

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Зміна тривожно-депресивного стану в динаміці під впливом
життєвих цінностей особистості**

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 211
спеціальності 053 Психологія

освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Бойко Ірина Олександрівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К.ПСИХОЛ.Н.

(наукова ступінь, вчене звання)

Крайлюк Анна Ігорівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № ____ від « ____ » червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

РОЗДІЛ I. ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН І ЦІННІСНІ ОРІЄНТИРИ ОСОБИСТОСТІ

- 1.1 Стрес, травматичний стрес, тривожно-депресивний стан
- 1.2 Динаміка переживання травматичної ситуації
- 1.3 Копінг стратегії та їх механізми
- 1.4 Ціннісні орієнтири, підходи логотерапії та критерії

психологічного благополуччя

Висновки до розділу I

РОЗДІЛ II МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

- 2.1 Характеристика вибірки та її аналіз
- 2.2 Опис дослідницьких методик

Висновки до розділу II

РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНА ЧАСТИНА РОБОТИ

- 3.1 Проведення емпіричного дослідження
- 3.2 Результати та аналіз емпіричного дослідження
- 3.3 Рекомендації та психокорекційні заходи

Висновки до розділу III

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

МКХ-10 - Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10 видання

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

COPE - Cultivating Optimal Personal Experiences

RVS - Rokeach Value Survey

ВСТУП

Значення вивчення поведінки людей у кризових ситуаціях завжди привертало увагу дослідників. Було проведено багато емпіричних досліджень, що розглядали окремі аспекти стресу, складних життєвих ситуацій та стратегії копіngu. Незважаючи на широке поширення та розмаїття досліджень у цій області, багато аспектів залишаються недостатньо дослідженими. Особливо важливим є вивчення сучасних зарубіжних досліджень щодо стресу та стресостійкості та можливостей їх використання для сучасної української дійсності.

Згідно з МКХ-10, тривожно-депресивні стани виникають як наслідок тривалої реакції на стресові події або ситуації, які можуть бути загрозливими або катастрофічними. Ці події можуть спричинити загальний дистрес майже у будь-якої людини, будь то короточасні або тривалі (наприклад, природні чи штучні катастрофи, бойові дії, нещасні випадки, стати на місці насильницької смерті інших, стати жертвою катувань, тероризму, зґвалтування або іншого злочину). Приблизно 20-25% осіб, які відчувають стрес, але мають фізичне здоров'я, можуть розвинути тривожно-депресивні стани, а серед поранених це поширеність становить близько 40%. Загалом, прояви тривожних чи депресивних станів спостерігаються від 1 до 3% населення (частіше в жінок приблизно на 1,5 рази), а окремі компоненти цього розладу можуть вплинути на 5-15% населення.

Проблематика тривожно-депресивних станів була вивчена як зарубіжними, так і українськими вченими. Зокрема, до цієї галузі належать дослідження Р. Волошина, Л. Китаєва-Смик, Р. Лазаруса, які досліджували механізми розвитку тривожності та депресії, симптоми, фази та причини

їх розвитку. Також варто зазначити внесок І. Котенєва, В. Лисенка, О. Морозова, В. Омеляновича, Н. Тарабріно, О. Тімченка, С. І. Яковенка, які активно впроваджували методики діагностики та подолання стресових розладів у психологічну практику. Крім того, праці І. Малкіної-Пих були спрямовані на психологічну допомогу в кризових ситуаціях.

Мета - експериментальне обґрунтування впливу життєвих ціннісних орієнтирів та стресостійкості особистості зі ступенем зміни тривожно-депресивного стану в динаміці внаслідок переживань психотравмуючих ситуацій.

Об'єкт дослідження - тривожно-депресивний стан.

Предмет дослідження - зв'язок ступеню зміни тривожно-депресивного стану в динаміці під впливом стійких життєвих цінностей особистості.

Гіпотеза - існує прямий зв'язок позитивної зміни тривожно-депресивного стану під впливом стійких життєвих цінностей та сильних конструктивних копінг стратегій стресостійкості особистості.

Завдання дослідження - виявити зв'язок між особистісним показником емоційної нестійкості, легкістю перенесення життєвих невзгод, тривожності та контроль своїх емоцій із тестовим показником ступеня станів тривожності і депресивності; - встановити залежність конструктивних і деструктивних копінг-стратегій стресостійкості із зміною показника ступеня тривожно-депресивного стану; - побудувати модель залежності зміни тривожного стану особистості з 5-ма стійкими ціннісними орієнтирами, як факторами впливу; - побудувати модель залежності зміни депресивного стану особистості з 5-ма стійкими ціннісними орієнтирами, як факторами впливу.

Методики дослідження - методика багатофакторного дослідження особистості Кеттелла; опитувальник COPE для вимірювання ситуаційних копінг-стратегій; госпітальна шкала тривоги та депресії; методика «Ціннісні орієнтації» Рокіча.

Характеристика дослідницької вибірки

Для даного дослідження приймали участь 50 жінок і чоловіків середнього віку – з 22 до 60 років які перебували у Чернігові на момент початку повномасштабного вторгнення в Україну до завершення тимчасової окупації Чернігівської області. Також враховано подальші переміщення даних осіб: залишались в Чернігові впродовж 3 місяців з 24 лютого 2022 року; тимчасово виїжджали і повернулись через 3 місяці; виїжджали і на даний момент перебувають в іншому регіоні України чи за кордоном

Теоретична значущість роботи визначається в тому, що може бути використана в подальшому дослідженні тривожно-депресивних станів особистостей постраждалих внаслідок воєнних дій, втрати близьких чи щодня переживання підвищеного стресового стану.

Практична значущість роботи можуть мати практичне значення для шкільних психологів та консультантів з дитячої психології, оскільки їх результати можуть бути використані у практичній роботі з учнями. Крім того, вони можуть бути корисні в контексті психокорекційної практики, спрямованої на поліпшення психологічного стану та функціонування осіб.

РОЗДІЛ I

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН І ЦІННІСНІ ОРІЄНТИРИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Стрес, травматичний стрес, тривожно-депресивний стан

У 1936 році Хансом Сельє була запропонована концепція стресу, в якій центральними положеннями є гомеостатична модель саморегуляції організму та активація ресурсів для реагування на стресори. Сельє класифікував всі впливи на організм на конкретні, а також стереотипні неспецифічні ефекти стресу, які проявляються як загальний адаптаційний синдром[13]. Цей синдром прогресує через три стадії:

- 1) реакцію тривоги;
- 2) стадія стійкості;
- 3) стадія виснаження.

Хансом Сельє було введено поняття адаптаційної енергії, яка активується шляхом перебудови гомеостатичних механізмів організму для забезпечення адаптації. Виснаження цієї енергії є незворотним процесом і може призвести до старіння та загибелі організму. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому називаються "емоційним стресом" і включають афективні переживання, які виникають внаслідок стресу і призводять до небажаних змін в організмі людини. Оскільки емоції є невід'ємною частиною будь-якої цілеспрямованої поведінки, емоційний апарат є першим, що активується під впливом екстремальних та руйнівних факторів стресу. Це призводить до активації функціональних вегетативних систем і відповідного ендокринного регулювання, що контролює поведінкові реакції[7].

Сучасні уявлення розглядають емоційний стрес як явище, що виникає, коли вимоги, що ставляться перед особою, перевищують її здатність впоратися з ними. Якщо людина не має стратегій подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій), вона переживає напружений стан. Разом з гормональними змінами, що відбуваються в організмі, це призводить до порушення гомеостазу. Така реакція є спробою впоратися з джерелом стресу[23].

Подолання стресу включає в себе психологічні (когнітивні і поведінкові) та фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися з ситуацією не дають результатів, стрес може тривати і призводити до патологічних реакцій та органічних ушкоджень. У деяких випадках стрес може спричинити серйозні розлади замість мобілізації організму для подолання труднощів[15]. При повторних або тривалих афективних реакціях на тривалі труднощі емоційне збудження може перейти в стабільну форму. Навіть після нормалізації ситуації, застійне емоційне збудження не зникає, а навпаки, постійно активує центральні утворення нервової вегетативної системи, що впливає на роботу внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі є слабкі ланки, вони можуть стати основою для розвитку захворювання.[1].

Емоційний стрес викликає первинні розлади у різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, що призводить до порушень в роботі серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, зміни функціонування згортаючої системи крові і порушення імунної системи[4]. Стресори можуть бути фізіологічними (такі як біль, голод, спрага, фізичне перенапруження, екстремальна температура і т.д.) та психологічними (такі як небезпека, загроза, втрата, обман, образа,

інформаційне перевантаження і т.д.). Психологічні стресори, в свою чергу, можуть бути емоційними або інформаційними[22].

Будь-який тип психологічного стресу, такий як особистісний, міжособистісний, сімейний, професійний і т.д., має в своїй основі інформацію. Інформаційні повідомлення про небажані події, їх поточний або передбачуваний вплив, загрозу, або внутрішні уявлення про минулі травматичні події та їх наслідки є джерелом розвитку стресу[12]. Зазвичай ці реакції пов'язані з виникненням негативних емоцій і почуття тривоги, які тривають протягом всього періоду конфліктної ситуації - до її врегулювання або суб'єктивного подолання. В таких випадках інформація про небезпечну або невдалу подію стає поштовхом, який визначає загрозу виникнення стресу і спричиняє виникнення почуття тривоги та психічної напруги на основі активізації уявлення про професійну ситуацію[11].

Дослідники виділяють чотири основні характеристики травматичних подій, які можуть призвести до травматичного стресу[6]:

- 1) людина свідомо сприймає подію, тобто вона усвідомлює те, що сталося, і розуміє, що це погіршило її психологічний стан;
- 2) даний стан виник через зовнішні фактори або події;
- 3) пережита подія руйнує звичний спосіб життя особи;
- 4) подія викликає у людини почуття страху, жаху і безпорадності, коли вона не може нічого зробити або змінити ситуацію.

Травматичний стрес - це особливий вид переживання, що виникає в результаті особливої взаємодії людини з навколишнім світом. Це нормальна реакція на ненормальні обставини та стан, який виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за межі звичайного людського досвіду[3].

Відстрочені реакції на сильну стресову ситуацію можна охарактеризувати як комплексні зміни, які відбуваються в емоційній та психічній сферах, а також в поведінці, після того, як особа зазнала психічної травми.[2].

Психічна травма - це результат виникнення травматичного стресового впливу, який має високий рівень стресогенності. Цей вплив руйнує систему індивідуальних особистісних захистів і призводить до серйозних порушень, як на психологічному, так і на біологічному рівні, впливаючи на цілісну систему функціонування практично будь-якої людини[45].

Травматичний досвід виходить за межі звичайних поведінкових сценаріїв людини. Це відбувається у ситуаціях, коли існує загроза (фізична або психологічна) життю та безпеці людини, коли порушуються базові людські інстинкти, такі як інстинкт самозбереження та інстинкт збереження роду[34].

У таких випадках відразу повністю усвідомити всю ситуацію має деструктивний вплив на психіку. Механізм витіснення, як один із потужних психологічних захистів, поступово проявляється, симптом за симптомом, нагадуючи про те, що сталося[25].

Відстрочені реакції - це реакції, які не відбуваються в момент сильного стресу, а виникають пізніше (після таких подій, як пограбування, зґвалтування, повернення із зони бойових дій тощо), але психологічно для людини це ще не завершено[26]. Ці реакції виникають на фоні загального благополуччя через довгий проміжок часу після події.

Психологічна травма - це емоційна рана, яка приносить біль, турбує, викликає дискомфорт і погіршує якість життя. Вона призводить до страждання для самої людини і її близьких оточуючих. Подібно до

фізичної рани, психологічна травма може мати різні рівні прояву, і, відповідно, потребувати різних форм "лікування"[8].

Іноді рана поступово самотійно зцілюється, а "пошкоджене місце" природним чином заживає. Існує певна послідовність етапів переживання, яка допомагає психіці відновитись[9]. У таких випадках відбувається осмислення, прийняття того, що сталося, людиною не як травматичного події, а як життєвого досвіду, частини її біографії.

1.2 Динаміка переживання травматичної ситуації

Включає чотири етапи:

Перший етап, який називається фазою заперечення або шоку, відбувається безпосередньо після травматичної події. На цьому етапі людина не може емоційно прийняти те, що сталося. Психіка захищається від руйнівного впливу травматичної ситуації. Зазвичай цей етап є недовготривалим[10].

Другий етап, відомий як фаза агресії і провини, характеризується тим, що людина поступово починає усвідомлювати те, що сталося, і намагається знайти винних серед тих, хто безпосередньо або опосередковано пов'язаний з подією. Спочатку людина спрямовує свою агресію на інших, а потім переживає сильне почуття провини, покишто саму себе («якби я зробив інакше, цього б не сталося»)[14].

Третій етап, відомий як фаза депресії, настає, коли людина усвідомлює, що обставини переважають її можливості. На цьому етапі виникає депресія, яка супроводжується почуттями безпорадності, самотності і непотрібності. Людина не бачить шляху виходу зі складної ситуації, втрачає відчуття мети. Життя здається позбавленим сенсу, і

виникає переконання, що нічим не можна змінити ситуацію: "Незалежно від моїх дій, нічого не зміниться"[23].

На даному етапі надзвичайно важлива ненав'язлива підтримка з боку близьких осіб, проте людина, яка переживає травму, не завжди отримує її, оскільки оточуючі безсвідомо бояться "зараження" її станом[33]. Крім того, людина у депресивному настрої поступово втрачає інтерес до спілкування ("Ніхто мене не розуміє"), її співрозмовник стає їй втомлюючим, і спілкування переривається, що посилює почуття самотності.

Останній етап четвертий - це фаза зцілення. На цьому етапі людина повністю приймає свою минулу травму на свідомому і емоційному рівнях, а також знаходить новий сенс життя: "Те, що сталося, насправді трапилося, і я не можу цього змінити; але я можу змінити себе і продовжувати життя, незважаючи на травму". Людина стає здатною здобути корисний життєвий досвід з того, що відбулося[17].

Цей прогресивний розвиток ситуації є конструктивним. Однак, якщо постраждалий не пройшов через фази переживання травматичної ситуації, етапи можуть стати занадто тривалими і не мати логічного завершення, що може призвести до розвитку симптомокомплексів, таких як посттравматичний стресовий розлад. У такому випадку, постраждала особа вже не може самостійно впоратися з цими проявами[50].

Порушення, що розвиваються після переживання психологічної травми, впливають на всі аспекти людського функціонування (фізіологічний, особистісний, міжособистісний та соціальний рівні), і призводять до стійких змін не лише у самій особі, що пережила стрес, але й у членах її сім'ї[46].

1.3 Копінг-стратегії та їх механізми

Дослідження копінг-поведінки, яка спрямована на подолання травматичних ситуацій, було започатковано в зарубіжній психології. Копінг-поведінка визначається як індивідуальний спосіб взаємодії особистості з ситуацією, враховуючи її власну логіку, значущість у житті людини та її психологічні можливості. Дослідження в цій галузі спрямовані на розуміння та ідентифікацію стратегій, які люди використовують для подолання стресових подій і травматичних ситуацій[16].

Початково термін "копінг-поведінка" був використаний у психології стресу і означав комплекс когнітивних і поведінкових стратегій, спрямованих на зменшення впливу стресу на особистість[18]. Під "коупінгом" (від англ. "to cope" - впоратися) розуміють когнітивні, емоційні та поведінкові спроби впоратися зі специфічними вимогами зовнішньої або внутрішньої ситуації, які особистість сприймає як напружені та перевищують її адаптивні можливості. У сучасній психології термін "копінг" використовується для опису способів поведінки людини в травматичних ситуаціях, тоді як термін "захист" (англ. "defense") використовується для пояснення захисних механізмів, наприклад, від неприємних емоційних переживань, думок або фактів, що загрожують позитивному самовизначенню особистості[53].

У концепції психологічного захисту З. Фрейда, термін "захист" відноситься до функції, яку виконує его для захисту від усвідомлення або прийняття неприємних фактів життя. Захисна реакція проявляється у різних формах, коли "Я" бореться з непереносимими думками і

хворобливими емоціями, що супроводжуються переживаннями несвідомого внутрішнього конфлікту людини[24].

Іншим важливим клінічним припущенням, яке випливає з психології еґо, є те, що для психологічного благополуччя необхідно не лише мати зрілі захисні реакції, але й бути здатним використовувати різноманітні захисні механізми[35]. Це означає, що людина, яка відповідає на стресові ситуації лише одним типом захисної реакції (наприклад, проекцією), може бути менш психологічно здоровою, ніж та, хто використовує різні захисні механізми залежно від обставин. Концепції "ригідності" особистості і "панцира характеру" (згадана В. Рейхом) відображають ідею, що психологічне благополуччя пов'язане з емоційною гнучкістю[22].

Термін "coping" був введений в психологію 1930-х років Г. Гартманном для опису "мирного", конструктивного або незахисного способу, яким людина вирішує свої проблеми[47]. В українській психології розглядаються різні підходи до розв'язання психологічних проблем, такі як "захист" (Р. А. Зачевицький), "подолання" стресу і "компенсація" (Б. А. Бодров), "дезадаптація" і "адаптація" до соціальних умов (А. А. Налчаджян), "боротьба" з життєвими труднощами, "переживання" критичних ситуацій (Ф. Є. Василюк). Це включає:

- своєчасне та точне розпізнавання причин складної ситуації;
- адекватну реакцію на різні обставини;
- пристосування до нових умов, що виникли в результаті складної ситуації;
- впорядкування завдання, дилеми або проблеми;
- знаходження спільного контакту з іншими людьми;
- відновлення справедливості, збереження миру і гармонії.

Р. М. Грановська і І. М. Нікольська зауважують, що поняття "coping" має близький зміст до поняття "психологічного захисту". Основна різниця між ними полягає в тому, що стратегії "coping" використовуються свідомо особистістю і можуть змінюватися залежно від обставин, тоді як механізми психологічного захисту неусвідомлювані і, якщо зафіксовані, можуть стати дезадаптивними[52].

Л. І. Анциферова вказує на деякі важливі відмінності між особами, які використовують механізми психологічного захисту і тими, хто вдається до конструктивних стратегій копінг-поведінки. Люди, які регулярно використовують механізми психологічного захисту, можуть сприймати світ як джерело небезпеки, мати низьку самооцінку і песимістичний світогляд. Особи, які в стресових ситуаціях використовують конструктивні стратегії копінг-поведінки, відрізняються оптимістичним світоглядом, стійкою позитивною самооцінкою, реалістичним підходом до життя і високою мотивацією досягнення. Ці різниці можуть впливати на спосіб сприйняття та подолання труднощів у житті[31].

Копінг-поведінка може бути продуктивною і непродуктивною. Копінг має позитивний вплив на особистісний розвиток, включаючи вирішення проблем, подолання складних ситуацій, зниження рівня напруги, тривоги та дискомфорту, а також приносить душевне задоволення і радість від подолання труднощів. Непродуктивний копінг пов'язаний з переважанням негативних емоційних реакцій на ситуацію, зупинка на цих емоціях, а також проявом занурення у негативні переживання, самокритики, звинувачень інших людей та агресії[16].

Так, К. Карвер запропонував розширену класифікацію стратегій копінг-поведінки, в якій найбільш адаптивними вважаються стратегії, спрямовані на пряме розв'язання проблемної ситуації. Ці стратегії

передбачають активну діяльність та зосередженість на зміні обставин або здійсненні певних кроків для вирішення проблеми. Вони спрямовані на пошук розумних рішень, планування дій і ефективне використання ресурсів для подолання труднощів. Ці стратегії можуть включати активне шукання інформації, постановку мети, розв'язання проблеми крок за кроком, пошук підтримки та розмірковування над альтернативними рішеннями.

Враховуючи контекст і тип проблеми, інші стратегії копіngu можуть також виявитися корисними. Наприклад, деякі ситуації можуть вимагати емоційного виспіву, спілкування зі своїми почуттями або прийняття ситуації такою, як вона є. Отже, важливо підкреслити, що вибір стратегій копіngu залежить від конкретної ситуації та індивідуальних особливостей людини:

- "активний допінг" - активні заходи, спрямовані на усунення джерела стресу;
- "планування" - визначення стратегії дій у проблемній ситуації;
- "пошук активної суспільної підтримки" - звернення до соціального оточення для отримання допомоги та поради;
- "позитивне тлумачення" - оцінка ситуації з позитивного боку та ставлення до неї як до епізоду життєвого досвіду;
- "прийняття" - визнання реальності ситуації.

Інший набір копінг-стратегій може сприяти адаптації до стресових ситуацій, але не передбачає активного подолання:

- "пошук емоційної підтримки" - знаходження співчуття та розуміння у інших людей;
- "гальмування конкуруючої діяльності" - зниження активності в інших сферах та фокусування на джерелі стресу;

- "стримування" - очікування сприятливих умов для вирішення ситуації.

Третя група копінг-стратегій не є адаптивними, але можуть допомогти пристосуватися до стресових ситуацій у деяких випадках. До них належать:

- "фокусування на емоціях та їх вираження" - емоційна реакція на проблемну ситуацію;
- "заперечення" - відмова від прийняття існування стресової події;
- "ментальне відчуження" - психологічне відволікання від джерела стресу через розваги, мрії, сон і т.д.;
- "поведінкове відчуження" - уникнення розв'язання ситуації.

Незважаючи на різноманітні класифікації, більшість дослідників відмічають існування трьох основних стратегій копінг-поведінки: розв'язання проблеми, пошук соціальної підтримки та уникнення стресової ситуації. Додатково, зазначається, що копінг стратегії можуть бути реалізовані у трьох сферах: поведінковій, когнітивній та емоційній.

1.4 Ціннісні орієнтири, підходи логотерапії та критеріїв психологічного благополуччя

Ціннісно-смилова сфера є важливою складовою особистості і включає у себе систему цінностей, ціннісних орієнтацій та особистісних смислів. Вона визначає те, що людина вважає важливим, цінним і смисловим у своєму житті. Цінності відображають те, що людина вважає цінним і бажаним, а ціннісні орієнтації визначають загальні пріоритети і напрямки діяльності та поведінки[32].

Згідно з І. Шапенковою, ціннісно-сміслова сфера представляє собою цілісне утворення особистості, яке складається з різних структурних компонентів і змістовних характеристик. Серед структурних компонентів можна виділити цінності-знання, цінності-мотиви, цінності-цілі і ціннісні смисли. За Н. Самікіною та М. Серебряковою, ціннісно-сміслова сфера є функціональною системою, яка формує смисли та цілі життєдіяльності та регулює способи їх досягнення. З одного боку, ціннісно-сміслові утворення формуються оточенням, а з іншого боку, людина активно створює їх, приймаючи, змінюючи або відкидаючи цінності та смисли, які пропонує соціум.[13].

Формування ціннісно-сміислової сфери особистості є неперервним процесом протягом життя. Кожна людина має власну систему цінностей і смислів, які становлять основу її життя і визначають головний сенс і значення. Цінності та смисли не є статичними, вони змінюються з часом під впливом діяльності людей і самої особистості. Переоцінка цінностей та переорієнтування смислів є природним процесом розвитку особистості. При прийнятті нових життєвих і соціальних ролей людина переглядає своє ставлення до багатьох аспектів життя.

У кризових ситуаціях відбувається трансформація смислової структури особистості, оскільки людина намагається знайти сенс своєї ситуації як для розуміння і тлумачення свого досвіду, так і для продовження свого існування. Вона прагне знайти сенс у кризовій ситуації, який надає значення її існуванню та допомагає зрозуміти і пережити цей період[15].

Ненсі Мак-Вільямс – класик сучасного психоаналізу, автор підручника з психоаналітичної діагностики, наголошує, що психотерапія – це більше, ніж звільнення від симптомів і пропонує виведені останнім

часом практикуючими терапевтами критерії для визначення психічного благополуччя.

Ненсі МакВільямс наводить 16 критеріїв психологічного благополуччя, що впливають на виникнення і протікання тривожно-депресивних станів:

1. *Здатність кохати.* Це вміння вступати в стосунки, бути відкритим до іншої людини, і приймати її такою, якою вона є - з усіма своїми достоїнствами та недоліками. Це також вміння проявляти безкорисливість, бути готовим до відданості, не тільки до отримання. Цей аспект охоплює батьківську любов до дітей, а також романтичні стосунки між партнерами.

2. *Здатність працювати.* Це не тільки стосується професійної діяльності, але й більш широкого поняття творчої праці. Це здатність створювати і творити щось цінне для себе, своєї сім'ї, а також для суспільства. Люди відчують значущість своїх дій та роботи, а також розуміють, що вони можуть внести унікальний внесок у світ. Для підлітків цей аспект може бути особливо складним у розумінні.

3. *Здатність грати.* Тут мається на увазі як пряме розуміння "гри" у дітей, так і здатність дорослих людей "грати" зі словами, символами. Це включає в себе вміння використовувати метафори, алегорії, гумор, символіку, щоб виразити свій досвід та отримувати від цього задоволення. Ненсі Мак-Вільямс посилається на дослідження психолога Яака Панкsepпа, який довів важливість гри для розвитку мозку. Він відзначав, що молоді тварини часто граються, використовуючи фізичний контакт, і це має велике значення для їхнього розвитку. Він провів аналогію з людьми і припустив, що гіперактивність у дітей може бути наслідком недостатньої гри. Крім того, сучасне суспільство все менше займається грою. Наші активності стають більш пасивними та спостережними. Ми все рідше самі

танцюємо, співаємо, займаємося спортом, замість цього все більше спостерігаємо, як це роблять інші. Цікаво, які можуть бути наслідки цього для нашого психічного здоров'я?

4. *Безпечні стосунки.* Нажаль, але часто люди, які шукають психотерапевтичну допомогу, перебувають у шкідливих відносинах, які характеризуються насильством, загрозами, залежністю та іншими нездоровими аспектами. Одна з основних метою психотерапії полягає у тому, щоб допомогти цим людям виправити ситуацію. Для кращого розуміння причин та характеру цього явища можна звернутися до теорії прикріпленості Джона Боулбі. Він виділив три типи прикріпленості: безпечну, тривожну (коли людям важко терпіти самотність і вони "прилипають" до значущої особи) і уникну (коли людина легко віддаляється від інших, але водночас відчуває велику тривогу всередині). Пізніше був визначений ще один тип прикріпленості - дезорганізований (тип D): люди з цим типом прикріпленості часто реагують на доглядання іншої людини як на джерело одночасної теплоти і страху. Це характерне для людей з нестабільним рівнем особистісної організації і часто спостерігається після дитячого насильства або заперечення. Такі люди "прилипають" до об'єкта своєї пристрасності, а водночас "вкуштовують" його. Шкода, але порушення прикріпленості є поширеною проблемою.

Але хороша новина в тому, що тип уподобання можна змінити. Як правило, для цього добре підходить психотерапія (від 2 і більше років). Але можлива зміна типу прихильності і за наявності стабільних, безпечних, тривалих (понад 5 років) відносин із партнером.

5. *Автономія.* У людей, які шукають психотерапевтичну допомогу, часто відсутня або обмежена самостійність (але у них є великий потенціал, оскільки вони вже звернулись до терапії). Вони роблять речі, які не

відповідають їхнім справжнім бажанням. Вони навіть не мають часу "вибирати" (слухати себе) і з'ясувати, чого вони насправді хочуть. Іноді ілюзорна самостійність може переноситися на інші сфери життя. Наприклад, пацієнти з анорексією намагаються контролювати хоч щось, що здається їм доступним, замість того, щоб слухати свої власні бажання і потреби.

6. *Постійність себе та об'єкта чи концепція інтегрованості.* Це здатність залишатися у зв'язку з усіма аспектами своєї особистості: як позитивними, так і негативними, як приємними, так і не такими, що викликають сильні емоції. Це також здатність відчувати конфлікти і не розколюватись під їх впливом. Це контакт між дитиною, якою я був, особою, якою я є зараз, і тим, ким я стану через 10 років. Це здатність усвідомлювати і інтегрувати все, що дано природою, а також те, що я розвинув у собі. Одним з порушень цього аспекту може бути "атака" на власне тіло, коли воно несправедливо сприймається як щось відокремлене від себе. Воно стає об'єктом, який можна голодувати, порізати тощо.

7. *Здатність відновлюється після стресу (сила Его).* Якщо у людини є достатньо сили Я, то під час зустрічі зі стресовими ситуаціями вона не захворіє, не приймає лише жорсткі оборонні механізми, і не руйнується. Вона може найкращим способом пристосовуватись до нових умов.

8. *Реалістична та надійна самооцінка.* Багато людей мають нереалістичне та жорстке сприйняття себе, вони мають строгий Внутрішній Контролер, який постійно критикує. Існує також зворотна ситуація (характерна для деяких культур, зокрема США) - завищена самооцінка. Батьки підносять дітей, сподіваючись мати тільки найкраще, включаючи "найкращих" дітей. Проте, така необґрунтована похвала, несвідомо позбавлена любові та тепла, викликає почуття порожнечі у

дітей. Вони не розуміють, хто вони насправді, і здається, ніхто їх дійсно не знає. Часто вони вчиняють, мовляв, мають право на особливе ставлення до себе, хоча насправді це не є заслуженим.

9. *Система ціннісних орієнтацій*. Важливо, щоб людина розуміла етичні норми, їх значення, і водночас була гнучкою у своєму дотриманні. У 19 столітті говорили про "моральне безумство", що зараз визначається як антисоціальний розлад особистості. Це серйозна проблема, пов'язана з нерозумінням та відсутністю відчуття людиною різних етичних, моральних та ціннісних норм і принципів. У той же час такі люди можуть мати інші аспекти з переліку цих якостей.

10. *Здатність виносити напруження емоцій*. Це означає бути здатними переживати емоції, залишаючись з ними, відчувати їх, не дозволяючи їм повністю контролювати себе. Це також означає здатність підтримувати контакт як з емоціями, так і з раціональною частиною своєї особистості.

11. *Рефлексія*. Це здатність залишатись відокремленим від себе, подивитися на себе збоку. Люди з рефлексивністю здатні бачити, в чому полягає їхня проблема і відповідно ставитися до неї, надаючи максимальну підтримку собі.

12. *Менталізація*. Маючи цю здатність, люди здатні розуміти, що інші - цілком окремі особистості зі своїми унікальними рисами, особистісною та психологічною структурою. Такі люди також розрізняють між тим, як вони почуваються образженими після чийось слів, і тим, що інша людина насправді не мала наміру їх образити. Образа виникає переважно через їх власний особистий досвід та особистісні особливості.

13. *Широка варіативність захисних механізмів* та гнучкість у їх використанні.

14. *Баланс між тим, що я роблю для себе та для свого оточення.* Це можливість бути собою і дбати про власні інтереси, одночасно враховуючи інтереси партнера з яким у нас є взаємини.

15. *Відчуття існування.* Це здатність бути і почуватися живим. Людина може функціонувати нормально, але при цьому відчувати себе мертвим усередині. Про внутрішню відчуженість писав і Андре Грін.

16. *Ухвалення того, що ми не можемо змінити.* Це означає здатність щиро та чесно сумувати, відчувати скорботу через те, що ми не можемо змінити. Це означає прийняття нашої обмеженості та оплакування того, чого ми хотіли б мати, але не можемо.

Таким чином, у кожної людини можуть бути різні ці 16 елементів психічного здоров'я. Є певні закономірності та взаємозв'язки між, наприклад, типом особистісної організації та "пробілами" у цьому списку. Але в загальному вигляді цей список є глобальною метою для психотерапії. З переважним урахуванням особистих особливостей кожного клієнта чи пацієнта.

Перелічені елементи психічного здоров'я не є однозначним суворим еталоном, швидше - орієнтиром, який, втім, кожен має право сам для себе вибрати. Адже йдеться про дуже тонкі матерії.

Сама Ненсі на запитання, що ж є нормою, сміючись, відповіла: "О-о-о, якби я тільки знала!".

Логотерапія як ефективний метод зменшення тривожно-депресивних станів[23].

Сенс страждання. Навіть у надзвичайно важкій ситуації, коли здається, що нічого не можна змінити, важливо пам'ятати, що ми все ж можемо знайти сенс у житті. У таких моментах наше завдання полягає у тому, щоб надати найкращі приклади унікального людського потенціалу,

перетворити особисту трагедію на перемогу і перетворити складне становище на досягнення. Навіть якщо ми не в змозі змінити саму ситуацію - подумаємо про неухильність незворотних хвороб, наприклад, неоперабельного раку - ми все ж можемо змінити себе.

Одним із багатьох прикладів описаних В. Франклом у своїх роботах є випадки депресивних станів і саме через знаходження самого сенсу страждання пацієнти відчували покращення свого психічного благополуччя[22]. Ось, що пише В. Франкл: “Певним чином однією з основних ідей є те, що страждання може набути сенсу, наприклад, якщо має значення пожертви. Основна турбота людини в цьому контексті не полягає в отриманні задоволення або втеча від болю, а в пошуку сенсу у власному житті. Тому людина може бути готовою витримувати страждання, переконавшись, що це має сенс. Однак, варто пояснити, що страждання з метою знаходження сенсу не є обов'язковим. Я просто наголошую на тому, що сенс може існувати навіть у присутності страждання, але це стосується ситуацій, коли страждання є неодмінним. Якщо б страждання можна було уникнути, то слід було б зробити все можливе для усунення його причин, будь то психологічні, біологічні або політичні фактори. Страждання без належної потреби може бути вважатися більше мазохістичним, ніж героїчним.”

Парадоксальні наміри. Щоб зрозуміти, що відбувається, коли використовують цю техніку, розглянемо спершу явище, відоме кожному клінічному психіатрові, а саме тривожне передбачення. Часто можна спостерігати, як такий страх спричиняє ситуацію, якої боїться пацієнт[24].

Симптом зумовлює психічну відповідь, яка, набуваючи форми тривожного передбачення, знову провокує симптом. Рецидив симптому, своєю чергою, посилює тривожне передбачення. Таким чином, коло

замикається. У цьому порочному колі пацієнт опиняється немов у коконі, з якого неможливо вибратися. Як тільки страх стає причиною, пацієнти повідомляють, що починають боятися страху. Очевидно, це узгоджуються з відомим твердженням Рузвельта: «Єдине, чого нам треба боятися, — самого страху».

Пацієнти, які страждають від страху перед страхом, зазвичай бояться, що напад тривоги призведе до: 1) знесилення чи втрати свідомості 2) інфаркту 3) паралічу мозку.

Цьому шаблону поведінки втечі від страху в неврозах тривоги відповідає шаблон в обсесивному неврозі, а саме втеча від нав'язливих станів. Ця втеча передусім мотивована нав'язливим невротичним страхом перед тим, що нав'язливий стан може перерости в психотичне захворювання.

Нарешті, третім шаблоном реакції та поведінки, що супроводжують утечу від чогось і боротьби проти чогось, є боротьба за щось. Зазвичай пацієнт навмисно шукає задоволення (можна сказати, що він буквально сприймає «принцип задоволення»). Проте задоволення належить до тієї категорії явищ, які не можуть бути зумовлені прямим наміром. Навпаки, воно є лише побічним ефектом чи наслідком. Тому, що більше хтось прагне задоволення, то менше зможе його досягти.

Отже, спостерігаємо цікаву залежність, у якій тривожне передбачення зумовлює саме те, чого пацієнт боявся, тоді як надмірний намір або «гіпернамір», як це називають у логотерапії, перешкоджає досягненню того, чого пацієнт бажає. На цьому подвійному процесі й базується логотерапевтична техніка, яку називають парадоксальним наміром, бо тут пацієнт вирішує, хоча б на мить, що він бажатиме саме того, чого так боїться[21].

Дослідження сучасних теорій щодо посттравматичного стресового розладу показують, що тривалий вплив надзвичайних психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загрозою життю, призводить до структурно-динамічних змін особистості, які впливають на її ціннісно-смыслову сферу. Вивчення змін у ціннісно-смысловій сфері особистості при посттравматичному стресовому розладі є актуальним і важливим у сучасному суспільстві, особливо з урахуванням збройних конфліктів, що відбуваються на території нашої країни. Це дозволить забезпечити ефективну психологічну допомогу великій кількості людей, які страждають від розладів, пов'язаних з бойовим стресом.

Висновки до розділу I

В першому розділі були розглянуті типології стресових розладів. Проаналізовано гострі стресові реакції, тривожно-депресивні розлади і розлади адаптації, як у контексті історичного розвитку цих понять, так і з точки зору перспектив їх подальшої діагностики.

Опис тривожно-депресивного стану в DSM-X залишається прямолінійним і не враховує культуральний контекст. Нейрофізіологічна відповідь на інтенсивний стрес є універсальною, але інтерпретація поведінкового спектру біологічних реакцій, їх зв'язок з традиціями і віруваннями, використання копінг-стратегій і стилів реагування, що є нормативними для кожної культури, не може бути однаковою для всіх людей без винятку. Проблема критеріїв психологічного здоров'я потребує ретельного вивчення і аналізу, з урахуванням потенційної складності досліджуваного феномена.

На сьогоднішній день сучасна психологічна наука пропонує різноманітні методи і підходи до психотерапевтичної і психологічної

допомоги людям, які постраждали від бойових дій. Серед них є методи корекції посттравматичних станів, такі як раціональна психокорекція, психологічний дебрифінг, методи психічної саморегуляції та особистісно-орієнтована психокорекція. Групова психотерапія також є одним із основних методів надання психологічної допомоги особам, які пережили психотравмуючий стрес внаслідок бойових дій.

РОЗДІЛ II

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Характеристика вибірки та її аналіз

З початком повномасштабного вторгнення в Україну звичайні люди пережили надпотужний стрес і продовжують перебувати у ненормальних умовах для здорового та щасливого життя. На мою думку, дослідження у сфері стресостійкості та причин виникнення тривожно-депресивних станів задля подальшого профілактичного розуміння що робити із травмою на часі актуальне.

Метою даного дослідження є експериментальне обґрунтування впливу життєвих ціннісних орієнтирів та стресостійкості особистості зі ступенем зміни тривожно-депресивного стану після переживань психотравмуючих ситуацій.

Для даного дослідження було обрано 50 жінок і чоловіків, які перебували у Чернігові на момент початку повномасштабного вторгнення в Україну до завершення тимчасової окупації Чернігівської області.

Співвідношення жінок та чоловіків до виборки у 50 людей

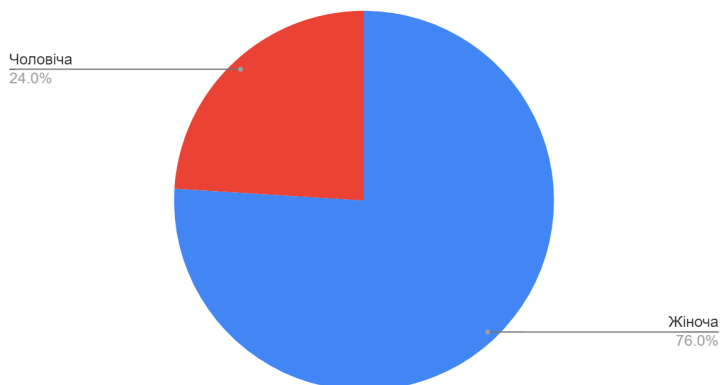


Рисунок 2.1 – Відсоткове співвідношення жінок і чоловіків у вибірці

Середній вік опитуваних для даної вибірки становить – з 22 до 60 років. Тобто опитувані є активною частиною суспільства, свідомою та в змозі самостійно приймати рішення у стресових ситуаціях.

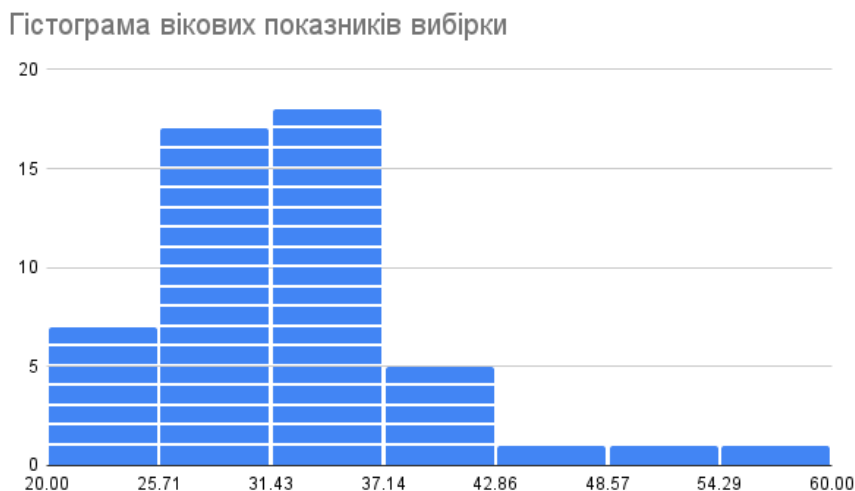


Рисунок 2.2 - Гістограма вікових показників вибірки

Також враховано подальші переміщення даних осіб: залишались в Чернігові впродовж 3 місяців з 24 лютого 2022 року; тимчасово виїжджали і повернулись через 3 місяці; виїжджали і на даний момент перебувають в іншому регіоні України чи за кордоном.

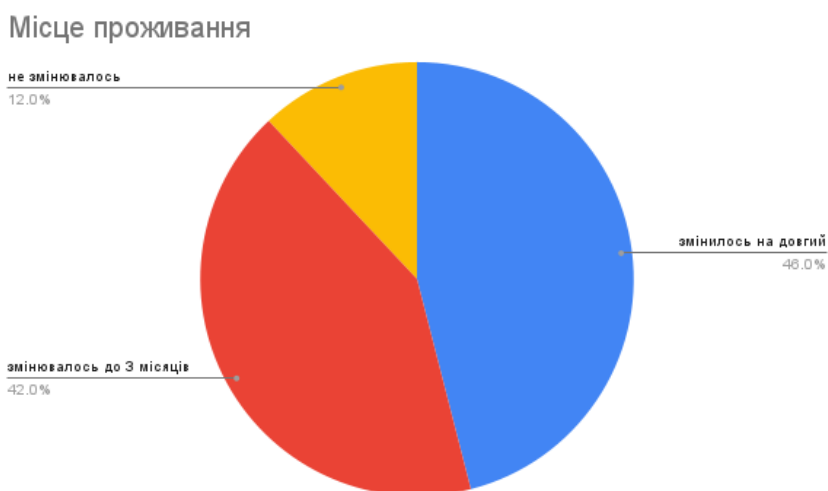


Рисунок 2.3 - Відсоткове співвідношення зміни місця проживання

Спочатку перевіримо чи працюємо з нормальним розподілом для цього побудуємо описові статистики – медіана і середнє близькі – розподіл нормальний (рис. 2.4, рис. 2.5).

Descriptives

Descriptives			
	Стать	Вік	Місце проживання
N	Жіноча	38	38
	Чоловіча	12	12
Missing	Жіноча	0	0
	Чоловіча	0	0
Mean	Жіноча	33.6	
	Чоловіча	30.5	
Median	Жіноча	33.5	
	Чоловіча	32.0	
Standard deviation	Жіноча	7.17	
	Чоловіча	5.00	
Minimum	Жіноча	23	
	Чоловіча	22	
Maximum	Жіноча	59	
	Чоловіча	36	
Skewness	Жіноча	1.40	
	Чоловіча	-0.754	
Std. error skewness	Жіноча	0.383	
	Чоловіча	0.637	

Рисунок 2.4 - Описові статистики вибірки за нормальним розподілом

Frequencies of Місце проживання		
Місце проживання	Стать	
	Жіноча	Чоловіча
змінилось на довгий період	17	6
змінювалось (до 3 місяців)	18	3
не змінювалось	3	3

Рисунок 2.5 - Описові статистики вибірки з частотою за статтю

Для кращої візуалізації нормального розподілу, побудуємо гістограму (рис. 2.6).

Plots

The variable 'C' cannot be treated as numeric. Therefore plots that expect numeric data will not be created for this variable.

Вік

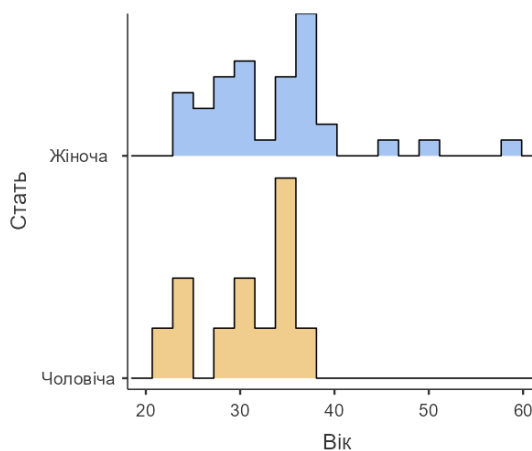


Рисунок 2.5 - Описові статистики вибірки з частотою за статтю

Щоб визначити репрезентативність вибірки, важливо враховувати різні демографічні фактори, окрім віку, такі як стать, етнічна приналежність, соціально-економічний статус і географічне розташування. Репрезентативна вибірка має відображати різноманіття населення, яке вона прагне представити.

2.2 Опис дослідницьких методик

Для визначення показників індивідуальних психологічних особливостей особистості обрали “Методику багатофакторного дослідження особистості Кеттела” а саме в дослідженні аналізуємо визначення факторів С (емоційна стійкість\нестійкість), Н (переносимість життєвий складнощів), О (тривожність) і Q3 (контроль емоцій).

Опис методики Кеттелла форми 13PF. 13PF - це широко використовуваний багатofакторний опитувальник, що дозволяє оцінити індивідуально-психологічні особливості особистості як за кордоном, так і в Україні. Цей опитувальник був розроблений під керівництвом Р. Б. Кеттелла і призначений для вивчення широкого спектру особистісних відносин. Його відмінною рисою є фокус на виявленні незалежних факторів, або шкал, що відображають основні риси особистості. Ці фактори були виявлені шляхом факторного аналізу, який базується на численних поверхневих характеристиках особистості, розроблених Кеттеллом. Кожен фактор об'єднує кілька поверхневих рис, що концентруються навколо спільної центральної межі.

Опитувальник 13PF є універсальним, практичним і забезпечує багатогранну інформацію про індивідуальність людини. Важливо відзначити, що цей опитувальник діагностує особистісні риси, але не враховує мотиваційно-потребову сферу, такі як мотиви, потреби, інтереси та цінності, для вивчення яких потрібно застосовувати інші методики. Найбільше поширення опитувальник отримав у медичній психології, де використовується для діагностики професійно важливих якостей, а також в спорті та наукових дослідженнях. Опитувальник Кеттелла включає різноманітні види тестів, включаючи оцінку, рішення тесту та ставлення до різних явищ.

При інтерпретації приділяється увага насамперед «пікам» профілю, т. е. найнижчим і найвищим значенням чинників у профілі, особливо тим показникам, які у «негативному» полюсі перебувають у межах від 1 до 3 рівня, а «позитивному» - від 8 до 10 рівня.

Для вимірювання ситуаційних копінг-стратегій використаємо опитувальник COPE. В дослідженні беремо до уваги такі конструктивні

коупінги: F1 – позитивне формулювання і особистісне зростання, F3 – концентрація на емоціях і активне їх вираження, F5 – активна владність, F15 - планування; та деструктивні: F6 - заперечення, F9 – поведінкове уникнення, F12 – використання заспокійливих.

Опис методики COPE. Для вимірювання ситуаційних копінг-стратегій, які можуть бути мінливими, а також особистісних стилів реагування, що лежать в основі цих стратегій, був розроблений опитувальник COPE. Початково він складався з тринадцяти шкал, а пізніше до нього були додані ще дві шкали, які вимірюють використання алкоголю та наркотиків, а також гумору як засобу подолання. У відміну від інших методик діагностики стратегій подолання, що базуються на факторному аналізі (статистичному підході), автори COPE - К. Карвер, М. Шейер і Дж. Вейнтрауб - використовували два теоретичні підходи під час розробки: підхід Р. Лазаруса та їх власну модель саморегуляції поведінки. Проте, вони вважають, що розмежування між фокусом на проблемі і фокусом на емоціях як способами подолання є надто спрощеним, на відміну від Р. Лазаруса. Тому К. Карвер закликає не створювати універсальних груп копінг-стратегій другого рівня, а виявляти вторинну факторну структуру, що відповідає отриманим даним, залежно від особливостей вибірки, ситуації діагностики та інших факторів.

У ряді робіт, починаючи з ранньої роботи з апробації методики, було продемонстровано надійність і валідність методики, а також її факторну структуру.

Для підрахунку балів за кожною шкалою просто сумуються бали з усіх питань, що належать до цієї шкали. В загальному рахунку бал не обчислюється, тому з опитувальника вибирається 15 показників, які відображають вираженість 15 типів виділених захисних механізмів.

Для визначення показників станів тривожності і депресії використовуємо “Госпітальну шкалу тривоги та депресії” : опитування провели двічі для визначення зміни показників періодом у 6 місяців.

Опис методики “Госпітальної шкали тривоги і депресії” (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale). Шкала, яку розробили Zigmond A.S. та Snaith R.P. у 1983 році, призначена для виявлення та оцінки важкості депресії та тривоги в загальній медичній практиці. Ця шкала має кілька переваг, зокрема простоту використання та обробки (заповнення не займає багато часу та не викликає труднощів у пацієнта), що рекомендує її для використання в загальній медичній практиці для виявлення тривоги та депресії у пацієнтів (скринінг). Опитувальник має високу здатність розрізняти два розлади: тривогу та депресію.

При створенні шкали автори виключили симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.). Пункти, що стосуються депресії, були вибрані зі списку найпоширеніших скарг і симптомів, які відображають головним чином ангедонічний аспект депресивного розладу. Пункти, що стосуються тривоги, були складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю "Present State Examination" та особистого клінічного досвіду авторів, вони відображають передусім психологічні прояви тривоги.

Госпітальна шкала тривоги та депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідають 4 варіанти відповідей, які відображають зростання симптоматики.

Бланк шкали видається для самостійного заповнення випробуваному. При інтерпретації результатів враховується сумарний показник з кожної підшкали, у своїй виділяються 3 області його значень:

0-7 - норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії),

8-10 - субклінічно виражена тривога/депресія,

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Для визначення особистісних життєвих цінностей обираємо методику вивчення ціннісних орієнтацій (МІЦО Мілтона Рокіча - Rokeach Value Survey, RVS).

Опис методики “Методика вивчення ціннісних орієнтацій МІЦО Мілтона Рокіча”. Один із найбільш поширених способів вивчення ціннісно-сміслової сфери особистості, заснований на прямому ранжируванні списку цінностей. Під цінністю тут розуміється різновид стійкого переконання, що певна мета чи спосіб існування краще, ніж інший. Рокіч розрізняє два класи цінностей – термінальні (цінності-цілі) та інструментальні (цінності-матеріальні).

Методика діагностики полягає в тому, що вам пропонуються два списки по 18 цінностей (термінальні та інструментальні). Ваше завдання – проранжувати кожен список так, що кожна цінність матиме свій номер: від 1 (найзначніша) до 18 (найменш значуща). Методика не є тестом. Результатом ранжирування є ранжований перелік цінностей, жодної інтерпретації не дається. Висновки пропонується робити самостійно, або звернутися до фахівця.

Спираючись на теоретичне підґрунтя даного дослідження, будемо надавати увагу основним 5-ти життєвим орієнтирам за Н. МакВільямс:

“Кохання”, “Цікава робота”, “Задоволення”, “Щасливе сімейне життя”, “Свобода” для перевірки саме обраних критеріїв психологічного здоров’я та благополуччя.

Висновки до розділу II

У другому розділі описано методологічне обґрунтування даного емпіричного дослідження, а також відомості про обрані дослідницькі методики такі як: методика багатofакторного дослідження особистості Кеттела, опитувальник COPE, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale), методика вивчення ціннісних орієнтацій МІЦО Мілтoна Рокіча. Всі методики описані та надані інструкції щодо проведення та подальшої інтерпретації результатів, є валідними та показовими в даному дослідженні.

Також було охарактеризовано вибірку для проведення дослідження. Оскільки основними вимогами до вибірки є адекватність та репрезентативність, тому було сформовано вибірку достатнього обсягу (розміру) для того, щоб кількісні характеристики мали достатній рівень достовірності; та представленість, показовість, відповідність характеристик, отриманих в результаті вибіркового обстеження об’єкта, характеристик цього об’єкта в цілому, що дозволяє поширити висновки часткового обстеження на всю популяційну сукупність (генеральну сукупність). Надано візуальне та статистичне представлення вибірки.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНА ЧАСТИНА РОБОТИ

3.1 Проведення емпіричного дослідження

Перевіряємо гіпотезу щодо залежності рівня тривожно-депресивного стану за госпітальною шкалою та вплив індивідуальних характеристик особистості отриманих за методикою Кеттелла. Для цього будуємо лінійні регресійні моделі для визначення ступеню впливу кожного фактора індивідуальних особистісних характеристик до показника рівня тривожності та депресивного стану.

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.828	0.685

Model Coefficients - Тривога(HADS)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	11.864	9.769	1.214	0.233
V(інтелект)	0.635	0.561	1.131	0.267
C(ем.стійкість)	-0.142	0.453	-0.313	0.756
E(домінантність)	-0.858	0.469	-1.831	0.076
G(принципи)	-0.677	0.356	-1.898	0.067
H(смилівість)	-0.782	0.367	-2.134	0.041
I(м'якість)	0.937	0.548	1.710	0.097
L(підозрілість)	1.057	0.334	3.167	0.003
N(хитрість)	-1.696	0.437	-3.882	< .001
O(тривожність)	-0.312	0.564	-0.553	0.584
Q1(радикальність)	-0.485	0.383	-1.264	0.215
Q2(незалежність)	1.214	0.337	3.605	0.001
Q3(контроль)	-0.437	0.337	-1.298	0.204
Q4(активність)	1.743	0.630	2.765	0.009

Рисунок 3.1 – Лінійна регресійна модель залежності показника тривоги від особистісних характеристик

Звертаємо основну увагу на показник p-value. Якщо показник <0.001 це означає, що саме цей чинник найсильніше впливає на побудовану модель.

Лінійну регресійну модель для рівня тривожності за госпітальною шкалою та вплив індивідуальних характеристик особистості, описуємо таким чином:

$$\text{Тривога(HADS)} = 11.864 + 0.635 * B - 0.142 * C - 0.858 * E - 0.677 * G - 0.782 * H + 0.937 * I + 1.057 * L - \mathbf{1.696 * N} - 0.312 * O - 0.485 * Q1 + \mathbf{1.214 * Q2} - 0.437 * Q3 + 1.743 * Q4.$$

Побудована регресійна лінійна модель яка показує, на скільки кожний показник впливає на вихідну оцінку тривожності. $R = 0.828$ - залежність між однією незалежною змінною і іншими залежними; $R^2 = 0.685$ - частина індивідуальних розбіжностей між змінними.

Переконаємось, чи впливає фактор «Стать», «Вік» та «Місце проживання» на нашу регресійну модель *Рисунок 3.2 - Рисунок 3.4.*

Врахувавши фактор «Стать» маємо збільшені значення R, R². Тому «Стать» впливає на показник тривожності.

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.905	0.818

Рисунок 3.2 – Вплив фактора «Стать» на лінійну регресійну модель залежності показника тривоги від особистісних характеристик

Model	R	R ²
1	0.984	0.968

Рисунок 3.3 – Вплив фактора «Вік» на лінійну регресійну модель залежності показника тривоги від особистісних характеристик .

Model	R	R ²
1	0.830	0.688

Рисунок 3.4 – Вплив фактора «Місце проживання» на лінійну регресійну модель залежності показника тривоги від особистісних характеристик.

Linear Regression

Model	R	R ²
1	0.892	0.796

Model Coefficients - Депресія(HADS)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	21.4698	5.146	4.172	< .001
В(інтелект)	-0.2122	0.296	-0.718	0.478
С(ем.стійкість)	-0.7137	0.239	-2.988	0.005
Е(домінантність)	-0.0860	0.247	-0.348	0.730
Г(принципи)	-0.1363	0.188	-0.726	0.473
Н(сміливість)	-0.2817	0.193	-1.459	0.154
І(м'якість)	-1.3657	0.289	-4.731	< .001
Л(підозрілість)	0.5131	0.176	2.919	0.006
Н(хитрість)	0.4734	0.230	2.057	0.048
О(тривожність)	-0.6639	0.297	-2.233	0.033
Q1(радикальність)	0.5553	0.202	2.751	0.010
Q2(незалежність)	0.7278	0.177	4.103	< .001
Q3(контроль)	-0.4353	0.177	-2.453	0.020
Q4(активність)	-0.2703	0.332	-0.814	0.422

Рисунок 3.5 – Лінійна регресійна модель залежності показника депресії від особистісних характеристик

Лінійну регресійну модель для рівня депресивного стану за госпітальною шкалою та вплив індивідуальних характеристик особистості, описуємо таким чином:

$$\text{Депресія(HADS)} = 21.47 - 0.21 * \text{B} - 0.71 * \text{C} - 0.09 * \text{E} - 0.1 * \text{G} - 0.28 * \text{H} - 1.37 * \text{I} + 0.51 * \text{L} + 0.47 * \text{N} - 0.66 * \text{O} + 0.55 * \text{Q1} + 0.73 * \text{Q2} - 0.43 * \text{Q3} - 0.27 * \text{Q4}.$$

Побудована регресійна лінійна модель яка показує, на скільки кожний показник впливає на вихідну оцінку рівня депресивного стану. $R = 0.892$ - залежність між однією незалежною змінною і іншими залежними; $R^2 = 0.796$ - частина індивідуальних розбіжностей між змінними.

Переконаємось, чи впливає фактор «Стать», «Вік» та «Місце проживання» на нашу регресійну модель Рисунок 3.6 - Рисунок 3.8.

Врахувавши фактор «Стать», «Вік» та «Місце проживання» маємо збільшені значення R , R^2 . Тому «Стать», «Вік» та «Місце проживання» впливає на показник тривожності.

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.960	0.922

Рисунок 3.6 – Вплив фактора «Стать» на лінійну регресійну модель залежності показника депресії від особистісних характеристик

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.976	0.952

Рисунок 3.7 – Вплив фактора «Вік» на лінійну регресійну модель залежності показника депресії від особистісних характеристик

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.909	0.827

Рисунок 3.8 – Вплив фактора «Місце проживання» на лінійну регресійну модель залежності показника депресії від особистісних характеристик

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.983	0.967

Model Coefficients - Тривога(HADS)				
Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	19.4690	5.4162	3.595	0.001
F15	-1.4645	0.4607	-3.179	0.003
F14	-0.8984	0.1788	-5.023	< .001
F13	-0.3078	0.1375	-2.239	0.032
F12	1.2338	0.1644	7.505	< .001
F11	-2.4821	0.2814	-8.822	< .001
F10	-1.2011	0.2857	-4.203	< .001
F9	-0.5767	0.1947	-2.961	0.006
F8	0.4977	0.2753	1.808	0.079
F7	0.6384	0.0857	7.451	< .001
F6	-0.0724	0.1818	-0.398	0.693
F5	2.3015	0.3449	6.674	< .001
F4	1.4856	0.3382	4.393	< .001
F3	0.8621	0.1350	6.385	< .001
F2	1.6452	0.3930	4.186	< .001
F1	-1.9411	0.2354	-8.247	< .001

Рисунок 3.9 – Лінійна регресійна модель залежності показника тривожності від копінг-стратегій

Лінійну регресійну модель для рівня тривожності за госпітальною шкалою та копінг-стратегіями, описуємо таким чином:

$$\text{Тривога(HADS)} = 19.47 - 1.46 * F_{15} - \mathbf{0.9 * F_{14}} - 0.3 * F_{13} + \mathbf{1.2 * F_{12}} - \mathbf{2.5 * F_{11}} - \mathbf{1.2 * F_{10}} - 0.57 * F_9 + 0.5 * F_8 + \mathbf{0.63 * F_7} - 0.07 * F_6 + \mathbf{2.3 * F_5} + \mathbf{1.5 * F_4} + \mathbf{0.87 * F_3} + \mathbf{1.64 * F_2} - \mathbf{1.94 * F_1}.$$

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.994	0.988

Рисунок 3.10 – Вплив фактора «Стать» на лінійну регресійну модель залежності показника тривожності від копінг-стратегій

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.999	0.999

Рисунок 3.11 – Вплив фактора «Вік» на лінійну регресійну модель залежності показника тривожності від копінг-стратегій

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.994	0.988

Рисунок 3.12 – Вплив фактора «Місце проживання» на лінійну регресійну модель залежності показника тривожності від копінг-стратегій

Будуємо лінійну регресійну модель для рівня депресивного стану за госпітальною шкалою та копінг-стратегіями.

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.985	0.970

Model Coefficients - Депресія(HADS)				
Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	2.038	3.4597	0.589	0.560
F15	1.769	0.2943	6.010	< .001
F14	-1.271	0.1142	-11.124	< .001
F13	-0.320	0.0878	-3.642	< .001
F12	-0.561	0.1050	-5.339	< .001
F11	0.263	0.1797	1.464	0.152
F10	1.898	0.1825	10.396	< .001
F9	-0.312	0.1244	-2.506	0.017
F8	-1.239	0.1758	-7.044	< .001
F7	0.247	0.0547	4.507	< .001
F6	0.827	0.1161	7.126	< .001
F5	-1.391	0.2203	-6.314	< .001
F4	-0.974	0.2160	-4.506	< .001
F3	0.767	0.0862	8.897	< .001
F2	-0.824	0.2511	-3.281	0.002
F1	0.995	0.1503	6.621	< .001

Рисунок 3.13 – Лінійна регресійна модель залежності показника депресії від копінг-стратегій

Лінійну регресійну модель для рівня депресивного стану за госпітальною шкалою та копінг-стратегіями, описуємо таким чином:

$$\text{Депресія(HADS)} = 2.04 + 1.77 \cdot \text{F15} - 1.3 \cdot \text{F14} - 0.3 \cdot \text{F13} - 0.56 \cdot \text{F12} + 0.26 \cdot \text{F11} + 1.9 \cdot \text{F10} - 0.31 \cdot \text{F9} - 1.24 \cdot \text{F8} + 0.25 \cdot \text{F7} + 0.83 \cdot \text{F6} - 1.4 \cdot \text{F5} - 0.97 \cdot \text{F4} + 0.76 \cdot \text{F3} - 0.82 \cdot \text{F2} + 0.99 \cdot \text{F1}.$$

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.987	0.974

Рисунок 3.14 – Вплив фактора «Стать» на лінійну регресійну модель залежності показника депресивного стану від копінг-стратегій

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.996	0.992

Рисунок 3.15 – Вплив фактора «Вік» на лінійну регресійну модель залежності показника депресивного стану від копінг-стратегій

Model Fit Measures		
Model	R	R ²
1	0.987	0.974

Рисунок 3.16 – Вплив фактора «Місце проживання» на лінійну регресійну модель залежності показника депресивного стану від копінг-стратегій

Для визначення коефіцієнтів *p-value* та Spearman's побудуємо кореляційну матрицю (*рис. 3.17, рис. 3.18, рис. 3.20 - рис. 3.22*) та візуалізуємо кореляційну залежність найменшого показника *p-value* для фактора «Цікава робота» (*рис. 3.19*)

Correlation Matrix

Correlation Matrix		dТривожність	dДепресія	Кохання
dТривожність	Pearson's r	—		
	p-value	—		
dДепресія	Pearson's r	0.208	—	
	p-value	0.148	—	
Кохання	Pearson's r	-0.000	-0.076	—
	p-value	0.999	0.601	—

Рисунок 3.17 – Кореляційна матриця зміни ступеня тривожності від пріоритетності життєвої цінності «Кохання»

Correlation Matrix

Correlation Matrix		dТривожність	dДепресія	Цікава робота
dТривожність	Pearson's r	—		
	p-value	—		
dДепресія	Pearson's r	0.208	—	
	p-value	0.148	—	
Цікава робота	Pearson's r	0.515	0.089	—
	p-value	< .001	0.538	—

Рисунок 3.18 – Кореляційна матриця зміни ступеня тривожності від пріоритетності життєвої цінності «Цікава робота»

Plot

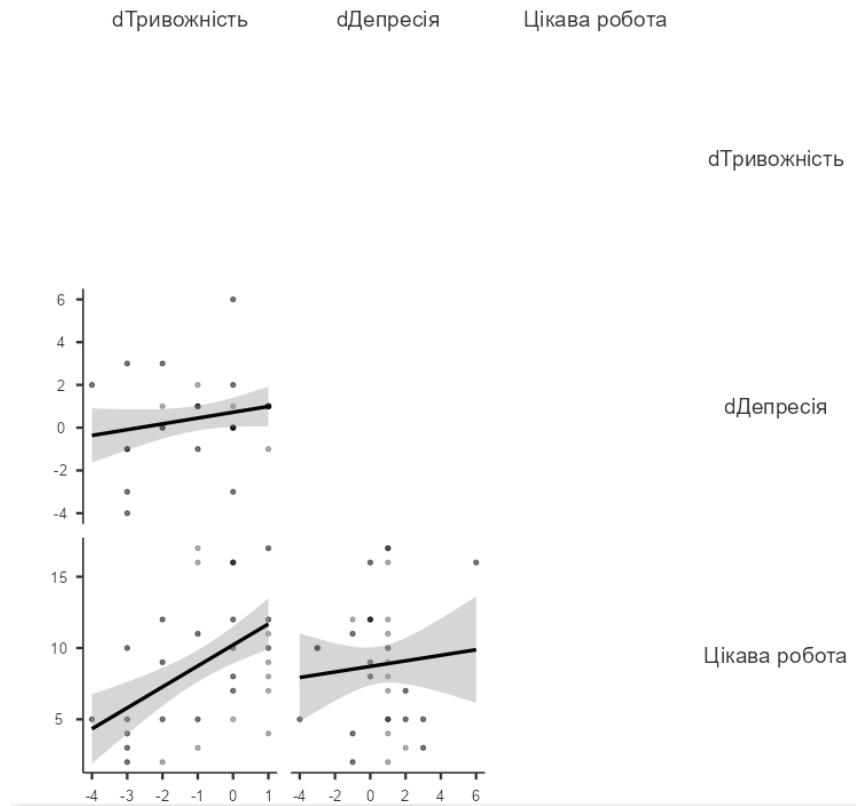


Рисунок 3.19 – Візуалізація кореляційної матриці зміни ступеня тривожності від пріоритетності життєвої цінності «Цікава робота»

Correlation Matrix

Correlation Matrix		dТривожність	dДепресія	Задоволення
dТривожність	Pearson's r	—		
	p-value	—		
dДепресія	Pearson's r	0.208	—	
	p-value	0.148	—	
Задоволення	Pearson's r	-0.069	0.101	—
	p-value	0.636	0.486	—

Рисунок 3.20 – Кореляційна матриця зміни ступеня тривожності від пріоритетності життєвої цінності «Задоволення»

Correlation Matrix

Correlation Matrix		dТривожність	dДепресія	Щасливе сімейне життя
dТривожність	Pearson's r	—		
	p-value	—		
dДепресія	Pearson's r	0.208	—	
	p-value	0.148	—	
Щасливе сімейне життя	Pearson's r	0.181	0.084	—
	p-value	0.209	0.561	—

Рисунок 3.21 – Кореляційна матриця зміни ступеня тривожності від пріоритетності життєвої цінності «Щасливе сімейне життя»

Correlation Matrix

Correlation Matrix		dТривожність	dДепресія	Свобода
dТривожність	Pearson's r	—		
	p-value	—		
dДепресія	Pearson's r	0.208	—	
	p-value	0.148	—	
Свобода	Pearson's r	-0.080	0.153	—
	p-value	0.579	0.287	—

Рисунок 3.22 – Кореляційна матриця зміни ступеня тривожності від пріоритетності життєвої цінності «Свобода»

3.2 Результати та аналіз емпіричного дослідження

На основі побудованих лінійних регресійних моделей можемо провести аналіз щодо показників особистісних характеристик на ступінь тривожності та депресивного стану за госпітальною шкалою.

На рівень тривожності найбільше впливають показники N - прямолінійність або хитрість особистості та Q2 - конформізм або

незалежність: чим вищий показник N (чим вища хитрість) за методикою Кеттелла тим нижчий рівень тривожності; чим вищий показник Q2 (більш незалежна особистість, менший конформізм) тим вищий рівень тривожності.

На рівень депресивного стану найбільше впливають показники I - жорсткість або м'якість особистості та Q2 - конформізм або незалежність: чим вищий показник I (чим вища жорсткість) за методикою Кеттелла тим нижчий рівень депресивного стану; чим вищий показник Q2 (більш незалежна особистість, менший конформізм) тим вищий рівень депресивного стану.

На основі побудованих лінійних регресійних моделей можемо провести аналіз щодо впливу копінг-стратегій на ступінь тривожності та депресивного стану за госпітальною шкалою.

На рівень тривожності найменш впливають показники F15, F13, F9, F8 та F6 - планування, прийняття, поведінковий ухил від проблем, гумор, відмова.

На рівень депресивного стану найменш впливають показники F11, F9, F8 та F2 - використання емоційної підтримки від соціуму, поведінковий ухил від проблем, гумор, ментальний ухил від проблем.

За допомогою побудованої кореляційної матриці помітили залежність фактора «Цікава робота» на позитивну зміну показника тривожності в динаміці. Інші фактори, що досліджувалися, не показали ефективності високого рівня. Можемо припустити, що маючи більше інформації щодо індивідуальних стійких життєвих цінностей людини, рівень тривожності має тенденцію до зменшення з часом.

Одним із основних спостережень даного дослідження стала показовість логотерапії як допоміжного методу зниження

тривожно-депресивних станів, яка фокусується на пошуку сенсу та мети життя. Хоча вона не може безпосередньо лікувати тривожно-депресивні стани, логотерапія може бути цінним підходом у управлінні тривогою шляхом вирішення основних екзистенційних проблем, які сприяють цьому. Наведемо декілька ефективних підходів підключення логотерапії до покращення психічного і психологічного здоров'я:

1. Пошук сенсу: наголошуємо на важливості пошуку сенсу та мети життя, навіть за складних обставин; досліджуючи свої цінності, інтереси та цілі, люди можуть знайти мету, яка може забезпечити напрямок і мотивацію, зменшуючи почуття тривоги.
2. Переосмислення тривоги: заохочуємо людей переосмислити тривогу як сигнал про те, що може існувати розрив між тим, де вони є, і тим, де вони хочуть бути з точки зору сенсу та мети; тривогу можна розглядати як можливість для особистісного зростання та роздумів, а не як виснажливий стан.
3. Відповідальність і вибір: особиста відповідальності та свобода вибору свого ставлення та реакції на певну ситуацію; визнання того, що ми маємо право вибирати свої думки, поведінку та дії, може дати людям можливість взяти під контроль свою тривогу та зробити значущий вибір, який відповідає їхнім цінностям.
4. Техніки відволікання: пропонуємо використовувати методи відволікання, щоб переключити увагу з тривоги на значущі дії; участь у діяльності, яка відповідає цінностям і цілям людини, може забезпечити відчуття задоволення та допомогти зменшити симптоми тривоги.

5. Екзистенціальна конфронтація: логотерапія заохочує людей протистояти екзистенціальним проблемам, таким як сенс життя, свобода, страждання та смерть; досліджуючи і примиряючись з цими екзистенціальними проблемами, люди можуть розвинути більше відчуття ясності та стійкості перед обличчям тривоги.

Варто зазначити, що логотерапія — це лише один із підходів до терапії, і вона може не підходити для всіх або як окреме лікування тривожних розладів. Її можна використовувати в поєднанні з іншими терапевтичними методами, такими як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або медикаментами, залежно від тяжкості та характеру симптомів тривоги. Важливо працювати з кваліфікованим фахівцем у сфері психічного здоров'я, який може інтегрувати принципи логотерапії у комплексний план лікування, адаптований до ваших конкретних потреб.

3.3 Рекомендації та психокорекційні заходи

Психоемоційні стани впливають на характер діяльності людини та її взаємодію з іншими. Вони частково залежать від фізичного здоров'я, а водночас впливають на фізичний стан та самопочуття. Зростання та інтенсифікація негативних психоемоційних станів може призвести до розвитку патологій та нервових розладів.

Важливо зазначити, що ці пропозиції не повинні замінювати професійну консультацію, і якщо ви відчуваєте серйозні або постійні симптоми, найкраще проконсультуватися зі спеціалістом.

1. Зверніться за професійною допомогою: зверніться до кваліфікованого фахівця з психічного здоров'я, такого як терапевт

або консультант. Вони можуть поставити точний діагноз і скласти індивідуальний план лікування.

2. Створіть мережу підтримки: спілкуйтеся з друзями, родиною або групами підтримки, які можуть надати емоційну підтримку та розуміння. Розмова про свої почуття та емоції з довіреними людьми може змінити ситуацію.
3. Практикуйте самотурботу: беріть участь у заходах, які сприяють самотурботі та розслабленню. Це може включати в себе фізичні вправи, повноцінний сон, поживну їжу, практику усвідомленості чи медитації, а також заняття хобі чи заняттями, які вам подобаються.
4. Ставте реалістичні цілі: розділяйте завдання на зрозумілі кроки та ставте перед собою досяжні цілі. Виконання невеликих завдань може посилити ваше відчуття досягнення та полегшити відчуття пригніченості.
5. Киньте виклик негативним думкам: визначте негативні моделі думок і працюйте над їх переосмисленням. Замініть негативні саморозмови позитивними та реалістичними твердженнями.
6. Займайтеся фізичною активністю: було показано, що регулярні вправи покращують настрій і зменшують симптоми тривоги та депресії. Знайдіть фізичну активність, яка вам подобається, наприклад, ходьба, біг підтюпцем, йога або танці.
7. Обмежте тригери стресу: визначте та зменшіть джерела стресу у вашому житті. Це може включати встановлення меж, делегування завдань або практикування методів керування стресом, таких як глибоке дихання чи прогресивне розслаблення м'язів.
8. Практикуйте техніки релаксації: досліджуйте методи релаксації, такі як вправи на глибоке дихання, прогресивне розслаблення м'язів або

керовані образи. Ці методи можуть допомогти заспокоїти ваш розум і тіло в моменти тривоги або страждання.

9. Уникайте самолікування: важливо уникати вживання таких речовин, як алкоголь або наркотики, як засіб боротьби з тривогою чи депресією. Хоча вони можуть забезпечити тимчасове полегшення, вони можуть погіршити ваші симптоми в довгостроковій перспективі.
10. Розгляньте варіанти професійного лікування: залежно від тяжкості вашої тривоги або депресії ваш медичний працівник може запропонувати такі варіанти лікування, як медикаменти або терапія. Будьте відкритими для вивчення цих можливостей під професійним керівництвом.

Пам'ятайте, кожен досвід боротьби з тривожно-депресивним станом є унікальний, тому важливо знайти те, що найкраще підходить для вас. Якщо вам важко, зверніться до спеціаліста з психічного здоров'я, щоб отримати індивідуальні поради та підтримку.

Висновки до розділу III

У третьому розділі було експериментально обґрунтовано вплив життєвих ціннісних орієнтирів та стресостійкості особистості зі зміною показника тривожно-депресивного стану після переживань психотравмуючих ситуацій. На основі побудованих лінійних регресійних моделей провели аналіз щодо показників особистісних характеристик на ступінь тривожності та депресивного стану за госпітальною шкалою. Визначили два основні особистісні характеристики, які можуть впливати на перспективний вищий рівень тривожності та депресивного стану, такі як: прямолінійність або хитрість особистості та конформізм або незалежність. На рівень депресивного стану найбільше впливають показники жорсткості або м'якості особистості та конформізм або незалежність.

На основі проведеного аналізу стосовно коупінг-стратегій відносно ступеню тривожності та депресивного стану за госпітальною шкалою, можемо помітити вплив як конструктивних копінгів так і деструктивних на динаміку виникнення тривожно-депресивних станів.

Вплив життєвих цінностей не виявив високих показників кореляції але вплив фактора «Цікава робота» на позитивну зміну показника тривожності в динаміці, був зафіксований. Одним із основних спостережень даного дослідження стала показовість логотерапії як допоміжного методу зниження тривожно-депресивних станів, яка фокусується на пошуку сенсу та мети життя.

ВИСНОВКИ

Основними інструментами даного емпіричного дослідження слугують теоретичне підґрунтя, яке було виявлене і опрацьоване в даній магістерській роботі; обрані методи дослідження, що слугують ефективним підтвердженням мети, завдання та умовами дослідження. Було враховано можливості та обмеження різних методів, як наприклад, при вивченні будь-яких психічних явищ дані мають бути представлені у кількісних та якісних характеристиках.

Запропоновані гіпотези були підтверджені щодо виявлення зв'язку між особистісними характеристиками такими як незалежність у власних поглядах проти конформізму, м'якістю проти жорсткістю, хитрість проти прямолінійності із показниками рівнів тривожно-депресивних станів.

Встановили залежність конструктивних і деструктивних копінг стратегій стресостійкості із виявленими тривожно-депресивними станами. Наведені копінг-стратегії, які в подальшій перспективі психотравмуючих ситуацій, не мають впливу на особистість і виникнення тривожно-депресивного стану.

Для рекомендацій та психокорекційних заходів було сформульовано підходи у третьому розділі для надання допомоги у випадку сильного впливу психотравмуючих ситуацій, які можуть викликати тривожно-депресивні стани. Дані рекомендації створені з урахуванням підходу логотерапії та критеріїв психологічного благополуччя.

Подальші напрямки дослідження включають вивчення трансформації смислової структури особистості в кризових ситуаціях і розробку ефективних ціннісно-орієнтованих підходів для подолання наслідків тривожно-депресивних станів. Були визначені фактори, які

сприяють профілактиці тривожно-депресивних станів, такі як негайне початок терапії, рання і тривала соціальна підтримка, відчуття приналежності до суспільства і безпеки, участь в терапевтичній роботі з подібними постраждалими, уникнення повторної травматизації та уникання діяльності, що порушує терапію. Психологічна допомога людям, які пережили надзвичайні ситуації, спрямована на супроводження особистості з метою позитивних змін, інтеграції та розвитку.

Отже, для досягнення психологічної адаптації осіб, постраждалих внаслідок бойових дій, важливо використовувати широкий спектр психологічних технологій та групових методів роботи. Ці технології повинні включати механізми корекції, бути простими, компактними, не мати небажаних побічних ефектів і охоплювати всі завдання психореабілітації. До таких технологій належать засоби зняття болю і симптомів психотравми, гармонізація самоусвідомлення у постраждалих осіб, розвиток стратегій копіngu та дестигматизація соціальних стереотипів, пов'язаних з постраждалими внаслідок бойових дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Лікування ускладненого горювання та реакції на втрату / Олександр Аврамчук // Форум психіатрії та психотерапії : наук.-практ. журнал / Українська спілка психотерапевтів. – Львів, 2018. – Т. 11. – С. 22–23.
2. Байярд Р. Приховані наслідки конфлікту. Проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні / Байярд Робертс, Ніно Махашвілі, Джана Джавахішвілі ; International Alert, Глобальна ініціатива у психіатрії – Тбілісі, Лондонська школа гігієни і тропічної медицини ; за фін. підтримки Європейського Союзу. – К. : Nick Wilmot Creative, 2017. – 28 с.
3. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника “Перелік симптомів ПТСР” для української популяції [Електронний ресурс] / Віталій Безшейко // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2016. – Т. 1. – № 1. – Режим доступу: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
4. Винокур В.А. Професійний стрес у медичних працівників та її попередження / Рівненська газета. - № 11. – 2004. С. 28.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до одужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Джудіт Герман. – Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. – 416 с.
6. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії / В. В. Горбунова // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соц. та політ. психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ;

- Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – С. 26–35.
7. Гундертайло Ю. Д. Арт-терапевтичні технології надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам / Ю. Д. Гундертайло // Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : метод. рек. / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – С. 61–69.
 8. Дворник М. С. Мобільний застосунок у системі соціально психологічної реабілітації травмованої особистості / М. С. Дворник // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. Акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2018. – Вип. 41 (44). – С. 192–201.
 9. Іванюк М. О. Ноогенна основа суб'єктивного відчуження учасників антитерористичної операції / М. О. Іванюк // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2017. – Вип. 6 (20). – С. 142–151.
 10. Кальницька К. О. Досвід “Школи соціально-психологічної допомоги” у відновленні сімей ветеранів АТО у місті Чернігів / К. О. Кальницька, Б. П. Лазоренко // Сімейна політика в Україні: проблеми і перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (04 квітня 2018 р., м. Київ). – К., 2018. – С. 62–66
 11. Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. – К. : Пульсари, 2017а. – 216 с.

12. Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: перелік контрольних показників для використання на місцях. – К. : Пульсари, 2017б. – 36 с.
13. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії / В. О. Климчук // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 46–52.
14. Кляпець О. Я. Основні напрямки психологічної профілактики порушень адаптації молоді до сімейних стресів та криз / О. Я. Кляпець // Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу : метод. рек. / НАПН України, ІСПП ; за наук. Ред. Т. М. Титаренко. – К. : Міленіум, 2010. – С. 27–40.
15. Колотиркіна Ю. 16 Елементів психічного здоров'я та емоційного здоров'я за Н. МакВільямс [Електронний ресурс] / – 2014./ – Режим доступу:
[https://www.kispp.com/blog/publications/2014/06/10/16-elementov-psixicheskogo-zdorovya-i-emocionalnogo-zdorovya-\(po-n.-mak-vilyams\)/](https://www.kispp.com/blog/publications/2014/06/10/16-elementov-psixicheskogo-zdorovya-i-emocionalnogo-zdorovya-(po-n.-mak-vilyams)/)
16. Копинг [Електронний ресурс]. – Режим доступа:
<https://ru.wikipedia.org/wiki/Копинг> (23. 06. 2018).
17. Лазоренко Б. П. Експертна оцінка та технології реінтеграції внутрішньо особистісних конфліктів в умовах переживання учасниками АТО наслідків травматичних подій / Б. П. Лазоренко // Конфліктологічна експертиза: теорія і методика: Програма і матеріали / Кафедра психології та педагогіки НаУКМА. – К., 2018а. – С. 34–36.

- 18.Лазоренко Б. П. Залучення проблемної молоді, яка зазнала психотравматизації, до процесу психологічної реабілітації / Б. П. Лазоренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей / Київ. Міжнар. ун-т, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2016. – Вип. 9. – С. 134–148
- 19.Лазоренко Б. П. Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. статей / Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. – № 4 (29). – 2018б. – С. 110–115.
- 20.Лазоренко Б. П. Технологія реінтеграції та реадаптації особистості фрагментованої внаслідок психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. Пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2017. – Вип. 39 (42). – С. 168–177.
- 21.Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультаційна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2017. – Вип. 13. – С. 8–46.
- 22.Левин П. А. Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик ; науч. ред. Е. С. Мазур. – М. : АСТ, 2007. – 316 с.
- 23.Луценко О. Л. Втрачена та нова адаптивність: сучасні психологічні особливості, що пов'язані з еволюційним минулим / О. Л. Луценко. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2018. – 312 с.

- 24.Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии / Альфريد Лэнгле. – М. : Генезис, 2013. – 128 с.
- 25.Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия / Альфريد Лэнгле. – М. : Генезис, 2004. – 128 с.
- 26.Лэнгле А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования : учеб. для бакалаврата и магистратуры / А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский. – 2-е изд., пер. и доп. – М. : Юрайт, 2018. – 404 с.
- 27.Марута Н. О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23; вип. 3(84). – С. 21–28.
- 28.Ми сильніші Разом [Електронний ресурс] : Школа соціально психологічної допомоги (з 25. 12. 2017 р. по теп. час). – Режим доступу: <https://www.facebook.com/groups/319750368511089/>
- 29.Крилов А.А. Психологія. – М.: ПРОСПЕКТ, 2002. – 584 с.
- 30.Магдисюк Л. І. Психологічні особливості якості життя медичних працівників / Л. І. Магдисюк, Ю. Я. Карпук // Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej (on-line) zorganizowanej dla pracowników naukowych uczelni, jednostek naukowobadawczych oraz badawczych z państw obszaru byłego Związku Radzieckiego oraz byłej Jugosławii. (30.03.2018) – Warszawa, 2018. – sts.21-26.
- 31.Магдисюк Л. І. Психологічні особливості якості життя осіб з серцево-судинними захворюваннями / Л. І. Магдисюк // Психологія: реальність і перспективи: зб. наук. пр. Вип. 8 / упоряд. Р. В. Павелків та ін. – Рівне: РДГУ, 2017. – С. 180–184.

32. Мирончак К. В. Вплив переживання втрати на самоєфективність військових / К. В. Мирончак // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2017. – Вип. 6 (20). – С. 133–141
33. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
34. Осадько Л. Ю. Саногений потенціал особистості: комунікативний підхід до концептуалізації феномена / Л. Ю. Осадько // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2014. – Вип. 34 (37). – С. 184–197.
35. Плєскач Б. В. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам / Б. В. Плєскач, В. С. Уркаєв // Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2017. – Вип. 13. – С. 74–91
36. Робота з травмами війни. Український досвід : матеріали Першої всеукр. наук.-практ. конф. (м. Київ, 28–31 берез. 2018 р.) / [за наук. ред. Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, В. В. Савінова та ін.]. – К., 2018. – 170 с.
37. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навч.-метод. посіб. / за ред. К. Б. Левченко, В. Г. Панка, І. М. Трубавіна. – К. : Агентство “Україна”, 2015. – 176 с.
38. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С.

- Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с.
39. Соціально-психологічні чинники порушення стресостійкості дітей, що проживають у буферній зоні воєнного конфлікту на сході України / С. О. Богданов, А. М. Гірник, Б. П. Лазоренко, В. В. Савінов, В. В. Соловйова // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2016. – Вип. 4 (18). – С. 40–51.
40. Титаренко Т. М. Індикатори психологічного здоров'я особистості / Т. М. Титаренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей. – К., 2016. – Вип. 9. – С. 196–215.
41. Титаренко Т. М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації / Т. М. Титаренко // Український психологічний журнал. – 2017. – № 1 (3). – С. 140–150.
42. Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни / Т. М. Титаренко // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний центр. – К. : Міленіум, 2015. – С. 3–14.
43. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.

44. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа ведення випадку в соціальній роботі з ними / І. М. Трубавіна // Гібридна війна на сході України в міждисциплінарному вимірі: витоки, реалії, перспективи реінтеграції : зб. наук. праць. – Старобільськ, 2017. – С. 320–342.
45. Франкл В. Логотерапія и экзистенциальный анализ. Статьи и лекции / Виктор Франкл. – М. : Альпина нон-фикшн, 2018. – 352 с.
46. Фромм Э. Иметь или быть / Эрих Фромм ; пер. Н. Войскунской, И. Каменкович, Е. Комаровой, Е. Рудневой, В. Сидоровой, Е. Феединой и М. Хорькова. – М. : АСТ, 2000. – 448 с.
47. Як будувати власне майбутнє: життєві завдання особистості : [наук. моногр.] / [Титаренко Т. М., Злобіна О. Г., Лепіхова Л. А. та ін.] ; за наук.ред. Т. М. Титаренко ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. – 512 с.
48. Arnberg F. K. Posttraumatic Stress in Survivors 1 Month to 19 Years after an Airliner Emergency Landing [Electronic resource] / Filip K. Arnberg, PerOlof Michel, Tom Lundin // PLoS ONE. – 2015. – Vol. 10 (3). – Access mode: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119732>
49. Bessel van der Kolk. The Evolution of Trauma Treatment [Electronic resource] / Bessel van der Kolk. – 2017. – Access mode: <https://www.psychotherapynetworker.org/blog/details/1130/the-evolution-oftrauma-treatment>
50. Bessel van der Kolk. Body keeps the score - 2014.
51. Carver C.S. Assessing coping strategies: A theoretically based approach / Ch.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub// Journal of Personality and Social Psychology. – 2010. – Vol. 56. – P. 267–283.

52. Danielle A. Rathey (2018). Trauma to Träume. School-Based Trauma Informed Programming. Milford, CT: CT AccessABLE. ISBN 9781387719976.
53. Moos R.H. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes / R.H. Moos, A.G. Billings. – In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, New York: Free Press, 2012. – P. 212–230.
54. Parker J.A. Coping and defense: a historical overview / J.A. Parker, N.S. Endler // In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.). Handbook of coping. – New York: Wiley, 2006. – P. 3–23.
55. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (1996). Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York: Guilford Press. ISBN 978-1-57230-088-0.

ДОДАТОК А

1. Авторський опитувальник.

Вкажіть вашу стать	
Ваш вік	
Вкажіть, будь ласка, вашу ситуацію стосовно переміщення, у зв'язку з повномасштабним вторгненням	місце проживання змінилось на довгий період
	місце проживання тимчасово змінювалось (до 3 місяців)
	місце проживання не змінювалось
Як оцінюєте свій психічний стан зараз, в порівнянні зі станом 6 місяців тому	краще ніж було
	гірше ніж було
	не відчуваю змін

2. Методика многофакторного исследования личности Кэттелла (форма 13PF).

1. Если бы я сказал, что небо находится внизу, а зимой жарко, я должен был бы назвать преступника:	бандитом	святым	тучей
2. Когда я ложусь спать, я:	засыпаю быстро	нечто среднее	засыпаю с трудом
3. Если бы я вел машину по дороге, где много других машин, я предпочел бы:	пропустить вперед большинство машин	не знаю	обогнать все идущие впереди машины
4. Мне важно, чтобы во всем, что меня окружает, не было беспорядка:	верно	трудно сказать	неверно
5. Большинство людей, с которыми я бываю в компаниях, несомненно, рады меня видеть:	верно	иногда	неверно
6. Я скорее бы занимался:	фехтованием и танцами	затрудняюсь сказать	борьбой и баскетболом
7. Меня забавляет одно обстоятельство: то, что делают люди, совсем непохоже на то, что они потом рассказывают об этом:	да	иногда	нет
8. Когда друзья подшучивают надо мной, я обычно смеюсь со всеми и не обижаюсь:	да	не знаю	нет

9. Если мне кто-нибудь нагрубит, я могу быстро забыть об этом:	верно	не знаю	неверно
10. Мне больше нравятся новые способы выполнения какой-либо работы, чем придерживаться испытанных приемов:	верно	не знаю	неверно
11. Когда я планирую что-нибудь, я предпочитаю делать это самостоятельно, без чьей-либо помощи:	верно	иногда	нет
12. Я думаю, что я менее чувствительный и менее возбудимый, чем большинство людей:	верно	затрудняюсь сказать	неверно
13. Меня раздражают люди, которые не могут быстро принимать решения:	верно	не знаю	неверно
14. Я думаю, что слово, противоположное по смыслу слову «неточный», - это:	небрежный	тщательный	приблизительный
15. У меня всегда хватает энергии, когда это мне необходимо:	да	трудно сказать	нет
16. Меня больше всего раздражают люди, которые:	своими грубыми шутками вгоняют людей в краску	затрудняюсь ответить	создают для меня неудобства, опаздывая на условленную встречу
17. Я думаю, что:	не все надо делать одинаково тщательно	затрудняюсь ответить	любую работу надо выполнять тщательно, если вы за нее взялись
18. Мне всегда приходится преодолевать смущение:	да	возможно	нет
19. Мои друзья чаще:	советуются со мной	делают то и другое поровну	дают мне советы
20. Если приятель обманывает по мелочам, я скорее предпочитаю сделать вид, что не	да	иногда	нет

заметил этого, чем разоблачить его:			
21. Я не могу равнодушно слушать, как другие люди высказывают идеи, противоположные тем, в которые я твердо верю:	верно	затрудняюсь ответить	неверно
22. Меня волнуют мои прошлые поступки и ошибки:	да	не знаю	нет
23. Если бы я одинаково умел и то и другое, то я бы предпочел:	играть в шахматы	трудно сказать	играть в городки
24. Мне нравятся общительные компанейские люди:	да	не знаю	нет
25. Я настолько осторожен и практичен, что со мной случается меньше неприятных неожиданностей, чем с другими людьми:	да	трудно сказать	нет
26. Я могу забыть о своих заботах и обязанностях, когда мне необходимо:	да	иногда	нет
27. Какое слово не связано с другими словами:	кошка	близко	солнце
28. То, что в некоторой степени отвлекает мое внимание:	раздражает меня	нечто среднее	не беспокоит меня совершенно
29. Если бы у меня было много денег, то я:	позаботился бы о том, чтобы не вызывать к себе зависти	не знаю	жил бы, не стесняя себя ни в чем
30. Люди должны больше, чем они делают сейчас, требовать соблюдения законов морали:	да	иногда	нет
31. Мне говорили, что ребенком я был:	спокойным и мог оставаться один	не знаю	живым и подвижным
32. Мне понравилась бы повседневная практическая работа с различными	да	не знаю	нет

установками и машинами:			
33. Я думаю, что большинство свидетелей говорит правду, даже если это нелегко для них:	да	трудно сказать	нет
34. Я стараюсь смеяться над шутками не так громко, как это делает большинство людей:	верно	не знаю	неверно
35. Я никогда не чувствую себя таким несчастным, что хочется плакать:	верно	не знаю	неверно
36. В музыке я наслаждаюсь:	маршами в исполнении военных оркестров	не знаю	скрипичными соло
37. Я бы скорее предпочел провести летний месяц:	в деревне с одним или двумя друзьями	затрудняюсь сказать	возглавляя группу в туристическом лагере
38. Усилия, затраченные на составление планов:	никогда не лишние	трудно сказать	не стоят этого
39. Необдуманные поступки и высказывания моих приятелей в мой адрес не обижают и не огорчают меня:	верно	не знаю	неверно
40. Дом так относится к комнате, как дерево к:	лесу	растению	листу
41. То, что я делаю, у меня не получается:	редко	иногда	часто
42. В большинстве дел я:	предпочитаю рискнуть	не знаю	предпочитаю действовать наверняка
43. Мне больше нравится человек:	большого ума, будь он даже ненадежен и непостоянен	трудно сказать	со средними способностями, но зато умеющий противостоять всяким соблазнам

44. Я принимаю решения:	быстрее, чем большинство людей	не знаю	медленнее, чем другие люди	
45. На меня большое впечатление производят:	мастерство и изящество	трудно сказать	сила и мощь	
46. Я считаю, что я человек, склонный к сотрудничеству:	да	нечто среднее	нет	
47. Я предпочитаю:	решать вопросы, касающиеся лично меня, сам	затрудняюсь сказать	советоваться с друзьями	
48. Если человек не отвечает сразу же после того, как я что-нибудь сказал ему, то я чувствую, что, должно быть, сказал какую-нибудь глупость:	верно	не знаю	неверно	
49. В школьные годы я больше всего получил знаний:	на уроках	трудно сказать	читая книги	
50. Я избегаю общественной работы и связанной с этим ответственности:	верно	иногда	неверно	
51. Когда вопрос, который надо решать, очень труден и требует от меня много усилий, я стараюсь:	заняться другим вопросом	затрудняюсь ответить	еще раз попытаться решить этот вопрос	
52. У меня возникают сильные эмоции: тревога, гнев, приступы смеха и т. п., казалось бы, без всякой причины:	да	иногда	нет	
53. Я думаю, что правильное число, которое должно продолжить ряд - 1, 2, 3, 6, 5, будет:		10	5	7
54. Иногда у меня бывают непродолжительные приступы тошноты и головокружения без определенной причины:	да	иногда	нет	
55. Я предпочитаю скорее отказаться от своего заказа, чем доставить официанту лишнее беспокойство:	да	иногда	нет	

56. На вечеринке мне нравится:	принимать участие в интересной работе	затрудняюсь ответить	смотреть, как отдыхают люди, и просто отдыхать самому
57. Я высказываю свое мнение независимо от того, сколько людей могут его услышать:	да	иногда	нет
58. Если бы мог перенестись в прошлое, я бы больше хотел встретиться:	с Колумбом	не знаю	с Пушкиным
59. Я вынужден удерживать себя от того, чтобы не улаживать чужие дела:	да	иногда	нет
60. Если люди думают обо мне плохо, я не стараюсь переубедить их, а продолжаю поступать так, как считаю нужным:	да	трудно сказать	нет
61. Если я вижу, что старый друг холоден со мной и избегает меня, я обычно:	сразу же думаю, что у него плохое настроение	не знаю	беспокоюсь о том, какой неверный поступок я совершил
62. Все несчастья происходят из-за людей:	которые стараются во все внести изменения, хотя уже существуют удовлетворительные способы решения этих вопросов	не знаю	которые отвергают новые, многообещающие предложения
63. Я получаю большое удовольствие, рассказывая местные новости:	да	иногда	нет
64. Аккуратные, требовательные люди не уживаются со мной:	верно	иногда	нет
65. Мне кажется, что я менее	верно	не знаю	неверно

раздражительный, чем большинство людей:			
66. Если стрелки часов встречаются ровно через каждые 65 минут, отмеренные по точным часам, то эти часы:	отстают	идут правильно	спешат
67. Мне бывает скучно:	часто	иногда	редко
68. Люди говорят, что мне нравится делать все своими оригинальными способами:	верно	иногда	нет
69. Дома в свободное время я:	болтаю и отдыхаю	затрудняю сь ответить	занимаюсь интересую щими меня делами
70. Я робко и осторожно отношусь к завязыванию дружеских отношений с новыми людьми:	да	иногда	нет
71. Я считаю: то, что люди произносят в стихах, можно точно так же выразить прозой:	да	иногда	нет
72. Я подозреваю, что люди, с которыми я нахожусь в дружеских отношениях, могут оказаться отнюдь не друзьями за моей спиной:	да, в большинстве случаев	иногда	нет, редко
73. Я думаю, что интересно было бы быть:	натуралистом, работать с растениями	не знаю	страховым агентом
74. Я подвержен беспричинному страху и отвращению по отношению к некоторым вещам, некоторым животным	да	иногда	нет
75. Я люблю размышлять о том, как можно улучшить мир:	да	трудно сказать	нет
76. Я предпочитаю игры:	где надо играть в команде или иметь партнера	не знаю	где каждый играет сам за себя
77. Ночью мне снятся фантастические или нелепые сны:	да	иногда	нет

78. Если я остаюсь дома один, то через некоторое время ощущаю тревогу и страх:	да	иногда	нет
79. Если мать Марии является сестрой отца Александра, то кем является Александр по отношению к отцу Марии?	двоюродным братом	племянником	дядей

3. Опросник совладания со стрессом (COPE)

Опросник COPE был разработан для измерения как ситуационных копинг-стратегий, которые, по замыслам авторов, могут быть изменчивы, так и для лежащих в основе этих стратегий личностных стилей реагирования.
Выберите наиболее подходящий вариант ответа, где 0-Нет, 1-Изредка, 2-Иногда, 3-Часто
1. Я стараюсь найти плюсы в произошедшем
2. Я погружаюсь в работу или другие дела, чтобы отключиться от проблем
3. Я расстраиваюсь и даю выход своим эмоциям
4. Я ищу совета у других людей, что делать дальше
5. Я сосредоточиваю усилия на том, чтобы как-то решить проблему
6. Я говорю себе: «Этого не может быть»
7. Я надеюсь на то, что Бог мне поможет
8. Я намагаюсь сприймати подію з гумором
9. Я признаюсь себе, что ничего не могу поделать с проблемой, и перестаю пытаться
10. Я стараюсь удерживать себя от скоропалительных шагов
11. Я обсуждаю с кем-то то, что я сейчас чувствую
12. Я принимаю успокоительные или выпиваю, чтобы мне стало лучше
13. Я стараюсь привыкнуть к мысли, что это случилось, адаптироваться к ситуации
14. Я обсуждаю случившееся, чтобы лучше понять ситуацию
15. Я стараюсь решать проблему, не отвлекаясь на другие дела и мысли
16. Я предаюсь фантазиям на другие темы, чтобы отвлечься
17. Я расстраиваюсь, нервничаю, переживаю

18. Я прошу помощи у Бога
19. Я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия
20. Я перевожу случившееся в шутку
21. Я стараюсь принять то, что случилось, привыкнуть к этому
22. Я стараюсь ничего не предпринимать, пока ситуация не улучшится
23. Я стараюсь получить эмоциональную поддержку у друзей или родных
24. Я не предпринимаю активных действий
25. Я предпринимаю какие-то еще действия, стараясь преодолеть сложившуюся ситуацию
26. Я стараюсь отключиться на какое-то время, принимая алкоголь или лекарства
27. Мне не хочется верить, что это произошло
28. Я даю выход своим переживаниям
29. Я пытаюсь посмотреть на ситуацию с более позитивной стороны, в ином свете
30. Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему
31. Я сплю больше обычного, стараясь забыть о проблеме
32. Я придумываю, как имеет смысл дальше действовать
33. Я полностью концентрируюсь на решении этой проблемы и, если необходимо, откладываю в сторону другие дела
34. Я ищу сочувствия и понимания у других людей
35. Я выпиваю или принимаю лекарства, чтобы поменьше думать о проблеме
36. Я шучу по поводу случившегося
37. Я перестаю пытаться добиться своего (получить то, что я хочу)
38. Я ищу что-то хорошее в том, что произошло
39. Я думаю, как лучше всего я могу справиться с этой проблемой
40. Я делаю вид, что ничего не произошло
41. Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не ухудшить ситуацию
42. Я стараюсь, чтобы другие дела не мешали мне прилагать максимум усилий, чтобы справиться с проблемой
43. Я иду в кино или смотрю телевизор, чтобы меньше думать о проблеме

44. Я стараюсь принять ситуацию, ужиться с ней
45. Я спрашиваю людей, у которых была аналогичная проблема, как они ее решали
46. Я переживаю и активно проявляю свои чувства
47. Я предпринимаю активные действия, чтобы справиться с проблемой
48. Я пытаюсь найти утешение в вере (религии)
49. Я заставляю себя ждать, когда наступит подходящий момент и можно будет действовать
50. Я нахожу в случившемся забавные моменты
51. Я снижаю количество усилий, направленных на решение этой проблемы
52. Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких
53. Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему
54. Я учусь жить с этим
55. Я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы
56. Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы
57. Я просто делаю вид, что ничего не случилось
58. Я последовательно, шаг за шагом делаю то, что нужно
59. Я стараюсь, чтобы этот опыт чему-то меня научил
60. Я молюсь (больше, чем обычно)

4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии

1. Я напряжен. Мне не по себе	все время	часто	время от времени, иногда	совсем не испытываю
2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство	определенно это так	наверное, это так	лишь в очень малой степени это так	это совсем не так

3. Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	определенно это так, и страх очень сильный	да, это так, но страх не очень сильный	иногда, но это меня не беспокоит	совсем не испытываю
4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	определенно, это так	наверное, это так	лишь в очень малой степени это так	совсем не способен
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	постоянно	большую часть времени	время от времени	только иногда
6. Я чувствую себя бодрым	совсем не чувствую	очень редко	иногда	практически все время
7. Я легко могу сесть и расслабиться	определенно, это так	наверное, это так	лишь изредка это так	совсем не могу
8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	практически все время	часто	иногда	совсем нет
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	совсем не испытываю	иногда	часто	очень часто
10. Я не слежу за своей внешностью	определенно это так	я не уделяю этому столько времени, сколько нужно	может быть, я стал меньше уделять этому внимания	я слежу за собой так же, как и раньше
11. Я не могу усидеть на месте, словно мне постоянно нужно двигаться	определенно, это так	наверное, это так	лишь в очень малой степени это так	совсем не способен
12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	точно так, как и обычно	да, но не в той степени, как раньше	значительно меньше, чем раньше	совсем не считаю

13. У меня бывает внезапное чувство паники	действительно, очень часто	довольно часто	не так уж часто	совсем не бывает
14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы	часто	иногда	редко	очень редко

5. Методика «Ценностные ориентации» Рокича

Внимательно изучите представленный список и выберите ту ценность, которая для Вас наиболее значима - она займет первое место (или получит первый ранг). Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите ее на второе место. Проранжируйте все предложенные ценности. Наименее важная останется последней и займет, соответственно, 18-е место.

Работайте не спеша, вдумчиво. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Конечный результат представит Вашу систему ценностей.

Активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни)

Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые благодаря жизненному опыту)

Здоровье (физическое и психическое)

Интересная работа

Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве)

Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)

Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных проблем)

Наличие хороших и верных друзей

Общественное признание (уважение окружающих, коллектива, коллег)

Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие)

Продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей)
Развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование)
Свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)
Счастливая семейная жизнь
Счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)
Творчество (возможность заниматься творчеством)
Уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений)
Удовольствия (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей, развлечения)