

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. НАУКОВО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ	8
1.1. Визначення стресу та психоемоційного розладу	8
1.2. Теоретичний огляд понять та видів стресових розладів	11
1.3. Механізми виникнення вторинних стресових розладів у дружин учасників бойових дій із ПТСР	13
1.4. Особливості психоемоційного стану у жінок із вторинним стресовим розладом	21
Висновки до першого розділу	24
РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА БАЗА ТА ВИБІР МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	25
2.1. Організація та процедура дослідження	25
2.2. Методологічні засади дослідження психоемоційного стану дружин учасників бойових дій із ПТСР	28
2.3. Характеристика вибору досліджуваних	31
Висновки до другого розділу	51
РОЗДІЛ III. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ДРУЖИНАМИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ПТСР	53
3.1. Форми психологічної підтримки жінок, які опинилися у ситуації стресу: сутність, зміст	53
3.2. Обґрунтування психокорекційної роботи з дружинами військових, які перебувають у ситуації стресу	55
3.3. Оцінка ефективності психокорекційної роботи з дружинами військових	63
3.4. Психологічні рекомендації для дружин ветеранів	67
Висновки до третього розділу	71
РОЗДІЛ IV. СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА	73
4.1. Психометричні основи досліджень	73
Висновки до четвертого розділу	76

РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГО-ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	77
5.1. Економічні наслідки посттравматичних стресових розладів.	77
Висновки до п'ятого розділу	80
РОЗДІЛ VI. ОХОРОНА ПРАЦІ	82
6.1. Стрес та його вплив на безпеку праці.	82
6.2. Відпочинок як профілактика стресу та психологічний аспект підвищення рівня безпеки праці.	85
Висновки до шостого розділу.....	86
РОЗДІЛ VII. БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ	88
7.1. Профілактика посттравматичних стресових розладів.	88
7.2. Робота практичного психолога щодо зниження впливу професійного стресу та посттравматичних стресових порушень на персонал підприємства.	91
Висновки до сьомого розділу	95
РОЗДІЛ VIII. ЕКОЛОГІЯ	96
8.1. Війна як соціальний фактор екології.	96
8.2. Вплив військової діяльності на навколишнє середовище.	96
Висновки до восьмого розділу	97
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	99
БІБЛІОГРАФІЯ	103
ДОДАТКИ	113

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. За останні 25 майже половина всіх країн світу брала участь у воєнних діях. Війна є одним з найпотужніших джерел травматичного досвіду. Упродовж останніх п'яти років наше суспільство також постало перед аналогічними проблемами. Унаслідок збройного конфлікту на Сході України поширеним став посттравматичний синдром серед учасників антитерористичної операції як наслідок травматичного військового досвіду. За даними досліджень, проведених у різних країнах, значне число військових, а також члени їх родин мають широкий спектр симптомів психічних розладів, що виявляються через певний час після війни.

Кризові події останніх років в Україні – зовнішня агресія, соціально-економічна та політична нестабільність – спричиняють значне психоемоційне напруження в суспільстві. В цих умовах питання психологічної допомоги різним верствам населення стає вкрай актуальним. Сім'ї ветеранів є однією з таких категорій співвітчизників. Родини несуть посилене емоційне навантаження під час очікування чоловіків із зони бойових дій та після їхньої демобілізації, нерідко стикаються зі складними психоемоційними станами, психологічними реакціями ветеранів на етапі їхнього повернення до мирного життя. Виражене емоційне і фізичне напруження відчувають дружини колишніх бійців, як найближчі ветеранам люди, що повсякденно спостерігають наслідки бойового травмування, турбуються за відновлення демобілізованих та часто беруть на себе відповідальність за забезпечення життєдіяльності родини. Тому, зважаючи на можливі ускладнення життя в сім'ях ветеранів, зокрема проблеми їхніх дружин, фахівці розглядають цю категорію жінок як окрему групу, що потребує професійної психологічної допомоги.

У контексті психологічної роботи з дружинами ветеранів видається актуальним:

1) з'ясування особливостей психологічної проблематики дружин ветеранів війни;

2) визначення стресчинників формування симптомів вторинної травматизації у жінок даної категорії як представників найближчого кола спілкування з учасниками бойових дій – із тими, хто безпосередньо перебував в екстремальній ситуації, зіткнувся з травмами війни;

3) окреслення напрямів надання психологічної допомоги дружинам демобілізованих військових.

Мета дослідження. Проаналізувати та дослідити особливості психоемоційних розладів у дружин учасників бойових дій, як результат посттравматичного стресового розладу чоловіків.

Предмет дослідження. Визначити особливості психоемоційних розладів у дружин учасників бойових дій.

Об'єктом дослідження є психоемоційні розлади у дружини учасників бойових дій.

Завдання:

- Дати визначення стресу та психоемоційного розладу.
- Здійснити теоретичний огляд психоемоційних розладів.
- Розкрити механізми виникнення вторинних стресових розладів у дружин учасників бойових дій із ПТСР.
- Проаналізувати особливості психоемоційного стану у жінок із вторинним стресовим розладом.
- Обґрунтувати методологічні засади дослідження психоемоційного стану дружин учасників бойових дій із ПТСР.
- Охарактеризувати групові форми психологічної підтримки жінок, які опинилися у ситуації стресу: сутність, зміст.
- Обґрунтувати психокорекційну роботу з дружинами військових, які перебувають у ситуації стресу.

- Створити програму подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку серед дружин військовослужбовців.
- Дати оцінку ефективності психокорекційної роботи з дружинами військових.

Методи дослідження. У процесі роботи використовувались як загальнонаукові, так і спеціальні методи дослідження: – теоретичні: аналіз, синтез, класифікація та оглядовоаналітичний метод, вивчення наукової соціально-психолого-педагогічної та навчально-методичної літератури з теми дослідження; системно-структурний аналіз нормативних документів; концептуально-порівняльний аналіз; – практичні: анкетне опитування, тренінг.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох основних з висновками до них розділів, 5ти додаткових розділів, загального висновку та списку використаних джерел.

Обсяг роботи викладено на 112 сторінках, додатки - 6 сторінок, бібліографія – 11 сторінок.

РОЗДІЛ I. НАУКОВО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Визначення стресу та психоемоційного розладу.

Психоемоційне напруження та стрес є характерними ознаками сучасного життя кожної людини. Вони є основою формування психоемоційних та стресових розладів.

У словниках і енциклопедіях часто наводять визначення, сформульовані Г. Сельє у книжці «Стрес життя»: «Стрес є неспецифічна відповідь організму на будь-яке пред'явлення йому вимоги». З погляду стресової реакції байдуже, приємна чи неприємна ситуація, з якою ми зіштовхнулися. Має вагу лише інтенсивність потреби в перебудові або адаптації». У практичній психології, проте, термін «стрес» найчастіше вживається в значенні «дистресу», або «поганого стресу», як-от: «сильне фізичне, ментальне або емоційне напруження», «реакції, які бувають у людини, коли вона відчуває, що вимоги до неї перевищують її індивідуальні й соціальні ресурси» тощо. Під стресом Г. Сельє розумів систему реакцій організму у відповідь на будь-яку вимогу до нього, яка спрямована на створення адаптації чи пристосування організму до труднощів.

Стреси бувають гострими й хронічними, що накопичуються поступово. Як відомо, навіть одиничний супергострий стрес, викликаний, приміром, трагічною подією, може стати причиною серйозної хвороби й навіть смерті. Набагато типовішою, проте, є ситуація, коли людина занедужує в результаті одночасного впливу кількох стресових подій «середнього ступеня ваги» [3].

На сьогодні, відсутнє точне визначення стресу, а різні спроби дослідників в цьому питанні все ще фрагментарні і не визначилися. Ріхард Лазарус (1922 – американський психолог, заслужений професор факультету психології

Університету Берклі, Каліфорнія, США) відзначав, що різні уявлення про сутність стресу, його теорії та моделі багато в чому суперечать один одному. У цій галузі не існує усталеної термінології. Навіть визначення стресу часто дуже суттєво відрізняються. Щоправда, таке положення характерне і для цілого ряду інших кардинальних проблем, таких як адаптація, втома, здібності, особистість і багато інших. У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: стрес – це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес – це відповідь на загрозу, реальну чи уявну. Так, на думку В. В. Суворової, стрес – це «функціональний стан організму, що виник в результаті зовнішнього негативного впливу на його психічні функції, нервові процеси чи діяльність периферичних органів»¹. Близьким за значенням є думка П. Д. Горизонтова, який розглядав стрес, як «загальну адаптаційну реакцію організму, що розвивається у відповідь на загрозу порушення гомеостазу» [2].

У сучасній науковій літературі термін «стрес» використовується принаймні в трьох значеннях: По-перше, поняття стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули чи події, які викликають у людини напругу або збудження. У теперішній час в цьому значенні частіше вживаються терміни «стресор», «стрес-фактор». По-друге, стрес може відноситися до суб'єктивної реакції і відображати внутрішній психічний стан напруги і збудження та процеси подолання (coping processes). По-третє, стрес може бути фізичною реакцією організму на вимогу або шкідливий вплив. Саме в цьому сенсі і В. Кеннон і Г. Сельє вживали цей термін. Функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, імовірно, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів з подолання цього стану. Для прояснення поняття стресу Р. Лазарус сформулював два основних положення. По-перше, термінологічну плутанину і протиріччя у визначенні поняття «стрес» можна буде усунути, якщо при аналізі психологічного стресу враховувати не тільки зовнішні спостережувані стресові стимули і реакції, але і деякі, пов'язані зі стресом, психологічні процеси –

наприклад, процес оцінки загрози. По-друге, стресова реакція може бути зрозуміла тільки з урахуванням захисних процесів, що породжуються загрозою, – фізіологічні та поведінкові системи реакцій на загрозу пов'язані з внутрішньою психологічною структурою особистості, її роллю в прагненні суб'єкта впоратися з цією загрозою [4].

Існують різні ступені стресу. Учені розрізняють три таких ступені: 1) слабкий; 2) середній; 3) сильний. Слабкий ступінь стресу вказує практично на його відсутність. Психічний стан при цьому майже не змінюється, фізичних та фізіологічних змін не відзначається. При середньому ступені картина суттєво змінюється. Відбуваються відчутні зрушення у соматичному і психічному станах, характер цих змін приємний, позитивний [6].

Коли людина потрапляє у стресову ситуацію і намагається адаптуватися до впливу стресу, то цей процес, згідно з Г. Сельє, проходить три фази:

1. Фаза тривоги. Організм мобілізується для зустрічі із загрозою. Відбуваються біологічні реакції, які обумовлюють боротьбу або втечу. З погляду фізіології це певні зрушення: згущення крові, підвищення тиску, збільшення печінки тощо. Опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім включаються захисні механізми («фаза протишоку») [5].

2. Фаза опору (резистентності, стійкості, адаптації). Організм намагається опиратися загрозі або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Фізіологічні реакції перевищують норму, і це робить тіло вразливішим для інших стресорів. Наприклад, коли ви захворіли, то гостріше реагуєте на неприємності. Врешті-решт тіло адаптується до стресу і повертається до нормального, стану. За рахунок напруги систем, що функціонують, досягається пристосування організму до нових умов

3. Якщо дія стресу продовжується і людина неспроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Фаза виснаження характеризується вразливістю до втоми. Фізичні проблеми призводять до хвороб і навіть до загибелі організму. Ті

самі реакції, які дозволяють опиратися короткочасним стресорам, – підсилення енергії напруження м'язів, недопускання ознак болю, припинення травлення, підвищення тиску крові – за тривалої дії шкідливі. Виявляється неспроможність захисних механізмів і наростає порушення погодженості життєвих функцій.

Першим спробував розмежувати фізіологічне й психологічне розуміння стресу Р. Лазарус. Він висунув концепцію, відповідно до якої розмежовується фізичний стрес, пов'язаний із впливом реального фізичного подразника, і психологічний (емоційний) стрес, пов'язаний з оцінкою людиною майбутньої ситуації як загрозової, важкої. Однак такий поділ теж досить умовний, оскільки у фізичному стресі завжди є елементи психологічного (емоційного), а в психологічному не може не бути фізіологічних змін. У теорії Г. Сельє стрес розглядається з позиції фізіологічної реакції на фізичні, хімічні та органічні фактори. [3]

За Г. Сельє, адаптаційна енергія – це «спадково визначений обмежений запас життєздатності». Вчений вважає, що «людина неодмінно повинна витратити його, щоб задовольнити вроджену потребу в самовираженні, здійснити те, що вона вважає своїм призначенням, виконати місію, для якої, як їй здається, вона народжена». Також Г. Сельє запропонував розрізняти «поверхневу» і «глибоку» адаптаційну енергію. Перша доступна «на першу вимогу» і надолужується за рахунок іншої – «глибокої». Остання мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження незворотно, як вважає Г. Сельє, і веде до загибелі або до старіння. Припущення про існування двох мобілізаційних рівнів адаптації підтримується багатьма дослідниками [7].

1.2. Теоретичний огляд понять та видів стресових розладів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається в осіб будь-якого віку після стресової ситуації або події загрозового чи катастрофічного характеру.

Близько 25–30% осіб, які перенесли травматичну подію, можуть зазнати ПТСР.

У дорослих найбільш поширеними симптомами є нав'язливі яскраві сумні спогади (флешбеки), уникання пов'язаних з травмою нагадувань та соціального контакту. Люди з ПТСР часто намагаються викинути з голови спогади, не думати та не говорити про це докладно. З іншого боку, вони можуть надмірно міркувати над питаннями, що заважають їм змиритися з подією: чому це трапилося з ними, як це можна було запобігти або як вони можуть помститися. Їх сон порушується через кошмари, пов'язані з травмою. У дітей, особливо до 8 років, симптоми набувають форми багаторазових переживань досвіду, повторюваних ігор або жахливих снів без усвідомлення зміст. [8].

ПТСР піддається лікуванню навіть в осіб, які багато років тому перенесли травматичну подію, але діагностування цього розладу є складним, оскільки багато пацієнтів уникають говорити про свої проблеми.

У грудні 2018 р. фахівці Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги на своєму офіційному ресурсі опублікували сучасні докази та сформувавши нові рекомендації щодо виявлення, оцінки та лікування ПТСР у дітей, молоді та дорослих.

Найважливішими клінічними симптомами ПТСР, згідно DSM-IV, є:

I. Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів:

1. Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає тяжкі емоційні переживання.

2. Повторювані важкі сни про подію.

3. Важкі дії або відчуття, як якби травматична подія переживалася знову (включає відчуття «пожвавлення» досвіду, ілюзії, галюцинації і дісоціативні епізоди - «Флешбек-ефекти», включаючи ті, які з'являються в стані інтоксикації).

4. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або що символізує їх.

5. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

II. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) наступних особливостей: -зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою; зусилля з уникнення дій, місць або людей, які будять спогади про травму; -нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія); -помітно знижений інтерес або неучасть в раніше значимих видах діяльності; -відчуття відстороненості або відокремленості від решти людей; -знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові); -відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя) [3].

III. Постійні симптоми зростаючого порушення (які не спостерігалися до травми). Визначаються з наявності, принаймні, двох з нижче перерахованих симптомів. -труднощі із засипанням або поганий сон; -дратівливість або вибухи гніву; -утруднення із зосередженням уваги; -підвищений рівень стривоженості, гіперпильність, стан постійного очікування загрози; -гіпертрофована реакція переляку.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР є встановлення тривалості протікання розладу. ПТСР діагностуються лише в тому випадку, коли тривалість прояву описаних вище симптомів становить не менше одного місяця. Не менш важливою умовою для винесення діагнозу є та обставина, що розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності. [3].

1.3. Механізми виникнення вторинних стресових розладів у дружин учасників бойових дій із ПТСР.

Поняття вторинний травмуючий стрес ((secondary traumatic stress) STS/BTC) у психологічній теорії та практиці стало використовуватися завдяки дослідженням Yael Danieli (1985) про вплив тих, хто вижив після Холокосту, на своїх дітей; Liz Kelli (1988) про вплив травми жертв насильства на їхніх близьких; Lindy Wilson (1994), Figley (1995, 1999), Pearlman Maclan (1995), Warren M. (2006) та ін. про вплив практики психотерапевтичної допомоги на самих терапевтів, що працюють із тими, хто вижив після травмівних подій [цит. за 2].

Сьогодні використовуються такі близькі поняття для позначення BTC: вторинний травмуючий стрес або вторинна травматизація, замісна травма (вікарна травма), втома від співчуття, емоційне вигорання.

Під вторинним травмуючим стресом розуміють прояв емоцій та поведінки людини, що виникають як реакція на трагічну подію у житті значущого іншого, або в процесі допомоги травмованій людині. Розповіді про трагічні події, насильство у тих, хто слухає, можуть викликати негативні зміни в сприйнятті – навколишній світ починає здаватися як більш небезпечний і непередбачуваний. Слухачі таких історій можуть відчувати, хоч і в меншій мірі, але ті ж почуття, з якими стикалися оповідачі [6]. Це може бути відчуття безсилля і неможливості вплинути на зовнішні події життя, страх перед невизначеністю, негативізм, переживання катастрофічності та фаталізм.

Таким чином, вікарні травми деструктивно можуть впливати на зміну світогляду – це результат непрямого впливу травмівних подій на тих, хто допомагає, опосередкованого розповідями про екстремальні події та безпосередніми психоемоційними проявами самих травмованих Colin Wastell виділяє такі ознаки вторинної травматизації: нічні кошмари, надмірна пильність, спалахи спогадів, придушення і/або уникнення емоційних проявів – своїх і чужих – дратівливість і агресивність, цинізм, негативні думки про світ, труднощі в ухваленні рішень, порушення меж і етичних норм, розрив або погіршення

значущих стосунків внаслідок зменшення емоційності, чуйності або відстороненості травмованого помічника [цит. за 6]. Отже, «вторинна травматизація включає симптоми, схожі з ПТСР, такі як пригнічення, втома, нав'язливі хвилюючі думки, труднощі з концентрацією уваги, нічні кошмари і відчуження від інших», – зазначає Figley [цит. за 23].

У ситуації дисбалансу та виснаження сім'я залишається єдиним джерелом підтримки. З іншого боку, психологи досліджували, як людина з ПТСР впливає на психічний стан членів власної родини, друзів і, зрештою, на все оточення [4].

Дружина та діти спостерігають труднощі ветерана в повсякденному житті: безсонні ночі, розчарованість, нетерплячість, вербальна та фізична агресія, а наслідком цього є неспроможність виконувати соціальні ролі. Будь-яка раптова зміна може призвести до стресової реакції. У широкому сенсі стрес є психічною і фізичною реакцією на зовнішні та внутрішні подразники.

Серед механізмів виникнення стресових розладів можуть бути: -проблема механізму психічного зараження; - порушення адаптації; -агресія; -відсутність відчуття відповідальності тощо.

Можна стверджувати, що сім'я, яка намагається впоратися з пошкодженням, спричиненим травмою, може бути травмована цілком [2].

Найчастіше один із членів родини розвиває патологічні реакції травми, дисфункція переходить на інших. Унаслідок гострих реакцій сімейний баланс не буде порушено. Однак якщо розвиваються довгострокові реакції (зокрема ПТСР), то сімейна система значно порушується. Сім'я є головним джерелом підтримки, з іншого боку, це та сфера, у якій усі симптоми ПТСР виявляються в повному обсязі. Звичайні емоційні потреби сім'ї стають надмірними навантаженнями. Для травмованої людини підтримка сім'ї має менше значення, ніж структурна підтримка суспільства.

Учасники бойових дій, повернувшись до «нормального» життя, а деякі – опинившись без роботи, стають соціально дезадаптованими, і тоді їм ще складніше

виконувати соціальну роль у сім'ї. Вони засмучують інших своєю вразливістю та загостреною чутливістю, стають відлюдниками, обмежують зв'язок з оточенням. І це ще не найдезадаптивніша реакція на травму [3, 1].

Особливою категорією травмованих сімей є такі, у яких щонайменше один член страждає на ПТСР. Цьому розладу властива низка симптомів, які впливають на життя родини.

Повернення травмованої людини з поля бою і для неї, і для її сім'ї порушує фундаментальні принципи безпеки, поваги, відповідальності, індивідуальності, самостійності. Родина буде реагувати на проблеми порівняно адаптивно, намагаючись терпіти зміни й надавати підтримку.

Розглянемо докладніше симптоми вторинної травми. Виокремлюють п'ять категорій симптомів означеного стану [цит. за 27].

1. Емоційні симптоми можуть включати: тривале почуття горя, неспокою, тривоги, смутку, розгубленості, пригніченості. Деякі люди можуть дратуватися або злитися, відчувати перепади настрою. Людина може також відчувати небезпеку.

2. Можливі поведінкові симптоми: ізоляція, збільшення споживання алкоголю або психоактивних речовин, зміна звичок харчування та проблеми зі сном. У поведінці деяких людей може з'явитися невиправданий ризик або навпаки, надмірна нерішучість, ігнорування важливих життєвих завдань, труднощі у визначенні пріоритетів. Поведінкова ригідність може утруднювати поділ роботи й особистого життя, одні люди можуть збільшувати своє робоче навантаження, інші – стати апатичними, бездіяльними.

3. Фізіологічні симптоми можуть проявлятися у вигляді головного болю, болю в спині, алергічних проявів, шлунковокишкових проблем тощо.

4. Когнітивні симптоми можуть приймати форму цинізму і негативу або призводити до труднощів у концентрації, запам'ятовуванні і прийнятті рішень у повсякденному житті. Бувають нав'язливі спогади про травму, з якою зіткнулася людина, що знаходиться під опікою.

5. Духовні симптоми можуть включати втрату надії, життєвих цілей і перспективи (або суттєве їхнє зниження), можливе почуття відірваності (ізолюваності) від інших і від світу загалом. Люди можуть відчутти, що вони негідні або не заслуговують любові. Фахівці виокремлюють також такі поняття як «втома від співчуття» та «вигорання», вказують на певний зв'язок цих понять та їхню схожість із вторинною травмою. Вважається, що людина може відчувати одне або кілька із зазначених станів одночасно. Втома від співчуття – це стан емоційної та фізичної втоми, що виникає в людей, які піклуються про тих, хто потребує допомоги, співчують їм, але не мають можливості зробити те, що хотілося б, не мають достатнього часу для власного відпочинку та турботи про себе. Як зазначає Figley, це «стан крайнього напруження, стурбованості стражданнями тих, кому допомагають, настільки, що це може стати вторинним травмівним стресом для помічника» [цит. за 23].

Втома від співчуття характеризується фізичним та емоційним виснаженням і, в подальшому, зниженням здатності співпереживати. Це одна з форм вторинного травмівного стресу, оскільки стрес у цьому випадку виникає в результаті допомоги або бажання допомогти тим, хто її потребує. Про таку форму стресу часто говорять як про «ціну догляду» (the cost of caring).

Часто втому від співчуття називають вигоранням, однак, слід зазначити, що це різні феномени. Втома від співчуття, на відміну від вигорання, може початися раптово, вона менш передбачувана, а вигорання (виснаження) зазвичай розвивається поступово і важче піддається лікуванню. Відзначимо також, що втома від співчуття відрізняється від вторинної травми тим, що зазвичай не характеризується наявністю симптомів, характерних для вторинної травми, і не обов'язково передбачає зміну світогляду [26; 27].

Поняття «вигорання» також часто використовується як синонімічне до поняття «вторинна травма», але вигорання, як і втома від співчуття, не обов'язково передбачає дотик до травмівного досвіду. Люди можуть відчувати виснаження,

коли стикаються зі збільшенням життєвих стресів удома і на роботі, відчувають себе втомленими, але продовжують виконувати свої обов'язки, не залишаючи достатньо часу для відпочинку або відповідного догляду за собою [27]. Докладний аналіз таких явищ, як ВТС та вигорання, їх співвідношення надає Г.П.Лазос у науковому огляді з цього питання [15].

Стрес-чинники вторинної травматизації дружин учасників бойових дій. Розглянемо коло стрес-чинників, які можуть впливати на психоемоційний стан дружин ветеранів, формувати основу розвитку вторинної травматизації жінок. Головним чинником розвитку ВТС у дружин ветеранів є факт перебування чоловіків у зоні бойових дій, що пов'язано з ризиком для життя та здоров'я бійців (і знання про це для жінок вже є чинником значного психоемоційного навантаження). Крім цього, тривале очікування своїх рідних (у багатьох випадках більше року), відповідальність в цей час за сім'ю, дітей, батьків, побут спричинює у певної кількості жінок розвиток проявів емоційного та фізичного виснаження. Одним із вагомих чинників розвитку ВТС у дружин ветеранів є також значний ризик виникнення у чоловіка ПТСР, погіршення загального стану обумовленого досвідом бойових дій (травмівний досвід колишніх бійців, їхнє фізичне самопочуття та психоемоційні прояви). Розглянемо вплив бойової травми на емоційні та поведінкові прояви ветеранів, щоб детальніше з'ясувати та окреслити фактори вторинної травматизації їхніх дружин після повернення військових додому. Боєць під час війни відчуває фізичний, емоційний і соціальний стрес, що може призводити до психічних травм, а в подальшому – до прояву специфічних реакцій, що порушують повсякденну життєдіяльність і процеси адаптації ветерана. Розуміння та інтерпретація реакцій на стрес-фактори бойової обстановки ґрунтується на концепції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) [10; 19; 20].

Розглянемо основні (типові) прояви цих розладів та їхній вплив на сімейну ситуацію військового. Результатом впливу психотравмівної події може бути зміна в уявленні про власну вразливість, про самого себе, інших людей, про світ загалом.

Може зруйнуватися уявлення про те, що навколишній світ упорядкований, безпечний, що власна особистість гідна поваги, а іншим людям можна довіряти. Загалом психічна травма є порушенням психологічної цілісності особистості.

Фахівці виокремлюють найбільш характерні відтерміновані реакції на бойовий стрес: дратівливість, запальність, агресивність, напруження, тривожність, підвищена стомлюваність, депресивність. Часто зустрічаються порушення сну, нічні кошмари, ослаблення пам'яті і труднощі концентрації, захопленість спогадами про війну, фобійні реакції. Може спостерігатися також пристрасть до алкоголю і наркотиків, особистісні зміни, різні психосоматичні симптоми [10; 11; 13; 19].

Проявами ПТСР є також втрата інтересу до значущих раніше для ветерана форм життєдіяльності, втрата бачення перспективи свого майбутнього, сенсу життя загалом. У багатьох з'являється невпевненість у своїх силах, відчуття нездатності впливати на хід подій, бажання помститися за все, що відбувалося на війні. Дослідники звертають увагу на хвилювання ветеранів через власні дії під час виконання службових завдань, на почуття провини через загибель друзів.

Серед типових проблемних проявів ветеранів у контексті стосунків, дослідники відзначають недовіру до оточуючих і почуття відчуженості від них, зниження здатності до співпереживання і душевної близькості, відчуття занедбаності, труднощі у вираженні почуттів і саморозкритті, схильність до агресивних проявів. Загалом ветеранам важко вирішувати складності в спілкуванні. Їхні міжособистісні стосунки часто характеризуються нестабільністю, що породжує соціальні проблеми (звільнення з роботи, соціальні конфлікти, розлучення) [7; 19].

Загалом властиві ветеранам складності у взаємодії є причиною їхньої невисокої активності у вирішенні власних важливих проблем і питань сімейного життя зокрема. Труднощі післявоєнної адаптації чоловіків значною мірою лягають на плечі дружин, додають навантажень у коло їхніх турбот, ускладнюють емоційне

і фізичне самопочуття. Тому фактор ускладненої післявоєнної адаптації учасників бойових дій можна вважати стрес-чинником формування ВТС в їхніх дружин.

Ізраїльські та хорватські дослідники вивчали вплив демографічних і соціально-економічних чинників на виникнення вторинного травмівного стресу в дружин ветеранів. Було виявлено, що різні демографічні змінні, такі як вік, етнічна приналежність, рівень освіти, кількість дітей і членів сім'ї, щомісячний дохід не впливають на виникнення складнощів у дружин демобілізованих з діагнозом ПТСР.

Хорватське дослідження, крім того, виявило, що тривалість шлюбу, і статус зайнятості жінок були значимими факторами в процесі формування ВТС. У цьому дослідженні встановлено, що діагностичним критерієм вторинного травмівного стресу частіше відповідали ті дружини ветеранів із ПТСР, які були одружені довше і були безробітними, ніж дружини, що не відповідали цим критеріям. Виявлений зв'язок між тривалістю шлюбу і симптомами ВТС автори пояснюють тим, що більш тривалий вплив психоемоційних труднощів чоловіка викликає серйозніші наслідки для його дружини [21].

Дружини, які знали своїх чоловіків до їхньої мобілізації, відчували більше складнощів, стикаючись із емоційними труднощами чоловіка і фактом його зміни після повернення з фронту, ніж ті жінки, що познайомилися і вийшли заміж за ветерана після його повернення до мирного життя.

Отже, більш уразливими до розвитку ВТС виявилися жінки, які були тривалий час у шлюбі з ветеранами до їхньої мобілізації [там само]. Стресчинником розвитку ВТС цих жінок виявилися значні зміни їхніх чоловіків (зовнішній стрес-фактор) і неготовність дружин прийняти ці зміни, а також утруднення у власній адаптації до цих змін (внутрішній стрес-фактор). Проблематика безробітних жінок пов'язана з тим, що вони проводять більше часу вдома, більше фінансово залежать від своїх чоловіків, мають меншу соціальну мережу і відчують себе менш корисними, що додатково посилює їхні психологічні проблеми.

Турбота про своїх чоловіків стає головною метою їхнього життя, а їхні власні потреби багато в чому залишаються поза зоною уваги. Так автори хорватського дослідження пояснюють те, що багато жінок із ВТС були безробітними. Результати цього дослідження узгоджуються з результатами дослідження ізраїльських жінок, в якому виявилось, що наявність роботи дозволило жінкам відчувати незалежність і відособленість від чоловіків, що страждають від ПТСР [там само].

Таким чином, у зарубіжних дослідженнях звертається увага на фактори тривалості шлюбу і статус зайнятості жінок як на значущі параметри в прогнозуванні симптомів вторинного травмівного стресу у дружин ветеранів.

1.4. Особливості психоемоційного стану у жінок із вторинним стресовим розладом.

Емоційний стан дружин ветеранів, як свідчать дослідження, багато в чому зумовлений психологічним статусом чоловіків, що повернулися з війни. Ветерани війни можуть переживати широке коло психологічних та психосоціальних утруднень, страждати від ПТСР та супутніх розладів. Якщо посттравматичні реакції ветерана помітно виражені, дружинам важко справлятися з емоційною нестабільністю чоловіків, складно витримувати їхнє небажання контактувати з соціумом, їхню закритість, відстороненість, апатичність. Жінкам іноді непросто знаходити до них підхід, важко зрозуміти, про що можна, а про що не бажано говорити з колишніми фронтовиками; напрацьований раніше досвід спілкування з рідними може виявитися малопродуктивним.

Серйозною проблемою для деяких сімей може бути виражена алкоголізація і агресивність чоловіків. Спроби жінок на інтуїтивному рівні запобігти, вирішити або мінімізувати негативні наслідки участі чоловіків у бойових діях, за спостереженнями психологів, далеко не завжди приводять до позитивних

результатів. Дружини демобілізованих часто скаржаться на сімейний дискомфорт, напруження у стосунках, конфлікти. Їм важко зрозуміти і прийняти зміни, що відбулися з їхніми чоловіками, важко подолати складні ситуації [9].

Численні дослідження показали, що тісний і тривалий контакт із людиною, емоційний стан якої є дисгармонійний (а чимало дружин ветеранів бойових дій знаходяться саме в такій ситуації), може, з часом, викликати хронічний стрес у осіб, які надають допомогу, призводити до різних емоційних проблем, таких як підвищення рівня симптомів депресії і тривоги, проблеми з концентрацією уваги, емоційне виснаження, больові синдроми і проблеми зі сном [цит. за 21]. Figley вважає, що у разі посттравматичних розладів співчуття до травмованої людини може викликати суттєве емоційне напруження в членів сім'ї, і називає це явище вторинною стресовою реакцією на катастрофу. Проте, механізм передачі посттравматичного стресу людям, що були свідками або дізналися про травмування близьких, все ще не досить досліджений [там само].

Вторинний травмівний стрес, як зазначалося вище, визначається як природна емоційна реакція на травмівний досвід значущого іншого. Вторинна травма – це стрес, що виникає в процесі надання допомоги або якщо людина бажає допомогти і пропонує емоційну підтримку постраждалому. Вторинний стресовий розлад як синдром практично ідентичний ПТСР, за винятком того, що критерієм А стає непрямий вплив травмівної події за допомогою тісного контакту з основною жертвою травми.

Симптоми вторинної травми аналогічні симптомам безпосередньо травмованих людей: нічні кошмари про людину, яка отримала травму, безсоння, втрата інтересу, дратівливість, хронічна втома і зміни в сприйнятті себе, розумінні власного життя та життя інших людей. Можуть також бути і фізичні симптоми – головний біль, розлад шлунку, схильність до інфекцій, підвищене вживання алкоголю, наркотиків або тютюну тощо [там само]. Очевидно, що життя з травмованою людиною значно впливає на інших членів сім'ї, особливо на дружину,

яка, як очікується, буде співпереживати і надавати значну підтримку чоловікові, який потребує відновлення. Ці очікування покладає на неї не тільки чоловік, але й члени родини і соціум, що відображає загальне сприйняття ролі жінки в сім'ї, особливо дружини ветерана.

З іншого боку, дружини ветеранів самі беруть відповідальність за встановлення і підтримання емоційного балансу в сім'ї, зазвичай виконуючи роль модератора спілкування, компенсуючи відсутність емоційної взаємодії чоловіка з іншими членами сімейного кола, особливо з дітьми. Найчастіше дружини беруть на себе значну частину емоційних, практичних і фінансових обов'язків перед сім'єю. Solomon [цит. за 21] описав це як перерозподіл ролей і сімейних побутових обов'язків. Надмірне завантаження дружини дозволяє уникати конфлікту з травмованим партнером, пред'являючи до нього менше вимог. Така поведінка може привести до порочного кола: надмірне функціонування дружини призводить до недостатнього функціонування її чоловіка, що, в свою чергу, веде до збільшення його вимог до дружини. Це збільшує її стрес і вразливість до депресії і може вести до відчуття втрати себе як особистості. Дружини ветеранів вважають, що їхня любов можевилікувати чоловіка від ПТСР.

Підвищена відповідальність пов'язана з тенденцією коливатися між почуттям провини за сімейні проблеми і звинуваченням ветерана в тому, що він є причиною проблем. Solomon [там само] називає це явище «пасткою емпатії». Дружині важко контролювати посттравматичний стресовий розлад чоловіка, але тим не менше вона відчуває відповідальність за його благополуччя.

Через глибоке емоційне залучення жінки не можуть установити межі і відчують «перевантаження опікуна», яке залежить від серйозності симптомів їхнього партнера. Через стреси, викликані проявами ПТСР у чоловіка (або іншими психічними труднощами та станом його здоров'я), що часто поєднується з недостатністю емоційної підтримки стосовно дружини, підвищеними вимогами до

неї, у жінок зростає ризик розвитку низки психічних проблем, пов'язаних із життям із чоловіком, що має означені вище емоційні утруднення.

Висновки до першого розділу

Отже, підсумовуючи викладене, зробимо декілька висновків.

Стрес – це нормальна реакція організму на ненормальні стимули. Стрес є психічною і фізичною реакцією на зовнішні та внутрішні подразники.

Довготривалий стрес може призвести до вичерпання адаптивних ресурсів організму, що в результаті сприяє появі патологічних реакцій, а також може стати причиною серйозних стресових розладів.

Психологічна проблематика дружин ветеранів війни (виражене емоційне і фізичне напруження, тривога, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість тощо) обумовлена проявом наслідків вторинного травмівного стресу (ВТС) чи вторинної травматизації жінок, як представників найближчого кола спілкування з тими, хто безпосередньо зіткнувся з екстремальними подіями війни – їхніми чоловіками.

Розглянуто поняття ВТС, особливості прояву цього феномену у дружин демобілізованих.

Приділено увагу таким можливим негативним емоційним станам жінок як «втома від співчуття» та «вигорання», проаналізовано співвідношення цих понять із поняттям ВТС.

РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА БАЗА ТА ВИБІР МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та процедура дослідження

У дослідженні використано комплекс теоретичних (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація наукових літературних джерел, порівняння та узагальнення даних), емпіричних (спостереження, стандартизоване інтерв'ю, психодіагностичний метод) методів [45].

Збір необхідної інформації здійснювався за допомогою вивчення особистої карти і стандартизованого інтерв'ю. Інформація оброблялася і вносилася в спеціально створену анкету пацієнтки.

У дослідженні застосовувалася низка психодіагностичних методик. Для дослідження стану емоційної сфери:

1. Опитувальник «Шкала реактивної тривоги та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера (С. Spielberger), адаптована Ю. Ханіним [28]. Шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна являє собою надійний і інформативний інструмент для виміру тривожності як властивості особистості і як стану в який-небудь визначений момент (у минулому, сьогодні, майбутньому).

Під особистісною тривожністю розуміється персональна риса характеру, яка визначає схильність особи до тривожності, тобто про її схильність сприймати різні ситуації як загрозливі і реагувати на ці ситуації появою стану тривожності різного рівня. Як реактивна диспозиція особистісна тривожність «активізується» при сприйнятті визначених «небезпечних» стимулів, зв'язаних зі специфічними ситуаціями погрози престижу, самооцінці, самоповазі індивіда. Ця група людей звичайно вимагає підвищеної уваги з боку лікаря. [55, с. 18].

Низько-тривожні суб'єкти, навпроти, не схильні сприймати погрозу своєму престижу, самооцінці в широкому діапазоні ситуацій. Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, заклопотаності, «знервованості», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи.

Стан тривожності як емоційної реакції на стрес є досить динамічним і мінливим за часом. Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражену психоемоційну напругу досліджуваного. Цей показник чуйно реагує на зміни психоемоційного стану хворого в процесі лікування і є одним з найбільш зручних для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, що характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, що характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б). Досліджуваному пропонується відповісти на питання, вказавши як він себе почуває в даний момент (реактивна тривожність 1 – 20 питань) і як він себе почуває звичайно (особистісна тривожність 21 – 40 питань).

На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді по ступеню інтенсивності реактивної тривожності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) і по частоті вираженої особистісної тривожності (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди). У залежності від завдань дослідження кожен з опитувальників може застосовуватися самостійно або разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першою. Інструкція на аркуші з опитувальником не потребує ніяких додаткових роз'яснень або коментарів.

Опитування може проводитися індивідуально або в групах без обмеження часу. На заповнення обох опитувальників достатньо 15-20 хвилин. Для зниження впливу освіти 87 установки на позитивні чи негативні питання в кожен з опитувальників включено приблизно однакове число висловлювань, які характеризують високу та низьку ступінь тривожності. Відповідь «1» на

високотривожні питання означає відсутність або легку ступінь тривожності, а оцінка «4» означає високу тривожність.

При аналізі результатів бальні оцінки в цих питаннях мають зворотній напрямок. Показник, що не сягає 30 балів розглядається таким, який свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів – помірну, понад 45 балів – високу.

2. Методика «Шкала депресії А. Бека» (А. Beck) [26]. Розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш часто висуваються пацієнтами скарг. Опитувальник включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомої ваги симптому в загальну ступінь тяжкості депресії. У первинному варіанті методика заповнювалася за участю кваліфікованого експерта, який зачитував вголос кожен пункт з категорії, а після просив досліджуваного обрати твердження, найбільш відповідне його станом на поточний момент. Обстежуваному видавалася копія опитувальника, за яким він міг стежити зачитуються експертом пунктами. На підставі відповіді пацієнта дослідник зазначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування враховується анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші цікавлять параметри.

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 згідно із наростанням тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 62 і знижується відповідно з поліпшенням стану. Результати тесту інтерпретуються наступним чином: 0-9 – відсутність депресивних симптомів, 10-15 – легка депресія (субдепресія), 16-19 – помірна депресія, 20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості), 30-63 – важка депресія. 88

2.2. Методологічні засади дослідження психоемоційного стану дружин учасників бойових дій із ПТСР.

У контексті психологічної допомоги сім'ям ветеранів окремо виділяється категорія дружин як група, що потребує професійної психологічної підтримки. Для з'ясування специфіки психологічної допомоги дружинам ветеранів в Україні було проведено дослідження.

У дослідженні взяли участь 19 дружини ветеранів упродовж 2019 року.

Емоційний стан дружин ветеранів виявився багато в чому зумовлений психологічним станом чоловіків. За умови поганого стану чоловіка, жінка нерідко стикалась із ситуаціями, які їй було важко подолати. Якщо посттравматичні реакції ветерана були помітно виражені, дружини зізнавалися, що їм важко справлятися з емоційною нестабільністю чоловіків, складно терпіти їхнє небажання контактувати з соціумом, закритість, відстороненість, апатичність. Жінки відзначали, що їм було важко знаходити підхід до ветеранів, вони губилися в тому, про що можна говорити з ними, а про що ні; напрацьований раніше досвід спілкування виявлявся малопродуктивним [33].

Серйозною проблемою для деяких сімей стала виражена алкоголізація й агресивність чоловіків. Спроби жінок на інтуїтивному рівні запобігти, вирішити або мінімізувати негативні наслідки участі чоловіків у бойових діях, за висновками психологів, далеко не завжди приводили до позитивних результатів. Дружини демобілізованих часто скаржилися на сімейний дискомфорт, напруження у стосунках, конфлікти. Їм важко зрозуміти і прийняти зміни, що відбулися з їхніми чоловіками. Часто причиною сімейних конфліктів ставала відмова близьких прийняти ветерана таким, яким він став, тобто в його новій якості.

Жінки відзначали власну підвищену тривожність, дратівливість, втому, безсоння, страх за подальшу долю родини в цілому. Якщо напруження в сім'ї

ставало занадто великим, деякі жінки намагалися розібратися в собі і зрозуміти, наскільки вони готові сприймати, терпіти, любити і підтримувати чоловіка, що повернувся з фронту. Іноді розрив сімейних стосунків із ветераном зневірена жінка вважає єдиним виходом зі складної ситуації. Були випадки, коли ініціатором розлучення стають чоловіки – досвід війни їх зробив більш чесними і прямими. Дехто зрозумів, що любові в сім'ї не було і до війни. Як вважають психологи, що взяли участь в опитуванні, дружини учасників бойових дій, які зіткнулися з вищезначеними життєвими ситуаціями і переживаннями, безумовно, потребують певних реабілітаційних заходів, і насамперед – психологічної допомоги.

У психотерапевтичних стосунках є власні структурні складові, змістовне наповнення яких визначається психологічними особливостями і потребами клієнта, специфікою клієнтського запиту, методами роботи [54; 61].

Чинники, що впливають на ефективність психотерапевтичної допомоги дружинам ветеранів:

- а) психологічні потреби жінок;
- б) характеристики стосунків психолога з жінками;
- в) зміст спілкування.

У першу чергу звертають на себе увагу потреби жінок у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом. Дружині ветерана дуже важливо відчувати, що психолог розуміє її емоційний стан, проявляє інтерес до її внутрішнього світу, не байдужий до турбот, тривог жінки; приймає непростий і часом драматичний досвід дружини бійця, її переживання; не засуджує за суперечливі почуття чи вчинки, поважає її право на свою думку. Жінці важливо побачити у психологові стійку і надійну фігуру – людину, якій можна довірити тривоги, сумніви, надії і радощі; з якою можна говорити як про прості буденні речі, так і про найглибше і дуже особисте, потаємне [49]. Особливе значення в роботі з українськими дружинами ветеранів є розуміння і вміння психолога відгукнутися також на потребу у визнанні мужності і зусиль цих жінок у період випробувань, що

випали на їхню родину: у підтримці чоловіка, коли він воював; у визнанні неймовірної тривоги за нього під час його служби; у визнанні її зусиль по турботі про дітей і сім'ю, коли чоловік був на фронті; у визнанні того, що вона своєю причетністю до життя чоловіка-воїна, по суті, теж змагалася за благополуччя всіх українців [44].

Засвоїти такий стиль взаємодії, а в подальшому спиратися на нього у стосунках із чоловіком, і таким чином, вже у ньому підтримувати впевненість і почуття партнерства, що є ресурсним фактором для ресоціалізації чоловіка, гармонізації його життя, а також життя сім'ї загалом.

Вміння будувати партнерські стосунки може вберегти жінку і від позиції «жертви» у випадку вираженої неадекватності або агресивності близької людини. Таким чином, розглянуті вище характеристики ставлення психолога до дружин ветеранів, особливості загального стилю спілкування з ними в значній мірі відповідають актуальним потребам жінок, сприяють створенню в їх сприйнятті потужного почуття підтримки, що позитивно впливає на якість психотерапевтичних стосунків з даною категорією постраждалих.

Основні теми, які хвилюють жінок, що приходять до психолога:

а) дружини учасників АТО та ООС потребують розуміння змін, що сталися з ветеранами під час їхнього перебування в зоні АТО (ООС), вплив бойового досвіду на поведінку чоловіків;

б) жінкам важливо засвоїти специфіку спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних та ін.), що виникають при поверненні чоловіка додому;

в) жінкам важливо вміти розуміти себе та власні реакції на ті чи інші сімейні ситуації, бажано оволодіти навичками емоційної регуляції, розширити спектр власних комунікативних умінь, навчитися піклуватися про себе.

Важливість обраних тем, корисність їхнього обговорювання підтверджується нашими дослідженнями, власним психотерапевтичним досвідом, напрацюваннями інших фахівців, як співвітчизників, так і зарубіжних психологів, досвід яких ми також застосовували у викладенні даного матеріалу (А. Баца, О. Еверет, В. Глебов, Е. Варлакова, А. Караяні, О. Кляпец, А. Козінчук, О. Костюк, Т. Кукуєва, А. Федорець та ін.) [10; 19; 27; 49; 53; 54; 61; 65; 68; 117]. Зазначені питання можна обговорювати з жінками у форматі психоедукації.

Розуміння того, що відбувається, теоретична підготовленість до варіантів сприйняття, інтерпретації та відгуку на проблемні аспекти сімейного життя знижує рівень тривожності, напруження, сприяє поверненню почуття контролю над ситуацією, відроджує надію на благополучне вирішення негараздів, що виникли в родині. Якісно проведена психоедукація допомагає психологу встановити контакт із дружиною ветерана, створити атмосферу довіри і служить гарним початком для подальшої психологічної роботи. Пропонуємо можливі варіанти відгуку (у форматі психоедукації) на актуальні для дружин ветеранів питання.

2.3. Характеристика вибору досліджуваних

Необхідність дослідження психоемоційного стану дружин військовослужбовців обумовлено необхідністю визначення «будівельного матеріалу» в якості формування особистісного конструкту як фактору зниження соціального функціонування.

Дослідження емоційний процесів дружин атовців проводилося за схемою (див. табл. 2.1). Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльності особистості.

Етапи дослідження емоційного стану дружини атовців з невротичними та психосоматичними розладами

ЕТАПИ	ІНСТРУМЕНТАРІЙ	ЦІЛЬ
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Суб'єктивна оцінка емоційного стану; • 2. Співставлення показників суб'єктивної та об'єктивної оцінки емоційного стану • 3. Дослідження динаміки рівня емоційних реакцій дружин атовців виконаних службові обов'язки в мирний час та в умовах бойових дій. 	<ul style="list-style-type: none"> • Опитувальник реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Спілбергера; • опитувальник депресії А. Бека. • опитувальник депресії А. Бека. • Опитувальник реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Спілбергера; • Опитувальник депресії А. Бека. • середньостатистичні дані 	<ul style="list-style-type: none"> • Визначення особливості емоційного функціонування у дружин військовослужбовців; • Визначення загальної картини депресивної симптоматики у дружин дружин атовців; • Аналіз динаміки емоційного стану дружин дружин атовців

У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Прояви тривожності в різних обставинах мають специфічний прояв.

Ситуативно стійкі прояви тривожності прийнято називати особистісними і пов'язувати з наявністю у людини відповідної особистісної риси (так звана «особистісна тривожність»).

Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні, пов'язані зі специфічними ситуаціями загрози його престижу, самооцінці, самоповазі.

Ситуативно мінливі прояви тривожності називають ситуативними, а особливість особистості виявляє такого роду тривожність, позначають як «ситуаційна тривожність».

За методикою самооцінки тривоги Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна була проведена порівняльна оцінка реактивної тривоги (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) в групах дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами (табл. 2.2).

З отриманих даних, які представлені в табл. 2.2 щодо розподілу рівнів реактивної тривоги та особистісної тривожності у дружин атовців на госпітальному етапі спостерігається високий рівень реактивної тривоги.

Таблиця .2.2.

**Співставлення показників тривоги в групах дослідження дружини атовців на госпітальному етапі
(за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна)**

Рівень	Група дослідження 1 n=285		Група дослідження 2 n=180		Ф _{емп}
	Абс. число	%	Абс. число	%	
<i>Реактивна тривога</i>					
Високий	212	74,39	161	89,44**	4,17
Середній	47	16,49	18	10,00*	2,027
Низький	26	9,12	1	0,56**	4,81
<i>Особистісна тривожність</i>					
Високий	152	53,33	112	62,22*	1,891
Середній	84	29,47	42	23,33	1,481
Низький	49	17,19	26	14,45	0,809

*Примітка: * – різниця показників групи дослідження 1 від показників групи дослідження 2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$);*

*** – різниця показників групи дослідження 1 від показників групи дослідження 2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,01$).*

Це свідчить про наявність підвищеного рівня стресогенності при виконанні професійних обов'язків, який відображається на психоемоційному стані. Також був відмічений достовірний зріст показника реактивної тривоги при підвищенні рівня емоційного та фізичного навантаження професійної діяльності у дружин атовців (у 89,44%, при $p < 0,01$) відносно групи дослідження 1 (у 74,39%)

Таким чином для групи дослідження 1 характерний наступний розподіл реактивної тривоги: у 74,39% – високий рівень, у 16,49% – середній, у 9,12% – низький (рис. 2.1). Порівняно з показниками групи дослідження 2 були отримані достовірні відмінності: у 89,44%, при $p < 0,01$ – високий рівень, у 10,00%, при $p < 0,05$ – середній рівень та у 0,56%, при $p < 0,01$ – низький.

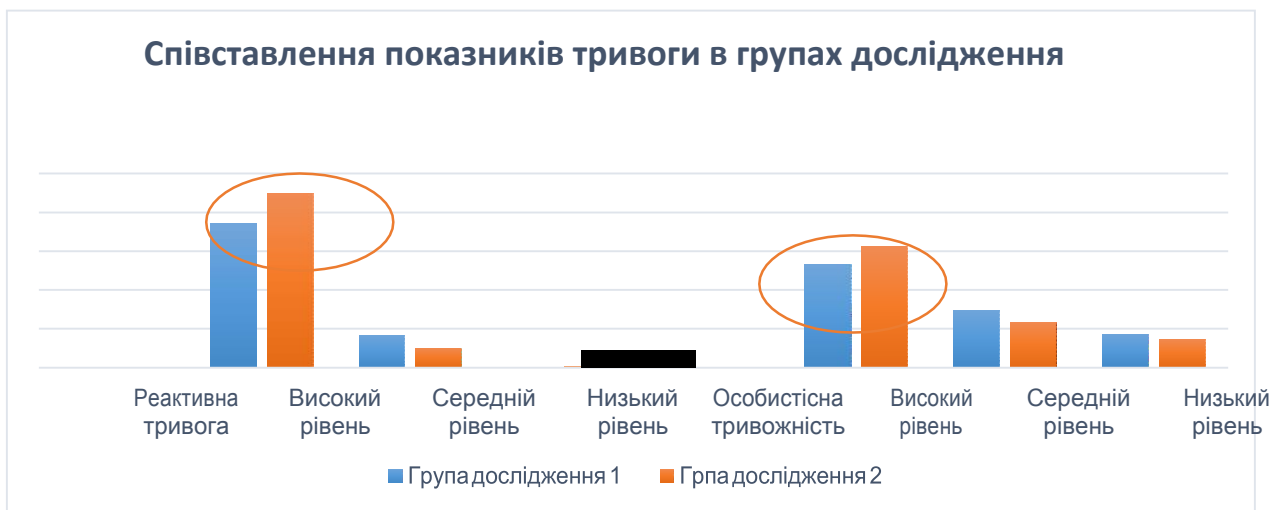


Рис. 2.1. Співставлення показників тривоги у групах дослідження

Високий показник реактивної тривоги проявляється відчуттям напруги, занепокоєння, яку може викликати порушення уваги, зниження працездатності, підвищену стомлюваність і швидку виснаженість.

При цьому спостерігались високі показники особистісної тривожності в обох групах дослідження. В групі дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами високий рівень спостерігався у 53,33%. Тоді як в групі дослідження 2 даний рівень достовірно більше зустрічався (у 62,22% при

$p_{\phi} < 0,05$). Середній та низький рівні були розподілені без достовірних відмінностей в групах дослідження.

Таким чином, наявність високого рівня особистісної тривожності свідчить про схильність сприймати, практично, всі ситуації, як загрозові, і реагувати на ці ситуації станом сильної тривоги. Висока особистісна тривожність може бути причиною невротичного конфлікту, емоційного зриву і психосоматичного захворювання.

Для аналізу стану тривоги та розуміння відмінностей показників між невротичними та психосоматичними розладами проведено співставлення результатів в підгрупах дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Співставлення показників тривоги у групах дружини атовців з невротичними та психосоматичними розладами на госпітальному етапі в умовах мирного часу (за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна)

Рівень	Група дослідження 1, n=285				$\Phi_{\text{емп}}$
	Підгрупа 1.1 n=117		Підгрупа 1.2. n=168		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
<i>Реактивна тривога</i>					
Високий	96	82,05	116	69,05**	2,55
Середній	14	11,97	33	19,64*	1,744
Низький	7	5,98	19	11,31	1,586
<i>Особистісна тривожність</i>					
Високий	80	68,38	72	42,86**	4,318
Середній	21	17,95	63	37,50**	3,687
Низький	16	13,67	33	19,64	1,32

*Примітка: * – різниця показників підгрупи 1.1 з НР від показників підгрупи 1.2 з ПСР за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,05$);*

*** – різниця показників підгрупи 1.1 з НР від показників підгрупи 1.2 з ПСР за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,01$).*

Аналіз отриманих результатів за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна в групах дослідження з невротичними та психосоматичними розладами показав високі показники тривоги як реактивної, так і особистісної. Дані табл. 4.2 свідчать про високі показники реактивної тривоги у групі досліджуваних із психосоматичними розладами – 116 осіб (абсолютне число) з показником високого рівня, що відповідає 69,05% від 17,95 загального числа респондентів, у той час, коли аналогічний показник у групі з невротичними розладами складає 96 осіб (абсолютне число), що відповідає 82,05% від загальної кількості респондентів у групі. У показнику «середній рівень» вираженості стану тривоги у групі обстежуваних з психосоматичними розладами – 33 особи (абсолютне число) від загальної кількості респондентів, у той час, коли аналогічний показник у групі з невротичними розладами складає 14 осіб (абсолютне число), що відповідає 11,97% від загального числа респондентів у підгрупі. У показнику «низький рівень» вираженості стану тривоги у групі досліджуваних з психосоматичними розладами – 19 осіб (абсолютне число), що відповідає 11,31% від загальної кількості респондентів, у той час, коли аналогічний показник у групі з невротичними розладами складає 7 осіб (абсолютне число), що відповідає 5,98% від загальної кількості респондентів у цій підгрупі.

Аналізуючи показники особистісної тривожності, слід відмітити більш негативні показники у групі хворих з невротичними розладами. Так, показники у групі з психосоматичними розладами – 72 особи (абсолютне число) з показником «високий рівень», що відповідає 42,86% від загального числа респондентів у даній групі, у той час коли аналогічний показник у групі з невротичними розладами

складає 80 осіб (абсолютне число), що відповідає 68,38% від загальної кількості обстежуваних у цій підгрупі. У показнику «середній рівень тривожності» вираженість стану тривоги у групі досліджуваних з психосоматичними розладами – 63 особи (абсолютне число), що відповідає 37,50% від загального числа респондентів цієї групи, у той час, коли аналогічний показник у групі з невротичними розладами складає 21 особу (абсолютне число), яке відповідає % від загального числа респондентів у цій підгрупі. Показник «низький рівень» вираженості стану тривоги у групі досліджуваних з психосоматичними розладами – 33 особи (абсолютне число), що відповідає 19,64% від загального числа обстежуваних у цій групі, у той час, коли аналогічний показник у групі з невротичними розладами складає 16 осіб (абсолютне число), що відповідає 13,67% від загального числа обстежуваних у цій підгрупі.

Аналіз отриманих результатів за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна в групах дослідження з невротичними розладами показав високі показники тривоги як реактивної, так і особистісної (табл. 2.4).

Співставлення показників тривоги в підгрупі дружини атовців з невротичними розладами в умовах мирного часу (за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна)

Рівень	Підгрупа 1.1 (з невротичними розладами), n=117					
	Підгрупа з НА n=63		Підгрупа з СВД n=33		Підгрупа з РА n=21	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
<i>Реактивна тривога</i>						
Високий	56	88,89	23	69,70	17	80,96
Середній	4	6,35	8	24,24	2	9,52
Низький	3	4,76	2	6,06	2	9,52
<i>Особистісна тривожність</i>						
Високий	51	80,95	20	60,61	9	42,86
Середній	8	12,70	9	27,27	4	19,05
Низький	4	6,35	4	12,12	8	38,09

*Примітка: * – різниця показників групи з НА від показників групи з СВД за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,05$);*

*** – різниця показників групи НА від показників групи з РА за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,05$);*

**** – різниця показників групи СВД від показників групи з РА за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,05$).*

Дані табл. 2.4 свідчать про вищі показники реактивної тривожності у групі обстежуваних з НА – 56 осіб (абсолютне число) з показником «високий рівень», що відповідає 88,89% від загальної кількості респондентів цієї групи, у той час, коли аналогічний показник у групі з СВД складає 23 особи (абсолютне число), що

відповідає 69,70% від загальної кількості респондентів даної підгрупи, а у підгрупі РА – такі показники складають 17 осіб (абсолютне число), що складає 80,96% від загальної кількості обстежуваних у групі.

У показниках «середнього рівня» вираженості стану тривоги найбільший показник у групі обстежуваних з СВД – 8 респондентів (абсолютне число), що відповідає 24,24% від загальної кількості досліджуваних у цій групі, у той час, коли аналогічний показник у групі з НА складає 4 особи (абсолютне число), що відповідає 6,35% і загальної кількості досліджуваних у цій підгрупі, а у групі з РА – 2 особи (абсолютне число) – 9,52% від загальної кількості респондентів даної групи. Показник «низького рівня» вираженості стану тривоги у групі досліджуваних з НА – 3 особи (абсолютне число), яке відповідає 4,76% від загальної кількості респондентів даної групи, у той час, коли аналогічний показник у групі з СВД та РА складає по 2 особи (абсолютне число), що відповідає 6,06% та 9,52% відповідно до загальної кількості респондентів у підгрупах.

Аналізуючи показники особистісної тривожності, слід відзначити негативні тенденції у групі хворих з НА – 51 особа (абсолютне число) з показником «високий рівень», що відповідає 80,95% від загальної кількості досліджуваних у даній групі, у той час, як аналогічний показник у групі з СВД складає 20 осіб (абсолютне число), що відповідає 60,61% від загального числа респондентів цієї підгрупи; у групі з РА – 9 осіб (абсолютне число), відповідно – 42,86% від загальної кількості обстежуваних у підгрупі. Показник «середній рівень» вираженості стану тривоги у групі з СВД – 9 осіб (абсолютне число), що відповідає 27,27% від загальної кількості респондентів даної групи, у групі з НА складає 8 осіб (абсолютне число), яке відповідає 12,70% від загальної кількості респондентів підгрупи, у групі з РА – 4 особи (абсолютне число), що складає 19,05% від загальної кількості досліджуваних даної підгрупи. Показник «низький рівень» вираженості стану тривоги у групі досліджуваних з РА – 8 осіб (абсолютне число), що відповідає 38,09% від загальної кількості обстежуваних у групі, у групах з НА та СВД – по 4

особи (абсолютне число), що відповідає 6,35% та 12,12% відповідно до загального числа респондентів у цих підгрупах.

Отримані результати за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна в групах дослідження з психосоматичними розладами мали високі показники тривоги як реактивної, так і особистісної в групах с ССС и ШКТ (табл. 2.5).

Дані табл. 2.5 свідчать про більш високі показники у групі обстежуваних з ССС – 79 осіб (абсолютне число), що відповідає 74,53% від загальної кількості респондентів даної групи, у той час як аналогічний показник у групі з ШКТ складає 37 осіб (абсолютне число), що відповідає 59,68% від загальної кількості обстежуваних у цій підгрупі. Показник «середній рівень» вираженості стану тривоги у групі обстежуваних з ССС – 16 осіб (абсолютне число), що відповідає 15,09% від загального числа обстежуваних у цій групі, аналогічний показник у групі з ШКТ не значущо відрізняється і складає 17 осіб (абсолютне число), що відповідає 27,43% від загальної кількості респондентів у цій підгрупі. Показники «низький рівень» вираженості стану тривоги у групі обстежуваних з ССС – 11 осіб (абсолютне число), що відповідає 10,38% від загального числа досліджуваних у даній групі, у той час як аналогічний показник у групі з ШКТ складає 8 осіб (абсолютне число), що відповідає 12,9% від загальної кількості респондентів цієї підгрупи.

Розподіл показників тривоги в групах дружини атовців з психосоматичними розладами на госпітальному етапі в умовах мирного часу (за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна)

Рівень	Підгрупа 1.2 (з психосоматичними розладами), n=168				Ф _{емп}
	Підгрупа з порушенням ССС, n=106		Підгрупа з порушенням ШКТ, n=62		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
<i>Реактивна тривога</i>					
Високий	79	74,53	37	59,68	1,983*
Середній	16	15,09	17	27,43	1,901*
Низький	11	10,38	8	12,9	0,488
<i>Особистісна тривожність</i>					
Високий	23	21,70	49	79,03	7,637**
Середній	54	50,94	9	14,52	5,054**
Низький	29	27,36	4	6,45	3,665**

*Примітка: * – різниця показників підгрупи з ССС від показників підгрупи з ШКТ за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$);*

*** – різниця показників підгрупи з ССС від показників підгрупи з ШКТ за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,01$).*

Аналізуючи показники особистісної тривожності, слід відзначити більш негативні показники у групі хворих на ШКТ. Так, показники у групі з ШКТ розладами – 49 осіб (абсолютне число) з показником «високий рівень», що відповідає 79,03% від загальної кількості респондентів у даній групі, у той час як аналогічний показник у групі з ССС складає 23 особи (абсолютне число), що

відповідає 21,70% від загальної кількості обстежуваних у підгрупі. Показник «середній рівень» виразності стану тривоги у групі обстежуваних з ССС – 54 особи (абсолютне число), що відповідає 50,94% від загальної кількості респондентів групи, у той час як аналогічний показник у групі з розладами ШКТ складає 9 осіб (абсолютне число), що відповідає 14,52% від загального числа респондентів даної підгрупи. Показник «низький рівень» вираженості стану тривоги у групі з ССС розладами складає 29 осіб (абсолютне число), що відповідає 27,36% від загальної кількості респондентів групи, у той час як аналогічний показник у групі з ШКТ розладами складає 4 особи (абсолютне число), що відповідає 6,45% від загальної кількості досліджуваних даної підгрупи.

Результати за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна в підгрупах дослідження дружин атовців з невротичними розладами на госпітальному етапі в умовах бойових дій показав високі показники реактивної і особистісної тривоги в обох підгрупах (табл. 2.6).

Дані табл. 4.5 свідчать про достовірно високі показники реактивної тривоги у підгрупі 2.1 з ПТРС і іншими невротичними розладами з симптоматикою ПТСР – 58 осіб (абсолютне число) з показником «високий рівень», що відповідає 96,67% від загальної кількості досліджуваних у даній групі, тоді як аналогічний показник у підгрупі 2.2 з РА складає 101 особу (абсолютне число), що відповідає 84,17% від загальної кількості досліджуваних у цій підгрупі (де $\phi_{\text{емп}}=2,859 \geq \phi_{\text{кр}}$, при $\rho_{\phi} < 0,01$). Показник «середній рівень» вираженості стану тривоги у підгрупі 2.1 відсутній у дослідженні, аналогічний показник у підгрупі 2.2 складає 18 осіб (абсолютне число), що відповідає 15,00% від загальної кількості досліджуваних у підгрупі.

Співставлення показників тривоги в групах дружин атовців з невротичними розладами на госпітальному етапі в умовах бойових дій (за даними методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна)

Рівень	Група дослідження 2, n=180				$\Phi_{\text{емп}}$
	Підгрупа 2.1, n=60		Підгрупа 2.2, n=120		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
<i>Реактивна тривога</i>					
Високий	58	96,67	101	84,17	2,859**
Середній	0	0,00	18	15,00	0
Низький	2	3,33	1	0,83	1,176*
<i>Особистісна тривожність</i>					
Високий	51	85,00	61	50,83	4,821**
Середній	7	11,67	35	29,17	2,808**
Низький	2	3,33	24	20,00	3,554**

*Примітка: * – різниця показників підгрупи 2.1 від показників підгрупи 2.2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_{\phi} < 0,05$); ** – різниця показників підгрупи 2.1 від показників підгрупи 2.2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_{\phi} < 0,01$).*

Показник низького рівня тривоги в підгрупі 2.1 складає 3,33%, тоді як у підгрупі 2.2 зустрічається у 0,83% від загальної кількості обстежуваних у підгрупі.

Наявність високих показників реактивної тривоги свідчить про надмірне навантаження психоемоційного стану дружин атовців, які знаходилися на госпітальному лікуванні. Такий варіант емоційного реагування супроводжувався погіршенням загального соматичного стану та збільшенню скарг на фізичний та психічний стан.

Аналізуючи показники особистісної тривожності, слід відзначити більш

негативну картину у підгрупі хворих з ПТСР і іншими невротичними розладами з симптоматикою ПТСР, де – 51 особа (абсолютне число) з показником «високий рівень», що відповідає 85,00% (де $\Phi_{\text{емп}}=4,821 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_{\Phi} < 0,01$) від загальної кількості обстежуваних у цій підгрупі, у той час як аналогічний показник у підгрупі з РА складає 61 особу (абсолютне число), що відповідає 50,83% від загальної кількості обстежуваних у даній підгрупі. У показниках «середній рівень» вираженості стану тривоги у підгрупі досліджуваних з РА – 35 осіб, що відповідає 29,17% (де $\Phi_{\text{емп}}=2,808 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_{\Phi} < 0,01$) від загального числа респондентів даної групи, у той час як аналогічний показник у підгрупі 2.1 складає 7 осіб (абсолютне число), яке відповідає 11,67% від загальної кількості обстежуваних підгрупи. У показниках «низький рівень» вираженість стану тривоги у групі обстежуваних з РА – 24 особи (абсолютне число), що відповідає 20,00% (де $\Phi_{\text{емп}}=2,859 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_{\Phi} < 0,01$) від загальної кількості досліджуваних групи, тоді як аналогічний показник у групі з розладами ПТСР складає 2 особи (абсолютне число), що відповідає 3,33% від загальної кількості досліджуваних у підгрупі.

Аналіз отриманих даних у групах дослідження з невротичними та психосоматичними розладами показав притаманність високого рівня як реактивної, так і особистісної тривожності. Для обох груп, з одного боку, суб'єктивне притаманне відчуття напруги, занепокоєння, наявність ознак активації вегетативної нервової системи, а з іншого, схильність до сприйняття всього нового як стресор та реагувати станом тривоги. Постійне відчуття тривоги формують внутрішній дискомфорт та викликають емоційні та невротичні зриви, та вкладаються в у картину психосоматичних розладів. Таким чином наявність високих показників емоційного перенапруги та схильність до тривожності є одним з чинників формування невротичних та психосоматичних розладів у дружин атовців на госпітальному етапі.

Надалі був проведений аналіз суб'єктивної картини депресивної симптоматики у дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами

за самооцінюванням шкали депресії А. Бека (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Співставлення показників суб'єктивної оцінки депресії в групах дослідження дружин атовців (за даними методики оцінки депресії А. Бека)

Рівень	Група дослідження 1 n=285		Група дослідження 2 n=180		$\varphi_{\text{емп}}$
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Виразна (20-29 балів)	20	7,01	14	8,20	0,464
Помірна (16-19 балів)	85	29,82	45	25,00	1,134
Легка (10-15 балів)	120	42,12	84	46,67	0,977
Відсутність (≤ 9 балів)	60	21,05	37	20,55	0,137

*Примітка: * – різниця показників групи дослідження 1 від показників групи дослідження 2 за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_{\varphi} < 0,05$);*

*** – різниця показників групи дослідження 1 від показників групи дослідження 2 за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_{\varphi} < 0,01$).*

Отримані результати за даними методики оцінки депресії А. Бека в групах дослідження дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами на госпітальному етапі показали відсутність достовірних розбіжностей при самооцінюванні свого емоційного стану. Присутність легкої симптоматики депресивного спектру присутня у 42,12% групи дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами, які перебували на госпітальному лікуванні в умовах мирного часу та у 46,67% групи дружин атовців з невротичними розладами в умовах бойових дій. Більш високі показники депресивної симптоматики помірного рівня зустрічались у 29,82% групи дослідження 1 та у

25,00% групи дослідження 2. Відсутність симптоматики депресивного спектру відмічали приблизно 20,00% дружин атовців в обох групах дослідження. Але була відмічена виразна депресивна симптоматика у 7,01% групи дослідження 1 та у 8,20% – групи дослідження 2.

Для розуміння специфіки розподілу депресивної симптоматики у дружин атовців, надалі був проведений аналіз в підгрупах дослідження. Співставлення розподілу суб'єктивної оцінки депресії розглянуто в групі дослідження 1, у дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами на госпітальному етапі в умовах мирного часу (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Співставлення показників суб'єктивної оцінки депресії у дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами (за даними методики оцінки депресії А. Бека)

Рівень	Група дослідження 1, n=285				Ф _{емп}
	Підгрупа 1.1 n=117		Підгрупа 1.2 n=168		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Виразна (20-29 балів)	3	2,56	17	10,12	2,682**
Помірна (16-19 балів)	21	17,95	64	38,10	3,787**
Легка (10-15 балів)	77	65,81	43	25,59	6,901**
Відсутність) (≤ 9 балів)	16	13,68	44	26,19	2,633**

*Примітка: * – різниця показників ГП 1 від показників ГП 2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$);*

*** – різниця показників ГП 1 від показників ГП 2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,01$).*

За результатами опитування дружини атовців з психосоматичними розладами оцінювали свій стан більш загрозливим та відмічали наявність

депресивної симптоматики виразного рівня 10,12% (при $\rho_\phi < 0,05$) та 38,10% - помірного рівня (при $\rho_\phi < 0,01$). Найбільш притаманним були скарги на відчуття незадоволеності, провини, відраза до себе, дратівливість, втрата працездатності, порушення соціальних зв'язків із значимими особами та порушення сну, наявність тяжких думок.

Тоді як в групі дружин атовців з невротичними розладами емоційний стан оцінювався більш прийнятним. Достовірно переважала депресивна симптоматика легкого рівня у 65,81% (при $\rho_\phi < 0,01$) та взагалі відсутня у 13,68% (при $\rho_\phi < 0,05$).

В табл. 4.8 представлені результати розподілу рівнів депресії в підгрупі 1.1 дружин атовців з невротичними розладами.

Таблиця 2.9

Розподіл рівнів депресії у дружин атовців з невротичними розладами на госпітальному етапі в умовах мирного часу (за даними методики оцінки депресії А. Бека)

Рівень	Підгрупа 1.1 (з невротичними розладами), n=117					
	Підгрупа з НА, n=63		Підгрупа з СВД, n=33		Підгрупа з РА, n=21	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Виразна	0	0,00	1	3,03	2	9,52
Помірна	6	9,52	5	15,15	10	47,62 ^{2,3}
Легка	46	73,02 ²	23	69,70 ³	8	38,1
Відсутність	11	17,46 ²	4	12,12	1	4,76

Примітка: ^{1} – різниця показників підгрупи з НА від показників підгрупи з СВД за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$);*

^{2} – різниця показників підгрупи з НА від показників підгрупи з РА за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$);*

^{3} – різниця показників підгрупи з РА від показників підгрупи з СВД за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$).*

Отримані результати розподілу рівня реактивної тривоги в підгрупі 1.1 з урахуванням клінічної картини порушення спостерігались достовірні відмінності. В підгрупі дружин атовців достовірно переважала легка депресивна симптоматика у 73,02% (де $\Phi_{\text{емп}}=6,452 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_{\phi} < 0,01$) або взагалі відсутня у 17,46%, лише у 9,52% була відмічена депресія помірної тяжкості.

У підгрупі з соматоформно-вегетативною дисфункцією 69,70% (де $\Phi_{\text{емп}}=5,327 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_{\phi} < 0,01$) дружини атовців відмічали наявність легкого рівня депресивної симптоматики, 15,15%.

Результати за даними методики оцінки депресії А. Бека в групах дослідження дружин атовців з психосоматичними розладами показав високі показники депресії в обох підгрупах (табл. 2.10).

Дані табл. 2 свідчать про більш високі показники депресії у групі дружин атовців з ССС: 17 осіб (абсолютне число) з вираженим рівнем депресії, що складає 16,04% від загальної кількості досліджуваних у цій групі. 58 осіб (абсолютне число) з помірним рівнем вираженості депресії, що складає 54,72% від загальної кількості респондентів групи. 19 осіб (абсолютне число) з легким рівнем депресивних проявів, що складає 17,92% від загальної кількості досліджуваних групи. 12 осіб (абсолютне число) з відсутністю ознак депресивного стану, що складає 11,32% від загальної кількості респондентів даної групи.

Відрізняються дані, отримані у групі дружин атовців з порушеннями ШКТ: з вираженим рівнем депресії хворі у цій підгрупі відсутні, 6 осіб (абсолютне число) з помірним рівнем вираженості депресії (9,68% від загальної кількості досліджуваних у даній групі), 24 особи (абсолютне число) з легким рівнем прояву депресії (38,71% від загальної кількості респондентів групи) та 32 особи (абсолютне число) з відсутністю ознак депресивного стану (51,61% від загальної кількості досліджуваних у даній групі).

**Розподіл рівнів депресії у дружин атовців з психосоматичними розладами
(за даними методики оцінки депресії А. Бека)**

Рівень	Підгрупа 1.2, n=168				Ф _{емп}
	Підгрупа з порушенням ШКТ, n=62		Підгрупа з порушенням ССС, n=106		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Виразна	0	0,00	17	16,04	0
Помірна	6	9,68	58	54,72	6,455**
Легка	24	38,71	19	17,92	2,933**
Відсутність	32	51,61	12	11,32	5,735**

*Примітка: * – різниця показників підгрупи з порушенням ШКТ від показників підгрупи з порушенням ССС за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,05$); ** – різниця показників підгрупи з порушенням ШКТ від показників підгрупи з порушенням ССС за критерієм φ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\varphi < 0,01$).*

За даними методики оцінки депресії А. Бека в групі дослідження дружин атовців з невротичними розладами на госпітальному етапі в умовах бойових дій показав високі показники депресивної симптоматики в обох підгрупах (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Розподіл рівнів депресії у дружин атовців з невротичними розладами на госпітальному етапі в умовах бойових дій (за даними методики оцінки депресії А. Бека)

Рівень	Група дослідження 2, n=180				Ф емп
	Підгрупа 2.1 (з ПТСР і іншими невротичними розладами з симптоматикою ПТСР), n=60		Підгрупа 2.2 (з РА), n=120		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Виразна	5	8,34	12	10,00	1,281
Помірна	32	53,33	23	19,17	4,668**
Легка	23	38,33	64	53,33	2,707**
Відсутність	0	0,00	21	17,50	0

*Примітка: * – різниця показників підгрупи 2.1 від показників підгрупи 2.2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,05$); * – різниця показників підгрупи 2.1 від показників підгрупи 2.2 за критерієм ϕ – кутове перетворення Фішера достовірне ($\rho_\phi < 0,01$).*

Дані табл. 2.11 свідчать про наявність високих показників депресії у підгрупах дружин атовців з невротичними розладами. В підгрупі 2.1 помірний рівень депресивної симптоматики відмічали 53,33%, що достовірно вище за показники підгрупи

2.2 - у 19,17% (де $\Phi_{\text{емп}}=4,668 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_\phi < 0,01$). При цьому 38,33% підгрупи 2.1 з ПТСР і іншими невротичними розладами з симптоматикою ПТСР мали легку симптоматику депресивного спектру. Інший розподіл мала підгрупа 2.2 з розладами адаптації, де превалювала легка депресивна симптоматика у 53,33% (де $\Phi_{\text{емп}}=2,707 \geq \Phi_{\text{кр}}$, при $\rho_\phi < 0,01$). Також була отримана виразність депресивної симптоматики помірного (19,17%) та виразного рівнів (10,00%), відсутність спостерігалась у 17,5%.

Висновки до другого розділу

У розділі проведено аналіз особливостей порушення емоційної сфери у дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами показало відмінності у рівнях прояву реактивної тривоги і особистісної тривожності, а також депресивної симптоматики за суб'єктивним та об'єктивним оцінюванням у групах дослідження.

У підгрупі дослідження 1.2 дружини атовців із психосоматичними розладами у групі ССС зафіксовані високі показники реактивної тривоги у 74,53% респондентів, тоді як у осіб з порушенням ШКТ спостерігались підвищенні показники особистісної тривожності (у 79,03% осіб). При співставленні об'єктивних показників депресії за самооцінюванням були отримані достовірні розбіжності (при $p_{\phi} < 0,01$). Так, за суб'єктивним показником достовірно гірше оцінювали свій стан обстежені з порушенням ССС – у 70,76% осіб, у яких виявлено депресивну симптоматику вираженого та помірного рівнів; при об'єктивному результаті у 32,26% досліджуваних спостерігалась депресивна симптоматика низького рівня вираженості. Таким чином, переоцінювання важкості стану емоційної сфери призводило до зниження стресостійкості та адаптаційного потенціалу досліджуваних. У осіб з порушенням ШКТ було отримано більш критичне оцінювання свого стану; при об'єктивному оцінюванні у 40,57% осіб отримана легка депресія, як і при самооцінюванні у 38,71% респондентів.

У підгрупі дослідження 2.1 у осіб із ПТСР була отримана менш критична картина щодо оцінки депресії: суб'єктивно у 38,71% осіб визначався легкий рівень, об'єктивно (у 41,67% респондентів) – помірний рівень і у 16,67% досліджуваних – високий. Разом із тим, у осіб з РА за самооцінюванням виявлено помірний рівень депресії (54,72% осіб) та виражений її рівень (16,04% осіб), при об'єктивному результаті – у 45,83% досліджуваних – середній рівень і у 13,33% респондентів високий.

Порівняльний аналіз індивідуально-психологічних та поведінкових особливостей дружини атовців з невротичними та психосоматичними розладами дозволив визначити специфіку поведінкових реакцій на стресові ситуації, співвідношення ставлення до свого «Я» та оточуючого середовища.

Досліджений кластер індивідуально-психологічних та поведінкових особливостей у групі дослідження 1 дозволив визначити загальні та специфічні для кожної підгрупи характеристики. Для групи втручання загальною характеристикою слугували низькі показники самооцінки, використання деструктивних механізмів психологічного захисту і паттернів поведінки.

РОЗДІЛ III. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ДРУЖИНАМИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ПТСР

3.1. Форми психологічної підтримки жінок, які опинилися у ситуації стресу: сутність, зміст

Основою психотерапії особистості з посттравматичним стресовим розладом є інтеграція неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним сталося, в його уявлення про себе (образ Я). У зв'язку з цим існують чотири наступних психотерапевтичних методів при стресових розладах та безпосередньо при ПТСР: раціональна психотерапія, стратегії психічної саморегуляції, когнітивна психотерапія, особисто-орієнтована терапія, позитивна терапія, групова терапія та логотерпія.

Найбільш часто вживаним форматом терапії для людей, що стали жертвами травматичного досвіду є групова терапія. Цей метод активно використовується у поєднанні із численними видами індивідуального підходу. Існує велика кількість напрямів групової терапії. Вони охоплюють когнітивно-біхевіоральні, психоаналітичні та психодраматичні групи, групи самопомоги, аналізу сновидінь, арт-терапії та безліч інших [25].

Методи групової терапії завжди спрямовані на досягнення певної терапевтичної мети, а саме на повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі, спілкування з людьми, які пережили подібний травматичний досвід, зменшення відчуття ізоляції, відчуженості, сорому та підсилення відчуття приналежності, доцільності, спільності, спостереження за членами групи, переживають спалахи інтенсивних афектів, вивчення методів боротьби із травмуючою подією, сприйняття стресової події в адаптивний спосіб.

Психотерапія при ПТСР ставить за мету допомогти пацієнтові «переробити» проблеми і «упоратися» з симптомами, які продукуються в результаті зустрічі з травмуючою ситуацією.

Один з ефективних підходів до цієї мети – допомогти пацієнтові відреагувати травматичний досвід, обговорюючи і заново переживаючи думки і відчуття, пов'язані з травмою, в безпеці терапевтичної обстановки. В результаті це надає змогу клієнтові відчувати свій власний вплив на ситуацію. Одним із аспектів даного терапевтичного підходу є занурення у зміст пережитих подій, розглядаючи і аналізуючи свої дії і емоційні реакції, які супроводжували те, що відбувалося. Психотерапія пацієнта, який страждає на ПТСР, залежно від вираженості його психологічної дезадаптації, може продовжуватися від 6 місяців до декількох років.

Основне завдання психолога – допомогти клієнту усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. При роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе наступні психотерапевтичні напрями, а саме гештальт-терапія, родинна терапія, нейро-лінгвістичне програмування, символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія), метод десенсибілізації і перетворення рухами очей і ряд інших [31].

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить наступні послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методам саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).
5. Апробація нових способів поведінки через гру.
6. Визначення життєвих перспектив.

3.2. Обґрунтування психокорекційної роботи з дружинами військових, які перебувають у ситуації стресу.

Метою тренінгу є подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери у дружин військовослужбовців. До основних напрямків соціально-психологічної реабілітації дружин військовослужбовців належать: психофізіологічний (комплексна психологічна діагностика, яка дозволяє виявити наявність психотравми, ідентифікувати її та провести оцінювання); психокорекційний (застосування психотерапевтичних методів і відповідні технік); соціально-психологічний (спрямований знизення емоційного напруження; відновлення функціонального стану організму; навчання основним методам психічної саморегуляції; підвищення особистісного адаптаційного потенціалу).

В результаті проходження серії тренінгів слухачі повинні знати: особливості і закономірності подолання посттравматичного стресового розладу; методи подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку.

Також вони повинні вміти: проводити моніторинг власного психоемоційного стану та вживати заходи для знизення прояву важких емоційних станів. Після проходження психологічних тренінгів жінки повинні:

- розвивати вміння аналізувати життєві ситуації;
- досягати компромісу в конфліктних ситуаціях;
- усвідомлювати власні переваги та недоліки у спілкуванні;
- навчитися ідентифікувати емоції інших людей, проявляти емпатію у стосунках.

Теоретичне обґрунтування мети, визначення завдань, принципів, умов, форм і засобів тренінгу дозволило розробити та апробувати психологічну програму з подолання посттравматичного стресового розладу серед дружин військовослужбовців шляхом впливу на її компоненти. [38, с. 137].

У інтерактивному тренінгу брали участь 64 жінки. Основний етап розробленої програми розвитку становили групові заняття, в яких було застосовано комплексний вплив на компоненти посттравматичного стресового розладу – інтелектуальний, емоційно-вольовий. Деякі вправи були взяті нами з досвіду практичних психологів: А. Козлов [45], І. Стишонок [49].

За результатами теоретичного аналізу проблеми подолання посттравматичного стресового розладу серед дружин військовослужбовців, результатами констатувального етапу дослідження, спираючись на теоретичне обґрунтування формувального експерименту, ми створили «Програму подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку серед дружин військовослужбовців», яка включає психологічний тренінг з актуалізації особистісного потенціалу, розвитку стресостійкості у дружин військовослужбовців, стратегій успішного подолання стресових ситуацій.

Визначення психолого-педагогічної моделі як провідної для реалізації формувального експерименту зумовлене сутністю посттравматичного стресового розладу як характерний симптомокомплекс, що розвивається внаслідок психотравми, викликаної подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду.

У професійній діяльності дружин військовослужбовців виділені такі види психічної травми: психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і негативно впливає на психіку дружини військового та довготривала психотравма. Друга є результатом повторюваних психотравмуючих подій. Кумулятивна психотравма є наслідком накопиченого з часом екстремального травматичного досвіду.

Формувальний експеримент, в якому брали участь жінки атовців передбачав створення умов для подолання посттравматичного стресового порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку завдяки цілеспрямованому впливу на особистісні явища засобами психотерапії.

Відповідно до компонентів готовності до професійної діяльності (інтелектуальний, емоційно-вольовий) було визначено три блоки тренінгу, а саме:

- 1) розвиток, спрямованості на позитивний результат;
- 2) підвищення емоційної стійкості, вдосконалення позитивних особистісних якостей – прагнення до саморозвитку, цілісності;
- 3) підвищення стресостійкості, самоконтролю, врівноваженості.

Однією із загальних умов побудови програми подолання посттравматичного стресового розладу є всебічне вивчення особистості із врахуванням індивідуально-типологічних особливостей дружин військовослужбовців.

До конкретних психолого-педагогічних умов подолання посттравматичного стресового розладу в нашому дослідженні належать:

- 1) посилення інтеграції оцінки власних здібностей, що сприяє очікуванню успіху в різних сферах життєдіяльності;
- 2) розвиток емоційної стійкості, стресостійкості, що впливає на успішність професійної діяльності;
- 3) посилення позитивних очікувань від результатів власної діяльності;
- 4) актуалізація здатності до незалежності й саморегуляції власних дій, що визначає впевненість та наполегливість у досягненні мети;

5) посилення мотивації отримання нових знань, умінь та навичок, що впливає на досягнення успіху у професійній діяльності. Для забезпечення функціональних компонентів, які складають основу подолання посттравматичних стресових порушень, ми провели формувальний експеримент. Згідно з умовами експерименту, протягом шести місяців для дружин військовослужбовців на базі громадської організації було проведено інтерактивні тренінги.

Нами була розроблена навчальна програма, спрямована на подолання посттравматичних стресових порушень, що складається із тренінгу, розподіленого на три модулі, загальною тривалістю 20 годин.

Під час проходження тренінгу військовослужбовці ознайомилися із терапевтичними методами подолання посттравматичних стресових порушень (мозковий штурм, підтримувальна комунікація, арт-терапевтичні техніки), пройшли серію психологічних тренінгів, спрямованих на розвиток інтелектуальної, емоційно-вольової сфер.

Метою формувального експерименту є цілеспрямоване подолання посттравматичних порушень у дружин військовослужбовців засобами актуалізації їх структурних компонентів. Основними завданнями формувального етапу дослідження були визначені наступні:

- 1) обґрунтувати програму подолання посттравматичних порушень у дружин військовослужбовців;
- 2) розробити та апробувати програму подолання посттравматичних порушень у дружин військовослужбовців;
- 3) здійснити аналіз кількісних та якісних даних, отриманих у результаті впровадження формувальної програми.

Базуючись на результатах констатувального етапу дослідження, було створено програму боротьби із посттравматичним стресовим розладом у дружин учасників бойових дій. Програма тренінгу була реалізована в листопаді 2018 року – січні 2019 року. Загалом нами було заплановано провести 3 заняття з періодичністю 1 раз на місяць. За програмою одне тренінгове заняття мало тривати 7 години.

Із дружини учасників бойових дій було сформовано дві групи: експериментальну та контрольну групи. Кожна із груп складалась із 32 осіб. Експеримент було реалізовано упродовж трьох етапів. Перший етап – Модуль 1 спрямований на ознайомлення дружин учасників бойових дій із основними принципами тренінгу та визначення сутності посттравматичного стресового розладу. Другий етап – Модуль 2 передбачає реалізацію завдань спрямованих на формування інтелектуального та емоційно-вольового компонентів. Третій етап –

Модуль 3 спрямований на узагальнення набутого під часу тренінгу досвіду. Тематичний план цих занять поданий у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Програму подолання посттравматичного порушення інтелектуального та емоційно-вольового розвитку серед дружин військовослужбовців

Модуль 1. «Особливості посттравматичного стресового розладу»		
Вправи	Мета	Тривалість
Інформаційне повідомлення «Стрес»	Обговорення основних понять стресу та його впливу на організм людьми.	7 год.
Бесіда на тему «Що означає бути впевненим у собі?»	Підвищення самооцінки та побудова позитивних мотиваційних механізмів у жінок із вторинним стресовим розладом	
Бесіда на тему «Поведінка особистості у стресовій ситуації»	Підвищення рівня знань про стрес та типові стресові реакції організму людини та побудова інтелектуального компоненту.	
Вправа «Я переживаю стрес, коли...»	З'ясування головних стресорів для кожного учасника тренінгу, а також усвідомлення своїх власних.	
Психомалюнок «Я до стресу»; «Я під час стресу»; «Я після стресу»	Робота із головними стресорами притаманними для учасників запропонованої нами програми, а також робота із власними стресорами.	
Вправа «Автобіографія»	Опрацювання невідповідності між бажаннями та можливістю їх втілення у реальність як життєвого стресового фактору.	

Модуль 2. «Формування навиків саморегуляції»		
Вправи	Мета	Тривалість
Тренінг на тему: «Профілактика та подолання стресових станів»	Обґрунтування стресових станів, набуття навичок опанування емоційних реакцій, які в майбутньому можна застосовувати на практиці в різних ситуаціях, а також засвоєння прийомів релаксації.	7 год.
Вправа „Історії з торбинки”	Метою вправи є знайомство учасників. А також мотивація учасників програми працювати за темою тренінгу.	
Вправа «Як подолати стрес»	Емоційний відпочинок, а також зміна власного відношення до різних ситуацій.	
Вправа «місце спокою»	Розслаблення.	
Вправа «Повітряна кулька»	Досягнення відчуття легкості у тілі та повне м'язове розслаблення.	
Вправа «Димок»	Зняття емоційного напруження та відновлення сил.	
Вправа «Внутрішній промінь»**	Формування внутрішнього балансу та стабільності.	
Модуль 3. «Формування емоційно-вольового компоненту»		
Вправи	Мета	Тривалість
Тест «Чи загрожує вам нервовий зрив?»	Визначення психоемоційного стану учасників.	7 год.
Вправа «Проекція образу особистого Я»	Метою вправи є формування уявлення про самого себе. Окрім цього вправа спрямована на визначення емоційного стану.	
Вправа «Слова-самоописи»	Активізація позитивного мислення, а також усвідомлення власних способів поведінки.	
Вправа «Мої найважливіші риси характеру» **	Вивчення психоемоційного стану учасниць та аналіз особистіних характеристик.	
Вправа «Позитивне мислення»**	Метою вправи є формування та активізація позитивного мислення.	
Вправа «Упевненість: згадай себе»*	Метою вправи є боротьба зі страхами та усвідомлення власних захисних механізмів.	

Відповідно до презентованої програми у таблиці 3.1. кінцевою метою подолання посттравматичного стресового порушення у дружин військовослужбовців, яка реалізується завдяки актуалізації визначених нами структурних компонентів, на розвиток яких була спрямована практична робота: інтелектуальної (знаходження числових закономірностей, узагальнення, обсяг пам'яті) складових, які є провідними для розвитку інтелектуального компоненту посттравматичного стресового розладу. Емоційно-вольової (невротизація, адаптивність, самовладання), складових, які є провідними для розвитку емоційно-вольового компоненту посттравматичного стресового розладу.

Отже, подолання посттравматичного стресового розладу є складним цілеспрямованим процесом психолого-педагогічного впливу на інтелектуальний, емоційно-вольовий компоненти посттравматичного стресового розладу. Розроблена нами програма ґрунтується на активізації умов посилення інтеграції оцінки власних здібностей, що сприяє очікуванню успіху в різних сферах життєдіяльності; розвитку емоційної стійкості, самоконтролю, стресостійкості, посиленні позитивних очікувань від результатів власної діяльності; актуалізації здатності до незалежності й саморегуляції власних дій, що визначає впевненість та наполегливість у досягненні мети. Набули модифікації певні методики та прийоми відповідно до мети і завдань вправ. Низку психологічних розвивально-корекційних вправ було розроблено самостійно – позначаються символом (**), модифіковані вправи позначено умовно символом (*).

Трьох модулевий тренінг був спрямований на подолання посттравматичного стресового розладу, формування емоційної врівноваженості та стресостійкості, розвиток позитивного Я-образу, цінностей та якостей, досягнення успіху у професійній діяльності. Етапи подолання посттравматичного стресового розладу на базі створеної нами програми представлено у таблиці 3.2. (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Схема подолання посттравматичного стресового розладу

Перший етап	Другий етап	Третій етап
заняття на тему «Подолання посттравматичного стресового розладу», бесіди на теми: «Що означає бути впевненим у собі?» та «Поведінка особистості у стресовій ситуації».	заняття на тему: «Розвиток рефлексії», «Цінності та якості особистості», «Розвиток впевненості в собі», Формування емоційної компетентності дружин військовослужбовців.	заняття на тему: «Розвиток когнітивних процесів у дружин військовослужбовців», «Застосування мисленневих стратегій у подоланні посттравматичних стресових порушень»

Із табл. 3.2. видно, що перший етап спрямований на формування у дружин військовослужбовців особистісних якостей: доброзичливість у ставленні до інших, врівноваженість, стресостійкість. Другий етап схеми подолання посттравматичного розладу спрямований на розвиток суб'єктивних характеристик особистості: цінностей, творчого потенціалу, самоконтролю, рефлексивних здібностей. Третій етап в свою чергу передбачає розвиток інтелектуальних характеристик.

Таким чином, результати дослідження подолання посттравматичних порушень у дружин ветеранів війни засвідчили позитивні зміни у змісті її компонентів, що дає підстави стверджувати, що усі прийоми та засоби експериментального впливу виявилися адекватними до мети та основних завдань дисертаційного дослідження.

Отримані результати, за підсумками проведення формувального експерименту, дозволяють стверджувати, що програма подолання

посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед серед цих жінок є ефективною.

3.3. Оцінка ефективності психокорекційної роботи з дружинами військових

Якісно проведена психоедукація допомагає встановленню контакту психолога з дружиною ветерана, створенню атмосфери довіри і служить гарним початком для подальшої психологічної роботи. Жінкам також важливо оволодіти специфікою спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних тощо), які виникають при поверненні військових додому. Практичні рекомендації дружині ветерана стосовно налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї, обговорення особливостей їхнього застосування жінкою саме у її сім'ї, в умовах її життя може бути доречною формою консультативного варіанту психологічної підтримки жінки [1; 9].

Дружинам ветеранів важливо вміти розуміти себе та власні реакції на ті, чи інші сімейні ситуації, оволодіти навичками психоемоційної регуляції, розширити спектр власних комунікативних умінь, навчитися піклуватися про себе. Стосовно аспекту саморегуляції підкреслимо важливість у практиці консультування формування обізнаності жінок щодо симптомів прояву ВТС, власних негативних емоційних станів, допомоги жінкам у формуванні навичок оволодіння своїми емоціями та поведінковими реакціями, у засвоєнні засобів подолання деструктивних проявів, що є, як вважають фахівці, першим кроком до відновлення у випадку вторинної травми [8; 23].

Розглянемо наступний важливий орієнтир в роботі з дружинами ветеранів, а саме – допомогу в оволодінні навичками турботи про себе. Фахівці з психічного здоров'я вважають практику турботи про себе дієвим методом захисту від

негативних емоційних станів, до яких можуть бути схильні люди, що піклуються про інших. Ті, хто постійно дбає про потреби інших, нерідко нехтують своїми власними потребами. Ті, хто добре піклується про себе, менше схильні до стресу і втоми від співчуття, ніж ті, хто цього не робить. Хороше піклування може відрізнятися в різних людей, але фахівці акцентують увагу на таких базових речах: збалансований режим харчування, регулярні фізичні вправи; дотримання графіка сну; баланс між роботою і відпочинком, задоволення емоційних потреб [26].

Наведемо більш розширений перелік рекомендацій для попередження розвитку симптомів ВТС, або за їхньої наявності, для відновлення функціонування. Фахівці пропонують звернути увагу на такі речі: зв'язок із собою, родиною, друзями, колегами; турбота про своє тіло (заняття спортом, масаж тощо), хороший сон і харчування; дотримання особистих меж, особливо стосовно допомоги; отримання задоволення від життя, уваги й турботи від інших людей; релаксація, любов, розваги, достатній відпочинок; особистий простір і задовільні особисті стосунки [6; 26].

Цей перелік фактично пропонує розгорнутий і структурований підхід до здійснення турботи про себе. Такі рекомендації пропонуються представникам допомагаючих професій, однак ми вважаємо, що вони можуть бути корисні для різних категорій постраждалих із ВТС, зокрема і дружинам ветеранів як базові орієнтири. Як зауважує Urdang, виділення часу на самообслуговування залишає менше місця надмірній роботі, яка може привести до втоми через співчуття та інших негативних наслідків. «Перевтома часто лежить в основі втоми від співчуття і її двоюрідної сестри: вікарної травми», – зазначає Urdang [цит. за 26].

Відзначимо також, що в процесі піклування про інших важливо встановлювати чіткі емоційні межі для збереження власної ідентичності. Співчуття і милосердя, як правило, найважливіші у взаємодії з іншими людьми. Завдання полягає в тому, щоб залишатися чуйним і підтримувати інших, але не залучатися

надмірно, не брати біль близької людини надто близько до серця, хоча б для того, щоб не руйнуватися самому, мати силу допомагати.

Встановлення емоційних меж допомагає підтримувати зв'язок, пам'ятаючи і шануючи той факт, що в того, хто допомагає – є свої потреби [там само]. Ця рекомендація дуже важлива для дружин учасників бойових дій, саме тому, що їм нелегко знайти баланс між турботою про сім'ю, чоловіка й увагою до своїх потреб. Ця тема часто розглядається на психотерапевтичних сесіях.

Звернемо увагу на ще один значущий для дружин ветеранів аспект психологічної роботи. Це присутність позитивних особистісних стосунків. Одним із завдань психолога є допомога жінці, як у її роботі над зміцненням взаємин у родині, так і в побудові задовільних стосунків із зовнішнім соціальним оточенням. Жінці важливо навчитися знаходити соціальну підтримку, спиратися на розуміння й участь інших людей (друзів, колег, дружин ветеранів тощо) у цей не легкий для неї час.

Зауважимо, що більшість дослідників доводить, що «соціальна підтримка – один із найпотужніших чинників впливу на наслідки травми. Цей факт акцентує увагу на соціальному/стосунковому аспекті відновлення після травми, включаючи важливість психотерапевтичних стосунків у роботі з травмою» [3, с.45; 12].

Увага психолога до формування психотерапевтичного контакту з дружинами ветеранів дуже важлива. Розглянемо чинники (їхні змістовні складові), що впливають на якість психотерапевтичних стосунків із жінками і, в результаті, на ефективність психотерапевтичної допомоги загалом: психологічні потреби зазначеної категорії жінок; характеристики стосунків психолога з дружинами колишніх військових: ставлення психолога до жінок та стиль взаємодії з ними. Насамперед звертають на себе увагу психологічні потреби жінок у розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом.

Дружині військового важливо відчувати, що психолог розуміє її емоційний стан, проявляє інтерес до її внутрішнього світу, не байдужий до турбот, тривог;

приймає непростий і часом драматичний досвід, переживання, не засуджує за суперечливі почуття чи вчинки, поважає право на свою власну точку зору. Жінці важливо побачити у психологові стійку й надійну фігуру – людину, якій можна довірити тривоги, сумніви, надії і радощі; з якою можна говорити як про прості буденні речі, так і про найглибше і дуже особисте, потаємне [9].

Особливе значення в роботі з українськими жінками дружинами військових, за результатами нашого дослідження, є розуміння і вміння психолога відгукнутися також на потребу у визнанні мужності і зусиль жінок у період випробувань, що випали на їхню родину: у підтримці чоловіка; у визнанні неймовірної тривоги за нього, її турботи про дітей і сім'ю; у визнанні того, що вона завдяки причетності до життя чоловіка, по суті, теж відстоювала наше спільне благополуччя.

Будуючи стосунки з дружиною ветерана психолог має враховувати потребу жінки у повазі, визнанні складнощів, з якими вона зіткнулася, потребу в повазі до її внутрішньої стійкості в боротьбі з життєвими викликами; важливо підтримувати її самооцінку, позитивний образ себе, а також її зусилля стосовно сприяння адаптації демобілізованого чоловіка. Підкреслимо, що зазначені вище потреби жінок найкраще задовольняються через прояв терапевтом прийняття, розуміння, емпатії, визнання.

Реалізації такого ставлення у психотерапевтичній роботі сприяють особливості стилю взаємодії фахівця з жінками – партнерського, шанобливого, доброзичливого, уважного, такого, що пропонує безпеку, захист, укріплює довіру, впевненість і надію, відтворює турботливу зацікавленість психолога у загальному благополуччі жінки. Врахування вищезазначених факторів формування підтримуючих психотерапевтичних стосунків із дружинами ветеранів є також одним із важливих орієнтирів надання психологічної допомоги жінкам із проявами ВТС.

3.4. Психологічні рекомендації для дружин ветеранів.

Дружині ветерана важливо розуміти і враховувати, що чоловік повертається з фронту з новим унікальним досвідом – війна суттєво змінює людину. Він стає іншим, і це може викликати певне напруження в сім'ях.

Людина, що пройшла війну, стає сильнішою і мудрішою. Воїн повернувся додому, в сім'ю, живий. Це – головне. Всі інші труднощі й випробування можна пережити, якщо спільне життя, сім'я є цінністю.

2. Важливо проявити увагу і терпіння до проблем жінки, які часто виникають після пережитого стресу: підвищена дратівливість; тривалий депресивний стан; відчуження; виснаження тощо. Необхідно допомогти ветерану впоратися з цими тимчасовими станами.

3. Рекомендується уважно й зацікавлено слухати те, що чоловікові довелося пережити, що його бентежить, якщо в нього є потреба виговоритися. Відсутність такої можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Ветеран має відчувати, що поруч із ним рідна людина, якій він не байдужий. Багато хто замикається в собі, якщо бачить, що дружина відкидає його новий досвід. Але для ветерана ці спогади ще довго будуть незабутніми, це суттєва частина його життя, а довірити цей досвід більше нікому. Дім має стати місцем, де можна розслабитися, розкритися, отримати підтримку.

4. Разом із цим досить часто ветерани не хочуть розповідати рідним про те, з чим вони зіткнулися на війні, що пережили. Вони бояться їх налякати, оскільки впевнені, що близьким дуже важко буде таке чути. Так чоловіки бережуть своїх рідних, можливо, підсвідомо намагаючись не зруйнувати ресурсний стан, дають їм можливість залишатися здатними на підтримку, забезпечувати сприятливу атмосферу в сім'ї.

5. Іноді родичі запитують психологів про те, як краще поводитися, розпитувати про війну чи ні. Зауважимо: якщо боєць хоче поділитися, то дуже

важливо вислухати все, що він хоче розповісти. Якщо він нічого не говорить, то важливо, щоб він знав, що ви його почуєте, якщо в нього з'явиться така потреба. Спеціально випитувати не потрібно, тим більше не етично запитувати: «А ти вбивав?», «А як це – вбити людину?» і так далі. Якщо чоловік захоче, то розповість про війну сам, але тільки тому, кому вважатиме за потрібне. Краще запитувати про нейтральні речі, що не стосуються бойових дій: «А як ви готували їжу? Чим займалися під час тиші?». Дуже хороше запитання, яке б ваш чоловік оцінив: «Розкажи мені про свого друга» [67].

6. Доречно дружині донести друзям та рідними демобілізованого правила спілкування із ним – про що можна запитувати, а що є «табу», як реагувати, якщо він виявляє агресію. Бажана спільна стратегія у ставленні до ветерана, його проявів.

7. Чоловіки часто хочуть піти з дому, посидіти зі своїми бойовими товаришами, випити і поговорити. Ветеран, дійсно, повноцінно може виговоритися лише в співтоваристві побратимів. І тому рідні не повинні перешкоджати йому спілкуватися з товаришами по службі, адже це допомагає відновлюватися. При цьому важливо не підтримувати зловживання алкоголем. Потрібно тактовно дати чоловікові зрозуміти, що алкоголь пагуба не тільки для нього, але й для подружніх стосунків і загалом для сім'ї.

8. Ветеран може привносити в життя сім'ї форми спілкування і взаємодії, набуті на фронті. Не варто ображатися через його категоричність, прямоту, безкомпромісність. На війні немає дипломатії, до якої звикли у щоденному житті – уваги до умовностей, пошуки компромісів. Разом із тим це не означає, що дружина повинна мовчки сприймати будь-які витівки чоловіка. У міру соціальної адаптації чоловіка подружжю важливо поступово знаходити і розвивати прийнятні для родини форми спілкування. У складних ситуаціях тема оптимізації комунікативних процесів у сім'ї може бути окремим психотерапевтичним завданням.

9. Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати до звичного повсякденного життя, підтримувати бажання щось зробити для сім'ї [67]. Така

тактика деяких жінок психологічно інвалідизує їхніх чоловіків, сприяє фіксації регресивного стану безпорадності, залежності, відчуженості, що підсилює наслідки бойової травми, гальмує процес відновлення психічного здоров'я.

10. Важливо розуміти, що в перші дні і тижні після повернення додому демобілізований потребує відновлення і, ймовірно, буде пасивний стосовно домашньої роботи, повсякденного життя сім'ї. Він внутрішньо ще на передовій, постійно телефонує своїм побратимам, хоче чимось їм допомогти. Це типова картина, і дружині цю ситуацію на якийсь час треба прийняти. Її спроби в цей період активно залучити чоловіка до справ, якщо він сам ще такого інтересу не проявляє, призведуть лише до конфліктів. Для первинної адаптації необхідний час. Іноді чоловік починає щось робити вдома, але дружина вважає, що йому слід зайнятися зовсім іншим. Тут хочеться побажати жінкам розуміння і терпіння.

Впродовж первинної адаптації дуже важливо дати чоловікові особистий простір і час, щоб він заново себе усвідомив. Добре, коли є окрема кімната, забезпечені тиша, спокій, задоволені базові потреби (їжа, вода тощо), коли є турботливий, але не нав'язливий догляд. Турбота з повагою ні в якому разі не має перетворитися на «сюсюкання»: «Ти мій бідненький». Із фронту повернувся чоловік – воїн, доросла людина! Не можна применшувати його гідність. Йому просто треба дати час для відновлення сили, підтримати, а потім допомогти повернутися в мирне життя [68].

12. Жінці бажано в моменти довірливого спілкування розповісти чоловікові, як жила родина без нього, що відбувалося, з якими проблемами вони стикалися, як їх вирішували. У чоловіка має відновитися реальна картина життєвих подій його рідних, щоб він знову відчув свою необхідність і затребуваність саме в сім'ї, а не тільки на фронті. Під час відсутності чоловіка лідером у сім'ї була дружина. Тепер їй важливо поступово повернути кермо влади чоловікові. Цей непростий процес відновлення колишньої структури та ієрархії сім'ї вимагає особливої турботи і часу. Скільки часу? Індивідуально для кожної родини. Саме в цей період дружині

важливо бути чутливою, відчувати, коли чоловік дійсно потребує відпочинку і відокремленості, а коли і до чого його важливо залучати в контексті турбот родини. При труднощах проходження цього етапу цілком доречно психологічна допомога сім'ї.

13. Дуже непроста тема можливої агресії чоловіка, що повернувся з фронту. При проявах словесної агресії важливо намагатися говорити з чоловіком спокійно. Піддаватися на агресію, відповідати в такому ж агресивному тоні не можна

15. Агресивні прояви ветеранів трапляються не тільки в колі сім'ї, а і в товариствах. Якщо жінка помітила, що чоловік починає заводитися – найкраще скористатися підтримкою тих, хто поруч, і вивести людину із зони ризику. Потрібно робити все можливе, щоб уникати ескалації конфліктної ситуації [22].

16. Буває, що ветеран спить неспокійно. Йому сняться кошмари, від яких він прокидається і шукає автомат або ворогів. У таких випадках варто звернутися до психотерапевта. Найпростіша рекомендація для полегшення цієї ситуації до її вирішення – не виключати світло в спальні. Прокинувшись, чоловік побачить, що він удома, в безпеці.

17. Важливо визнавати і враховувати факт, що за час розлуки подружжя змінилося. Необхідний час, щоб знову звикнути одне до одного, налаштувати повсякденне спілкування і взаємодію. Подружжя має вибудовувати стосунки фактично спочатку. Основа відновлення – розуміння і терпіння. Не варто нехтувати створенням сприятливої інтимної обстановки.

18. При відновлюванні звичних стосунків подружжя, діти не повинні залишитися без необхідної уваги і турботи. Важливо спостерігати за їхнім станом і поведінкою. Якщо у дітей виявляється підвищена тривожність, сльози, порушення сну, то їм теж потрібна допомога.

Якщо в чоловіка немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька [41].

Слід також пам'ятати, що турбота про себе в час, коли допомагаєш іншим, не є ознакою егоїзму. В результаті пережитого у жінки може бути підвищена тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, соматичні негаразди. Жінка може ефективно піклуватися про рідних тільки, якщо зможе якісно подбати про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цього. Як мінімум, важливо чергувати зайнятість та відпочинок, підтримуюче соціальне середовище. Освоєння навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації також може бути дуже корисним в кризові періоди життя сім'ї. Взнявши на свої плечі велику частку відповідальності, жінка сама може потребувати підтримки, розуміння і психологічної допомоги. Варто знати, де і яким чином, за необхідності, цю допомогу можна отримати – для сім'ї, для ветерана, для дітей і особисто для себе.

Розглянуті вище теми спілкування психолога з дружинами ветеранів, відповідають потребам жінок у розумінні змін, що сталися з їхніми чоловіками, з ними самими і в сім'ї загалом, орієнтують на продуктивні стратегії виходу зі складних ситуацій, що можуть виникати в сім'ях демобілізованих військових. Обговорення цих питань сприяє формуванню якісної психотерапевтичної взаємодії з цією категорією жінок. Узагальнимо викладений вище тематичний матеріал у форматі практичних рекомендацій дружинам ветеранів.

Висновки до третього розділу

Отже варто також пам'ятати, що турбота про себе в час, коли допомагаєш іншим, не є ознакою егоїзму. В результаті пережитого у жінки може бути підвищена тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, соматичні негаразди. Жінка може ефективно піклуватися про рідних тільки, якщо зможе якісно подбати про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цього. Як мінімум, важливо чергувати зайнятість та відпочинок, підтримуюче соціальне середовище. Освоєня

навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації також може бути дуже корисним в кризові періоди життя сім'ї. Взявши на свої плечі велику частку відповідальності, жінка сама може потребувати підтримки, розуміння і психологічної допомоги. Варто знати, де і яким чином, за необхідності, цю допомогу можна отримати – для сім'ї, для ветерана, для дітей і особисто для себе.

Розглянуті вище теми спілкування психолога з дружинами ветеранів, відповідають потребам жінок у розумінні змін, що сталися з їхніми чоловіками, з ними самими і в сім'ї загалом, орієнтують на продуктивні стратегії виходу зі складних ситуацій, що можуть виникати в сім'ях демобілізованих військових. Обговорення цих питань сприяє формуванню якісної психотерапевтичної взаємодії з цією категорією жінок.

Таким чином, результати дослідження подолання посттравматичних порушень у дружин ветеранів війни засвідчили позитивні зміни у змісті її компонентів, що дає підстави стверджувати, що усі прийоми та засоби експериментального впливу виявилися адекватними до мети та основних завдань дисертаційного дослідження.

Отримані результати, за підсумками проведення формувального експерименту, дозволяють стверджувати, що програма подолання посттравматичного порушення інтелектуальної та емоційно-вольової сфери серед цих жінок є ефективною.

РОЗДІЛ IV. СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТИНА

4.1. Психометричні основи досліджень

Значущим елементом психологічного тестування є психометрика. Точність, надійність, валідність (або обґрунтованість), внутрішня узгодженість та дискримінативність психометричних методик є провідними вимогами усіх вимірювальних інструментів. Велика кількість математичних процедур допомагають з'ясувати відповідність вищевказаним вимогам [85].

Із плином часу у межах психометричного поля розвинулась диференційна психометрія. Провідними аспектами диференційної психометрики фігурують: - загальна теорія вимірювання психологічних феноменів; - створення засобів вимірювання на основі загальної теорії; - психометрична адаптація засобів вимірювання до нових умов; - аналіз тестових завдань; - забезпечення стандартизації та надійності тестових завдань; - забезпечення валідності.

Необхідно зазначити, що загальна психометрика значно відрізняється від диференційної.

Базою загальної психометрики є вимірювання психологічних ознак стимулу. Для того, щоб роз'язати завдання моделювання загальнопсихологічних функціональних залежностей між ознаками стимулів та ознаками суб'єктивних реакцій.

У свою чергу особливість диференційної психометрики є визначення числових значень, як індивідів, а не стимулів. До числових значень відносять категоріальні шкальні значення, ранги тощо

Окрім цього одним із головних аспектів, які вивчає диференційна психометрика є індивідуальні відмінності між особистостями. Вони визначаються у якісному і кількісному складі психічних здібностей людини.

До якісних властивостей особистісних відмінностей вчені відносять окремі когнітивні функції, такі як пам'ять та увага, характерні риси поведінки, індивідуальні стратегії копіngu, мотиви, установки, захисні механізми, та самооцінку особистості тощо [84].

Сучасна наукова література, як іноземна, так і вітчизняна, пропонує кілька науково обгрунтованих класифікацій психодіагностичних методик.

Вчені поділяють діагностичні методи на ті, що базуються на завданнях, щодо яких правильних відповідей не існує, та на ті, що передбачають лише не правильну відповідь.

До першої групи належать завдання у яких переважають певні відповіді, але правильність цих відповідей не аналізується. До таких діагностичних методів відносять більшість особистісних опитувальників (наприклад, тест 16PF Р Кеттелла) [85].

До діагностичні методик другої групи відносять тести на визначення інтелекту, тести спеціальних здібностей, деяких особистісних рис (наприклад, тест Равена) [там само].

Також вчені поділяють психодіагностичні методики на вербальні і невербальні.

Вербальні методики характеризуються мовною активністю піддослідних. На противагу вербальним методикам, невербальні не вимагають мовної активності обстежуваних, адже мовна здатність необхідна лише для розуміння інструкцій. Для виконання невербальних психометричних методик обстежуваним необхідно проявити перцептивні та моторні здібності.

Окрім класифікації діагностичних методів за метою завдань та вербальністю/невербальністю, існує поділ за методичним принципом, який покладено в основу тієї чи іншої методики.

На сьогодні за даним поділом виділяють наступні психодіагностичні методики: -об'єктивні тести; -стандартизовані самозвіти, -відкриті

опитувальники (контент-аналіз), шкальні техніки, методика класифікації та індивідуально орієнтовані техніки, проектні техніки, інтерактивні техніки бесіди, інтерв'ю, діагностичні гри. Варто зазначити, що до стандартизованих самозвітів відносять й тести-опитувальники [85].

Важливим аспектом, який визначає достовірність результатів психодіагностичних методик є психологічних чинники. Останні можна умовно поділити на три наступні групи: фактор соціальної бажаності, фактор знань, та фактори індивідуальної тактики. Фактор соціальної бажаності визначає прагнення досліджуваного повідомляти про себе соціально схвалену інформацію. До факторів індивідуальної тактики відносять вплив «Я-концепції» і «Я-образу» на тактику досліджуваного під час психодіагностичного тестування.

Одним із проблемних аспектів диференційної психометрики є тісний взаємозв'язок специфічних проблем надійності та валідності.

Однозначність (стійкість) результатів вимірюваних об'єктів психодіагностичних методик визначає валідність будь-якої процедури.

Різницю в розумінні валідності від надійності вимірювання науковці розкривають за допомогою понять «Об'єкта» і «предмета» виміру. Якщо валідністю можна назвати ознакою будь-яких вимірювань, навіть фізичних, то стійкістю процедури щодо об'єктів називають надійністю. Слід також зазначити, що не обов'язково надійність передбачає валідність [85].

Для того, щоб забезпечити валідність (або обґрунтованість) результатів психометричного дослідження психолог-психометрист має вміти володіти конкретними навичками та дотримуватись певних вимог.

Перш за все, психолог-психометрист є відповідальним за психометричне конструювання або адаптацію психодіагностичних методик. Він самостійно перевіряє надійність та валідність на рівні окремих пунктів тесту; визначає та ліквідує ненадійні і невалідні пункти; будує та аналізує розподіл тестових балів;

складає математичні рівняння для прогнозування або для розпізнавання вихідних результатів психодіагностичної методики.

По-друге, важливими є зберігання і обробка психодіагностичних даних на електронному девайсі. Для цього психолог-психометрист має неодмінно володіти стандарними операційними системами ком'ютерних девайсів, а також знати структуру психодіагностичних баз даних та вміти управляти ними.

Слід пам'ятати, що психолог-психометрист є також відповідальним і за ведення документації. Це включає дотримання методичних стандартів, з метою зведення та інтеграції результатів в загальні бази релевантної інформації; ведення картотек методик за вимогами психологічної служби, систематизація методик за рівнем психометричної забезпеченості; використання стандартизованих методик для ведення бібліотеки методичних матеріалів та методичних рекомендацій [85].

Висновки до четвертого розділу

Отже, застосування діагностичного інструменту потребує глибокого розуміння природи виявлення ознак та особливостей наукових суперечок, які, як правило, супроводжують дослідженням цих особливостей та ознак.

Психолог, який використовує діагностичний інструмент у своїй практичній діяльності, як засіб вимірювання та дослідження особливостей об'єкта в наукових цілях, зобов'язаний знати, що саме виявляє (вимірює) даний інструмент і яким способом встановлена його валідність (або обґрунтованість).

Для валідного та точного психодіагностичного дослідження психологу необхідно знати, які психічні процеси актуалізуються в діагностичній процедурі і які чинники, здатні змінити результати, та що саме впливає на поведінку обстежуваного під час психодіагностичного дослідження.

РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГО-ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

5.1. Економічні наслідки посттравматичних стресових розладів.

Активне зростання поширеності психічних розладів є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я на сьогодні у всіх країнах Європи, в тому числі й Україні.

Протягом останніх п'яти років через воєнні дії Україна вперше серйозно зіткнулась із активним зростанням поширеності порушень психічного здоров'я через експозицію до екстремальних подій. Наприклад за оцінкою ВООЗ, під час екстремальних подій від депресії і тривожних розладів страждає кожна п'ята людина. Окрім депресивних та тривожних розладів найчастіше у постраждалих розвивається посттравматичний стресовий розлад. На жаль, до 2015 року в Україні не було офіційної статистики відносно посттравматичного стресового розладу.

Згідно із статистичними даними МОЗ України у 2015 році посттравматичний стресовий розлад було зареєстровано у 1149 осіб. Поряд із посттравматичним стресом було зареєстровано 821 особу із важким стресовим розладом та розладом адаптації. Короткочасна депресивна реакція була зареєстрована лише у 208 осіб.

Згідно із науковими даними посттравматичні стресові розлади є високо коморбідними із хронічним алкоголізмом та наркоманією.

Зловживання алкоголем призводить до розладів психіки та поведінки і є провідним фактором ризику, займаючи перше місце за впливом на формування глобального тягаря хвороб у багатьох країнах. За оцінкою показника DALY близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм є результатами алкогольної залежності.

За статистичними даними МОЗ України, через вживання алкоголю та його наслідки у країні кожного року вмирає 12–13 тис. осіб.

Постравматичні стресові розлади, надмірний алкоголізм та інші психічні розлади загалом спричиняють не лише моральні, соціальні, а й значні економічні збитки для держави. Психічні розлади призводять до зниження продуктивності праці. Тому визначення економічних наслідків непрацезданості спричиненою психічними розладами є важливими і досить актуальними на рівні держави.

Статистичні дані свідчать, що непрацездатність як наслідок психічних розладів оцінюються для країн Європейського Союзу в 3–4% від обсягу валового національного продукту.

До втрат, які несе суспільство як наслідок непрацезданості відносять: - виплати сум у порядку індивідуального страхування, яку здійснює державне страхове товариство осіб; оплата путівок та надання допомоги у розмірі затрат по соціальному страхуванню, яка здійснюється профспілковими організаціями; - виділення коштів на заходи щодо усунення наслідків масових нещасних випадків.

Окрім цього існує зв'язок між економічними негараздами, що активно впливають на чинники, які визначають психічне здоров'я громадян держави. Економічні негаразди послаблюють захисні чинники та посилюють фактори ризику.

До сприятливих соціоекономічних факторів, які мають вагомий вплив на психічне здоров'я громадян держави працездатного віку відносять соціальну підтримку на роботі, гарантовану зайнятість, відчуття можливості управляти своєю працею.

Також виділяють негативні соціоекономічні чинники, такі як фінансові труднощі та соціальна ізоляція. Вони є основними факторами ризику психічних розладів.

У країнах з добре розвиненою системою соціального захисту населення, занепад економіки менше позначається на стані психічного здоров'я. Прикладом

можуть служити статистичні дані із інших Європейських держав, таких як Швеція та Іспанія.

Обидві держави пережили тяжку банківську кризу у 1970 - 1990-х роках. Результатом банківської кризи стало швидке зростання безробіття. В Іспанії фінансові труднощі, які виникли як наслідок безробіття, стали причиною збільшення кількості самогубств та активного зростання психічних розладів. У Швеції статистичні дані показали кардинально інший наслідок банківської кризи. Як результат безробіття та фінансових труднощій, рівень самогубств за цей час навпаки знизився.

ВООЗ стверджує, що активні заходи з організації ринку праці, програми для підтримки сімей, заходи для обмеження доступу до алкоголю, програми спрямовані на полегшення боргового тягаря та вільний доступ до служб охорони психічного здоров'я протидіють несприятливому впливу кризи на психічне здоров'я громадян держави.

Варто зазначити, що для послаблення впливу безробіття та стресу, які виникають як наслідок економічного занепаду, необхідно проводити наступні заходи: - програми підтримки сім'ї; - контроль доступу алкогольних напоїв; - контроль цінової політики алкогольних напоїв; - створення активних програм на ринку праці; - надання первинної допомоги особам із підвищеним ризиком психічних розладів; - впровадження програми щодо полегшення боргового тягаря.

Серйозною економічною проблемою є брак фінансових та кадрових ресурсів у службах охорони психічного здоров'я. Дана проблема є актуальною в країнах із низьким та середнім рівнем доходу, в тому числі й в Україні.

Станом на сьогодні Українська служба охорони психічного здоров'я більшість своїх ресурсів використовує на забезпечення спеціалізованого догляду та лікування людей, діагностованих із психічними розладами. На жаль, на систему охорони психічного здоров'я припадають на багато менші витрати, ніж на лікування та догляд за психічно хворими.

Фінансові витрати, як наслідок психічних розладів, відчутно впливають на економіку держави. Наприклад США витрачає близько 148 млрд дол. на забезпечення лікування та догляду людей із психічними розладами. Ця сума становить 2,5% валового національного продукту держави.

У Європейському Союзі прямі фінансові витрати на забезпечення догляду та лікування психічно хворих становлять близько 170 млрд дол.

За статистичними даними приблизно у 28% країн світу, окремий бюджет на вирішення проблем психічного здоров'я не надається. Лише 37% світових держав виділяють менше 1% загального бюджету охорони здоров'я на лікування та догляд людей із психічними розладами.

Вищенаведені статистичні дані служать підґрунтям для ствердження, що унаслідок відсутності фінансового забезпечення державою людей із психічними розладами, велика частка фінансових витрат падає на плечі членів сім'ї.

Висновки до п'того розділу

Одним із провідних завдань сьогодення є зміцнення психічного здоров'я та удосконалення роботи служби охорони здоров'я.

Розвиток служби охорони психічного здоров'я потребує немалий ряд дій.

По-перше, для того щоб інтегрувати службу охорони психічного здоров'я України необхідно створити програму первинної медико-санітарної допомоги у лікарнях загальної практики та ліквідувати великі психіатричні лікарні. Окрім цього розвиток служби охорони психічного здоров'я на рівні громад є вкрай важливим.

По-друге, необхідно забезпечити захист прав людини. Адже фундаментом зміцнення психічного здоров'я людини є повага основних громадянських, політичних, соціально-економічних і культурних прав кожного громадянина держави.

По-третє, стан психічного здоров'я населення піддається впливу дуже великої кількості факторів, які знаходяться в межах соціально-економічного сектору.

Для того, щоб зміцнити психічне здоров'я українців, удосконалити роботу служб охорони здоров'я, а також зменшити економічні наслідки психічних розладів, необхідно змінити орієнтацію служби охорони психічного здоров'я. А саме приділити увагу аспектам, що сприяють в першу чергу зміцненню психічного здоров'я, а не його лікуванню.

За рекомендаціями ВООЗ, до першочергових шляхів зміцнення психічного здоров'я необхідно внести заходи націлені на підтримку та захист дітей; соціальну підтримку літніх людей, надання соціально-економічної підтримки жінкам, зміцнення психічного здоров'я в школах та на робочих місцях. Окрім вище наведених заходів ВООЗ рекомендує імплементувати програми спрямовані на вразливі верстви населення, включаючи людей, постраждалих від конфліктів і стихійних лих, меншини та мігранти. А також удосконалити актуальні програми спрямовані на запобігання насильства, зменшення рівня бідності та соціальний захист о жертв насилля та зубожілих.

Найважливішим завдання на шляху до зміцнення психічного здоров'я українського населення є удосконалення антидискримінаційних законів та зміцнення прав і можливостей людей із психічними розладами.

РОЗДІЛ VI. ОХОРОНА ПРАЦІ

6.1. Стрес та його вплив на безпеку праці.

Праця – це сукупність фізіологічних та психічних процесів, які спонукають, програмують і регулюють діяльність людини (фізіологічний процес витрачання людської енергії). І тому, праця людини є функціональним процесом, в якому використовуються фізіологічні та психологічні якості працівника, тобто залучаються всі органи і системи організму людини – мозок, м'язи, судини, серце, легені та ін. При цьому витрачається нервова та м'язова енергія, активізуються усі психічні функції людини такі як сприймання, мислення, пам'ять, відчуття, увага, вольові якості, уважність, зацікавленість, задоволення, зосередженість, напруження, втома тощо.

У процесі праці людина сприймає і переробляє інформацію про наявність шкідливих і небезпечних чинників на робочому місці, приймає і реалізує рішення, осмислює різні варіанти дій, використовує засвоєні знання, навички і вміння, аналізує відповідність умов, знарядь та предметів праці правилам, нормам, прогнозує можливі ситуації, оптимально мобілізує свої резервні можливості, концентрує вольові зусилля на досягненні поставленої мети і в цілях підвищення безпеки праці.

Надмірні фізичні та нервово-психічні перенавантаження зумовлюють зміни у фізіологічному та психічному станах працівника, призводять до розвитку втоми, перевтоми та стресу.

Втома - це сукупність тимчасових змін у фізіологічному та психологічному стані людини, які з'являються внаслідок напруженої та тривалої праці і призводять до погіршення її кількісних і якісних показників, нещасних випадків. Втома буває загальною, локальною, розумовою, зоровою, м'язовою та ін. Оскільки організм

єдине ціле, то межа між цими видами втоми умовна і нечітка. Хід збільшення втоми та її кінцева величина залежить від індивідуальних особливостей працюючого, трудового режиму, умов виробничого середовища тощо.

Перевтома - це сукупність стійких несприятливих для здоров'я працівників функціональних зрушень в організмі, які виникають внаслідок накопичення втоми. Проявами перевтоми є головний біль, підвищена стомлюваність, дратівливість, нервозність порушення сну, а також такі захворювання як артеріальна гіпертонія, виразкова хвороба, ішемічна хвороба серця, інші професійні захворювання.

Втома характеризується фізіологічними та психічними показниками її розвитку.

Фізіологічними показниками розвитку втоми є: артеріальний кров'яний тиск, частота пульсу, зміни у складі крові.

Психічними показниками розвитку втоми є : погіршення сприйняття подразників; зменшення здатності концентрувати увагу, свідомо її регулювати; погіршення запам'ятовування та труднощі пригадування інформації; сповільнення процесів мислення, підвищення дратівливості, поява депресивних станів і т.д.

Характер втоми залежить від виду трудової діяльності тому, що функціональні зміни в організмі при втому переважно локалізуються в тих ланках організму, які несуть найбільше навантаження. На основі цього втома поділяється на фізичну та розумову. Відновлювальні процеси після розумової праці відбуваються повільніше, ніж після фізичної праці.

Втома породжує у працівника стан, який призводить до помилок у роботі, а також до небезпечних ситуацій та нещасних випадків. Боротьба зі втомою, в першу чергу, зводиться до покращення санітарно-гігієнічних умов виробничого середовища (ліквідація забруднення повітря, шуму, вібрації, нормалізація мікроклімату, раціональне освітлення тощо). Особливу роль у запобіганні втомі працівника відіграють професійний відбір, організація робочого місця, правильне робоче положення, ритм роботи, раціоналізація трудового процесу, використання

емоційних стимулів, впровадження раціональних режимів праці та відпочинку тощо.

Внаслідок тривалого впливу на працюючого комбінованої дії психоемоційних перевантажень та небезпечних виробничих чинників виникає стрес.

Під стресом мають на увазі стан психічної напруженості, викликаний небезпеками, що виникають у людини при розв'язанні важливої для неї задачі. Термін «стресс» часто застосовується не тільки в охороні праці, але й у повсякденному житті. За останні роки психоемоційний стрес став глобальною проблемою виживання людства.

Стрес характеризують як захисне явище, як вісник захворювання, як причину порушень низки життєво важливих психофізіологічних функцій. Стрес проявляється як необхідна і корисна реакція організму на різке збільшення загального зовнішнього навантаження. Він характеризується зростанням біоелектричної активності мозку, підвищенням частоти серцебиття, ростом потоку крові, розширенням кровоносних судин, збільшенням вмісту лейкоцитів у крові, тобто цілою низкою фізіологічних змін в організмі, що сприяють підвищенню його енергетичних можливостей, успішності виконання складних і небезпечних дій. Тому стрес є не тільки доцільною захисною реакцією людського організму, але й механізмом, який сприяє успіху трудової діяльності в умовах перешкод, труднощів і небезпек.

Між рівнем стресу і активацією нервової системи, яка породжується ним, з одного боку, та результативністю трудової діяльності – з іншого, немає пропорційної залежності.

Відомо, що з ростом активації нервової системи до певного рівня продуктивність праці підвищується, тоді як при подальшому зростанні активації вона починає падати, і рівень безпеки зростає. Отже, стрес позитивно впливає на результати праці (мобілізує організм і сприяє подоланню перешкод, які виникають

у процесі праці) лише доти, доки не перевищить певного критичного рівня. При перевищенні цього рівня в організмі людини розвивається так званий процес гіпермобілізації, який викликає порушення механізмів саморегуляції та погіршення результатів діяльності аж до її зриву. Тому стрес, який перевищує критичний рівень, називають дистресом. Дослідження свідчать, що найнебезпечнішим є стрес у трудовій діяльності.

Як зазначалося раніше, стресові впливи можуть стати причиною виникнення фізіологічних і психологічних змін, що призводять до небезпечних ситуацій, нещасних випадків та професійних захворювань.

Фізіологічні порушення можуть супроводжуватися розладами нервової та серцевосудинної систем, шлунково-кишкового тракту та ін. До психологічних розладів належать агресивність, фрустрація, нервозність, роздратування, тривога, нерішучість, швидкий розвиток втоми тощо. Фрустрація (лат. «обман», марне чекання) - мотивація досягти мети за існуючої сильною перешкодою. Крім того, стрес є причиною багатьох психосоматичних захворювань: психозів, неврозів, захворювань судин мозку, серцево-судинних захворювань та інфаркту міокарда, гіпертонічної хвороби, виразково-дистрофічних уражень шлунково-кишкового тракту, нейроциркуляторної дистонії, зниження імунітету, онкологічних захворювань. Стрес впливає на статеві функції, генетичний апарат клітин, призводячи до вроджених порушень розвитку дітей.

6.2. Відпочинок як профілактика стресу та психологічний аспект підвищення рівня безпеки праці.

Відомо, що на працездатність, продуктивність праці, на життєдіяльність у цілому впливає відпочинок. Відпочинок може бути двох типів – активний і

пасивний. Активний відпочинок – це, наприклад, заняття спортом, туристичні поїздки, подорожі, плавання в басейні тощо.

Саме активний відпочинок сприяє підвищенню працездатності, покращанню психічного стану особистості, настрою.

До пасивного відпочинку відносять читання книг, перегляд кінофільмів, прослухування музики. Особливим, але і обов'язковим видом такого відпочинку є сон. Відомо, що неспокійні ночі, неприємні сновидіння – все це негативно впливає на стан людини, а відповідно, і на активності її життєдіяльності. На працездатність людини впливають і пори року. Наприклад, зниження рацездатності відчувається весною, особливо у працівників з нервово-емоційним перенапруженням.

У профілактиці стомлення, перевтоми та стресу працівника значну роль відіграє організації раціонального режиму праці і відпочинку. Фізіологи обґрунтували п'ять умов підвищення працездатності, що сприяють ефективному попередженню стомлення, а саме поступове входження в роботу, розміреність та ритмічність, звичність, послідовність і плановість, фізіологічно обґрунтоване чергування праці і відпочинку, а також зміна форм діяльності. Слід зазначити, що найефективнішим є відпочинок, пов'язаний з активним станом.

- сприятливе відношення суспільства до праці (мотивація праці і соціальні умови)

Висновки до шостого розділу

Отже, психофізіологічні фактори небезпек безпосередньо впливають на людину – на фізичні та фізіологічні процеси, працездатність, настрій, продуктивність праці і її життєдіяльність у цілому.

Боротьба зі втомою, в першу чергу, зводиться до покращення санітарно-гігієнічних умов виробничого середовища (ліквідація забруднення повітря, шуму, вібрації, нормалізація мікроклімату, раціональне освітлення тощо). Особливу роль

у запобіганні втоми працівників відіграють професійний відбір, організація робочого місця, правильне робоче положення, ритм роботи, раціоналізація трудового процесу, використання емоційних стимулів, впровадження раціональних режимів праці і відпочинку тощо.

Крім того, для профілактики втоми працівників застосовуються специфічні методи, до яких можна віднести засоби відновлення функціонального стану зорового та опорнорухового апарату, зменшення гіподинамії, підсилення мозкового кровообігу, оптимізацію розумової діяльності.

З точки зору медицини, для профілактики, попередження та реабілітації наслідків психоемоційного стресу рекомендується застосовувати вправи, що включають психотерапію, фізичні, водно-повітряні процедури, фізіотерапевтичні процедури, масаж, адекватне харчування, приймання вітамінів та мінеральних речовин, релаксуючу музику та вправи, медитацію, аутогенне тренування тощо.

РОЗДІЛ VII. БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

7.1. Профілактика посттравматичних стресових розладів.

Упродовж останніх п'яти років наше суспільство також постало перед аналогічними проблемами. Унаслідок збройного конфлікту на Сході України поширеним став посттравматичний синдром серед учасників антитерористичної операції як наслідок травматичного військового досвіду. За даними досліджень, проведених у різних країнах, значне число військових, а також члени їх родин мають широкий спектр симптомів психічних розладів, що виявляються через певний час після війни. З урахуванням продовження збройного конфлікту на території України, проблема профілактики, діагностики і лікування постстресових психічних розладів є досить актуальною.

Під первинною профілактикою ПТСР розуміється робота з популяцією умовно здорових людей, в якій існує певна кількість людей з груп ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм. Вторинна профілактика спрямована на хворих на ПТСР з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації, розвитку коморбідних розладів (депресії, хімічні залежності), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи.

Побудова профілактичних програм повинна проводитися з урахуванням основних факторів і умов формування ПТСР: особливостей самої травматичної події, наявності негативних «професійних» чинників, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних і індивідуальнопсихологічних особливостей.

Профілактика ПТСР у осіб, що пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході та включати в себе медичні, психологічні та соціальні заходи.

Основними напрямками профілактики ПТСР є: розробка та впровадження скринінгових програм раннього виявлення психічних порушень у жертв екстремальних подій; подальший моніторинг стану здоров'я контингентів, які складають групи підвищеного ризику.

У загальнолюдському плані універсальною профілактичною стратегією є формування соціальної компетентності людини і розвиток особистості в цілому, в тому числі адекватних копінг-механізмів, фрустраційної толерантності, стресостійкості та ін.

Конкретні профілактичні заходи, спрямовані на запобігання негативних психіатричних та медико-психологічних наслідків надзвичайних ситуацій, можуть бути розділені на заходи, здійснювані в період, що передує екстремальній ситуації, під час самої надзвичайної події та після завершення дії факторів життєвонебезпечної події.

Заходи, що здійснюються в період, що передує екстремальній ситуації повинні мати диференційований характер в залежності від груп населення, до яких вони адресуються. Умовно виділяють декілька груп, а саме представників професій підвищеного ризику: працівники системи ДСНС (рятувальники, пожежники, медичні працівники закладів медицини катастроф та ін.), працівники МВС, МО та інших силових структур, шахтарі; професійні групи, які у випадку виникнення надзвичайної ситуації в першу чергу можуть бути залучені до ліквідації її наслідків (медичні працівники, працівники силових структур, військовослужбовці запасу); населення, що мешкає в регіонах підвищеного ризику виникнення природних катаклізмів (повені, землетруси та ін.) та решта населення.

Населення, що мешкає на територіях підвищеного ризику природних катастроф, повинне мати своєчасну інформацію щодо можливості тієї чи іншої

природної катастрофи, знати телефони й адреси місцевих структур ДСНС, місця можливої евакуації, адреси медичних закладів та ін. Люди мають бути поінформовані про негативний вплив на психічне здоров'я пережитих надзвичайних подій, про необхідність в цьому випадку своєчасного звернення до відповідних спеціалістів. Це дозволить в короткі строки виявити всіх постраждалих з психічними розладами, надати їм спеціалізовану допомогу, попередити хронізацію психічних порушень та розвиток коморбідних захворювань. Всім постраждалим повинна забезпечуватися соціальна підтримка та захист на державному рівні, доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм.

Решта населення має бути охоплена широким колом освітніх програм щодо екстремальних подій і їх впливу на здоров'я людини. Ці програми повинні стосуватися всіх вікових груп, обов'язково дітей та підлітків.

З метою профілактики постртравматичних стресових розладів використовують спеціальні тренінги (для дітей молодшого віку – в ігровій формі), спрямовані на формування асертивної поведінки. Другим каналом профілактичної роботи з населенням є засоби масової інформації. Доцільно здійснювати в рамках відповідних програм та публікацій інформування населення щодо впливу екстремальних подій на психіку людини, про необхідність звернення за допомогою до спеціалістів, про особливості стосунків в сім'ї, де є постраждалий від тієї чи іншої катастрофи.

Профілактичні заходи щодо розвитку ПТСР і його ускладнень повинні відбуватись згідно з принципом етапності і включати в себе психокорекційні і психотерапевтичні заходи, а також своєчасне лікування хронічних соматичних і нервово-психічних захворювань, зменшення впливу негативних «професійних» чинників, поліпшення виробничо-побутових умов і сімейних відносин, підвищення рівня інформованості щодо отримання спеціалізованої медико-психологічної допомоги та ін.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи з психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з нього (невідкладно або протягом найближчих днів). Ці заходи можуть включати в себе психодіагностику, індивідуальне консультування, групову психокорекцію, психологічні дебрифінги, програми взаємної підтримки.

На сьогодні, психокорекційні заходи є основною формою надання психологічної допомоги постраждалим.

7.2. Робота практичного психолога щодо зниження впливу професійного стресу та посттравматичних стресових порушень на персонал підприємства.

Стрес є невід'ємною частиною людського буття і саме надмірний стрес утворює проблеми для працівників та організацій. Знижуючи ефективність роботи працівника, надмірний стрес багато коштує організаціям. Більшість проблем співробітників, які відображаються як на результатах їхньої праці, так і на їхньому здоров'ї та самопочутті, є наслідком психологічного стресу. Стрес прямо та опосередковано збільшує затрати на досягнення цілей в організації, знижує якість життя для великої кількості її співробітників.

Проблема управління професійним стресом соціально важлива й актуальна. Необхідний аспект даної проблеми - профілактика руйнівного для професійного здоров'я і працездатності працівників стресу (дистресу) і професійного вигорання (синдром фізичного і емоційного виснаження працівників). Професійний стрес складно визначити як поняття і важко досліджувати. Його можна зрозуміти як

сукупність різних стресорів, які пов'язані безпосередньо з роботою й ті, які впливають поза роботою, а також індивідуально – психологічні характеристики працівника. Всі вони можуть виступати чинниками ризику розвитку професійного нездоров'я. Разом з несприятливим існує позитивний життєво необхідний професійний стрес.

Досвід свідчить, що профілактичні програми, направлені на досягнення здоровішої, гармонійнішої життєдіяльності, дійсно допомагають попередити дистрес, вигорання та посттравматичні стресові порушення. Саме тому робота практичного психолога на підприємстві є вкрай важливою.

Основними напрямками профілактики професійного дистресу й вигорання в організації, які здійснює практичний психолог є інформування, емоційна підтримка і підвищення значущості професії. Практичний психолог є відповідальним за інформування персоналу про причини і ознаки вигорання, а також про доступні методи збереження професійного здоров'я та працездатності.

Психологічна підтримка особистостей, що переживають професійний дистрес й вигорання, здійснюється за допомогою спілкування. До актуальних методів психологічної підтримки відносять «круглі столи», психологічні практикуми, сумісне проведення дозвілля та інші методи, що допомагають відключитися від проблем на роботі, одержати заряд бадьорості, бажання жити й працювати, а водночас і попередити розвиток професійного стресу та посттравматичних стресових порушень. Також актуальним є використання тренінгів з підвищення стресостійкості, профілактики та подолання дистресу і вигорання, які включають техніку релаксації, управління стресом, тайм-менеджмент, розвиток соціальних умінь, та зміну установок.

Профілактика дистресу й вигорання практичним психологом може здійснюватися у рамках різних моделей психологічного стресу. Наприклад транзакційний підхід включає оптимізацію відповідності вимог підприємства особистісними ресурсами працівників. Це означає, що чим більшою є розбіжність

між ними, тим вищим є ризик нездоров'я. Для цього у психології менеджменту розроблені технології і методи професійного відбору, розстановки і ротації кадрів. Для профілактики дистресу важливе професійне навчання і систематичне підвищення кваліфікації персоналу, розширення поведінкового репертуару. Також транзакційний підхід включає дію на когнітивну оцінку працівників, їх здатність, уміння, ресурси та готовність до подолання професійно важких ситуацій. Психологічна допомога направлена на оптимізацію трудової мотивації, на підвищення адекватності сприйняття працівниками ситуативних вимог й упевненості у своїх силах. Для практичного психолога є важливо працювати із працівниками над подоланням їх опору до організаційних та інших нововведень. Часто інновації обумовлюють непродуктивну напруженість. Причиною цього є наявність когнітивних стереотипів. На когнітивну оцінку впливають відношення до власних можливостей і професійних вимог, методи корекції, що сприяють підвищенню стресостійкості персоналу.

Окрім цього транзакційний підхід включає управління реакціями на стрес-чинники професійної діяльності і організаційного середовища. Важливими є формування у працівників активної позиції до організаційних і професійних стресів, навчання та активне застосування методів психологічного розвантаження, раціоналізації, зниження емоційної напруженості, а саме техніка психічної саморегуляції, медитації, релаксації і мобілізації.

У рамках ресурсного підходу практична допомога психолога здійснюється за наступними напрямками. Перше - це пом'якшення дії чинників ризику вигорання в організації в цілому. Це включає організаційний розвиток і об'єднання робочих груп; розвиток високої організаційної культури та здорової атмосфери; професійну й адміністративну підтримку; ефективне управління; стандарти формальної й неформальної поведінки в організації; корпоративну лояльність і кар'єрне зростання персоналу; чітку і справедливую систему стимулювання.

Другий напрямок - психологічна допомога по відновленню психоенергетичних ресурсів і подоланню негативних професійних стресів. Цьому сприяють різні види психологічної та адміністративної підтримки, розвантажувальні і реабілітаційні тренінги, кабінети психологічного розвантаження, та навіть корпоративні свята.

Сучасні стратегії запобігання професійного стресу, вигорання та постратравматичних стресових порушень - це комплекс заходів, що включають психодіагностику, аудит, профілактичні заходи та психологічну інтервенцію. Діагностика направлена на визначення чинників стресу і стресогенних ситуацій, вимірювання рівня стресу і виявлення особистостей, які переживають дистрес. До соновних завдань роботи практичного психолога відносять розробку стратегічної програми управління стресом і профілактики несприятливого професійного стресу. Найбільш ефективною профілактичною технікою є організація тренінгів для персоналу з розпізнавання симптомів дистресу, вигорання та їх подолання; розробка програми підтримки співробітників, включаючи консультації із запобігання та лікування пов'язаного із стресом нездоров'я; проведення практичних занять з управління конфліктами та розвитком навичок міжособистісного спілкування для співробітників; оптимізація системи мотивації й стимулювання персоналу.

Профілактика і подолання професійного дистресу, синдрому вигорання та постратравматичних стресових порушень включають як самодопомогу, так і надання зовнішньої професійної допомоги. У рамках самодопомоги «вигоряючим» працівникам потрібно навчитися усвідомлювати симптоми дистресу і управляти ними, оволодіти прийомами саморегуляції і подолання професійного нездоров'я. Якщо допомога самому собі недостатня, то для подолання професійного дистресу буде потрібна психологічна допомога практичного психолога.

Висновки до сьомого розділу

Отже, профілактика ПТСР у осіб, що пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході та включати в себе медичні, психологічні та соціальні заходи.

Психосоціальна підтримка є ключовим фактором подолання наслідків стресових ситуацій як на рівні окремої людини, так і на рівні різних соціальних, зокрема професійних, груп. Заходи з психологічної підтримки здійснюються як безпосередньо в зоні ураження, так і після виходу з неї (невідкладно або протягом найближчих днів).

На сьогодні, психокорекційні заходи є основною формою надання психологічної допомоги постраждалим, а також актуальною формою роботи практичного психолога на підприємстві щодо зниження симптомів професійного стресу та посттравматичних стресових порушень.

РОЗДІЛ VIII. ЕКОЛОГІЯ.

8.1. Війна як соціальний фактор екології.

Соціальні фактори екології є специфічними. Вони належать як до біогенних факторів, оскільки людина є природною істотою, так і до антропогенних, адже людство – не лише потужна сила, що впливає на довкілля, це сила творча, що змінює себе й утворює різноманітні екологічні системи. Отже, соціум, з одного боку, є частиною довкілля, а з іншого – стан довкілля значною мірою залежить від діяльності соціуму. На сьогоднішній день однією з найбільших загроз людства саме від соціального фактора є загроза від воїн та збройних конфліктів. Протягом останніх двадцяти п'яти років майже половина всіх країн світу брала участь у воєнних діях. Війна є одним з найпотужніших джерел травматичного досвіду. Упродовж останніх п'яти років наше суспільство також постало перед аналогічними проблемами. Унаслідок збройного конфлікту на Сході України поширеним став посттравматичний синдром серед учасників антитерористичної операції як наслідок травматичного військового досвіду. Часто соціальний фактор екології має вплив на психічний стан окремої людини не менший, ніж біогенний чи антропогенний, бо людина – соціальна істота і майже завжди перебуває в певному соціумі. За даними досліджень, проведених у різних країнах, значне число військових, а також члени їх родин мають широкий спектр симптомів ПТСР та стресових розладів, що виявляються через певний час після війни.

8.2. Вплив військової діяльності на навколишнє середовище.

Для забезпечення функціонування військового окремого об'єкту необхідні відповідні ресурси, а саме бойова техніка, транспортні засоби, продукти

харчування, електроенергія, паливо, склади зброї, тощо.

У результаті військових дій та функціонування військових формувань неминує відбуватися як прямий, так і непрямий вплив їхньої діяльності на навколишнє середовище, що обумовлено матеріальними та енергетичними шкідливими викидами.

Взаємодія військового об'єкту з навколишнім середовищем здійснюється шляхом обміну енергією та речовиною. У екологічному аспекті особливий інтерес становлять ті види енергії та речовини, які негативно впливають на природне середовище, можуть викликати суттєві зміни його складу, деградацію екологічної системи, масові патології у живих організмах тощо.

Процес обміну матеріальних та енергетичних ресурсів між підрозділами військового об'єкту та навколишнім середовищем може призвести до появи таких забруднювачів навколишнього середовища як викиди у атмосферу оксиду азоту, сірчаного газу та інших токсичних сполук; тверді відходи з наявністю в них небезпечних компонентів, таких як: важкі метали та їх сполуки, полівініл-хлорид, відходи деревини, дрібний металевий брухт, скло; стічні води з вмістом поверхнево-активних речовин (ПАР); енергетичні викиди, а саме шуми; матеріальні залишки військової діяльності: боєприпаси, ракетне паливо, тощо.

Бойові дії у більшості випадків виходять за рамки досягнення визначених військових цілей та часто призводять не тільки до геноциду та знищення засобів для існування, а й згубно впливають на біогеоценоз в цілому.

Висновки до восьмого розділу

Отже, збройний конфлікт на території України створює реальну і потенційну небезпеку для населення і довкілля, забруднюючи навколишнє середовище

небезпечними хімічними речовинами, зокрема важкими металами, підвищенням радіаційного фону, деградацією природних комплексів тощо.

Використання земель, пошкоджених в результаті військових дій, буде ускладнюватися необхідністю їх рекультивації через пошкодження ґрунтового покриву в результаті маневрів великої військової техніки та будівництва фортифікаційних споруд, необхідністю розмінування територій та знешкодження боєприпасів

Така ситуація призведе до неможливості використання значних земельних площ сільсько-господарського та рекреаційного призначення, отже, і до скорочення обсягів виробленої сільгосппродукції.

При цьому необхідно враховувати, що за роки інтенсивного використання природних ресурсів на території бойових дій, накопичилася така кількість екологічних проблем, що будь-яке додаткове техногенне навантаження може призвести до екологічної катастрофи.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Психологічна проблематика дружин ветеранів війни (виражене емоційне і фізичне напруження, тривога, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість тощо) обумовлена проявом наслідків вторинного травмівного стресу (ВТС) чи вторинної травматизації жінок, як представників найближчого кола спілкування з тими, хто безпосередньо зіткнувся з екстремальними подіями війни – їхніми чоловіками. Розглянуто поняття ВТС, особливості прояву цього феномену у дружин демобілізованих. Приділено увагу таким можливим негативним емоційним станам жінок як «втома від співчуття» та «вигорання», проаналізовано співвідношення цих понять із поняттям ВТС.

Окреслено коло стрес-чинників вторинної травматизації у дружин ветеранів війни: бойовий досвід чоловіків, посилене емоційне навантаження жінок під час очікування чоловіків з фронту та після їхньої демобілізації, психологічний статус ветерана (наявність проявів ПТСР, емоційно-поведінкові зміни), напруження та конфліктність у стосунках із чоловіком, складність адаптації жінок до психоемоційних і поведінкових змін ветеранів.

Крім того, тривале спільне життя з чоловіком до його мобілізації і відсутність працевлаштування жінки, за дослідженнями зарубіжних психологів, є значущими факторами в прогнозуванні симптомів ВТС у дружин ветеранів. Огляд зарубіжних та вітчизняних досліджень дозволив виокремити напрямки психологічної допомоги жінкам означеної категорії щодо профілактики та подолання проявів вторинної травматизації. Дружини ветеранів потребують розуміння впливу бойового досвіду на поведінку чоловіків та змін, що з ними сталися; важливо допомогти жінкам розширити спектр комунікативних умінь для оволодіння специфікою спілкування з демобілізованими. Важлива обізнаність жінок щодо власних симптомів прояву ВТС, допомога їм у формуванні навичок психоемоційної саморегуляції. Дружинам потрібна допомога у розвитку вміння

турбуватися про себе, встановлювати емоційні межі для збереження власної ідентичності, спиратися на соціальну підтримку.

У розділі проведено аналіз особливостей порушення емоційної сфери у дружин атовців з невротичними та психосоматичними розладами показало відмінності у рівнях прояву реактивної тривоги і особистісної тривожності, а також депресивної симптоматики за суб'єктивним та об'єктивним оцінюванням у групах дослідження.

У підгрупі дослідження 1.2 дружини атовців із психосоматичними розладами у групі ССС зафіксовані високі показники реактивної тривоги у 74,53% респондентів, тоді як у осіб з порушенням ШКТ спостерігались підвищенні показники особистісної тривожності (у 79,03% осіб). При співставленні об'єктивних показників депресії за самооцінюванням були отримані достовірні розбіжності (при $p < 0,01$). Так, за суб'єктивним показником достовірно гірше оцінювали свій стан обстежені з порушенням ССС – у 70,76% осіб, у яких виявлено депресивну симптоматику вираженого та помірно рівнів; при об'єктивному результаті у 32,26% досліджуваних спостерігалась депресивна симптоматика низького рівня вираженості. Таким чином, переоцінювання важкості стану емоційної сфери призводило до зниження стресостійкості та адаптаційного потенціалу досліджуваних. У осіб з порушенням ШКТ було отримано більш критичне оцінювання свого стану; при об'єктивному оцінюванні у 40,57% осіб отримана легка депресія, як і при самооцінюванні у 38,71% респондентів.

У підгрупі дослідження 2.1 у осіб із ПТСР була отримана менш критична картина щодо оцінки депресії: суб'єктивно у 38,71% осіб визначався легкий рівень, об'єктивно (у 41,67% респондентів) – помірний рівень і у 16,67% досліджуваних – високий. Разом із тим, у осіб з РА за самооцінюванням виявлено помірний рівень депресії (54,72% осіб) та виражений її рівень (16,04% осіб), при

об'єктивному результаті – у 45,83% досліджуваних – середній рівень і у 13,33% респондентів високий.

Порівняльний аналіз індивідуально-психологічних та поведінкових особливостей дружини атовців з невротичними та психосоматичними розладами дозволив визначити специфіку поведінкових реакцій на стресові ситуації, співвідношення ставлення до свого «Я» та оточуючого середовища.

Досліджений кластер індивідуально-психологічних та поведінкових особливостей у групі дослідження 1 дозволив визначити загальні та специфічні для кожної підгрупи характеристики. Для групи втручання загальною характеристикою слугували низькі показники самооцінки, використання деструктивних механізмів психологічного захисту і паттернів поведінки.

Підтримуючі психотерапевтичні стосунки у роботі з дружинами ветеранів розглядаються як важливий фактор відновлення після травми. Доречним є надання практичних рекомендацій жінкам щодо налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї.

Підкреслимо, що зазначені вище потреби жінок найкраще задовольняються через прояв терапевтом прийняття, розуміння, емпатії, визнання. Реалізації такого ставлення у психотерапевтичній роботі сприяють особливості стилю взаємодії фахівця з жінками – партнерського, шанобливого, доброзичливого, уважного, такого, що пропонує безпеку, захист, укріплює довіру, впевненість і надію, відтворює турботливу зацікавленість психолога у загальному благополуччі жінки. Врахування вище зазначених факторів формування підтримуючих психотерапевтичних стосунків із дружинами ветеранів є також одним із важливих орієнтирів надання психологічної допомоги жінкам із проявами ВТС.

Отже варто також пам'ятати, що турбота про себе в час, коли допомагаєш іншим, не є ознакою егоїзму. В результаті пережитого у жінки може бути підвищена тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, соматичні негаразди.

Жінка може ефективно піклуватися про рідних тільки, якщо зможе якісно подбати про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цього. Як мінімум, важливо чергувати зайнятість та відпочинок, підтримуюче соціальне середовище. Освоєння навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації також може бути дуже корисним в кризові періоди життя сім'ї. Взнявши на свої плечі велику частку відповідальності, жінка сама може потребувати підтримки, розуміння і психологічної допомоги. Варто знати, де і яким чином, за необхідності, цю допомогу можна отримати – для сім'ї, для ветерана, для дітей і особисто для себе.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
2. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
3. Александровский Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний / Ю.А. Александровский // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 1. — С. 4—12.
4. Ахмедова Х.Б. Мирные жители в условиях военных действий: личностные черты и расстройства адаптации // Психолог. журн. — - 2003. - Т.24. - №3. – С. 37–44.
5. Ахмедова Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни // Вопросы психологии. – 2004. – №3. – С. 93–102.
6. Бодров В. А. Информационный стресс: учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
7. Близнюк А. И. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов: клиника, диагностика, коррекция / А. И. Близнюк // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 15.
8. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. – К. : НАОУ, 2006. – 80 с.
9. Брушлинский А. В. Проблемы психологии субъекта / А. В. Брушлинский. – М., 1994. – 346 с.
10. Баца А., Эверет О. 23 рекомендации военных психологов семьям бойцов АТО [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://vgoru.org/index.php/template/novini-ukrajini/item/1473-23rekomendatsiivoennykhpsikhologovsemyambojtsovato> — Название с экрана.

11. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолец // Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення.— К., Нейроньюс, 2017.— С. 105–112.
12. Болотова О. Что такое вторичная травма (вторичный травматический стресс) после травматического события [Електронний ресурс] / Режим доступа: <https://oksanabolotova.livejournal.com/tag/psychology> — Название с экрана
13. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії / Д.Бріер, К.Скот. – Львів; Свічадо, 2015. – 448 с.
14. Варлакова Є.О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО / Є.О Варлакова // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – С. 80-83
15. Вернуть военнослужащих к нормальной жизни могут не только психологи, но и близкие люди [Електронний ресурс] / Режим доступа: rostinfo.com.ua>...voennosluzhashhix...tolko...blizkie... — Название с экрана
16. Волошин П.В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 34–37.
17. Волошин В. М. Феноменологические аспекты посттравматического стрессового расстройства / В. М. Волошин // Рос. мед. журн. – 2006. – № 4. – С. 16–21.
18. Волошин В. М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференциальной психофармакотерапии / М. В. Волошин / Психиатрия и психофармакотерапия, 2001. - № 4. Т - 3. - С. 32 - 35.
19. Вторичная травматизация [Електронний ресурс] / Режим доступа: stop-abuse.ru/vtorichnaya-travmatizaciya/ — Название с экрана

20. Валуйко О.М., Гошкодеря О.В. Управление професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Скіф», КНТ, 2008 – 106 с.
21. Глебов В.Л. Влияние социально-психологических последствий участия в боевых действиях на внутрисемейные отношения офицеров : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 : Москва, 2004. – 182 с. РГБ ОД, 61:04-19/672
22. Журавльова Н.Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих дружин атовців / Н. Ю. Журавльова // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових 145 праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 76-84.
23. Журавльова Н.Ю. Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів / Н.Ю. Журавльова / Особливості стосунків “психотерапевт – клієнт” у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. – К.: Видавничий Дім “Слово”, 2017. — С. 129-154 Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934> – Назва з екрану
24. Зайцев А.А. Проблема здоровья и адаптации военнослужащих, принимавших участие в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. / А.А. Зайцев, Т.Е. Левицкая, Е.Н Дмитриева // Психология и педагогика – Томск, 2008. – С. 165–168.
25. Калмыкова Е.С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22 — № 4. — С. 70-80.
26. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва, 2003. -80 с. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/1491102/> — Название с экрана

27. Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 7-20.
28. Кісарчук З. Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: Максименка С. Д. — Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2016. — Вип.12. — С. 7-22.
29. Кляпець О.Я. Вплив наслідків переживання травматичних подій ветеранами на їх сімейні взаємини / О.Я Кляпець // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. — К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. — С. 161-164.
30. Козинчук А. Не надо «сюсюкать» с АТОшниками [Електронний ресурс] / Режим доступа: [http:// ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami480039.html](http://ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami480039.html) — Название с экрана.
31. Козинчук А. Найбільша проблема для демобілізованих бійців АТО – дезадаптація URL: http://zik.ua/news/2015/09/03/psycholog_naybilsha_problema_dlya_demobilizovanyh_biytsiv_ato_dezadaptatsiya_621401 (дата звернення 21.09.2017).
32. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально- методичний посібник : Київ : Гнозис, 2013. 116 с.
33. Колесник М. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, терапия, реабилитация / М. Колесник // Укр. медичний часопис: актуальні питання клінічної практики.— 2015.— № 4 (108).— С. 8–10.

34. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М. : Практическая медицина, 2008 – 448 с.
35. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клінічний посібник / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.] ; під ред. П.В. Волошина. – Х. : Арсіс, 2001. – 303 с.
36. Кузнецов А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: вопросы лечения / А.А. Кузнецов // Психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. — М.: Гэотармед, 2004. — С. 132—136.
37. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів волонтерів психологів/психотерапевтів у стосунках с постраждалими внаслідок травмивних подій /Г.П. Лазос/ Особливості стосунків “психотерапевт – клієнт” у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. – К.: Видавничий Дім “Слово”, 2017.- С. 146-182 [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934> — Назва з екрану
38. Лазос Г. П. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів та шляхи їх попередження // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2017. — Вип.13. — С. 46-63.
39. Матяш М. М. Особливості посттравматичного стрессового розладу в учасників антитерористичної операції — український синдром / М. М. Матяш, Л. І. Худенко // Лікарська справа.— 2014.— № 12.— С. 105–112.
40. Психологическая реабилитация семей участников боевых действий в «горячих точках» [Електронний ресурс] / Режим доступа: www.vetkaivi.ru/main/teract?id=88 — Название с экрана 18. Рева И. Обними меня, я пришел с войны [Електронний ресурс] / Режим доступа: litsa.com.ua/show/a/22004 — Название с экрана

41. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М. : Речь, 2002. – 491 с.
42. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. – Харків, 2002. – 47 с.
43. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. [Электронный ресурс] / И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева // Український медичний часопис. – 2016. – № 1 (111) – ІІІ. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/93343/>
44. Підчасов Є.В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. / Є.В. Підчасов, Г.І. Ломакін // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2011. Вип. 10 – С. 86–98
45. Пушкарев, А.Л. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий: метод. рекомендації/ А.Л. Пушкарев, Р.А. Евсегнеев, Н.Г. Аринчина, В.А. Доморацкий. – Минск: МЗ РБ, БНИИЭТИН, 1999. – 20с.
46. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. / М.: Наука, 1984. – 193 с. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/363449/>
47. Решетников М. М. Психическая травма / М. М. Решетников. – СПб. : Восточноевроп. ин-т психоанализа, 2006. – 322 с.
48. Селье Г. Стресс без дистресса. / Селье Г. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.rulit.net/books/stress-bez-distressa-read-15443-1.html>
49. Селье Г. На уровне целого организма [Текст] / Г. Селье. М.: Наука, 1972. – 122 с.
50. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. М.: Медицина, 1960. – 254 с. 26

51. Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М., 1992. – 69 с.
52. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посібник/ за ред. Пінчук І.Я. та ін. - Київ, 2014. – 92 с.
53. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / Г.С. Суркисян // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т. 1. — № 19. — С. 12-18.
54. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М: Изд-во «Институт психологии РАН» . 2009. – 304 с.
55. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Питер, 2001. – 272 с.
56. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром пост травматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. — 1992. — Т.13. — No 2. — С.14—26.
57. Франчишкович Т., Стеванович А., Йелушич И., Роганович Б., Кларич М., Гркович Я. Вторичная травматизация жен ветеранов с посттравматическим стрессовым расстройством /Т. Франчишкович , А.Стеванович , И.Йелушич , Б. Роганович., М.Кларич , Я.Гркович / [Электронный ресурс] / Режим доступа 147 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080512/> — Название с экрана
58. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №2 (21). – С. 5–8
59. Шестопалова Л.Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти / Л.Ф. Шестопалова // Гуманітарний часопис. – 2005. – № 1. – С. 103 –108.
60. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2008. – 256 с. ил. – (Серия «Учебное пособие»).

61. Що таке стреси і як їх долати / Сененко Світлана. –«Дзеркало тижня». – 2000. – № 12. – 29 березня [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http/scho_take_stresi_i_yak_yih_dolati-53263.html](http://scho_take_stresi_i_yak_yih_dolati-53263.html)
62. Ягупов В. В. Військова психологія : Підручник. – Київ : Тандем, 2004. – 656 с. – Бібліогр. : С. 623-627.
63. Figley Ch. Catastrophes: An overview of family reactions / Ch. Figley, I. Hamilton // Stress and the Family. Vol. II : Coping with catastrophe. – New York : Brunner/Mazel, 1983. – P. 3–20.
64. Chronic Pain and Secondary Traumatization in Wives of Croatian War Veterans Treated for Post Traumatic Stress Disorder [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080512/>. – Title from the screen.
65. Problems in Families of Male Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder [Electronic resource]. – Mode of access: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-13828-001>. – Title from the screen.
66. Conscripted without Induction Order: Wives of Former Combat Veterans with PTSD Speak [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=28907/>. – Title from the screen.
67. Solomon Z. From front line to home front: A study of secondary traumatization / [Z. Solomon etc.] // Family Process. – 1992. – № 31. – P. 289–302.
68. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment Disorder [Electronic resource]. – Mode of access: http://hw.haifa.ac.il/images/stories/files/menthal_health/year_2015_2016/Puplication/ST_anf_Health_among_ex-POWs_wives.pdf. – Title from the screen.
69. Coping with Secondary trauma:A Loved One's Guide [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.goodtherapy.org/blog/copingsecondary-traumaloved-ones-guide-0605137> — Назва з екрану

70. Did you know? [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.compassionfatigue.org/> — Назва з екрану
71. Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.
72. Secondary Trauma: A Therapist's Guide [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.goodtherapy.org/blog/secondary-traumatherapists-guide-081413> 5 — Назва з екрану
73. The Cost of Caring: 10 Ways to Prevent Compassion Fatigue [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.goodtherapy.org/blog/the-cost-of-caring-10-ways-to-prevent-compassion-fatigue-0209167> — Назва з екрану
74. Vicarious Trauma [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/vicarioustrauma> — Назва з екрану
75. Vedantam S. A political debate on stress disorder: As Claims Rise, VA Takes Stock / S. Vedantam // *The Washington Post*. – 2005. – 27 Dec
76. Creamer M. Acute stress disorder is of limited benefit in predicting post-traumatic stress disorder in people surviving traumatic injury / M. Creamer, M.L. O'Donnell, P. Pattison // *Behavior, Research 248 and Therapy*. – 2004. – №42. P.315-328.
77. Galea S. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters / S. Galea, A. Nandi, D. Vlahov // *Epidemiologic Reviews*. – 2005. – №27. – P. 78-91.
78. Kammerer N. After the Crisis Initiative: Healing from Trauma after Disasters / N. Kammerer, R. Mazelis // *Expert Panel Meeting*. – Bethesda, MD, 24-25 Apr. 2006. – Bethesda : CMHS, 2006.
79. Breslau N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation / N. Breslau, R. C. Kessler // *Biol. Psychiatry*. – 2001. – №50 (9). – P.699-704

80. Van der Kolk B. A. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B.A. van der Kolk, S. Roth, D. Pelcovitz, S. Sunday, J. Spinazzola // *Journal of Traumatic Stress*. – 2005. – №18. – P. 389-396.
81. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis / Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., & Turner S. // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 90. – P. 97–104.
82. Seidler G. H. Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused cognitive behavioural therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study / Seidler G. H., & Wagner F. E. // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 36. – P. 1515–1522.
83. Etten M. L. van. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis / Etten M. L. van, & Taylor S. // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 1998. – Vol. 5. – P. 126–144.
84. Stone K, Dunphy D., Smith M., Ogivie D. *The general inquirer: A computer approach to content analysis in the behavioural sciences*. — Cambridge, 1966.
85. Thomdike P., Hagen E. *Measurement and evaluation in psychology and education*. - N. Y, 1977.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory - BDI)

(застосовувати виключно за наявності клінічних ознак депресивності та/або високого суїцидального ризику)

Опитувальник ґрунтується на клінічних спостереженнях і описах симптомів, котрі часто зустрічаються у депресивних психіатричних пацієнтів на відміну від не депресивних психіатричних пацієнтів. Систематизація цих спостережень дала змогу виділити 21 твердження, кожне з яких являє собою окремих тип патопсихологічної симптоматики і має пункти:

1 – печаль; 2 – песимізм; 3 – відчуття невдачі; 4 – незадоволеність собою; 5 – почуття провини; 6 – відчуття покарання; 7 – самозаперечення; 8 – самозвинувачення; 9 – наявність суїцидальних думок; 10 – плаксивість; 11 – дратівливість; 12 – відчуття соціальної відчуженості; 13 – нерішучість; 14 – дис-морфобія; 15 – труднощі у роботі; 16 – безсоння; 17 – втомлюваність; 18 – втрата апетиту; 19 – втрата ваги; 20 – занепокоєння станом здоров'я; 21 – втрата сексуального потягу.

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Виберіть одне з тверджень у кожній групі, котре найточніше описує ваш стан за останній тиждень, включаючи сьогоднішній. Обведіть кружечком номер твердження, котре ви вибрали. Якщо в групі декілька тверджень однаково добре описують ваш стан, обведіть номер кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1. 0 – Я не відчуваю себе нещасним.
 - 1 – Я відчуваю себе нещасним.
 - 2 – Я весь час нещасливий і не можу звільнитися від цього почуття.
 - 3 – Я настільки нещасливий і засмучений, що не можу це витримати.
2. 0 – Думаючи про майбутнє, я відчуваю себе особливо розчарованим.
 - 1 – Думаючи про майбутнє я відчуваю себе розчарованим.
 - 2 - Я відчуваю, що мені нічого очікувати в майбутньому.
 - 3 – Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і нічого не зміниться на краще.
3. 0 – Я не відчуваю себе невдахою.
 - 1 – Я відчуваю, що у мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей.
 - 2 – Коли я озираюся на прожите життя, все, що я бачу - це шерех невдач.
 - 3 – Я відчуваю себе повним невдахою.
4. 0 – Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.
 - 1 – Я не отримую від життя стільки ж задоволення, як і раніше.
 - 2 – Я не отримую справжнього задоволення ні від чого.
 - 3 – Я всім незадоволений і мені все набридло.
5. 0 – Я не відчуваю себе особливо винним.
 - 1 – Досить часто я відчуваю себе винним.
 - 2 – Майже завжди я відчуваю себе винним.
 - 3 – Я відчуваю себе винним весь час.
6. 0 – Я не відчуваю, що мене за щось карають.
 - 1 – Я відчуваю, що можу бути покараний за щось.
 - 2 – Я чекаю, що мене покарають.

- 3 – Я відчуваю, що мене карають за щось.
7. 0 – Я не відчуваю розчарування в собі.
1 – Я розчарований у собі.
2 – Я навіюю собі відразу.
3 – Я ненавиджу себе.
8. 0 – У мене немає відчуття, що я в чомусь гірший за інших.
1 – Я самокритичний і визнаю свої слабкості і помилки.
2 – Я постійно звинувачую себе за свої помилки.
3 – Я звинувачую себе за все погане, що відбувається.
9. 0 – У мене немає думок, щоб покінчити з собою.
1 – У мене є думки, щоб покінчити з собою, однак я цього не зроблю.
2 – Я хотів би покінчити життя самогубством.
3 – Я покінчив би з собою, якби видався зручний випадок.
10. 0 – Я плачу не більше, ніж звичайно.
1 – Тепер я плачу більше від звичайного.
2 – Я тепер постійно плачу.
3 – Раніше я ще міг плакати, але тепер не зможу, навіть якщо дуже захочу.
11. 0 – Тепер я не більше роздратований, ніж раніше.
1 – Я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці.
2 – Тепер я постійно роздратований.
3 – Мене вже нічого не дратує, тому що все стало байдужим.
12. 0 – Я не втратив інтересу до інших людей.
1 – У мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше.
2 – Я майже втратив інтерес до інших людей.
3 – Я втратив будь-який інтерес до інших людей.
13. 0 – Я здатний приймати рішення так, як і завжди.
1 – Я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж звичайно.
2 – Я відчуваю більше труднощів у прийнятті рішень, ніж раніше.
3 – Я більше не можу приймати будь-які рішення.
14. 0 – Я не відчуваю, що я виглядаю гірше, ніж раніше.
1 – Я занепокоєний тим, що виглядаю постарілим чи непривабливим.
2 – Я відчуваю, що зміни, які відбулися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим.
3 – Я впевнений, що виглядаю потворно.
15. 0 – Я можу працювати так само, як і раніше.
1 – Мені потрібно докладати додаткових зусиль, щоб почати щось робити.
2 – Я з великими труднощами змушую себе щось робити.
3 – Я взагалі не можу працювати.
16. 0 – Я можу спати так само добре, як і раніше.
1 – Я сплю не так добре, як завжди.
2 – Я прокидаюся на 1 – 2 години раніше, ніж зазвичай, і з труднощами можу заснути знову.
3 – Я прокидаюся на декілька годин раніше від звичайного і не можу більше заснути.
17. 0 – Я стомлююся не більше, ніж звичайно.
1 – Я стомлююся швидше від звичайного.

- 2 – Я стомлююся майже від усього, що роблю.
3 – Я надто стомився, щоб щось робити.
- 18.** 0 – Мій апетит не гірший від звичайного.
1 – У мене не такий добрий апетит, як був раніше.
2 – Зараз мій апетит став набагато гіршим.
3 – Я взагалі втратив апетит.
- 19.** 0 – Якщо останнім часом я й втратив вагу, то дуже не набагато.
1 – Я втратив більше 2 кг ваги.
2 – Я втратив більше 4 кг ваги.
3 – Я втратив більше 6 кг ваги.
Я спеціально намагався не їсти, щоб втратити вагу (обведіть кружечком): **ТАК**
НІ.
- 20.** 0 – Я піклуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.
1 – Мене хвилюють такі проблеми, як різноманітні болі, розлади шлунку, запори.
2 – Я настільки схвильований своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше.
3 – Я до такої міри схвильований своїм здоров'ям, що взагалі про щось інше думати не можу.
- 21.** 0 – Я не помічав будь-яких змін у моїх сексуальних інтересах.
1 – Я менше, ніж звичайно, цікавлюся сексом.
2 – Тепер я набагато менше цікавлюся сексом.
3 – Я зовсім втратив інтерес до сексу.

Ключ:

Виділені шкали дають можливість виявити ступінь вияву депресивної симптоматики, оскільки кожна з них представляє собою групу з 4 тверджень, які відповідно оцінюють в балах від 0 до 3. Максимальна сума – 63 бали.

Якщо сумарний бал:

менше 9 – відсутність депресивних симптомів;

10 – 18 балів – помірно виражена депресія;

19 – 29 – критичний рівень депресивності;

30 – 63 бали – явно виражена депресивна симптоматика.

Шкала реактивної та особистісної тривожності (Спілбергер – Ханін)

Підвищена тривога є основним механізмом не адаптивної поведінки, однак, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість продуктивної активності людини. Кожний має свій рівень тривоги і тривожності. Самоконтроль і самооцінка цього стану є істотним компонентом адаптивної саморегуляції, тому що підвищений рівень тривожності є провідним «облігатним механізмом» дезадаптивних розладів.

Особистісна тривожність – це стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон ситуацій як загрозливих, небезпечних для самооцінки і самоповаги.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію.

Високотривожні особистості схильні сприймати загрозу самооцінці і життєдіяльності і реагувати вираженим станом тривоги. Якщо результати тесту виявляють високий рівень особистісної тривожності, то це дає підставу прогнозувати виникнення станів тривожного ряду в різноманітних ситуаціях, пов'язаних з оцінкою компетенції і престижу.

Шкала ситуативної тривожності (СТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваетесь на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

№ п/п	Судження	Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Зовсім правильно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в напрузі	1	2	3	4
4.	Я внутрішньо скутий	1	2	3	4
5.	Я відчуваю вільно	1	2	3	4
6.	Я розстроєний	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9.	Я стривожений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я упевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруги	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4

19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваєтеся на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

<i>№ n/n</i>	<i>Судження</i>	<i>Ні, це не так</i>	<i>Мабуть, так</i>	<i>Правильно</i>	<i>Зовсім правильно</i>
1.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
2.	Я буваю дратівливим	1	2	3	4
3.	Я легко розстроююся	1	2	3	4
4.	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші	1	2	3	4
5.	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
6.	Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	1	2	3	4
7.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8.	Мене тривожать можливі труднощі	1	2	3	4
9.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10.	Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
11.	Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
12.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13.	Я почуваюся беззахисним	1	2	3	4
14.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15.	У мене буває нудьга	1	2	3	4
16.	Я буваю задоволений	1	2	3	4
17.	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18.	Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
19.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20.	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація

Результати тесту обробляються за допомогою ключа.

Ключ

Ситуативна тривожність					Особистісна тривожність				
<i>№ з/п</i>	<i>Ні, це не так</i>	<i>Мабуть, так</i>	<i>Правильно</i>	<i>Зовсім правильно</i>	<i>№ з/п</i>	<i>Ніколи</i>	<i>Іноді</i>	<i>Часто</i>	<i>Майже завжди</i>
1	4	1	3	2	21	4	3	2	1

2	4	1	3	2	22	1	2	3	4
3	1	4	2	3	23	1	2	3	4
4	1	4	2	3	24	1	2	3	4
5	4	1	3	2	25	1	2	3	4
6	1	4	2	3	26	4	3	2	1
7	1	4	2	3	27	4	3	2	1
8	4	1	3	2	28	1	2	3	4
9	1	4	2	3	29	1	2	3	4
10	4	1	3	2	30	4	3	2	1
11	4	1	3	2	31	1	2	3	4
12	1	4	2	3	32	1	2	3	4
13	1	4	2	3	33	1	2	3	4
14	1	4	2	3	34	1	2	3	4
15	4	1	3	2	35	1	2	3	4
16	4	1	3	2	36	4	3	2	1
17	1	4	2	3	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	1	3	2	39	4	3	2	1
20	4	1	3	2	40	1	2	3	4

Під час аналізу результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник за шкалами ситуативної й особистісної тривожності може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Орієнтовні оцінки рівня тривожності:

- Від 0 до 30 балів – низька тривожність;
- Від 31 до 44 балів – помірна тривожність;
- Від 45 і більше – висока тривожність.