та інструментів для підвищення суб'єктивного благополуччя людини теж є відповідною технологією. Форми колективної комунікації, де практично використовуються технології, можуть бути дуже різними: групова робота, стратегічні сесії, майстер-плани розвитку соціально-психологічної реабілітології як галузі тощо.

Технологізація передбачає 1) можливість дослідження соціально-психологічних процесів реабілітації з досить високою точністю, 2) прогнозування можливих наслідків зниження рівня психологічного здоров'я особистості, аби цьому запобігти, 3) передбачення можливих помилок у використанні корекційних і профілактичних методів, щоб ці помилки мінімізувати.

Для самовідновлення, як показали наші попередні дослідження, людина має *відновити свою здатність до життєконструювання, життєтворення*. Коли життєтворення чомусь згасає, затухає, людина ніби завмирає, перестає рухатися вперед, впадає в психологічний анабіоз. Її може зупинити багато причин: виснаження, страхи, нестача внутрішніх ресурсів, сприймання навколишніх умов як небезпечних і ненадійних, зневіра в собі, власних потенціях і вміннях.

Оскільки творчість передбачає відкритість, спонтанність, непередбачуваність, оригінальність, то життєтворення найяскравіше проявляється в готовності до креативного, конструктивного реагування на несподівані події. *Отже, здатність ефективно реагувати на неочікувані події будемо вважати важливим маркером психологічного оздоровлення особистості, що переживає наслідки довготривалої травматизації.*

Створюючи модель соціально-психологічної реабілітації, ми спиралися на згадані вище індикатори та критерії оновлення психологічного здоров'я (рис. 2.1). Основними векторами реабілітаційної роботи і, відповідно, компонентами моделі вважатимемо досягнення особистістю

- *стійкого самоприйняття;*
- *продуктивної самореалізації, відновлення самоефективності;*
- *нового рівня комунікативної компетентності;*
- *готовності до ціннісно-сислового оновлення.*

Власне, як можна допомогти особистості, що постраждала внаслідок довготривалої травматизації, підвищити її самоприйняття? Це мають бути спрямовані впливи на процеси самоідентифікування, це формування здатності краще розуміти себе, підвищення самооцінки, самоповаги, віри в себе, це більш толерантне ставлення до власних недоліків і обмежень, удосконалення навичок самопідтримки й самодопомоги. Саме на ці мішені мають бути спрямовані майбутні реабілітаційні технології.



Рис. 2.1. Модель соціально-психологічної реабілітації особистості

Щоб травмована особистість могла досягти більш продуктивної самореалізації, відновити самоефективність, мають бути розроблені спрямовані впливи, які б сприяли пробудженню втраченої зацікавленості, розвитку довготривалої мотивації, формуванню здатності ставити цілі і долати перешкоди на шляху до їх досягнення, стимуляції творчого пошуку і віри у власні сили.

Реабілітаційні мішені для досягнення більш високого рівня комунікативної компетентності – це спрямовані впливи на вибудовування ефективного співробітництва з іншими людьми, більш глибоке розуміння несхожих на себе людей з усіма їхніми особливостями.

ми, формування доброзичливого до них ставлення, стимуляція емпатійних здібностей, толерантність до недоліків інших, уміння конструктивно розв'язувати конфлікти.

Якщо основне завдання для підтримання і покращення психологічного здоров'я травмованої особистості – це досягнення особистістю готовності до ціннісно-сислового оновлення, то до реабілітаційних мішеней насамперед слід віднести спрямовані впливи на рефлексивність, цілепокладання, здатність вчасно осмислювати і конструктивно використовувати набутий досвід, переосмислювати ціннісні орієнтації, конструювати нові життєві орієнтири.

Отже, на наступному етапі розроблення теми буде створено комплекс реабілітаційних технологій, які діятимуть у чотирьох визначених напрямках: самоприйняття, самоефективності, комунікативної компетентності і ціннісно-сислового оновлення. Як основні мішені впливів будуть розглядатися, по-перше, процеси самоідентифікування, самооцінювання; по-друге, процеси мотивування, саморегулювання; по-третє, процеси комунікації, спілкування; і, по-четверте, процеси рефлексування набутого досвіду і планування майбутнього.

Подальша операціоналізація теоретичної моделі соціально-психологічної реабілітації особистості передбачає пошук та апробацію конкретних технологій, які забезпечуватимуть спрямовані впливи на ті чи інші мішені. Ефективність реабілітації залежатиме від того, наскільки швидко відбувається відновлення психологічного здоров'я особистості.

Вимога точності професійних впливів, бачення можливих помилок та ускладнень, вчасної “роботи над помилками” передбачає залучення до реабілітаційної роботи широкого спектру спеціалістів різного профілю. Бажано всіляко посилювати роль психолога в роботі міждисциплінарних груп, задіяних у реабілітації. Маються на увазі групи медичних, соціальних працівників, юристів, громадських активістів, параспеціалістів, соціальних педагогів тощо. Адже сьогодні авторитет у таких групах мають насамперед лікарі та юристи, а психологів вважають допоміжним персоналом. Насправді без грамотних і своєчасних психологічних інтервенцій оновлення психологічного здоров'я людини дуже уповільнюється й утруднюється. Саме психолог допомагає подолати внутрішній спротив, який зазвичай є у травмованої людини, пробудити її мотивацію, віру в себе.

Реабілітаційні бригади і центри зможуть сприяти модифікаціям домашнього, професійного, дозвіллевого середовища людей, що постраждали від довготривалої травматизації. Вони надаватимуть непрямую психологічну допомогу постраждалим за умови, що психологи-професіонали їх певним чином зорієнтують, проконсультують, навчать. Чимало програм допомоги, розроблених американськими і європейськими психологами, у подальшому можуть успішно реалізовуватися соціальними працівниками і спеціально підготовленими медичними сестрами, що відчутно підвищує масовість впливів, не знижуючи їхньої ефективності [Мейес, Елдерен ван, 2002, с. 620]. Слід цілеспрямовано працювати і в напрямку підготовки допоміжного психологічного персоналу, використовуючи активний волонтерський рух і залучаючи до роботи тих волонтерів, які хотіли б отримати додаткові психологічні знання, щоб надалі застосовувати їх для підвищення психологічної грамотності населення, надання екстреної підтримки, навчання прийомів самогігієни і самопомоги.

Розробляючи технології реабілітаційних впливів, не можна нехтувати колосальними можливостями засобів масової інформації. Уже доведено, що профілактика певних захворювань через засоби масової комунікації так само ефективна, як і безпосереднє навчання. Досвід у цій сфері вже мають Швейцарія, Південна Африка, Австралія. Його використав у своїх розробках Дж. В. Фаркуара – відомий спеціаліст у сфері модифікацій суспільної поведінки, пов'язаної із здоров'ям. Цей дослідник разом з колегами із Стенфорда започаткував чимало проектів, успіх яких був великою мірою обумовлений зверненням до засобів масової комунікації та мобілізацією внутрішніх можливостей суспільства для запобігання самогубствам, профілактики насилля, привернення уваги до питань жіночого здоров'я, боротьби з курінням тощо. Результати досліджень Фаркуара, що спиралися на соціально-когнітивну теорію і когнітивно-біхевіоральний підхід, знайшли застосування водночас на індивідуальному, відомчому, національному і міжнародному рівнях [Маркс, 1996, с. 655].

Функції психолога-реабілітолога в медійній сфері (телебачення, радіо, газети, соціальні мережі) бажано суттєво розширити, активізувати. Саме психологи мають оперативну й компетентно інформувати різні верстви населення про значущість підтримки, збереження, відновлення психологічного здоров'я, про шляхи досягнення

суб'єктивного благополуччя, про способи активізації посттравматичного зростання. Цілком реально, крім інформування, дистанційно навчати населення найпростіших способів психогієни, прийомів регуляції емоційних станів, способів самодопомоги, які варто використовувати самостійно для підвищення стресостійкості, формування навичок самоопанування.

Психологи, надаючи допомогу людині, що зазнала довготривалої травматизації, мають сприяти розширенню і поглибленню її контактів з оточенням. Соціальна підтримка забезпечує глибше розуміння стресової події і розширює спектр можливостей для подолання стресу, істотно покращує психологічне здоров'я. Наявність друзів, членство в клубах і товариствах, спільне проживання, сімейне коло – усе це здебільшого позитивно відбивається на благополуччі особистості. Поки що не до кінця зрозуміло, чи діє соціальна підтримка на пряму, здійснюючи цілювальний ефект, а чи має опосередкований вплив на людину, змінюючи в позитивний бік способи інтерпретації пережитих подій. У низці досліджень ефект стабільної підтримки людини розглядається як “амортизаційний, чи буферний (пом'якшувальний)”. Чималу роль, безумовно, відіграє кількість і якість наданої підтримки [Мейес, Елдерен ван, 2002, с. 610–613].

Кількість людей різних професій, що можуть надавати першу психологічну допомогу, слід усіляко збільшувати, використовуючи зарубіжний досвід. Так, цікаві способи підвищення суб'єктивного благополуччя пропагує в Ізраїлі Ш. Шустер, а вперше такі практики філософських бесід, що розглядаються як альтернатива до послуг психотерапевтів і тренерів, запропонував використовувати більше як 30 років тому німецький філософ Г. Ахенбах. Сьогодні вони поширені в Канаді, Великій Британії, Нідерландах, Норвегії, Австрії, Швейцарії. Відкрито навіть телефонні лінії філософської невідкладної допомоги. Французький філософ М. Соте став засновником *мережі філософських кафе*, популярних у всьому світі [Шустер, 2001].

Від реактивних підходів до реабілітації, коли психолог реагує на вже наявні порушення, слід поступово переходити до активних, профілактичних. Відомий американський спеціаліст із профілактичної психології, один з президентів Відділення клінічної психології АПА і самої АПА, колишній президент Американської асоціації прикладної і профілактичної психології Джордж Альбі був першим, хто ще в 1963 році виступав за створення унікальних установ для

навчання клінічних психологів, вільних від психіатричних впливів. Він наполягав на важливості опосередкованого впливу на психічні та емоційні розлади таких зовнішніх факторів, як соціальна підтримка, самоповага і здатність до подолання. Саме ці фактори в комплексі забезпечують можливість профілактики розладів [Лорион, 1999, с. 24–25] (і, відповідно, сприяють наближенню до психологічного здоров'я. – *T. T.*).

Перспективним є розроблення адресних програм боротьби зі стресом. Таку роботу активно провадять фахівці Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету, які створили першу програму соціально-психологічної підтримки адаптації ветеранів.

Ця програма стає все більш популярною серед психологів по всій країні. На особливу увагу заслуговує адаптована програма для мобільних телефонів, яку можуть використовувати безпосередньо ветерани АТО. Комбатантам пропонується безкоштовно зареєструватися і кожного дня протягом 30 днів отримувати на смартфон й електронну пошту індивідуальні вправи від так званого “Кишенькового Психолога”. Програма допомагатиме долати соціально-психологічні складності, з якими демобілізована людина стикається в цивільному житті. Пропонується також вести “Щоденник емоцій”, який дає змогу краще розуміти і, відповідно, контролювати власний емоційний стан.

Щоб розробити власний варіант онлайн-самодопомоги, можна модифікувати запропонований Д. Канеманом “Метод реконструкції свого дня”. Його було створено для того, щоб зрозуміти, як людина оцінює набутий досвід і яким чином осмислює, реконструює його. Американські психологи сьогодні часто використовують термін “афективний прогноз” (здатність людини передбачати власні почуття). Такий прогноз був би, безумовно, корисним.

Масовості впливів сприяють методи паліативної реабілітації, яких потребує населення нашої країни. До таких методів можна віднести, наприклад, методіку когнітивного реструктурування [Мейєс, Елдерен ван, с. 615] чи різні варіанти релаксаційних вправ. Позитивний ефект від релаксації як непрямой форми психологічної допомоги й паліативної реабілітації накопичується і підвищує якість життя особистості.

Розробляючи систему реабілітаційних впливів, слід враховувати також необхідність вторинної профілактики – профілактики погіршень, ускладнень, з якими досить часто доводиться стикатися в процесі відновлення психологічного здоров'я.

Практичні психологи, що надають сьогодні психологічну допомогу різним верствам населення: комбатантам, членам їхніх сімей, вимушеним переселенцям, дітям, що пережили втрату, – у більшості своїй страждають від вигоряння. Синдром виснаження, що призводить до переживання власної безпорадності, поступової втрати співчуття до клієнтів, визначається в Міжнародній класифікації хвороб як передхвороба, як “стрес, пов’язаний із складнощами підтримки нормального способу життя”. Психологи, педагоги, лікарі, соціальні працівники, правоохоронці, як відомо, належать до групи ризику. З вигорянням, за різними даними, стикається більшість із них. А наші спеціалісти, які мають ефективно й оперативно допомагати, теж переживають довготривалий руйнівний стрес і потребують вчасного відновлення.

Щоб реабілітаційні заходи ставали більш технологічними, їх слід реалізовувати поетапно: спочатку – екстрена допомога людині, що перебуває в гострому стані; під кінець – якомога повніша її інтеграція в нормальне життя. Для цього потрібна стратегія “дрібних, малих кроків”, які Ф. Перлз назвав “мишачими”. Завдяки такому обережному поступу стають можливими спочатку малопомітні, а пізніше – усе більш відчутні успіхи раніше травмованої людини в різних сферах життя. Поетапна постановка завдань й особиста відповідальність за їх виконання – важлива умова відновлення вміння відповідати вимогам спільноти, відстоювати власні інтереси, адекватно задовольняти потребу в захисті. До комплексних реабілітаційних заходів слід також активно залучати родичів, друзів, колег постраждалого.

Завдання психолога-реабілітолога – знайти ефективні масові, групові й індивідуальні форми роботи з такими почуттями людей, як невпевненість у собі, самотність, страх бути неприйнятним, відторгнутим, нікому непотрібним, переживання безперспективності, втрати сенсу.

Успішність реабілітації багато в чому залежить від уміння спеціалістів використовувати наявні ресурси людини, її компенсаторні можливості. Бажано не тільки коригувати ті сторони життя, які

найбільше постраждали, а й спиратися на збережені навички спілкування, форми професійної самореалізації. Адже бути не фрагментовано, а цілісно здоровим, за В. О. Ананьєвим, значить володіти мистецтвом жити повноцінним життям, використовуючи те, що людині дано природою. Згідно із запропонованою дослідником синергетичною концепцією здоров'я, яку хотілося б підтримати, людина є відкритою, нелінійною, складною самоорганізованою системою [Ананьєв, 2006; 2007].

Телебачення, радіо, газети, соціальні мережі мають оперативно і компетентно інформувати різні верстви населення про значущість підтримки, збереження психологічного здоров'я, способи досягнення суб'єктивного благополуччя. Перевантаженість новинних програм негативно забарвленою інформацією (про втрати, руйнування жител мирного населення, погане забезпечення нашої армії всім необхідним) має врівноважуватися позитивом – репортажами про одужання поранених, про успішне повернення до мирного життя більшості учасників АТО, про їхні нові професійні перспективи.

Психологи мають звертатися до населення з екранів телевізорів та шпальт газет, навчати його різноманітних способів самовідновлення, зняття стресу, підвищення адаптивності. Це забезпечить можливість подальшої трансляції набутих знань так званими волонтерами, які відтак надаватимуть допомогу своїм рідним, близьким, колегам, знайомим. Якщо на державному рівні всерйоз задіяти медіаресурс, можна підготувати велику кількість таких добровільних психологів-волонтерів, які будуть дбати про підвищення психологічної грамотності населення.

Волонтери, яких називають параспеціалістами, здатні надавати непряму психологічну допомогу постраждалим за умови, що психологи-професіонали їх певним чином зорієнтують, проконсультують, навчають. Адже, як відомо з досвіду інших країн, чимало програм допомоги, розроблених американськими і європейськими психологами, активно реалізовується медичними сестрами і соціальними працівниками, що аж ніяк не знижує ефективності цих програм [Мейєс, Елдерен ван, 2002, с. 620].

Дивно було б ігнорувати активний волонтерський рух, який охопив протягом останніх чотирьох років нашу країну. Демобілізованих, які хотіли б надати підтримку своїм товаришам; волонтерів, які активно допомагають фронту; членів сімей учасників АТО та

всіх небайдужих слід залучати до психологічної реабілітації потерпілих. Водночас терміново потрібно організувати курси професійної допомоги такому допоміжному психологічному персоналу.

Професійні психологи, психотерапевти, соціальні працівники можуть запропонувати цикли практичних занять, на яких волонтери оперативно отримували б додаткові психологічні знання, училися надавати екстрену допомогу всім, хто її потребує. Надалі, маючи високу мотивацію і довіру комбатантів, саме волонтери могли б сприяти підвищенню психологічної грамотності населення, навчати його прийомів самогігієни і самопомоги. Допоміжний психологічний персонал може опанувати різні варіанти непрямих форм психологічної допомоги і паліативної реабілітації. Серед них чи не найпростішими і водночас досить ефективними є релаксаційні вправи, які підвищують якість життя постраждалих.

Популярними й ефективними можуть стати також найсучасніші технології онлайн-інформування, онлайн-діагностики актуального стану, онлайн-прогнозування власної поведінки у складних обставинах, онлайн-допомоги та самопомоги, які сприятимуть покращенню самоконтролю, зростанню самоефективності, підвищенню самоприйняття, зменшенню напруження в стосунках з оточенням, зростанню взаєморозуміння, поглибленню інтерпретації та інтеграції набутого досвіду.

Отже, кінцевою метою соціально-психологічної реабілітації, на наше глибоке переконання, має стати не пасивна реадaptaція, тобто перепристосування до колишнього життя (яке було до травматизації). Мета соціально-психологічної реабілітації більш амбітна – це активізація здатності особистості до життєтворення, досягнення нею якісно нового рівня психологічного здоров'я, що дає змогу підвищити рівень її суб'єктивного задоволення щоденною життєдіяльністю та усвідомити власне життя як успішне, щасливе.

РОЗДІЛ 3

ЗБЕРЕЖЕННЯ І ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я: ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Перша психологічна допомога особистості, що постраждала від травматизації

Завдання психолога-практика на початку реабілітаційної роботи – знайти адекватні форми роботи з постраждалими, допомогти їм пережити гострий стан страждання, болю, втрати, самотності, переживання безперспективності, втрати сенсу існування. Щоб реалізувати це непросте завдання, необхідно передусім налагодити контакт з людиною, часто абсолютно не налаштованою на співпрацю. Але ніяка психологічна допомога людині, що переживає наслідки тривалої травматизації, не буде успішною, якщо психолог-консультант, психотерапевт, соціальний працівник не зможуть розтопити кригу недовіри, зменшити сумніви постраждалого, подолати його спротив і створити атмосферу відкритості, щирості, беззаперечного прийняття й розуміння. Лише довірчі стосунки допоможуть визначити, що саме найсильніше травмує того, хто пережив страшні випробування і повернувся в мирне життя. Лише така атмосфера допоможе поступово знайти ефективні шляхи емоційної підтримки і допомоги.

Це зрозуміло, скаже молодий психолог, який уже зіткнувся з активним спротивом роздратованої, інколи відверто агресивної, виснаженої і відстороненої людини, що пережила жахіття війни. Що робити, коли з тобою не хочуть говорити взагалі? Перш за все

сприймати це як норму. Не нервувати, не ображатися. Не намагатися швидко все поправити. Краще просто бути поруч. Запропонувати яблуко, налити чаю. Спробувати відверто пояснити, чому ви тут, як для вас важливо робити саме цю роботу, який досвід допомоги іншим ви вже маєте. Важливо бути чесним, відкрито говорити про свої сумніви, мрії і страхи. Слід пам'ятати, що ваша розповідь про себе, про власну мотивацію не може бути довгою і монологічною. Краще говорити окремими фразами. З великими паузами. Спокійно. Нікуди не поспішаючи. Спостерігаючи за виразом обличчя вашого мовчазного співрозмовника, його диханням, мімікою і пантомімікою. Саме так, максимально налаштувавшись на зворотний зв'язок, ви зможете розговорити вашого візаві.

Надалі важливо бути готовим вислухати все, що захоче і зможе висловити в першій розмові клієнт. Тут вимоги до вміння неупереджено, спокійно, уважно приймати іншу людину з усіма її особливостями дуже високі. Постава, погляд, спосіб постановки запитань, навіть інтонація спеціаліста можуть або відразу розрядити напружену атмосферу, або надовго відвернути від нього клієнта. Не слід поспішати з власними коментарями, порадами, пропозиціями. Головне – уважно слухати, навіть якщо клієнт розповідає цей епізод уже вдруге чи втретє, не намагатися пригадати щось аналогічне із власного досвіду.

Спочатку ставлення клієнта до психолога-практика буде суперечливим: він сподіватиметься, що його зрозуміють, але водночас боятиметься, що це неможливо, бо багато хто вже не зрозумів, бо таке взагалі неможливо зрозуміти. Він вагатиметься, чи приховувати свій жахливий, нав'язливий страх немічності, беспорядності, смерті, чи говорити про це відверто. Він спочатку не захоче говорити про найдорожче, про рідних і друзів, з якими тепер не готовий продовжувати стосунки, але сподіватиметься, що терапевт якимось чином допоможе йому не залишитися на самоті зі своїм станом. Він відчуватиме сильну тривогу, пов'язану з фінансовими тратами через його невлаштованість, інвалідність, тимчасову непрацездатність, і ця тема також здаватиметься йому неприродною, аби започаткувати бесіду з незнайомою людиною.

Отже, не слід економити час на налагодженні довірчих стосунків. Цей процес інколи розтягується на тижні, але його штучне скорочення може звести нанівець всі подальші зусилля.

Наступний крок – первинна діагностика. Не варто пропонувати клієнту, з яким вам вдалося налагодити діалог, батареї тестів. Ваш головний діагностичний інструмент, точність якого зростає з досвідом консультанта, – це бесіда. Інколи навіть короткий обмін репліками в коридорі дає психологу цінний матеріал про переживання людини, її готовність працювати над собою, віру або невіру в можливість позитивних змін.

Які моменти треба з'ясувати під час таких діагностичних бесід, щоб надалі обрати максимально ефективні для цієї конкретної людини способи надання професійної психологічної допомоги?

Це, по-перше, актуальний стан, у якому перебуває травмована людина на момент звернення до спеціаліста. Надалі слід зосередитися на характері травми, яку отримала людина, тривалості травмування, актуальних скаргах. Пізніше доцільно приділити увагу попереднім травмам, якщо вони були, складним життєвим етапам, минулому досвіду подолання кризових ситуацій. Згодом бажано з'ясувати, чи відчуває людина готовність до змін у власному житті, наскільки вона може розраховувати на підтримку сім'ї, друзів, близького оточення.

Коли психолог-консультант починає індивідуальну роботу з клієнтом, що постраждав від наслідків тривалої травматизації, він нерідко стикається з тим, що замість відповідей на запитання про пережите, про теперішню життєву ситуацію, характер стосунків чи наслідки втрати роботи людина фіксується на власних тілесних симптомах. Вона говорить про головний біль, хронічне безсоння, щоденні спалахи безпричинного гніву, який усе важче стримувати. Людина несвідомо “ховається” за свої тілесні недуги, сподіваючись, що з ними можна працювати окремо, не торкаючись почуття самотності, відчуження, втрати сенсу існування. Психологу краще прийняти ці правила гри і деякий час говорити з потерпілим про історію головного болю, про сьогоднішнє ускладнення стану, про режим дня і взагалі про ставлення до свого тіла. Тоді людина поступово заспокоюється, розслабляється, починає більше довіряти співрозмовнику і готова більш відверто розповідати про свої страждання.

У первинних діагностичних бесідах, що супроводжуються спостереженнями за невербальною активністю клієнта, слід приділяти увагу дуже різним, нібито неважливим, сторонам його поведінки. Наприклад, бажано звертати увагу на його ставлення до харчування, адже їжа нерідко сприймається як еквівалент любові, якої чи то не

вистачало взагалі, чи не вистачає зараз. Бажання бути прийнятим іншими людьми, коханою людиною часто проявляється в бажанні бути нагодованим. Якщо людина не звертає уваги на те, що вона їсть, коли і скільки, це може свідчити про недостатню увагу до власного тіла, його нагальних потреб. Буває, що їжа, яку людина вибирає, стає проявом відторгнення себе, навіть презирства до себе. Часто трапляється також, що людина “заїдає” свої щоденні неприємності, страждання, стреси неадекватною кількістю їжі. Такі поведінкові симптоми стають своєрідними повідомленнями, “смсками”, які тіло посилає людині, щоб вона зрозуміла, що треба щось змінювати у своєму житті. Тексти таких повідомлень бажано навчитися розкодувати, наприклад, уважно відстежуючи, як саме виникає бажання бігти до холодильника, з чим воно конкретно пов’язане, що його стимулює.

Особливу увагу психолог-консультант приділятиме комунікативному простору постраждалої людини. Хто з оточення розуміє клієнта? Хто поділяє його погляди на те, що довелося пережити? Хто викликає тривогу, напруження, страх, гнів? Коли це почалося? Які стосунки з цією людиною були до травми? Що змінилося? До кого хочеться звернутися по допомогу? З якими словами? Що заважає? Спільний із психотерапевтом пошук відповідей на ці запитання поступово формує готовність клієнта до психологічної реабілітації.

Психологи, задіяні в реабілітації комбатантів, мають усіляко сприяти розширенню і поглибленню їхніх контактів з тією частиною оточення, яка може допомогти самовідновленню. Це непросте завдання, яке потребує копіткої роботи з членами сім’ї, колегами, друзями демобілізованих, адже дехто із цих людей не готовий іти на контакт. Вони скаржаться, що учасники АТО уникають зустрічей з ними, говорять про бажання побути на самоті. Під час відвертих розмов із психологом комбатанти, відповідно, розповідають, що їх удома не розуміють, що вони не можуть нікому пояснити свій стан. Вони скаржаться на поганий настрій, згасання колишніх бажань та інтересів. Особливо їх дратує, коли всоте чують від знайомих, які не були на фронті, одні й ті самі запитання: “Скажи, коли війна скінчиться? Страшно там було? Когось із твоїх товаришів поранили, вбили? Ти сам у сепарів стріляв?”.

Рідним, родичам, друзям демобілізованих необхідно пояснювати, що саме їхнє терпіння, розуміння, тактовність, готовність бага-

торазово вислуховувати те, що їм розповідають постраждалі, є найкращим засобом реабілітації. Саме так забезпечується поступове включення травматичного досвіду в життєву історію людини, відновлюються зв'язки між минулим, теперішнім і майбутнім, виникає більш глибоке розуміння змісту пережитого, його не лише руйнівних, а й конструктивних наслідків. Так розширюються можливості подолання розладів, що виникли, повертається віра в себе, поступово покращується психологічне здоров'я.

Реабілітаційний потенціал сім'ї має бути переосмисленим і максимально активізованим, бо саме в сім'ї людина отримує такі важливі для оновлення її психологічного здоров'я дози підтримки, гумору, іронії, оптимізму. Родичі якнайкраще можуть впливати на інтенсифікацію згаслої комунікативної активності людини, що переживає наслідки тривалої травматизації. Саме вони зрозуміють, коли краще залишити близьку людину на самоті, а коли – запросити в гості, організувати зустріч друзів, запропонувати поїздку в село до бабусі, якій треба терміново допомогти з городом.

Не менш важливо для психолога зрозуміти, з якою саме особистістю він матиме справу, які в неї сильні сторони, на які риси її характеру можна спиратися, які ресурси підсилювати. Так, відомо, що оптимісти більш схильні до поведінки, яка сприяє відновленню здоров'я. Вони мають більш здорові звички, більше уваги приділяють фізичним вправам, а якщо хворіють, то ретельніше, ніж песимісти, дотримуються порад лікаря, психотерапевта. Вони набагато легше долають перешкоди, зосереджуючись не на власному стані, а на проблемі, яку треба вирішувати. Вони здатні шукати шляхи розв'язання складної ситуації, незважаючи на болісні симптоми. Якщо перша спроба не вдалася, вони тут же, не відкладаючи, робитимуть наступну. Їм вдається долати стресові ситуації тому, що вони сприймають проблему не як нездоланну перешкоду, а як виклик собі, як завдання, яке не тільки треба, а й дуже хочеться розв'язати. І ця завзятість, цей азарт, безумовно, відволікають від почуттів нерішучості, невпевненості в собі, виснаженості, тривоги. Методи, якими користуються оптимісти, завжди набагато більш активні, навіть ризиковані.

А що робити, якщо постраждала людина не є і ніколи не була оптимістом? Адже навіть найкращому спеціалісту навряд чи вдасться її цілковито переробити. Водночас певні способи подолання стресу, зняття напруження, зменшення тривоги, характерні для оптиміс-

тів, хоч і з певними зусиллями, але можуть засвоїти і не такі життєлюбні люди. Отже, одним з першочергових завдань спеціаліста стає ознайомлення постраждалої людини з перевагами оптимістичної життєвої орієнтації і типовими для оптимістів копінгами. Оптиміст вірить у позитивний розвиток подій, впевнений у тому, що удача на його боці. Крім того, що він уміє себе підтримати, заспокоїти, надихнути, він ще й готовий довіритися спеціалістові і працювати разом з ним, проявляючи наполегливість у досягненні поставленої мети.

Наступний крок у професійній діагностиці – визначення ступеня життєстійкості людини, що звернулася по допомогу. Адже стійка особистість, крім оптимістичної спрямованості, завжди здатна до конструктивного переживання життєвих випробувань. Саме за параметром стійкості можна прогнозувати, як швидко буде поліпшуватися загальний стан здоров'я людини та з'являтимуться все нові і нові можливості відновлення психологічного здоров'я. Серед індикаторів стійкості слід звертати увагу на те, чи немає в людини якихось залежностей, на вірність її собі і своїй справі, розвинутість внутрішнього контролю та бажання розвиватися, випробувати свої сили.

Стійкою особистістю не народжуються, хоча кожна людина має певний рівень стресостійкості. І все ж ніколи не пізно спробувати стати людиною, здатною відновлювати своє здоров'я. Подолати в собі надмірну емоційну залежність від чоловіка, дітей, когось іншого, розвинути внутрішню автономність, самодостатність непросто, але цілком можливо за наявності мотивації.

Бажано звернути також увагу на можливі хронічні захворювання, які гальмуватимуть реабілітаційну роботу, якщо не враховувати їхню специфіку. Так, відомо, що нестабільний емоційний стан хворих на бронхіальну астму зазвичай призводить до обмеження активності, пригнічення самостійності, прагнення самоізоляції. І якщо раніше якось вдавалося створювати штучну атмосферу комфорту, відмовляючись від поїздок, обираючи гіпоалергенні продукти, маніакально дотримуючись чистоти власного помешкання, стабільності побуту, спланованості кожного кроку, то під час війни все це стало неможливим. Консультанту, що розпочинає реабілітацію, слід враховувати, що людина з бронхіальною астмою зазвичай надмірно реагує на зовнішні стимули, передусім комунікативні. Вона перебуває під тиском неусвідомлюваного страху відторгнення з боку значущих людей: батьків, близького друга, коханої людини. Гальмування пра-

гнення внутрішньої свободи, внутрішня заборона на вияв своїх побоювань і страждань призводять до постійного напруження, утруднення дихання, панічних станів. Характерними рисами психосоматично хворого цього профілю є виражена обов'язковість і відповідальність, бажання будь-що заслужити увагу, симпатії, позитивні оцінки значущого оточення, до якого нерідко потрапляє і психотерапевт.

В індивідуальній роботі з людьми, які звикли постійно і напружено тримати себе в руках, слід приділити спеціальну увагу отриманню ними від себе дозволу на вияв негативних емоцій. Інколи психотерапевту доводиться разом із клієнтом багаторазово повторювати гнівну фразу на адресу командира, товариша по службі, супутника життя, аж поки слова не наповняться справжньою енергією, не стануть адекватними тому, що клекоче всередині. Роздратування, образа, злість у всій їх повноті мають право на існування, і це відкриття кожен робить по-різному. Хтось добирає слова, несподівано для себе знаходячи сильні, інколи навіть лайливі, вислови, що допомагають вияву почуттів. А хтось чи то не вперше в житті кричить або голосно, дуже голосно плаче, схлипує і проговорює кризь сльози свої застарілі образи. Хтось працює з інтонаціями, відкриваючи кілька універсальних, з дитинства звичних, стримано-фальшивих ввічливих фраз, що проговорюються дерев'яним, невиразним тоном “чемного, порядного, хорошого хлопчика”. Навіть не змінюючи лексики, людина інтонаційно навчається “звучати” по-новому, по-дорослому, по-справжньому, саме так, як вона переживає всередині.

Такі спонтанні вияви негативних почуттів у безпечному контакті з консультантом відчутно полегшують загальне хронічне напруження, в якому перебувають завжди коректні люди. І це зовсім не означає, що вони тепер будуть гарикати на своїх близьких чи почнуть вульгарно лаятися. Способи взаємодії з оточенням коригуватимуться зовсім не так прямолінійно і кардинально. Людина навчатиметься не придушувати перші симптоми образи чи роздратування, як це бувало завжди, а виявляти їх назовні чи то в іронічному зауваженні, чи в чітко сформульованому небажанні продовжувати розмову, чи навіть у сердитому вислові.

Результатом такої роботи над собою має стати поява більшої чесності в розумінні і прийнятті людиною своїх почуттів, розвиток

уміння розподіляти відповідальність між собою і співрозмовником, який це роздратування зазвичай провокує. І хоча спочатку рідним і близьким буде дуже незвично відчувати емоційний опір власним звичним маніпуляціям, урешті-решт усім стане легше спілкуватися і розуміти одне одного.

Надалі психотерапевтична робота має бути спрямована на посилення внутрішньої автономності людини, усвідомлення власного фундаменту, пошук точки опори. Тут бажано розібратися, на що чи на кого спирається клієнт, коли готується прийняти відповідальне рішення. Що він відчуває у своїх ногах, коли ми говоримо на цю тему? Слабкість? Невпевненість? Зовсім їх не відчуває, ніби їх немає? Коли таке було з ним уперше? Коли це почалося? Як він пише автопортрет? Малює себе? Це лише обличчя чи погруддя? Лише очі? Що є опорою для його тіла? За кого він постійно хоче триматися? Ухопитися?

Такі бесіди допомагають людині поступово усвідомити, що головна опора не зовні, а всередині неї. Особливо доречно звертатися до тих ситуацій у минулому, коли вона почувалася сильною і відповідальною, наприклад, коли раптово захворіла її маленька дитина і треба було знайти лікаря. Як тоді переживалася власна автономність? На що спиралася молода мати в собі? Як жило її тіло? Якими були ноги як природна опора? Що змінюється, коли йдеться про неї, а не про її дитину? Як вона “вимикає” свою внутрішню силу?

Зовсім іншим буде психологічний портрет і способи роботи з людиною, що має захворювання шлунково-кишкового тракту. Перше, що привертає увагу, її замкненість, виснаженість, пригніченість. У ході подальшого контактування виявляється прихована агресивність та гордість, гостре почуття, що вона завжди чимось обділена порівняно з іншими. Така людина не може з вдячністю прийняти допомогу, тому що не вірить у симпатію до себе, хоча завжди на неї чекає, її потребує. Їй соромно, що вона така несамостійна, несамоодатня, і це сильно заважає налагодженню контактів, виникненню довіри.

Психолог має знати, що ставлення до себе у людини з хронічними захворюваннями (типу гастриту, виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки) амбівалентне. З одного боку, вона має дуже честолюбні амбіції, а з другого – у неї катастрофічно не вистачає сил на їх утілення. Крім того, їй небезпідставно здається, що її недостатньо

добре сприймають, розуміють, люблять. Відповідно, її самоповага буде невисокою, адже тепла і визнання з боку близьких людей не вистачає. Прагнення будь-що самоствердитися поєднується у неї з потужним бажанням безпеки, захищеності і жагою відпочинку, який вона собі не дозволяє. У складних життєвих умовах цей тип особистості схильний боротися до кінця, не думаючи про ціну, яку доведеться за це сплатити. Мотивація досягнень висока, але стратегій, що сприяли б її реалізації, небагато і вибір їх негнучкий. Коли під тиском обставин надія на успіх зникає, змінюючись відчаєм і самознищеннями, захворювання майже обов'язково загострюється.

Рекомендуються релаксаційні вправи, що передбачають візуалізацію та подальше малювання. Людині пропонується уявити свій шлунок ізсередини і спробувати побачити, що саме там треба змінити, поліпшити, вдосконалити. Щоб ця внутрішня робота була успішною, треба бути послідовним, наполегливим, уміти концентруватися на своїх образах. Інколи бажано уявити “кольори” здорового шлунка і шлунка хворого. Далі можна вдихати повітря потрібного кольору, скеровуючи його у свій шлунок, а видихати той колір, який є показником патологічного процесу.

Навчити добре концентрувати увагу можна шляхом виконання спеціальних дихальних вправ. Треба зосередитися на своєму диханні і чітко відстежувати, коли саме починається вдихання, коли воно закінчується, якою є пауза між вдиханням і видиханням; далі – як починається видихання, як воно закінчується, якою є друга пауза в цьому процесі. Такі самоспостереження можна виконувати протягом тривалого часу, усе менше відволікаючись на сторонні звуки, свої власні спогади, відчуття чи думки.

Корисно розглянути разом із клієнтом відчуття, які найчастіше виникають у шлунку через хвилювання, напруження, під час зустрічей з неприємними людьми. Виокремлюючи життєві ситуації, що провокують спочатку дискомфорт, а потім і біль, ми вирізняємо невелику кількість стійких відчуттів. Хтось говорить про спазм, хтось підкреслює важкість, у когось виникає образ гострого стороннього предмета, який чомусь опинився в шлунку і заважає рухатися. Сфокусувавшись на такому характерному відчутті, клієнт зможе відстежити його трансформації, що допоможе викликати важливі спогади. Так виникає нове розуміння психологічних причин своїх страждань.

Шляхів до усвідомлення своїх внутрішніх утруднень чимало. Їх можна досліджувати не лише під час діалогу із психологом; про них можна думати вдома, уважно відстежуючи свої емоційні реакції і поведінкові вияви; їх можна розгледіти у своїх друзях і рідних. Навіть художні фільми, книжки, спектаклі стають своєрідними дослідницькими лабораторіями, якщо клієнт зосереджено шукає свою приховану життєстійкість, свій нерозкритий потенціал, прагнучи само-відновлення.

Отже, у посттравматичній ситуації, як правило, загострюються певні психосоматичні захворювання, а тому психологу варто зосередити увагу клієнта на психологічній “мові” його симптомів, на звичному ставленні до свого тіла. Відповідно до психологічного портрета соматично хворої людини, її ставлення до свого оточення і самої себе слід добирати й способи індивідуальної та групової допомоги.

Запропоновані підходи щодо надання швидкої психологічної допомоги травмованій особистості кожен психолог-практик доповнює іншими, виходячи з потреб і запитів клієнта, спеціалізації консультанта, його вподобань і набутого досвіду. Головне – налагодити довірчі стосунки, розгледіти індивідуальну своєрідність кожного клієнта, прислухаючись до мови його тіла.

Лише коли налагоджено контакт, досягнуто довіри, зроблено первинну діагностику характеру травми, ступеня травмованості людини, її внутрішніх ресурсів, індивідуальних властивостей, які сприятимуть чи заважатимуть консультативній роботі, можна переходити вже безпосередньо до реабілітації. Процес соціально-психологічного відновлення особистості після тривалої травматизації передбачає щонайменше три послідовні етапи: підготовчий, базисний та підтримувальний (профілактичний), що органічно поєднують як процедурні, так і ціннісно-сміслові моменти.

Технологічний підхід до соціально-психологічної реабілітації передбачає одночасне чи послідовне розгортання кожної технології в чотирирівторному (персонально-інструментально-просторово-часовому) просторі. Працюючи в межах персонального вектора, психолог разом із клієнтом спрямовують спільні зусилля на відновлення частково втраченої під час травмування цілісності особистості, її внутрішньої рівноваги, самоврегульованості. В інструментальному просторі робота зосереджується навколо відновлення втраченої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися в

різних видах діяльності. У просторовому векторі увагу спрямовано насамперед на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуженості від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів. Співпраця психолога з клієнтом у часовому векторі життєконструювання передбачає концентрацію уваги на ціннісно-смысловій сфері особистості, переоцінці цінностей, активізації пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Якість життя травмованої особистості, суб'єктивне задоволення ним зростають, а швидкоплинний стан щастя перетворюється на стійку особистісну реалію, коли людина опановує вміння приділяти увагу всім чотирьом векторам самозбереження та самовідновлення, оскільки кожен з них відповідає певному ключовому критерію відновлення психологічного здоров'я: персональний – можливості досягнення особистісної цілісності і безперервності, віри в себе, здатності до самопідтримки і самодопомоги; інструментальний – можливості підвищення самоефективності особистості, її здатності до самореалізації; просторовий – можливості відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням; часовий – можливості підсилення потребово-мотиваційних, ціннісно-смыслових ресурсів особистості як джерела самозмін. Відповідно, усі ці вектори взаємопов'язані і мають взаємопідсилювальний вплив.

3.2. Психологічна допомога особистості на підготовчому етапі реабілітації

На першому – підготовчому – етапі реабілітації найважливішими технологіями стають технологія подолання недостатньої, чи навіть негативної, мотивації щодо власного психологічного здоров'я; технологія спільного пошуку нових ефективних мотиваторів; технологія виявлення та активізації сліпих, мертвих зон уваги щодо можливостей досягнення психологічного благополуччя (рис. 3.1).

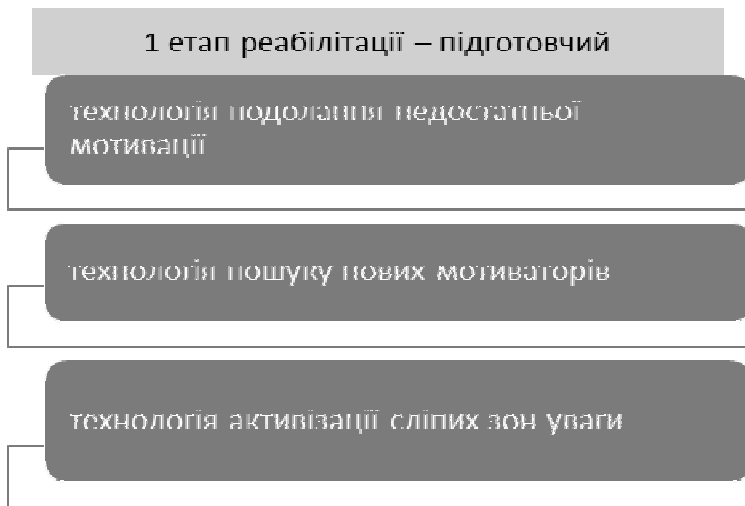


Рис. 3.1. Провідні технології, що використовуються на підготовчому етапі психологічної реабілітації

Найгірше, коли травмована людина вважає, що немає сенсу щось робити, бо все одно нічого не зміниться. Люди, які постраждали внаслідок воєнних дій на сході нашої країни, часто говорять психологу: “Не бачу сенсу ходити на індивідуальні чи групові заняття. Не хочу нічого змінювати. Ви мені нічим не допоможете, ви таке не пережили. Яюсь обійдуся без вас. Що мені на роду написано, те й буде. Що трапилось, те трапилось”, – ці типові висловлювання говорять про неготовність людини взяти на себе відповідальність, про її небажання щось змінювати, про втрату віри в можливість відновити здатність отримувати задоволення від власного життя.

Щоб спрацювала провідна **технологія подолання недостатньої мотивації**, з якої починається тривала робота відновлення, доцільно використовувати певні реабілітаційні техніки.

Перша така техніка – **техніка активізації бажання самозмін**. Надаючи психологічну допомогу, вкрай важливо допомогти людині освіжити свої спогади про той період її життя, який був, на її думку, вдалим, конструктивним, щасливим. Саме тоді вона відчувала неабияке бажання вчитися, змінюватися, розвиватися, не зупинятися в постійному русі вперед. Під впливом тривалої травматизації це ба-

жання втратило актуальність, загальмувалося, майже зникло. Тому тепер, у ході відновлювальної роботи, його вкрай важливо відродити, повернути у своє життя, бо без нього нікому не вдасться відновити себе справжнього – активного, сміливого, зацікавленого, відповідального.

Наступна – *техніка активізації позитивних спогадів*. Щоб поступово подолати негативну мотивацію, потрібно допомогти людині перенести увагу з нав'язливих травматичних спогадів на більш давні, позитивні (наприклад, розпитати про мирні часи, потім поговорити про роль мотивації в навчанні, здобутті кваліфікації, налагодженні значущих стосунків). Аналізуючи минуле, слід зосереджувати увагу на тому, що наявність бажання, зацікавленості раніше завжди допомагала людині навчатися, набувати професійних навичок, досягати успіху в налагодженні контактів з тими, до кого в неї виникали теплі почуття. А без інтересу, без мотивації нічого позитивного ніколи не відбувалося, оскільки мотив – це енергетичне джерело будь-якої активності. Для активізації позитивних спогадів можна попросити людину розповісти про яскраві моменти її життя, коли в неї все виходило, коли вона в себе вірила, а всі навколо її підтримували, хтось нею захоплювався, а дехто їй навіть заздрив. Якщо пригнічена людина відмовлятиметься згадувати позитивні періоди свого життя, можна запропонувати їй просто вигадати їх, написати “казку” про власне щасливе минуле.

Якщо ж активізувати мотивацію самозмін чомусь не вдається, допомогти можуть люди, які вже пройшли складний шлях самовідновлення. Їхній позитивний приклад у сімейних, професійних, дружніх стосунках, вдала реадaptaція до мирного життя, спортивні досягнення, волонтерська активність, успішні бізнес-стартапи стають новими мотиваторами для великої кількості виснажених, зневірених людей, що переживають наслідки травматизації. Особисте знайомство хоча б з одним ветераном, який подолав апатію, пригніченість, зневіру у власних силах, який зміг розширити свій репертуар копінг-стратегій, знайти нові шляхи самореалізації, надихає багатьох. Отже, йдеться ще про одну техніку подолання недостатньої мотивації – *техніку стимуляції позитивним прикладом*.

Розгляньмо наступну технологію підготовчого етапу відновлення психологічного здоров'я – *технологію пошуку нових мотиваторів*.

Рекомендується починати з *техніки мрій про бажане майбутнє*. Якщо людина не готова до розмови про реальні життєві перспективи, якщо вона говорить, що взагалі нічого не бачить попереду, не може думати ні про яке майбутнє, бо оптимізму після пережитого якось не залишилося, неправильно було б переконувати її в протилежному. Краще показати, що ви цілком розумієте її стан, що він закономірний, що в кожного таке час від часу буває. Але все одно десь там усередині залишаються мрії, бажання, навіть зовсім нездійсненні. Вони як сни – майже ніяк від нас не залежать, існують автономно, час від часу нагадуючи про себе. От про такі мрії і треба було б поговорити. Спочатку краще говорити про ті мрії, які були в дитинстві, у підлітковому віці, юнацтві, які пам'ятаються й досі. Щоб полегшити розмову, психолог може поділитися і якимись власними мріями.

Так, згадуючи про минулі часи, бажано поступово переходити до мрій, фантазій, вигадок про власне життя через кілька років, які виникають сьогодні, тут-і-тепер. Переходячи від минулого до майбутнього, доцільно використовувати цілу низку ефективних *арт-терапевтичних технік*. Можна спробувати для початку обрати колір сьогодення і колір власного життя через 5–10 років. Ще варіант – просто почати уявляти власну фотокартку через 5–10–20 років і коментувати зміни, які відбуваються.

Надалі декому буде легше намалювати сюжет із свого професійного чи сімейного майбутнього життя, а дехто зробить колаж з яскравих фотокарток, які можна буде вирізати із журналів. Інші люди напишуть план сценарію, за яким нібито колись буде знято фільм про власне життя з усіма його складними перипетіями. Психолог може також запропонувати людині описати своє майбутнє в невеличкому оповіданні. Там можуть бути приблизно такі запитання: Яким буде ваше життя через кілька років? Кого ви бачите поруч із собою? Як виглядаєте, відчуваєтеся на цій майбутній фотокартці чи в цій стрічці? Що робите? Чи є у вас сім'я, діти, друзі? Чого вам найбільше хотілося б у тому мирному майбутньому?

Наступна техніка – *техніка активізації ресурсу подолання перешкод*. Слід заохочувати людину, яка пережила тривалу травмизацію, до ретроспективного погляду на інші складні ситуації, які траплялися в її житті раніше. Тоді теж не вірилося у власні сили, теж не хотілося щось змінювати, мріяти чи планувати. І все ж із цих си-

туації вдалося вийти, проблеми – розв’язати, вистачило сили вистояти, перемогти. Важливо усвідомити, як поступово відбувалося подолання ніби нерозв’язних проблем. Що тоді, у минулому, у складні часи допомогло не зламатися? Хто чи що допомогли людині вистояти? Які риси характеру тоді стали в пригоді? Якого позитивного досвіду було набуто?

У таких невимушених бесідах поступово вимальовуються бажані зміни, яких людина прагне і до яких їй хочеться рухатися. Саме ці фантазії, в яких з тіні несвідомого проступають й усвідомлюються найзаповітніші бажання, стають першими ефективними мотиваторами. Під час подальших відвертих розмов висловлені бажання поступово вишиковуються в певну ієрархію за ступенем значущості. Далі за допомогою *техніки перших кроків* обговорюватимуться сьогоднішні актуальні можливості щось змінювати в запланованому напрямі. Людина розмірковує над тим, з чого вже зараз можна розпочати. Вона відповідає психологу і передусім собі на такі запитання: Які перші зміни у власне життя можна вносити? Як не забувати про далеку бажану перспективу, тобто не давати мотиву ослабнути? Хто з близьких зрозуміє і підтримає на цьому шляху? Який перший крок я готовий зробити вже завтра?.

Чи не найбільше значення для утримання мотивації до самозмін, яка інколи згасає, має підтримка травмованої людини оточенням – тими, хто розуміє, приймає, допомагає, вірить. Тому наступною є *техніка активізації підтримки з боку оточення*. Добре, якщо поруч є сім’я, кохана людина, друзі. Але інколи важливо розповісти щось не лише вузькому колу рідних людей, а й поділитися власним досвідом з багатьма незнайомими людьми (наприклад, у соціальних мережах). Отже, бажано приєднуватися до тематичних груп, які сьогодні створюються у фейсбуці та інших мережах, обговорювати з однодумцями в чатах актуальні для всіх проблеми, писати пости, коментувати пости інших, можливо, знімати невеличкі сюжети для You Tube. Така, спочатку суто віртуальна, активність надає потужну емоційну підтримку від однодумців, заряджає оптимізмом, розширює коло знайомих, а згодом і друзів, можливості пошуку роботи, а головне – підживлює позитивну мотивацію до самозмін.

Саме так працює технологія активізації нових мотиваторів, які мають позитивне емоційне забарвлення, є смислотвірними для конкретної людини на даному етапі її життя. Такі мотиватори, пов’язані

із збереженням і відновленням психологічного здоров'я, передбачають бажання ефективно, оперативно, гнучко вирішувати повсякденні життєві завдання не лише на основі володіння вже наявною, застарілою інформацією, а й на основі готовності вчитися, змінюватися, апробувати зовсім нові для себе способи спілкуватися, презентувати власні знання, вміння, способи відновлення збалансованості та креативності.

Ще однією універсальною технологією є *технологія вчасної фіксації “сліпих зон уваги”*.

Ідеться про характерну для травмованої людини тимчасову психологічну сліпоту щодо певних аспектів свого життя. Повернувшись із фронту чи з окупованої території, людина непомітно для себе ігнорує наявні, але небажані зміни, які з нею відбулися. Наприклад, вона чомусь вносить неконструктивні зміни у власний денний розпорядок: спить удень і не спить уночі, перестає виходити з дому, не відповідає на повідомлення і телефонні дзвінки. І всі ці симптоми неблагополуччя сама людина досить довго не помічає, нехтує, ігнорує. Виникає тимчасова психологічна сліпота щодо щоденної багаточасової зануреності в інтернет, ігноруються сімейні негаразди, що виснажують і руйнують стосунки. У темну, сліпу зону уваги потрапляє і зловживання алкоголем, який нібито заспокоює і відволікає, а насправді відчутно сповільнює процеси відновлення.

Як психолог може допомогти в цій ситуації? Ефективною в таких випадках стає *техніка опису власного дня*. Бажано поговорити з травмованою людиною про те, як вона тепер організовує час свого життя, як проводить свій типовий день з ранку до ночі. Слід поцікавитися, які нові уподобання, звички в неї виробилися; чи змінився сон, його тривалість, час засинання і прокидання; як вона одягалася раніше, а як тепер; чому вона тепер постійно в старезних джинсах; чому перестала відповідати на електронні листи, звернення до неї в соціальних мережах.

Не менш ефективна в загальному інструментарії даної технології вже описана вище *техніка активізації бажання самозмін*. Людину розпитують, чи подобаються їй такі зміни в повсякденному житті, які непомітно стали звичками; як, на її думку, вони впливають на її загальний стан, настрій, розуміння з боку оточення. Усвідомлення того, що раніше не привертало уваги, стає першим кроком до подолання вибіркової психологічної сліпоти. Виявивши “мертві зони

уваги”, усвідомивши їхній гальмівний вплив, людина поступово повертається до колишніх способів самоорганізації життя чи засвоює нові, більш ефективні способи.

Щоб посилити периферичне бачення людиною тих аспектів життя, які опинилися в “сліпій зоні уваги”, бажано використовувати *техніку розфокусування*. Адже надмірна зосередженість на чомусь одному не лише шкодить цілісному баченню всієї картини, а й ослаблює людину, виснажує її ресурси. Як свідчать найсучасніші нейрофізіологічні дослідження, далеко не завжди надмірна увага забезпечує найкращу продуктивність. Гіперфокусування не лише виснажує префронтальну кору мозку, а й негативно впливає на співчутливість, здатність людини пропонувати допомогу постраждалим [Пиллэй, 2018]. Отже, важливим є так зване “розфокусування”, тобто здатність не тільки зосереджуватися, а й відволікатися, збалансовувати фігуру і фон, великий план і панорамну картинку.

У поступовому витісненні “сліпих зон уваги” велику роль відіграє універсальна *техніка активізації рефлексивності*, яка передбачає розвиток здатності до самоусвідомлення, хисту бачити себе ніби очима інших. Люди дуже відрізняються одне від одного ступенем розвитку цієї здібності, появу якої можна трактувати як виникнення своєрідного “метамозку”, за висловом М. Чиксенміхайї. Поки рефлексивність залишається нерозвиненою, людина перебуває під тиском спадкових, генетичних програм і не може вирватися з-під їхньої влади.

Якщо людина страждає від надмірної імпульсивності, що нерідко посилюється внаслідок травмування, одного рефлексування замало. Подолати імпульсивність, дратівливість, неконтрольовані спалахи гніву та розвинути стриманість, виваженість, навіть певною мірою холонокровність у ході обговорення тих аспектів життя, які досі ігнорувалися, стає можливим насамперед за допомогою *техніки самоконтролю*. Внутрішній контроль розуміють як віру людини в те, що вона здатна впливати на хід життєвих подій. Регулюючи емоційні стани, самоконтроль сприяє формуванню і закріпленню численних навичок самоопанування.

Форми роботи, в яких практично використовуються відповідні технології, можуть бути дуже різними: щотижнева індивідуальна або групова робота, кількаденні сесії, тематичні майстер-класи тощо.

3.3. Психологічні технології на базисному етапі реабілітації

На другому – базисному – етапі реабілітації основною технологією покращення особистісного здоров'я стає відновлення здатності особистості до життєтворення, що включає готовність до самотрансформацій, здатність до конструктивного реагування на несподіванки, бажання поліпшувати способи самореалізації, відкритість до нових контактів. Складовими цієї технології є 1) технологія відновлення творчого проектування власного майбутнього за допомогою зважених і відповідальних життєвих виборів, 2) технологія апробацій оновленого життєвого проекту за допомогою актуальних та оперативних життєвих завдань, 3) технологія успішної реалізації поставлених завдань за допомогою все більш успішного перепристосування до мирного життя, компетентного практикування (рис. 3.2).

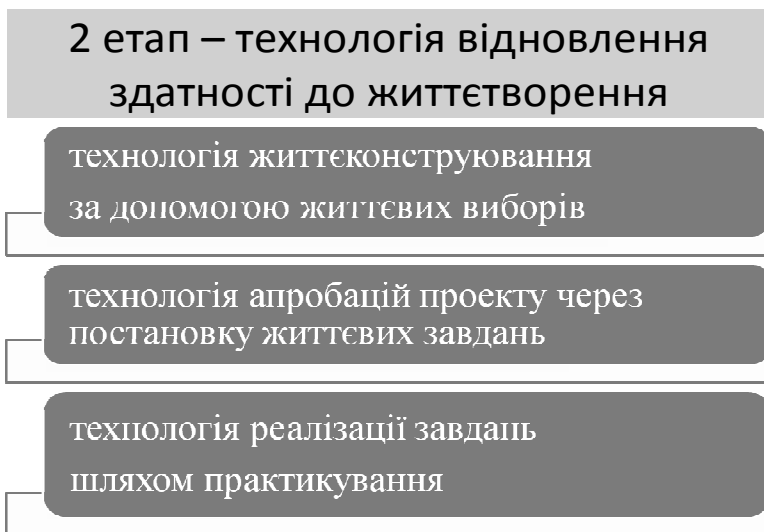


Рис. 3.2. Провідні технології, що використовуються на базовому етапі психологічної реабілітації

Перша технологія, яку ми розглянемо на базисному етапі реабілітації, це *технологія відновлення готовності до відповідальних, самостійних життєвих виборів, що сприяють активізації життєздійснення*. Переживши травму, людина певний час намагається жити, уникаючи будь-яких виборів, відкладаючи, забуваючи, витісняючи необхідність вибирати. Чому? Бо не треба руйнувати стереотипів, ризикувати, брати на себе зайву відповідальність. Тому що не вистачає внутрішніх ресурсів для цієї складної, не дуже приємної діяльності, яка передбачає достатню вмотивованість, послідовність, мужність, стійкість.

Щоб сформуванню готовності до здійснення життєвих виборів, необхідно пробудити в людини бажання щось у власному житті змінювати. Адже незадоволеність собою, внутрішню неузгодженість, хронічні конфлікти з оточенням можна поступово подолати, якщо відмовитися від звичного і зручного існування. Самовиправдовування тих, хто не готовий нічого змінювати, звучать зазвичай так: “Якби ти пережив таке, як я, може, і ти б нічого не робив місяцями”, “Хто б мені вказував! Поки я був під обстрілами, ти тут ремонт у квартирі робив, у відпустку їздив”.

Особливу увагу слід приділяти тим людям, які втратили віру в себе, у свої можливості змінюватися, розвивати колишні здібності, прилаштовуватися до нового, мирного життя. Їм треба допомагати позбавлятися диктату старих звичок, поширених стереотипів, згідно з якими пережиті страждання виправдовують пасивність, відстороненість від людей, небажання працювати. Вони конче потребують всілякої підтримки з боку найближчого оточення, схвальних інтервенцій з боку психотерапевта.

Актуальною знов стає вже описана *техніка підтримки бажання самозмін*. Але на цьому етапі реабілітації вона ускладнюється і конкретизується. Якщо раніше людині пропонувалося згадувати ті періоди життя, коли їй хотілося змінюватися, то тепер важливо показати, що зміни потребують зваженого рішення. Людина має самостійно обрати якусь одну з альтернатив, що означає відмову від іншої можливості. Вона, наприклад, має вирішити, чи буде намагатися жити так, як це було до війни, чи розпочне новий етап свого життя і знайде для себе такий спосіб реалізації, який їй на сьогодні найбільш

ше влаштовує. Тому важливою стає *техніка підвищення відповідальності за власне життя*.

Переживши травму, деякі люди стають досить егоцентричними, зосередженими на собі, на власних стражданнях та привілеях. Вони не готові робити вибір, зважувати альтернативи. Їхні повсякденні рішення зазвичай імпульсивні, спрямовані на задоволення якогось гострого, по-дитячому жагучого бажання. Психолог має допомогти таким людям розвинути саморегуляцію. Для цього доцільно скористатися *технікою відтермінування задовольень*, адже життєвий вибір – це не пасивне потурання власним потягам. Вибір, який дійсно внесе зміни в життя, поліпшить його якість, передбачає орієнтацію на значущі цінності, уміння порівнювати альтернативи, моделювати можливі наслідки. Лише бажання навчатися, засвоювати досвід своїх помилок, враховувати інтереси інших, розуміти їхні потреби може підштовхнути до усвідомленого і відповідального вибору бажаного майбутнього.

У роботі з надміру старанними, ригідними, сумлінними людьми, які не роблять самостійних життєвих виборів тому, що вважають це небезпечним (“нічого не змінюючи, не зробиш помилку – це не так страшно, не так відповідально”), бажано використовувати *техніку пробудження інтересу до нового*. Кожний крок у нове, невідоме може бути як притягальним, привабливим, цікавим, так і таким, що напружує, насторожує, лякає. Тому не слід забувати і про численні *техніки роботи зі страхами*, серед яких чимало арт-терапевтичних. Також корисними будуть *техніки тренування гнучкості*, тобто вміння переводити увагу, змінювати вид діяльності, спосіб спілкування, форми проведення вільного часу тощо.

Робота психолога з тими, хто цінує внутрішню свободу, самостійність, але не готовий брати на себе персональну відповідальність за свої вибори, враховуючи при цьому думки і позиції тих, хто поруч, передбачає використання *техніки зміни фокусу автобіографування*: бачення себе, свого оточення, власного життя в цілому. Фокуси можуть бути різні, у тому числі і не дуже ефективні з погляду реабілітації. Наприклад, для осмислення власного життя і створення історії про нього (автобіографічного нарративу) може використовуватися так званий его-центрований фокус. У цьому разі історія буде зосереджуватися виключно на ролі автора у всьому, що відбувалося, і демонструвати сконцентрованість на собі, своїх виборах, домаган-

нях, успіхах. Автор, який має травматичний досвід, нерідко вирішує, що його функція віднині – усіх повчати, виховувати, усім все пояснювати, бо ніхто більше не має такого унікального досвіду і нічого правильно не розуміє. Такі категоричні монологи деяких ветеранів без поваги до інших думок та оцінок часто-густо трапляються в соціальних мережах, засобах масової комунікації, навіть у виступах з трибуни Верховної Ради.

Протилежний фокус автобіографування має назву его-децентрованого. Коли він превалує, в осмисленні травматичної ситуації і життя загалом акцент робиться не на собі, а передусім на оточенні – на значущих людях, друзях і ворогах, однодумцях й опонентах, з якими людина разом пережила складні часи, на їхніх впливах на його життя. Аналізуються дії і вчинки людей, що спровокували екстремальні ситуації або, навпаки, допомогли виплутатися з небезпечних обставин, а власна роль у пережитому мінімізується. Так людина уникає відповідальності за негативний розвиток подій або ж демонструє свою готовність адекватно оцінити власний внесок у позитивну динаміку. Тому бажано не лише стимулювати переведення фокусу автобіографування з его-центрованого на его-децентрований, а й навпаки.

Ще одна технологія на базовому етапі реабілітації – *технологія моделювання майбутнього за допомогою усвідомлення життєвих домагань та постановки актуальних життєвих завдань*, що сприяють вибору актуального вектора життєздійснення.

Щоб усвідомити власні домагання, потрібно володіти *технікою первинного структуруванню майбутнього*. Ідеться тут уже не про бажання змін, не про мрії, як на попередніх етапах реабілітації. Мається на увазі більш складна діяльність самопроєктування, що передбачає цілеспрямоване накладання на картину власного майбутнього своїх випереджальних очікувань, прагнень, сподівань. У моделюванні майбутнього досить ефективною може бути також *техніка реалістичного оцінювання власних обмежень* (індивідуальних, вікових, статевих), адже їх ігнорування суттєво знизить ефективність самопрогнозу. Доцільно також використовувати *техніку зважування майбутніх зусиль*, яких слід докласти, щоб отримати бажаний результат. Інколи “ціна питання” виявляється надто високою, і тоді краще заздалегідь відмовитися від таких життєвих проєктів, відкоригувати їх відповідно до наявних ресурсів.

Важливою є *техніка своєчасного самозадачування*, що зорієнтовує життєдіяльність людини на період життя між певними значущими подіями. Так період від травматичної події до наступної, яка свідомо планується, завдяки правильно поставленим перед собою життєвим завданням набуває вираженої цілеспрямованості. Завдяки відновленню вміння своєчасно ставити перед собою життєві завдання особистість конструює нові життєві смисли, трансформує життєву траєкторію, поступово конструює оновлену ідентичність.

У межах моделювання майбутнього *техніка редагування власного життєпису* полягає в тому, щоб допомогти людині усвідомити, навіщо, з якою метою вона “вимальовує” у власній пам’яті та уяві історію власного життя, що це їй дає. Важливо запитувати, коли вона раніше зосереджувалася на побудові послідовної й несуперечливої автобіографії, коли думала про минуле, теперішнє і майбутнє, коли відчувала власну відповідальність за те, як розгортається її життя. Так поступово згадуються колишні кризові життєві ситуації, коли людина страждала від нерозділеного кохання, втрачала роботу, переживала зраду, розлучалася, тяжко хворіла. Виникає розуміння того, що наші життєписи виникають, редагуються, переінтерпретовуються кожного разу, коли ми опиняємось в екстремальній ситуації, стоїмо перед складним і болючим життєвим вибором.

Тут ідеться про пряму чи латентну відповідь на запитання: “Заради чого створюється певна життєва історія?”, “Що хоче сказати нею собі чи іншим її автор?”. Тобто аналізується смислове навантаження автонаративу, що неможливо без аналізу причинних мереж, які при цьому вибудовуються. Буває, що розповідь постраждалої людини ніби тупцює на одному місці, постійно повторюючись, переповнюючись дрібними деталями, і тоді психологу доводиться своїми репліками і запитаннями пробуджувати енергію оповідача, привносити динамічність і цілеспрямованість в оповідання.

Екзистенційні ситуації, з яких складається травматичний досвід, допомагають осмислити перебування на межі між знайомим і незнайомим світами, коли людина не відчуває свою належність до якогось одного з них, а живе ніби на самій межі, інтенсивно намагаючись автономізуватися від зовнішніх умов і по-новому самоідентифікуватися. Оскільки рубіж, межа, перехід між знайомим, звичним, повсякденним існуванням і новим, невідомим буттям стає актуальним місцем особистісної життєпобудови, то *техніка моделювання*

межі доповнює складений нами перелік технік реабілітації, що сприяють постановці і реалізації життєвих завдань.

Ефективною є *техніка змінювання адресатів*, яким наратор готовий розповісти свою травматичну життєву історію. Оповідь про себе і своє життя зазвичай адресована конкретному слухачеві, далеко не завжди з числа значущих Інших. Це можуть бути і досить випадкові, незнайомі досі супутники, сусіди по палаті в госпіталі чи санаторії. Водночас власну життєву історію ми завжди хотіли б переказати певному ідеальному реципієнтові, тобто такій людині, яка змогла б справді зрозуміти все те, що хочеться передати. І не лише зрозуміти, а й відчутти, пережити в резонансі з нами. Таким ідеальним співрозмовником для багатьох стає кохана людина, мати, брат чи сестра. Створюючи власну історію про пережите, ми завжди думаємо не тільки про випадкових і бажаних слухачів, а й про людей, яким ні за що б не хотіли переповідати свої страждання. Така рефлексія з урахуванням можливих зловтішних реакцій наших недругів теж дає змогу по-новому, глибше усвідомити все, що трапилося. І, нарешті, ми адресуємо свою оповідь самим собі, саме так відкриваючи для себе нові смисли, висвітлюючи приховані взаємозв'язки між подіями.

Отже, якщо допомагати авторові, коли він викладає історію власного життя, час від часу змінювати одного адресата на іншого, це сприятиме розхитуванню певної лінійної логіки його оповідання, посилюватиме рефлексування, сприятиме асиміляції травматичного досвіду. Залежно від адресата, який або зрозуміє, підтримає, буде пишатися, або ж буде заздрити чи засуджувати, змінюватиметься і відповідальність за моделювання майбутнього, і бачення всієї життєвої історії в цілому.

Постраждала людина нерідко обговорює свої життєві перипетії і плани на майбутнє із психотерапевтом, психологом-консультантом, соціальним працівником, волонтером. Завданням кожного з них є створення умов не лише для осмислення пережитого в минулому, а й акцентування впливу минулого на актуальний стан людини і, що найголовніше, – на її життєві перспективи.

Техніка діалогового пошуку подієвих зв'язків, яку використовує психолог чи волонтер, полягає в стимулюванні самоаналізу і моделюванні різних варіантів майбутнього відповідно до життєвих завдань, які людина ставить перед собою сьогодні. Саме у відвертому

діалозі травмована людина починає поступово розуміти, що відібрані для розповіді фрагменти виникли в її пам'яті не випадково – у них сконцентровано певний смисл. Надалі консультант своїми запитаннями стимулює поєднання окремих сюжетів у велике оповідання про себе, що охоплює не тільки довоєнний період, нещодавно пережиті травми, а й майбутню успішну самореалізацію.

Коли людина побачить, що поставлені нею раніше життєві завдання спрямували її на таке теперішнє, яке вона переживає сьогодні, вона буде більш готовою до випереджальної адаптації до наступного етапу. Вона поступово проаналізує, як сформулювала життєві завдання на основі осмислення, переробки набутого досвіду, як обрала для себе героїчний, пригодницький сюжет, у якому рятує і захищає, чи сюжет жертви, яка страждає і чекає на допомогу.

Наступна технологія на базовому етапі реабілітації – ***технологія оптимізації практик життєздійснення відповідно до життєвого етапу.***

Практики як повторювані поведінкові акти життєконструювання сприяють акумуляції не лише індивідуального досвіду особистості, а й досвіду тих людей, хто був з нею поруч, переживав ті самі травматичні події. Практики стають синтетичним продуктом злиття зовнішніх обставин, особистісних очікувань та навичок спільноти. Завдяки практикам, до яких приєднується особистість, її поведінкові вияви стають повторюваними, колективними, спільними, полегшуючи адаптацію до нових умов життя та сприяючи самооновленню.

Життєва криза, катастрофа, тривала травматизація стають підставою для вироблення нових перетворювальних практик, завдяки яким людина виводить себе з небезпечного поля уламків, фрагментів пережитого. Серед технік, що допомагають практикуванню, слід назвати *техніку подолання калейдоскопічності спогадів*, задоволення потреби в хронологічній послідовності, вибудовуванні цілісної життєвої історії.

Наступна – *техніка зміни масштабу пережитого*. Психолог стимулює травмовану людину переосмислити другорядні деталі власної історії, роль випадкових персонажів, спостерігачів. Коли людина зацікавлюється тим, що колись залишилося непоміченим, вона змінює інтерпретативні акценти. Це підвищує рівень самоусвідомлення та коригує ставлення до себе і пережитого.

Ще одна техніка практикування – *техніка спільного бачення життєвої ситуації*. Вона передбачає досягнення під час тренінгової, групової роботи поєднання в інтегративну цілісність індивідуального досвіду переживань, оцінок, передбачень і досвіду тих, хто був поруч з травмованою людиною і пережив ті самі події. Завдяки такій роботі окрема людина розподіляє відповідальність між собою і товаришами та виробляє способи поведінки, адекватні для спільноти. У кризових, екстремальних ситуаціях такі практики допомагають з'ясувати, що насправді відбувається, знайти причини стрімкого і несподіваного розвитку подій, зрозуміти мотиви власних імпульсів і поведінки оточення.

Якби людина не належала до певних груп, колективів, спільнот, вона б потребувала дуже багато ресурсів, щоб відновити втрачений зв'язок часів, подолати смислові розриви, створити нову конструктивну історію життя, в якій пережите не замовчується, не ігнорується, а певним чином пояснюється, коментується, інтерпретується. Тільки завдяки практикуванню поступово долається типова для травми втрата послідовності, причинно-наслідкових зв'язків, надмірна фрагментованість історій життя. Будучи спільними, формуючись насамперед у груповій діяльності, практики сприяють подоланню розривів значущих стосунків, змінюють способи самореалізації, модифікують ідентичність.

3.4. Технології самозбереження на підтримувальному етапі реабілітації

На третьому етапі реабілітації, який має назву підтримувального, профілактичного, цілеспрямована консультативна і психотерапевтична робота спеціаліста з людиною, що постраждала внаслідок тривалого травмування, поступово завершується. Надалі клієнт, який з допомогою професійного психолога успішно пройшов підготовчий і базисний етапи реабілітації, засвоїв навички самостійної підтримки бажаного стану власного психологічного здоров'я, працює самостійно.

Найважливішими технологіями цього етапу реабілітації є технологія переінтерпретації травматичних спогадів і технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу (рис. 3.3).

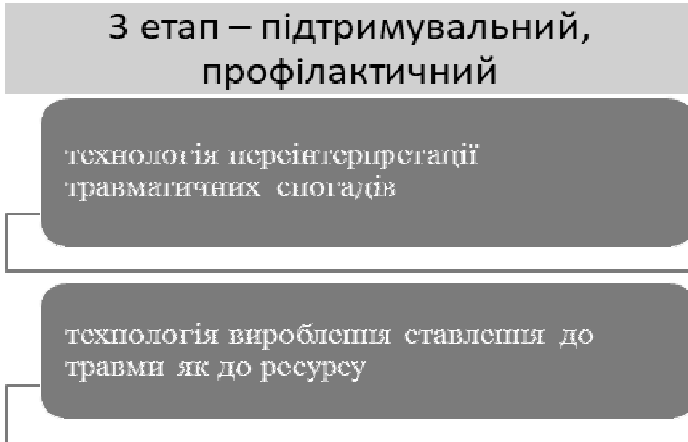


Рис. 3.3. Технології, що використовуються на третьому, підтримувальному етапі реабілітації

Розгляньмо насамперед **провідну технологію самовідновлення – переінтерпретацію історії життя**, що полягає в постійному оновленні автонаративу як композиційно-сміслового стрижня життєтворення.

Чим більше досвіду подолання травматичних станів має особистість, чим більш розвинена в неї здатність осмислювати пережиті, інтерпретувати переживання з приводу наповнених травматичним змістом моментів життя, пов'язуючи їх з власним минулим і майбутнім, тим легше відновлюється втрачена цілісність, поліпшуються стосунки, виникають нові життєві перспективи, покращуються можливості самореалізації, зростає професійна ефективність. У новій історії про себе особистість постає, з одного боку, як головний герой, що переживає численні драматичні колізії, страждаючи, лякаючись, гніваючись, занурюючись у самотність, проявляючи турботу про товаришів, співпереживаючи тим, хто постраждав сильніше. А з другого боку, особистість у власній історії завжди виступає як

автор, який хоче, щоб його варіант відтворення пережитих подій був максимально повним, реалістичним і водночас несподіваним, неординарним, гідним уваги тих, кого він готовий з власною історією ознайомити.

Доречно використовувати послідовно *техніку усвідомлення Я-чуттєвого і техніку стимулювання Я-рефлексивного*, оскільки наш життєвий досвід по-різному переробляється цими різними частинами особистості, як це підтвердив своїми експериментами Д. Канеман. “Я, що переживає” вибудовує зовсім коротенькі історії, відповідаючи на конкретні запитання: “Що відчув? Коли...?”, “Що робив? Коли стало страшно?”, “Як поводитися товариші?”. Ці маленькі історії майже ніяк не пов’язуються із загальною історією життя людини, з дуже значущими в минулому подіями, довоєнними планами. А от “Я, що інтерпретує” прагне докладно відповісти на запитання “Як змінилося і як змінюється моє життя після пережитого?”, “Чому можна сказати, що я став іншою людиною, ніби вдруге народився?”, “Як трансформувалися мої інтереси, наміри, уподобання?”.

Оскільки чуттєве і рефлексивне Я продукують різні історії про пережите, кожна особистість має одночасно кілька версій трактування актуальних травматичних подій, серед яких домінує рефлексивна, інтерпретативна. Саме рефлексивне Я приймає важливі рішення щодо ігнорування певних життєвих епізодів, витіснення надто руйнівних переживань, перетворення випадкових інцидентів на справжні події, що насичуються деталями, об’єднуються в продуману композицію. Чуттєве Я допомагає слухачеві або читачеві на заключному етапі презентації вже готової оповіді. У такий спосіб біографічний автонаратив постійно видозмінюється, переписується, редагується. При цьому трансформується не лише його зміст і спрямованість, а й сам наратор, його ідентичність. Важливою смисловою одиницею переосмисленої життєвої історії може стати новий зв’язок між подіями минулого, актуальними травматичними подіями та уявними життєвими перспективами. Новий погляд на власне життя, нові оцінки його насиченості, динаміки, ефективності, інакше розуміння власних можливостей, якостей, умінь сприяють відновленню травмованої особистості, покращенню її психологічного здоров’я.

З-поміж ресурсів реабілітації комунікативний є чи не найпопулярнішим. І тому наступна техніка самовідновлення – це *техніка розвитку толерантності*, що передбачає прийняття інших людей з

їхніми несхожими поглядами, вироблення більш гнучкого ставлення до різних, інколи протилежних, поглядів на те, що відбулося. Не менш значущою для травмованої людини є і *техніка підвищення життєздатності сімейного середовища*. Життєздатна сім'я стає живильним простором підтримки, зцілення, відновлення постраждалої людини за умови готовності всіх членів сім'ї приймати одне одного такими, якими вони є в цей момент, з інакшим досвідом, не зовсім схожими поглядами, цінностями, життєвими орієнтирами. Адже така сім'я найбільшою мірою здатна адекватно відповідати на стреси різної генези, використовуючи власні копінги та ресурси, зберігаючи власну структуру, здатність до адаптації і розвитку [Махнач, 2016].

Переосмислення власного життя і своєї ролі в його побудові після травми зазвичай відбувається не лише у формі складання текстів-оповідань про те, що трапилося (вони мають назву наративних, сюжетно організованих). Крім таких розповідей, у яких діє головний герой (автор) та інші персонажі, усі ми вдаємось і до текстів-роздумів, які називаються ментативами. *Техніка наративізації власного життя* допомагає нам відновити цілісність життя, відповідаючи на запитання “Хто? Що робив? Де? Коли? Чим усе скінчилося? Що буде далі?”.

Використовуючи ментативну техніку самовідновлення, ми розмірковуємо про інше: “Що означає така поведінка? Чому в стані страху хтось завмирає, а хтось починає діяти ще активніше? Як пояснити собі почуття відрази, яке виникає щодо певних людей? Чи зможу я колись знову довіряти тим, хто вчинив негідно?”. Використання *техніки створення ментативу з приводу пережитого* стає в пригоді, як було показано вище, і для нового монтажу вже відомих аспектів життя. Травматичні фрагменти вмонтовуються у власний життєпис не як його центр, а як ілюстрація власної витривалості, стійкості, сміливості.

Техніка фрагментації наративу дає змогу перейти від режиму розповіді до режиму її осмислення, інтеграції задля глибшого розуміння пережитого і його ролі у власному житті. Ідеться про усвідомлення величезної смислової відстані між окремими наративами, наприклад про власне мирне професійне життя і про нові професії воєнного та повоєнного часу. Під час довільної, осмисленої зупинки у створенні власної життєвої історії людина мовчки переживає і переосмислює старі і нові події, зв'язок між якими ще не може передати

словами. Завдяки наративним паузам як періодам значущого мовчання людина інакше бачить причини власної пасивності, неефективності, недостатньої реалізованості, інакше аналізує стосунки, які здавалися найважливішими, але якимось швидко і непомітно погіршилися чи навіть перервалися. Невербалізовані пустоти в життєпобудові створюють напруження наративної конструкції, яка ніби розпадається на окремі внутрішньо завершені й автономні фрагменти. Так пустоти сприяють породженню нової смислової наповненості життєвої історії в цілому.

Отже, *техніка штучного утворення пауз*, тимчасових зьянь у сюжеті, розривів в оповідній тканині оптимізує життєтворення, бо саме такі пустоти стають своєрідними точками біфуркації. У цих точках травматична сюжетно-нاراتивна інтрига переривається, розгалужується й історія життя автора стає кількома історіями реалізованих і нереалізованих можливостей героя і значущих для нього людей, а також тих, хто його слухає, сприймає, намагається зрозуміти. Інколи паузи допомагають переходити від якихось ірраціональних відчуттів з приводу того, що відбувалося, до все більш осмисленого, раціонального оповідання. Відповідно змінюються стани, настрої, очікування людини, яка оповідає, і людини, яка слухає оповідання, перебуваючи з нею в діалозі. Саме паузи перемикають певний реєстр у саморозумінні, самоінтерпретуванні, оздоровлюючи, відновлюючи, розвиваючи особистість.

Наратив про власне життя не обов'язково має бути словесним, вербальним. Нерідко людина створює свій життєпис із образів, бачить власне життя як сон, колаж із окремих картинок, гостросюжетний фільм чи спектакль, який розігрують актори на сцені. У таких випадках вона залишається стороннім спостерігачем і може не зсередини, а збоку, здалеку бачити всі ті колізії, що кардинально змінили її життя. Так спрацьовує *техніка створення емоційної дистанції*, що допомагає тимчасово відсторонитися від болісних спогадів на безпечну відстань, необхідну для накопичення сил, відпочинку, подальшої мобілізації для роботи над собою.

Наступною технологією відновлення на підготовчому етапі стає *технологія вироблення нового ставлення до травматичних вражень і спогадів як до ресурсу*.

Сьогодні більшість ветеранів знають про посттравматичні стресові розлади і схильні часом перебільшувати їх поширеність, а

от про посттравматичне зростання багато хто з них навіть не чув. Насправді життєві випробування, через які довелося пройти, травмиють далеко не всіх, не у всіх викликають складні посттравматичні розлади. Про цілком реальну можливість, високу ймовірність позитивних посттравматичних змін має знати якомога більше людей. Тому слід спеціально впроваджувати *техніку психоедукації*, тобто інформування не лише про негативні наслідки травматизації, а й про можливість конструктивного самооновлення, про високу ймовірність посттравматичного зростання. Таке знання саме по собі стає ефективним профілактичним засобом перед загрозою можливих у подальшому житті нещасних випадків, стихійних лих.

Отже, після будь-якої травми у багатьох людей (від 30 до 70 % постраждалих) настає період посттравматичного зростання, тобто позитивних змін у житті, що відбуваються в результаті прийняття нової посттравматичної реальності. Швидкість й успішність посттравматичного зростання забезпечується засвоєнням, переосмисленням, інтеграцією набутого болісного досвіду.

Посттравматичне зростання проявляється: 1) у налагодженні більш глибоких стосунків із значущими людьми; 2) у розумінні власного Я як не лише чутливого і вразливого, а й сильного і витривалого; 3) у здатності переживати вдячність долі, Богу, вищим силам за кожний прожитий день; 4) у потребі проявляти свої схильності, розвивати здібності, самореалізовуватися, а не лише заробляти гроші. Посттравматичне зростання, якщо людина дізналася про його можливість і високу ймовірність, повірила у власні сили, стає потужним мотиватором самовідновлення. Коли людині вдається конструктивно переосмислити власні переживання, пов'язані з війною, зростає її життєстійкість, покращується здатність до саморегуляції, посилюється прагнення відновити власну цілісність, подолати відчуження від оточення, відшукати нові життєві орієнтири.

Емпіричні дослідження посттравматичного зростання учасників бойових дій проводяться у США з початку 90-х років ХХ століття (G. Elder, E. Clipp та ін.). У результаті лонгітюдного дослідження визначено, що від 60 до 70 % ветеранів визнають такі позитивні наслідки воєнного досвіду: освоєння більш високих рівнів копінгу, підвищення самоконтролю, самодисципліни, зростання незалежності, розширення планів на майбутнє. Люди відчувають упевненість, що вони справді здатні впоратися з найскладнішою екстремальною си-

туацією, подолати будь-які негаразди. Вони фіксують розвиток навичок співпраці, взаємодії з товаришами, говорять про те, що в умовах воєнного часу навчилися більше цінувати життя, бути вдячними за нього. Ті, хто пережив особливо тяжкі бої, відчувають, що стали більш наполегливими і стійкими порівняно з ветеранами, що мали незначний досвід бойових дій. Через багато років ветерани оцінюють війну як знаковий, поворотний момент їхнього життя, що сприяв швидкому дорослішанню, появі більшої самостійності, соціальної незалежності, поліпшенню стосунків молодих людей з батьками, розкриттю можливостей для здобуття вищої освіти тощо. Ізраїльські ветерани також говорять про зростання особистісної зрілості, само впевненості, гідності, про формування більш позитивного погляду на життя, більшу задоволеність своєю родиною, розвиток здатності відділяти головне від тривіального [Осьодло, 2017, с. 65–70].

Серед найефективніших технік посттравматичного зростання слід назвати *техніку позитивної переоцінки ситуації*. Завдяки цій техніці людина навчається сприймати будь-які події свого життя, зосереджуючи увагу передусім на світлій стороні речей, вимальовуючи позитивну перспективу навіть дуже травматичного інциденту, а не занурюватися в страждання, похмурі передчуття і негативні прогнози. Якщо людині вдається вчасно конструктивно переключити реєстр власних переживань, пов'язаних з травмою, її життєстійкість суттєво підвищується. Пережиті випробування загартовують людей, стаючи стимулом для особистісного зростання.

Жорсткі вимоги, яким має відповідати людина в складні часи, можуть обернутися щедрими перспективами, особливо якщо вона розумітиме, що проживання складних часів вимагає значних енергетичних витрат, мужності, терпіння, сміливості, вміння переборювати перепони, долати себе. Отже, звернімо увагу на *техніку перетворення енергії стресу*, яка докорінно змінює ставлення до воєнної травматизації. Людина знає, що зовсім не обов'язково ставати жертвою життєвих випробувань, що далеко не кожний стрес викликає посттравматичні розлади, що енергію стресу можна навчитися ефективно використовувати [Макгонігал, 2017].

Нове ставлення до стресових реакцій як до ресурсу суттєво посилює імунітет до травматизації, на який впливає і *техніка покращення контактування з оточенням*. Вона передбачає пошук нових способів взаємодії, перегляд колишніх симпатій-антипатій. Про зна-

чення цієї техніки розповідають колишні військовослужбовці, згадуючи, як під час бойових дій особливо гостро відчули, усвідомили, зрозуміли, наскільки дорогими є для них люди, що залишилися вдома і чекають на їхнє повернення, як багато залежить від товаришів, яким довіряєш.

Посттравматичному особистісному зростанню сприяє *техніка відновлення здатності до сенсотворення*. Війна вимагає від кожного розгорнутого, аргументованого, усвідомленого вирішення завдання на смисл, яке в мирні часи відбувається згорнуто, не досить усвідомлено, непомітно.

Серед важливих технік слід назвати і *техніку поглиблення уваги до себе*, що передбачає зміну ставлення до власного життя і своєї ролі в життєпобудові. Навіть ті люди, які ніколи раніше не замислювалися про власну роль у життєтворенні, які звикли жити в нерексивному режимі, після травматизації починають крок за кроком вчитися якомога реалістичніше сприймати, усвідомлювати, оцінювати, інтерпретувати те, що відбувається в житті, відчуваючи власну відповідальність за кожний вчинок, кожне життєве рішення.

3.5. Форми психологічної допомоги та самопомоги

Якісні реабілітаційні послуги мають надаватися професійно компетентними спеціалістами, бути достатньо тривалими, а головне – доступними постраждалим незалежно від місця їхнього проживання (мегаполіс, райцентр чи село) та платоспроможності. Участь у соціально-психологічній реабілітації мають брати спеціалісти різного профілю, адже проблема травми війни є складною і комплексною. Тому потрібно об'єднувати зусилля практичних, клінічних, військових психологів, лікарів, соціальних працівників, реабілітологів, працівників медіа, волонтерів, громадських активістів і багатьох інших.

Крім професійної психологічної допомоги, в американських реабілітаційних центрах використовують також допоміжні форми роботи, які називають альтернативними цілющими модальностями. Це заняття з релаксації, різні види масажів, арт-терапія, літературна

творчість, терапія з участю домашніх тварин (котів, собак, коней тощо), рекреаційна терапія.

Про роботу одного з провідних реабілітаційних центрів у штаті Коннектикут можна почитати на їхньому сайті за адресою <http://www.erreraccc.com/>. Центр надає допомогу ветеранам, що борються із психічними захворюваннями та/або зловживанням наркотиками, допомагає бездомним і старим людям. За безпосередньої підтримки міської громади команда міждисциплінарних фахівців забезпечує комплекс реабілітаційних програм, серед яких денний стаціонар та кризові програми екстреного втручання, програми допомоги в професійній переорієнтації, пошуку роботи, вирішенні житлових проблем. Проводиться також інформаційно-пропагандистська робота, орієнтована на бездомних; надаються юридичні консультації; працюють програми, що включають різноманітні оздоровчі заходи, роботу спортивних секцій тощо. Частина програм підтримується державним та регіональним фінансуванням, частина – забезпечується грантами, добровільними благодійними внесками.

Саме в співдружності із спеціалістами різних профілів психологи надають людям, що потребують реабілітації, найбільш ефективну допомогу. Їхня роль у командній роботі полягає насамперед у демістифікації складностей, що їх переживає травмована людина, у посиленні віри в себе, визначенні пріоритетних потреб. Вони частіше проводять так звану “терапію на ходу” (therapy by walking around), у коридорах і холах реабілітаційного центру, ніж повноцінні психотерапевтичні інтерв’ю за зачиненими дверима своїх кабінетів, допомагаючи знизити тривогу, зняти зайве напруження, стимулюючи до участі в групах “рівний-рівному”. Для них важливо, щоб травмована людина сама усвідомила, чого вона хоче від спеціалістів, на яку допомогу очікує. Якщо людина потрапляє до стаціонару, психолог допомагає її акліматизації в нових умовах

Щоб співпраця психолога-консультанта, реабілітолога з людиною, психологічне здоров’я якої постраждало внаслідок травматизації, була продуктивною, вона не має бути короткою чи епізодичною. Крім поступового усвідомлення і прийняття пережитого, крім зміни ставлення до себе, свого оточення, власного майбутнього, людині конче потрібно навчитися наново повноцінно жити, працювати, спілкуватися, розвиватися. Вона має взяти на себе відповідальність за подальше відновлення та профілактику можливих рецидивів.

Якщо деяких ускладнень після травмування не вдається швидко позбутися, людині треба навчитися з ними жити, визнати певні обмеження, пов'язані з її станом здоров'я, але намагатися не знижувати якість життя, не відмовлятися від своїх бажань, мрій та намірів. Адже компенсаторні можливості нашої психіки просто неймовірні, і тому всім нам слід сприймати травми не як вирок долі, а як чергове випробування, що загартовує і відкриває нові горизонти.

Ідеальним середовищем для оздоровчої реабілітації після травмування є групова робота. Особливо ефективними є групи людей з однаковим досвідом травматичних переживань (наприклад, переселенців чи членів сімей військовослужбовців, що повернулися з фронту). Оптимальна кількість учасників має бути 8–10 осіб. У деяких випадках, особливо якщо групи організуються в санаторних умовах, доцільно формувати групи за певними віковими характеристиками (18–30 років, 30–45 років, 45 і старші).

Комплектуючи групи, бажано враховувати мотивацію учасників. Тим, хто позитивно налаштований щодо реабілітаційних впливів, має надаватися першочергове право на роботу із спеціалістами. Адже пізніше саме такі люди стають волонтерами, що активно допомагають психологам у роботі з комбатантами, які не вірять у можливість відновлення. Волонтерам нерідко вдається залучити своїх бойових побратимів до системної роботи з подолання наслідків травматизації, тоді як професійні психологи, які не були на фронті, зазвичай стикаються з нерозумінням, недовірою, бажанням подолати все самотужки, використанням дисфункційних стратегій (зловживання алкоголем, заспокійливими препаратами, нейролептиками та антидепресантами).

Індивідуальну та групову реабілітаційну роботу, яку скерував досі психолог-консультант, бажано продовжувати у так званих групах взаємодопомоги. Робота в цих групах сприяє прийняттю нових життєвих обставин, з якими тепер треба буде жити, і соціальних очікувань, яким треба відповідати. У групі швидше відбувається примирення з тимчасовими обмеженнями, які накладає на повсякденне життя пережита травма, оскільки взаємний досвід тих, хто має спільну долю, підтримує і заспокоює.

У сучасних американських реабілітаційних центрах активно працюють групи, які мають назву "Рівний-рівному". Учасники груп, які за власним бажанням проходять спеціальні тренінги, демонструють відтак майстерність, мотивацію, бажання допомагати своїм то-

варишам, які мають схожі проблеми, і стають так званими пір-спеціалістами. У результаті спеціального навчання вони виконують роль консультантів чи беруть участь у психологічному супроводі новачків. Пір-спеціалісти допомагають ветеранам розвивати здатність робити зважений незалежний вибір, ставити перед собою адекватні цілі, приймати життєві рішення, розв'язувати проблеми, виходити з конфліктних ситуацій, справлятися із повсякденними стресами. Участь у таких групах додає реалістичності процесові відновлення ветеранів.

Саме в групі людина швидше долає звичну непродуктивну стратегію заглиблення в жалість до себе, зануреності в стан пригніченості і страждання. Вона трактує кожну наступну проблемну ситуацію, що виникає в її сьогоденному житті, як зайве підтвердження своєї унікальної нещасливості. Сприймаючи різноманітні реакції членів групи на свої страждання – від висміювання до захоочення і співчуття, людина поступово намагається відшукати всередині себе ресурси, на які можна спертися, щоб стати більш автономною і самодостатньою.

Групова психологічна допомога людині, яка надто багато жаліється на життя, нічого в ньому не змінюючи, зосереджується на розповідях про позитивні якості (витривалість, сміливість, рішучість, оптимізм) тих, хто не скиглив, а діє. Можливість почути про чиїсь вдалі спроби знайти себе на ринку праці, заробити достойні гроші сприяє поступовому зникненню бажання бути жертвою. Група завжди активізує пошук нових сфер самоздійснення, професійної та особистісної самореалізації.

Розповіді про себе, якими члени групи діляться одне з одним, ні для того, хто говорить, ні для того, хто слухає, не є пасивними. Коли ми розказуємо комусь про себе, ми створюємо нову реальність, починаємо інакше розуміти окремі епізоди свого життя, свою роль у тому, що відбувалося. Слухач порівнює із власним досвідом, досвідом своїх рідних та знайомих те, що він чує, і непомітно для себе теж починає переструктурувати свою особисту історію, тлумачення подій власного життя.

Для людей, що гостро переживають самотність, відстороненість від оточення, нерозуміння з боку близьких, саме група однодумців протягом певного часу залишається чи не єдиним середовищем, де тебе розуміють, підтримують і приймають. Члени групи завжди знаходять у собі сили для конкретної допомоги іншим, і така

запитаність, відчуття потрібності тим, кому ще гірше, дуже налаштовують на повернення віри в себе.

Невичерпним джерелом соціального капіталу, без якого відновлення психологічного здоров'я стає досить проблематичним, крім груп само- та взаємодопомоги, є громадські об'єднання та організації, численні угруповання та асоціації, кількість яких останнім часом у нашій країні швидко зростає.

До вкрай гострої та практично незадоволеної потреби особистості в соціальній підтримці з боку громадських організацій привернув увагу психологічної спільноти американський учений Роберт Д. Путнем у своїй відомій праці "Bowling Alone: America's Declining Social Capital". Після її опублікування ще 1995 року її автор набув такої популярності, що був навіть запрошений на зустріч з тодішнім президентом США Б. Клінтоном [Putnam, 2013]. На цю книгу сьогодні посилаються чимало авторів, коли намагаються пояснити значну втрату соціального капіталу, що відбувається в громадському, суспільному, політичному житті США протягом останніх десятиріч і має серйозні негативні наслідки для кожної людини.

Серед ресурсів соціально-психологічної реабілітації чи не найпотужнішим є комунікативний. І наукові дослідження, і досвід консультування переконливо свідчать про те, що наявність друзів, членство в клубах і товариствах, спільне проживання, сімейне коло сприяють відновленню психологічного благополуччя людини. Психологи доводять, що на благополуччя, здоров'я і довголіття суттєво впливають доброзичливі емоції, які люди переживають одне щодо одного, та поведінка, спрямована на допомогу іншим [Post, p. 66].

Усе частіше використовується останнім часом і так звана непряма психологічна допомога постраждалим. Не працюючи безпосередньо із самою постраждалою людиною, спеціалісти звертаються насамперед до її оточення, що сприяє поступовим модифікаціям домашнього, професійного, дозвіллевого середовища. Наприклад, досить ефективно працювати з тими членами сім'ї учасника АТО, які йдуть на контакт із психологом та розуміють значущість коректної підтримки рідної людини, яка поки що відмовляється брати участь у реабілітаційних заходах. Це може бути мати комбатанта, його брат, сестра, дружина, близький друг. У такий спосіб інколи легше надати первинну допомогу в реадaptaції, тобто перепристосуванні до спокійного, мирного життя, коли постраждала людина через близьких їй людей поступово залучається до спілкування із спеціалістом.

Поки що не до кінця зрозуміло, чи діє соціальна підтримка на пряму, безпосередньо зцілюючи травмовану людину, чи опосередковано впливає на неї, змінюючи в позитивному ключі способи інтерпретації пережитих подій. Незаперечним є одне: стабільна соціальна підтримка має “амортизаційний, чи буферний (пом’якшувальний)”, ефект [Мейес, Елдерен ван, 2002, с. 610–613].

Однією з ефективних форм соціальної допомоги стає робота зі створення більш комфортних умов життя і праці постраждалого, здатних підвищувати його загальну, професійну, особистісну адаптивність. Так, наприклад, волонтерські організації, які працюють з ветеранами, вже сьогодні сприяють їхнім бізнесовим стартам, усіляко допомагаючи в реєстрації приватних підприємств, пошуку необхідних приміщень, наборі персоналу, рекламуванні послуг, що пропонуються. А дізнатися про такі волонтерські ініціативи, познайомитися з організаторами, зробити перші кроки до нової сфери самореалізації допомагають зазвичай друзі і члени сім’ї.

Останнім часом, коли доступ до різнобічної інформації стає все простішим завдяки використанню найновіших інформаційних технологій, значно розширюються можливості жителів невеликих містечок, сіл, де немає реабілітаційних центрів та груп взаємодопомоги. Інтернет-послуги забезпечують нові оперативні способи взаємодії психологів і їхніх клієнтів. Практично кожен, у кого є комп’ютер та доступ до інтернету, може знайти необхідну літературу із психологічними порадами і рекомендаціями та координати спеціалістів, які готові консультувати людину в скайп-режимі. Спілкування в соціальних мережах, створення онлайн-товариств ветеранів, груп дружин учасників АТО, які обговорюють усі актуальні для них проблеми, спільно шукаючи способи вирішення складних життєвих завдань, – усе це дає змогу суттєво підвищити якість професійної психологічної допомоги.

Про індивідуальні особистісні ресурси теж не слід забувати. Саме завдяки їм людина має змогу самостійно відновлюватися після численних психічних, фізичних, соціальних, духовних втрат. Тому так важливо орієнтуватися на способи психогігієни, прийоми самопомоги, які можна використовувати самостійно для підвищення стресостійкості, формування навичок самоопанування, ефективної регуляції складних емоційних станів.

Ніякі тренінги, консультації, психотерапевтичні сесії не зможуть охопити всі ті величезні маси людей, які потребують реабіліта-

ції в нашій країні. Повернення людині втраченого психологічного здоров'я має стати її власним завданням, і тоді навчання різноманітних прийомів та методів саморегуляції, формування позитивної мотивації, активних настановлень на життя та професію проходитимуть легко і швидко.

Найперше, що людина має зробити для себе, це чесно відповісти на запитання, чи може вона сама щось зробити для того, щоб підвищити рівень свого психологічного здоров'я. Насправді це завжди можливо – завжди знайдеться хоча б “невеличкий острівець позитиву”, на якому людині вдасться “залогінітися” й перепочити від емоційних штормів, слушно стверджує І. В. Березко [2017, с. 32–33]. І нехай перші спроби самостабілізації будуть непевними, хисткими, але з них поступово пробуджуватимуться нові ресурси і розростатиметься більш стабільне підґрунтя життєстійкості.

Пропонуючи різні варіанти самодопомоги, корисно було б активно перебудувати запропонований Д. Канеманом “Метод реконструкції дня”. Цей метод дає змогу зрозуміти, як людина осмислює набутий досвід і яким чином осмислює та переживає його. Їй пропонується докладно описати минулий день, розбивши його на окремі епізоди, як у кіно. Далі вона вибирає з-поміж справ, які робила, ту, що потребувала від неї найбільшої уваги. Також вона згадує і перераховує тих людей, з ким зустрічалася протягом дня. Далі за 5-бальною шкалою оцінює інтенсивність почуттів, які супроводжували кожний епізод (0 – нічого не відчувала; 5 – максимальне почуття). Кожний епізод треба також позначити як позитивний або негативний, приємний або неприємний відповідно до модальності переживань (позитивний – радість, здивування, надія, любов тощо; негативний – гнів, сором, депресія, самотність). Тепер людина може охопити поглядом увесь прожитий день і побачити, які емоції переважали, чи була вона більше під владою неприємних, а чи навпаки, приємних переживань. Крім того, такий ретроспективний самоаналіз допоможе зробити висновки щодо корисності для себе тих чи інших справ, зустрічей, прийнятих рішень.

Крім осмислення власного минулого, бажано також пропонувати способи моделювання майбутнього, адже саме майбутнє викликає у постраждалих від тривалої травматизації найбільше тривоги. Психологи використовують термін “афективний прогноз”, маючи на увазі здатність людини передбачати власні настрої та почуття, що можуть виникнути у відповідь на певні зустрічі, повсякденні справи.

Саме такі прийоми допомагатимуть оновленню особистісної цілісності і безперервності, дуже важливих для підвищення рівня психологічного здоров'я.

Ще одна техніка, яку можна використовувати самостійно для підвищення самоусвідомлення і покращення регуляції життєздійснення, може бути побудована як східці щастя Кентрила. Пропонується уявити собі (чи намалювати) східці. Кожну сходинку треба пронумерувати від 0 (внизу) до 10 (угорі). Перед людиною щодня постає питання: якщо верхня сходинка – це найкраще життя, а нижня – найгірше, то на якій сходинці я, за моїми відчуттями, стою зараз? Далі слід порівняти отримані результати з результатами минулого тижня, місяця і проаналізувати причини змін. Бажано спробувати відповісти на запитання: чому Вам здається, що Ваше життя покращилося? Що саме вплинуло на таку позитивну динаміку?

Самовідновлення передбачає, що людина вміє звертати увагу на цілі, які вона перед собою ставить. Якщо концентруватися лише на майбутньому результаті, чекаючи, коли ж його, врешті, буде досягнуто, сьогоднішнє життя проходить сіро і нецікаво. Ефективніше орієнтуватися відразу і на результат, і на способи його досягнення. Адже саме ці способи досягнення випробовуються вже сьогодні, від них можна вже тепер діставати задоволення. Цілі, які не залишаються лише мріями, а втіляються в життя, легко роздробити на маленькі етапи-кроки, щоб постійно відчувати, як Ви просуваєтеся вперед, як у Вас усе виходить, який Ви молодець.

Людина, яка поліпшує власне психологічне здоров'я, стає здатною радіти життю у всіх його виявах, і поруч із нею кожному хочеться посміхнутися і забути про свої нескінченні проблеми. Ніколи не пізно підвищувати, розвивати свій емоційний інтелект. Розвиваючи власні емоційні здібності, людина стає більш уважною до своїх близьких, що сприяє створенню захищеного від вигорання, комфортного і безпечного простору життя, відкриває перспективи до все більш повної задоволеності своїми сімейними стосунками.

Щоб самодопомога була ефективною, бажано пам'ятати про основні вектори роботи над собою: підвищення самоприйняття, розвиток комунікативної компетентності, прагнення до самореалізованості і цілісності.

Самоприйняття не передбачає зниження рівня вимогливості до себе, відмови від відповідальності і самодисципліни чи безмежної поблажливості до власних недоліків і помилок. Поліпшення само-

прийняття – це насамперед розвиток власної рефлексивності. Мішені внутрішніх зусиль: а) формування звички до перманентного само-спостереження; б) осмислення власного ставлення до мінливих життєвих обставин; в) вчасна увага до внутрішніх суперечностей, які час від часу виникають.

Висока комунікативна компетентність не передбачає простого збільшення кількості знайомих, друзів, зростання інтенсивності спілкування в соціальних мережах. Ми не можемо перетворитися з інтровертів в екстравертів, та це й не потрібно. Досягнення більш високого рівня комунікативної компетентності – це перш за все увага до формування загального доброзичливого ставлення до оточення. Мішені внутрішніх зусиль: а) зростання толерантності до інакшості тих, хто поруч, їхньої несхожості на нас, інших цінностей і пріоритетів; б) розвиток емпатійності, чуйності до переживань тих людей, з ким нас зводить доля; в) формування поступливості, здатності до компромісів заради взаєморозуміння і співробітництва.

Продуктивна самореалізація не означає, що людина має заробляти великі гроші, досягати кар'єрних висот чи безмежної влади. Більш високий рівень реалізованості та самоефективності виявляється в розгортанні внутрішнього потенціалу, віднайденні власного призначення. Мішені внутрішніх зусиль: а) активізація уваги до власних зацікавлень, здібностей, обдаровань; б) розвиток довготривалої мотивації, формування здатності долати перешкоди; в) щоденна стимуляція креативності і віри у власні сили.

Особистісна цілісність не ототожнюється з прагненням стабільних умов існування, пошуком прогнозованості і передбачуваності. Досягнення більшої цілісності – це передусім розвиток почуття власної неперервності, гнучкості, змінюваності. Серед головних мішеней внутрішніх зусиль слід назвати розвиток здатності поєднувати власне минуле, теперішнє і майбутнє, формування готовності до ціннісно-сислового оновлення під впливом життєвих несподіванок та роботу над життєстійкістю, здатністю сприймати випробування як стимул для зростання.

ВИСНОВКИ

Метою соціально-психологічної реабілітації особистості є досягнення якісно нового рівня її психологічного здоров'я. Хороше психологічне здоров'я забезпечує підвищення суб'єктивної задоволеності власним життям і самим собою, що дає змогу сприймати власне життя як вдале, щасливе.

Базисною складовою психологічного здоров'я, що свідчить про самовідновлення після травматизації, є щастя як стійка особистісна реалія. Щастя поєднує враження, переживання та осмислення, інтерпретацію психічних станів та ключових подій. Домінантою багатомірнього семантичного поля щастя є баланс, спокій, рівновага, які можна об'єднати в поняття гармонії. Різні аспекти нашого Я мають різні уявлення про щастя. Зміст щастя Я-чуттєвого конструюється з переживань спокою, радості, кохання, тоді як зміст щастя Я-рефлексивного – з переконань про значення оптимізму, любові і творчості під час створення історії про власне життя.

Ключовими індикаторами психологічного здоров'я особистості є особистісна цілісність, самореалізованість та саморегульованість. Допоміжні індикатори на індивідуально-психологічному рівні – це креативність, збалансованість, адаптивність; на ціннісно-смысловому рівні – це пошук нових сенсів, осмислення досвіду, здатність отримувати задоволення від життя і на соціально-психологічному рівні – це схильність до співробітництва, здатність співпереживати, відповідальність перед соціумом.

Критеріями відновлення психологічного здоров'я є, по-перше, можливість досягнення особистісної цілісності й безперервності, віри в себе, здатності самопідтримки і самопомоги; по-друге, можливість підвищення самоефективності особистості, її здатності до самореалізації; по-третє, можливість посилення потребомотиваційних, ціннісно-смыслових ресурсів особистості як джерела самозмін; по-четверте, можливість відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням.

Процес соціально-психологічного відновлення особистості можна розділити на такі етапи: підготовчий, базисний та підтриму-

вальний, на кожному з яких доцільно використовувати певні реабілітаційні технології, що складаються з відповідних технік. Лише органічне поєднання процедурних, технічних моментів реабілітації та ціннісно-сміслових аспектів підтримання та відновлення психологічного здоров'я особистості забезпечує послідовне успішне проходження кожного з етапів.

Технології, які доцільно використовувати на підготовчому етапі реабілітації:

а) технологія подолання недостатньої чи навіть негативної мотивації щодо власного психологічного здоров'я (техніки активізації бажання самозмін, активізації позитивних спогадів, стимуляції позитивним прикладом);

б) технологія спільного пошуку ефективних мотиваторів (техніки мрій про бажане майбутнє, активізації ресурсу подолання перешкод; перших кроків, активізації підтримки оточення);

в) технологія виявлення та активізації "сліпих зон уваги" щодо можливостей досягнення психологічного благополуччя (техніки опису власного дня, активізації бажання самозмін).

Технології, які доцільно використовувати на базисному етапі реабілітації:

а) технологія відновлення творчого проектування власного майбутнього за допомогою зважених і відповідальних життєвих виборів (техніки підтримки бажання самозмін, підвищення відповідальності за власне життя, відтермінування задоволень, підвищення інтересу до нового, роботи зі страхами, тренування гнучкості, зміни фокусу автобіографування);

б) технологія апробацій оновленого життєвого проекту за допомогою актуальних та оперативних життєвих завдань (техніки первинного структурування майбутнього, оцінювання наявних обмежень, зважування майбутніх зусиль, своєчасного самоозадачування, редагування власного життєпису, моделювання межі, зміни адресатів, діалогового пошуку подієвих зв'язків);

в) технологія успішної реалізації поставлених завдань за допомогою все більш успішного перепрестосування до мирного життя, компетентного практикування (техніки подолання калейдоскопічності спогадів, зміни масштабів пережитого, спільного бачення життєвої ситуації).

Технології, які доцільно використовувати на підтримувальному етапі:

а) технологія переінтерпретації травматичних спогадів (техніки зміни ракурсу, усвідомлення Я-чуттєвого, стимулювання Я-рефлексивного, підвищення толерантності, стимулювання життєздатності сімейного середовища, наративізації власного життя, створення ментативу з приводу пережитого, фрагментації наративу, штучного утворення пауз);

б) технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу (техніки психоедукації, інформування про ймовірність посттравматичного зростання, позитивної переоцінки ситуації, перетворення енергії стресу, покращення контактування з оточенням, відновлення здатності до сенсотворення, поглиблення уваги до себе).

Ефективні технології завдяки синхронізації Я-чуттєвого і Я-рефлексивного забезпечують перетворення швидкоплинного стану щастя на стійку особистісну реалію та сприяють відновленню психологічного здоров'я.

Кожна технологія розгортається одночасно в чотиривекторній – персонально-інструментально-просторово-часовій – площині, у межах якої всі чотири напрями реабілітації мають взаємопідсилювальний вплив:

✓ у напрямі персонального вектора зусилля спрямовано на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості;

✓ у напрямі інструментального вектора роботу зосереджено навколо відновлення втраченої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися в різних видах діяльності;

✓ у напрямі просторового вектора увагу спрямовано на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів;

✓ у напрямі часового вектора увагу сконцентровано на ціннісно-смісловій сфері особистості, переоцінці цінностей, активізації пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Ресурсами, що забезпечують підтримку й оновлення психологічного здоров'я, можуть бути:

1) здатність до відновлення втраченої цілісності, вибудовування нових життєвих перспектив;

- 2) здатність до інтенсифікації ціннісно-сислового пошуку особистості як енергетичного двигуна змін;
- 3) здатність до підвищення самоефективності;
- 4) здатність до збереження і відновлення значущих стосунків,
- 5) розвиток уміння приймати і надавати допомогу.

Перспективами дослідження є узагальнення та систематизація отриманого колективом лабораторії емпіричного матеріалу щодо порушень психологічного здоров'я, подальша концептуалізація досвіду надання психологічної допомоги та розроблення адресних технологій сприяння посттравматичному зростанню залежно від характеру травмування, індивідуального досвіду різних верст населення.

Передбачається, що найважливіші аспекти підтримання і відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах масивної та пролонгованої травматизації, викликані переживанням подій війни, це:

- ✓ оперативне відновлення індивідуально-психологічних, особистісних і соціально-психологічних ресурсів життєздатності;
- ✓ регенерація частково зруйнованої ціннісно-сислової структури та активізація тимчасово недієвих ресурсів заради підвищення самоефективності;
- ✓ навчання проблемної молоді майбутньої професії, стимуляція професійної активності, створення сім'ї, робота в групах взаємодопомоги;
- ✓ використання арт-терапії в роботі з внутрішньо переміщеними особами з метою відновлення втраченої особистісної цілісності та неперервності;
- ✓ апробація спеціальних реабілітаційних програм для телефону чи планшета, які сприятимуть підвищенню саморегуляції, кращому осмисленню досвіду, побудові планів на майбутнє, залученню до спільнот взаємодопомоги;
- ✓ залучення до психологічної реабілітації великих груп людей за допомогою плейбек-театру як мистецької форми, що має ефекти покращення самосприймання, реконструювання ідентичності, інтеграції травматичного досвіду особистості в цілісну життєву історію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. – Ростов-на-Дону, 1996.

Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – Санкт-Петербург, 2006.

Ананьев В. А. Практикум по психологии здоровья : метод. пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике. – Санкт-Петербург, 2007.

Аргайл М. Психология счастья. – 2-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2003.

Ахмедова Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни // Вопросы психологии. – 2004. – № 3. – С. 93–102.

Баякина О. А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. – Т. 11. – № 4 (5). – С. 1195–1200.

Березко І. В. Зміна ідентичності особистості під час важких соматичних захворювань // Ракурси психологічного благополуччя особистості. – Ніжин : НДУ ім. Миколи Гоголя, 2017. – С. 31–35.

Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.05 / Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ. – Москва, 1997.

Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы : автореферат дис. д-ра психол. наук : спец. 19.00.05 / Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. – Москва, 2009.

Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі : [монографія] / Луган. держ. ун-т внутр. справ. ім. Е. О. Дідоренка. – Луганськ, 2011.

Бойкова В. А., Подружжина Т. А., Степкина Е. Ю. Влияние стрессорных ситуаций на жизненно-смысловые детерминанты личности // Вестник Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России. – 2012. – Вып. 1. – С. 122–127.

Братусь Б. С. Аномалии личности. – Москва : Мысль, 1988.

Бріер Дж, Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. – 2-ге вид. – Львів : Свічадо, 2015.

Вахитайн В. С. Возвращение материального. “Пространства”, “сети”, “потоки” в акторно-сетевой теории // Социологическое обозрение. – 2005. – Т. 4. – № 1. – С. 94–115.

Вахитайн В. С. Поворот к практике // Постнаука. Дата обновления 30.11.2013. URL: <http://www.youtube.com/watch?v=1IeCf1249K4>

Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. / ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. – Харків, 2014. – 80 с.

В правительстве ОАЭ появится министр счастья // BBC News / Україна. Дата обновления 9.02.2016. URL: http://www.bbc.com/ukrainian/ukraine_in_russian/2016/02/160209_ru_s_uae_ministry_happiness

Газельбек Г. Реабилитация и социотерапия // Психиатрия, психосоматика, психотерапия : пер. с нем. / К. П. Киснер, Г. Фрайбергер, Г. К. Розе, Э. Вульф. – Москва : Алетейя, 1999. – С. 405–411.

Галецька І. Критерії психологічного здоров'я // Вісник Львівського університету. Філософські науки. – 2007. – Вип. 10. – С. 317–328.

Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. – Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – 338 с.

Глушкова Н. И. Психологическое и психическое здоровье как проблема национальной безопасности. URL: http://superinf.ru/view_helpstud.php?id=1636

Горбунова В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформаційний буклет. – Львів : Центр психологічного здоров'я та травмотерапії “Простір надії”, Ін-т психічного здоров'я УКУ, 2017.

Горбунова В. В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 40–44.

Горбунова В. В. До проблеми ефективності психотерапії посттравматичних стресових розладів // Теория и практика психотерапии. – 2015. – Т. 2. – № 12. – С. 26–30.

Дубравін Д. Психологічна підтримка адаптації ветеранів. URL: <http://www.emocontrol.net/course/?id=26>

Закон України “Про внесення змін до Закону «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»” від 15.09.15 № 683-VIII // Електронна нормативно-правова бібліотека “Експерт-Юрист”. URL: www.expertsoA.com.ua

Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 06.10.05 № 2961-IV // Електронна нормативно-правова бібліотека “Експерт-Юрист”. URL: www.expertsoA.com.ua

Инглхарт Р. Постмодерн: меняющиеся ценности и изменяющиеся общества. URL: <http://www.sociology.mephi.ru/docs/polit/html/ingl.htm>

Иванов А., Жуматий Н. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях // Развитие личности. – 2003. – № 4. – С. 143–152.

Канеман Д. Думай медленно ... решай быстро : [пер. с англ.]. Москва : АСТ, 2017.

Канеман Д. О когнитивных искажениях, интуиции и счастье (лекции). URL: <http://monocler.ru/lektsii-danielya-kanemana>

Капра Дж., Сервон Д. Психология личности. – Санкт-Петербург : Питер, 2003.

Караяни А. Г., Гайдамашко И. В., Кандыбович С. Л. Военная психология в контексте гражданской войны на Украине (критический анализ) // Юридическая психология. – 2017. – № 3. – С. 17–18.

Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. – Санкт-Петербург : Питер, 2006.

Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 46–52.

Коробка Л. М. Психологічне здоров'я особистості в контексті здорового способу життя // Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації. – 2011. – № 2. – С. 332–337.

Корокошко И. О. Влияние уровня дохода на субъективное благополучие личности (обзор отечественных и зарубежных социально-психологических исследований) // Психология XXI века : сб. материалов V Междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых. – Санкт-Петербург, 2009. – Т. 1. – С. 329–334.

Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / за ред. І. Я. Коцана. – Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.

Краснушкин Е. К. Психогенный фактор душевных расстройств в военное время // Проблемы психиатрии военного времени : 4-й сб. науч. работ психиатр. больницы им. П. П. Кашенко. К 50-летию юбилею. – Москва, 1945. – С. 207–218.

Лазоренко Б. П. Підвищення адаптивності проблемної молоді в умовах переживання наслідків травматичних подій // Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків

травматичних подій : метод. рекомендації / за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – С. 55–60.

Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма. – Москва : Медицина, 2005.

Лорион Р. П. Альби, Джордж В. // Психология: биографический библиографический словарь / под ред. Н. Шихи, Э. Дж. Чепмана, У. А. Конроя. – Санкт-Петербург : Евразия, 1999. – С. 24–25.

Лукомська С. О. Посттравматичне зростання: теоретичні підходи, емпіричні методики та практичні рекомендації // Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: Психологічна теорія і практика / за ред. С. Д. Максименка, В. Л. Зливкова, С. Б. Кузікової. – Суми, 2017. – Кн. 2. – С. 216–236.

Лэйни М. Преимущества интровертов. – Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2013.

Магомед-Эминов М. Ш. Анализ современных моделей психологической травмы с точки зрения культурно-деятельностной парадигмы // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 17. – С. 202–207.

Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ. – Санкт-Петербург : Речь, 2002.

Макгонигал К. Хороший стресс как способ стать сильнее и лучше : пер. с англ. – Москва : Альпина Паблишер, 2017.

Малейчук Г. И. Обоснование психологической модели психического здоровья. URL: <https://www.b17.ru/article/761/>

Маркс Д. Ф. Антоновски, Арон // Психология: биографический библиографический словарь / под ред. Н. Шихи, Э. Дж. Чепмана, У. А. Конроя. – Санкт-Петербург : Евразия, 1999а. – С. 32–33.

Маркс Д. Ф. Фаркуар Джон // Психология: биографический библиографический словарь / под ред. Н. Шихи, Э. Дж. Чепмана, У. А. Конроя. – Санкт-Петербург : Евразия, 1999б. – С. 653–655.

Марута Н. О. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23; вип. 3(84). – С. 21–28.

Маслоу А. Мотивация и личность : пер. с англ. – Санкт-Петербург : Евразия, 1999.

Махнач А. В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2016.

Мейес С., Элдерен Т. ван. Психология здоровья и стресс // Психология: комплексный подход / под ред. М. Айзенка. – Минск : Новое знание, 2002. – С. 588–621.

Милова Ю. В. Некоторые экзистенциальные аспекты личностного здоровья. URL: <http://iandfamily.ru/milova2014>

Никифоров Г. С., Шингаев С. М. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36, № 2. – С. 44–54.

Николаєнко С. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій при посттравматичному стресовому розладі // Світогляд – Філософія – Релігія : зб. наук. праць. – 2014. – Вип. 7. – С. 51–61.

Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. – Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015.

Основы концепции и системы оздоровительной реабилитации как процесса управления состоянием здоровья персонала ПО ЧАЭС и жителей г. Славутич и населения, пострадавшего от последствий Чернобыльской катастрофы / Зотов В. П., Антомонов Ю. Г., Котова А. Б., Белов В. М. // Оздоровительная реабилитация – 94 : материалы второй науч.-практ. конф. по оздоровительной реабилитации персонала ПО ЧАЭС- жителей г. Славутич, 7-8 декабря 1994г. – Киев : Медэкол, 1994. – С. 3–6.

Остапенко А. В. Клинико-психологические характеристики личности участников локальных войн и их защитно-совладающего поведения) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / Санкт-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2007.

Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи // Український психологічний журнал. – 2017. – № 1(3). – С. 63–79.

Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования. – Москва : Аспект Пресс, 2000.

Пиллэй Ш. Варгань, кропай, марай и пробуй. Открой силу расслабленного мозга : пер. с англ. – Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2018.

Пріб Г. А. Психологічна реабілітація як складова комплексної медико-соціальної реабілітації психічно хворих // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15. – Вип. 3 (52). – С. 57–61.

Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій : навч. посіб. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – К. : Міленіум, 2011.

Психологія життєвої кризи / за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Київ : Агропромвидав України, 1998.

Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – Санкт-Петербург : Питер, 2006.

Психология личности. Словарь-справочник / под ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. – Киев : Рута, 2001.

Психосоциальный стресс и психогенные расстройства / М. С. Павлова, А. А. Фролова, Г. С. Човдырова, А. Ю. Шпикапов. – Москва–Хабаровск : Изд-во Хабаров. краевого центра психич. здоровья, 2001.

Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – Санкт-Петербург : Речь, 2004.

Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: Т. 1 : Учебник для студентов медицинских вузов. – Москва : Академ. проект; Екатеринбург : Деловая книга, 2000.

Слободянюк І. А. Психологічна допомога комбатантам: можливості і обмеження центрованого на особистості підходу // Регістри стосунків : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. – Київ, 2014. – Т. 2. – С. 80–86.

Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 / Воен.-мед. акад. – Санкт-Петербург, 1997.

Сокольская М. В. Личностное здоровье профессионала // Вестник Российского государственного университета им. И. Канта. – 2009. – Вып. 5. – С. 21–29.

Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп / Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О. та ін. – Львів : Ін-т психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016.

Стиваковский В. Шейх Дубай объяснил, зачем в ОАЭ создали министерство счастья. URL: <http://uainfo.org/blognews/1458586149-sheyh-dubai-obyasnil-zachem-v-oe-sozdali-ministerstvo-schastya.html>

Стефенсон Дж. Прикладная социальная психология // Перспективы социальной психологии : пер. с англ. – Москва : Эксмо-Пресс, 2001. – С. 580–620.

Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика / отв. ред. А. Л. Журавлев. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2009.

Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – Київ : Либідь, 2003.

Титаренко Т. М. Испытание кризисом. Одиссея преодоления : монография. – 2-е изд. – Москва : Когито-центр, 2010.

Титаренко Т. М. Можливості підтримання та відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах довготривалої травматизації // Особистість в умовах кризових викликів сучасності : матеріали методол. семінару НАПН України (24 берез. 2016 р.) / за ред. С. Д. Максименка. – Київ, 2016. – С. 42–51. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/704987/>

Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життестійкість особистості: соціальна необхідність та безпека : навч. посіб. – Київ : Марич, 2009.

Тімченко О. В. Психологічні особливості “виходу з війни” військово-службовців та працівників служби порятунку // Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: Психологічна теорія і практика / за ред. С. Д. Максименка, В. Л. Зливкова, С. Б. Кузікової. – Суми, 2017. – Кн. 2. – С. 201–215.

Ушакова І. М., Чернова О. В. Проблема психологічної реабілітації працівників ДСНСУ, які виконували свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2016. – Вип. 19. – С. 242–251.

Федунина Н. Ю., Бурмистрова Е. В. Психическая травма. История вопроса // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2014. – № 1. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles>

Фенько А. Б. Люди и деньги: очерки психологии потребления. – Москва : Класс, 2005.

Фернхем А., Хейвен П. Личность и социальное поведение. – Санкт-Петербург : Питер, 2001.

Филипп Г. ВВП, “парадокс Істерліна” та гени щастя. – 2010. URL: <http://www.experts.in.ua/inform/smi/detail.php?ID=52417>

Фролова Ю. Г. Концепции здоровья в психологической науке и практике // Вестник БГУ. – 2007. – Серия 3. – № 1. – С. 71–76. URL: <http://elib.bsu.by/bitstream/123456789/13217/1/frolova%2071-76.pdf>

Хашченко В. А. Модель субъективного экономического благополучия // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, №3. – С. 38–50.

Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности. – Москва : КСП+, 1997.

Хелл Л., Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение). – Санкт-Петербург : Питер-Пресс, 1997.

Шапиро Д. Психологическое здоровье // Психологическая энциклопедия. – 2-е изд. / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – С. 675–676.

Шаповал Е. Страна чудес. Социолог Ирина Бекешкина знает об украинцах почти все // Новое Время. – 2016. – № 13 (8 апр.)
URL: <https://magazine.nv.ua/journal/2638-journal-no-13/strana-chudes-13.html>

Шевчук О. П. Психолінгвістичні засоби реорганізації травматичної пам'яті особистості : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2015.

Шувалов В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ. Т. IV: Педагогика. Психология. – 2009. – Вып. 4 (15). – С. 87–101.

Шустер Ш. Філософські практики як альтернативні шляхи до благополуччя // Гуманістична психологія / за ред. Г. О. Балла, Р. Трача. – Антологія у 3-х т. – К. : Пульсари, 2001. – Т. 2. – С. 239–250.

Belk R. W., Wallendorf M., Sherry J. F. Jr. The Sacred and the Profane in Consumer Behavior: Theodicy on the Odyssey // The Journal of Consumer Research. – 1989. – Vol. 16. – № 1 (Jun.). – P. 1–38.

Blix I., Birkeland M. S., Hansen M. B., Heir T. Posttraumatic Growth and Centrality of Event: A Longitudinal Study in the Aftermath of the 2011 Oslo Bombing // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2015. – Vol. 7. – № 1. – P. 18–23.

Calhoun L. G., Tedeschi R. G. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. – Routledge, 1999.

Caporale G. M., Georgellis G. Y., Tsitsianis N., Yin Y. P. Income and happiness across Europe: Do reference values matter? // Journal of Economic Psychology. – 2009. – № 30. – P. 42–51.

Cartwright L. K. Sources and Effects of Stress in Health Careers // Health Psychology. A Handbook: Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System / Jossey-Bass Publishers. – San Francisco, Washington, London, 1979. – P. 419–445.

Cohen A. B. The Importance of Spirituality in Well-Being for Jews and Christians // Journal of Happiness Studies. – 2002. – Vol. 3; is. 3. – P. 287–310.

Diener E., Scollon Ch. N., Oishi Sh., Dzokoto V., Suh M. E. Positivity and the Construction of Life Satisfaction Judgments: Global Happiness Is Not the Sum of Its Parts // Journal of Happiness Studies. – 2000. – № 1(2). – P. 159–176.
URL: http://ink.library.smu.edu.sg/sooss_research/930

Easterlin R. Income and happiness: Towards a unified theory // The economic journal. – 2001. – Vol. 111, is. 473. – P. 465–84.

Easterlin R. Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics and demography // Journal of Economic Psychology. – 2006. – Vol. 27, is. 4. – P. 463–482.

Hayman Pm., Scaturo Dj. Psychological debriefing of returning military personnel – a protocol for post-combat intervention // *Journal of social behavior and personality.* – 1993. – № 8(5). – P. 117–130.

Helgeson V. S. Reynolds K. A., Tomich P. L. A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2006. – Vol. 74 (5). – P. 797–816.

Hyman L. *Happiness: Understanding Narratives and Discourses.* – London : Palgrave MacMillan, 2014.

Graham C. Happiness And Health: Lessons–And Questions–For Public Policy // *Health Affairs.* – 2008. – Vol. 27. – № 1. – P. 72–87.

Jagoda M. *Current concepts of positive mental health.* – New York : Basic Books, Inc., Publishers, 1958.

Janoff-Bulman R. Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models // *Psychological Inquiry.* – 2004. – Vol. 15. – № 1. – P. 30–34.

Joseph S. *What Doesn't Kill Us: A guide to overcoming adversity and moving forward.* – Piatkus, 2013.

Keyes Corey L. M. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life *Journal of Health and Social Behavior.* – 2002 (Jun.). – Vol. 43. – P. 207–222. URL: http://www.flume.com.br/pdf/Keyes_The_mental_health.pdf

Koeth A. Participation And Understanding Of Health Issues Are More Important Than Income For Happiness. – 2008. URL: http://content.healthaffairs.org/content/27/1/72/reply#healthaff_el_3295

Lauer R. H. *Social problems and the quality of life.* – 7-th edition. – Boston : Mc Graw-Hill, 1998.

Lawrence G. Calhoun, Richard G. Tedeschi. *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide.* – Routledge, 1999.

Layard R. Has social science a clue?: what is happiness? Are we getting happier? // *Lionel Robbins memorial lecture series.* – 03-05 March 2003. – London, UK. URL: <http://eprints.lse.ac.uk/47425/>

Linley P. A., Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review // *Journal of Traumatic Stress.* – 2004. – Vol. 17. – P. 1121.

Post S. G. Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good // *International Journal of Behavioral Medicine.* – 2005. – Vol. 12. – № 2. – P. 66–77.

Ramos C., Leal I., Tedeschi R. Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer

patients // BMC Womens Health. – 2016. – Vol. 16, Is. 22. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855893/>

Richnis M., Rudmin F. Materialism and economic psychology // Journal of Economic Psychology. – 1994. – Vol. 15. – P. 217–231.

Roberts Ch. A. Coping with post-traumatic stress disorder: a guide for families // Mc Farland@Company inc. Publishers, Jefferson, North Carolina. – London, 2003.

Ryff C. D., Singer B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being // Journal of Happiness Studies. – 2008. – Vol. 9. – P. 13–39.

Scaturo D. J., Hayman P. M. The impact of combat trauma across the family life cycle: Clinical considerations // Journal of Traumatic Stress. – 1992 (April). – Vol. 5, is. 2. – P. 273–288.

Sechrest L., Cohen R. Y. Evaluating outcomes of health care // Health Psychology – A Handbook Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System by G. Stone, F. Cohen, N. Adler. – San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1979. – P. 369–394.

Shiovitz-Ezra Sh., Leitsch S., Graber J., Karraker A. Quality of Life and Psychological Health Indicators in the National Social Life, Health, and Aging Project // Journal Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. – 2009. – Now. 64. Suppl 1: 30–37.

Shoenflug W. Behavior economics as an approach to stress theory // Dynamics of stress / ed. by M. H. Appley, R. Truibus. – New York, 1986.

Solomon Z., Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study // American Journal of Psychiatry. – 2006. – Is. 163. – P. 659–666.

Stephen G. Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good // International Journal of Behavior Medicine. – 2005 June. – Vol. 12; is. 2. – P. 66–77.

Tang T. Money Profiles as Related to Work-Related Attitudes: An Examination of the Money Ethic Endorsement Among Citizens in the USA. URL: <http://selfmoney.narod.ru/mas1.htm>

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inq. – Is. 15(1). – P. 1–18.

Wagner B., Maercker A. The diagnosis of complicated grief as a mental disorder: a critical appraisal // Psychologica Belgica. – 2010. – Vol. 50, is. 1&2. – P. 27–48.

Наукове видання

Титаренко Тетяна Михайлівна

**ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ:
ЗАСОБИ САМОДОПОМОГИ В УМОВАХ
ТРИВАЛОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ**

Монографія

Літературне редагування *Т. А. Кузьменко*

В оформленні обкладинки використано графіку
“Те рослинне в тобі...” (Данило Кубай, 2018 р.)

Адреса Інституту: 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 15

Підписано до друку 22.03.2018 р. Формат 60x84 1/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Ум. друк. арк. 8,0.
Наклад 300 прим. Замовлення № 999.

Поліграфічно-видавничий центр ТОВ “Імекс-ЛТД”
Свідоцтво про реєстрацію серія ДК № 195 від 21.09.2000 р.
25006, м. Кропивницький, вул. Декабристів, 29.
Тел./факс (0522) 22-79-30, 32-17-05
E-mail: marketing@imex.net
