

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:
В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«25» грудня 2024р.

**«ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВНУТРІШНЬО
ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ
СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ»**

Кваліфікаційна робота здобувачки
вищої освіти другого (магістерського)
рівня вищої освіти освітньо-
професійної програми «Практична
психологія»

Кушера Олександра Миколайовича
Науковий керівник:

Деснова І.С., кандидат пед. наук,
доцент кафедри практичної психології

Рецензент:

Потапчук Н.Д. доктор психол. наук,
професор Національної академії
Державної прикордонної служби
України ім. Богдана Хмельницького

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 95 А / відмінно

Секретар ЕК



Ольга РЕБРО

«16 » січня 2025р

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ.....	6
1.1.Сутність поняття «внутрішньо переміщена особа» в наукових джерелах.....	6
1.2. Особливості переживання смерті близької людини.....	12
1.3.Психологічні стани осіб які переживають смерть близької людини.....	22
1.4. Підходи та шляхи з надання психологічної допомоги особам, які переживають смерть близької людини.....	33
Висновки до розділу 1.....	42
РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ.....	44
2.1. Організація емпіричного дослідження та обґрунтування застосування дібраних психодіагностичних методик.....	44
2.2. Дослідження переживання смерті близької людини у внутрішньо переміщених осіб (констатувальний етап).....	53
2.3. Програма психологічної допомоги, що спирається на техніку когнітивно-поведінкової психотерапії (КПП).....	64
2.4. Результати запровадження системи психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам які переживають смерть близької людини.....	70
Висновки до розділу 2.....	74
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність роботи. Останні три роки громадяни України стикалися вперше віч-на-віч із глобальними проблемами, які змушують швидко адаптуватися. Пандемія коронавірусу змусила поміняти стиль повсякденного життя, інструментів роботи, проведення вільного часу тощо. Однак 2022 рік для українських громадян став найбільш кардинальним і несподіваним з початком повномасштабних військових дій. Особи, які вимушено залишили свої будинки і опинилися в нових умовах життя, в нових країнах, з іншими можливостями, часто без підтримки близьких, з дітьми, належать до однієї з найуразливіших категорій і вимагають аналізу психологічних факторів адаптації для знаходження інструментів управління процес.

Актуальність зазначеної проблеми в цій роботі вимагає зосередження на дослідженні психологічних чинників та особливостей особистості жінок, які були вимушені тимчасово переміститися зі звичного середовища до нових умов під час війни в Україні.

При визначенні суті життєвих подій, що позначаються як «втрата», люди, як правило, виділяють три основних смислових моменти: по-перше, безповоротність («такого більше ніколи не буде»), по-друге, значимість («найдорожче», «найкраще, що у мене було»); по-третє, незалежність від волі людини («те, що відбувається без твоєї згоди»; «тебе просто ставлять перед фактом»).

З різними видами втрат людина стикається досить часто, проте лише переживання безповоротності втрати робить її втратою [1]. Незважаючи на різноманіття втрат, найбільш травмуючими втратами для більшості людей, за більшістю досліджень, є: смерть близької людини і розрив значущих відносин (розлучення, розрив дружніх відносин, догляд з батьківської сім'ї), а також такі ситуації, як зрада (зрада), хвороба, звільнення з роботи і втрата матеріальних благ (квартира, гроші).

Однак оцінка будь-якої життєвої ситуації як втрати завжди суб'єктивна і залежить від людини, його відносин з собою і навколишнім світом. Так, відчуття втрати може бути присутнім не тільки в сумних подіях, а й радісних, пов'язаних зі змінами, -наприклад, зміна роботи, підвищення на посаді, весілля або народження дитини. Адже будь-яка зміна має дві сторони і, зустрічаючись з новим, ми прощаємося зі старим, а вступаючи в майбутнє, повинні відпустити минуле.

Є втрати, які «виривають людину з корінням», часом позбавляючи його всіх життєвих сил, свідчаючи про те, яка велика частина душі була зайнята тим, що виявилось кінцевим. Часто до таких втрат можна віднести смерть коханої людини або дитини. Втрата близької людини переживається як руйнування тісних емоційних зв'язків, що наповнюють прихильність.

Консультування та терапія при втраті-важка робота, починаючи з розради і підтримки і закінчуючи вирішенням важкої і болісної реакції втрати, якщо клієнт цього хоче. Професійне завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, зробити роботу горя, а не в тому, щоб притупити гостроту душевних переживань. Процес скорботи, оплакування не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, з гуманістичних позицій він прийнятний і необхідний. Це дуже важке психічне навантаження, що змушує страждати. Психотерапевт здатний доставити полегшення, проте таке втручання не завжди доречно. Скорботу не можна припиняти, вона повинна тривати стільки, скільки необхідно.

Мета дослідження: аналіз психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, які переживають смерть близької людини.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз психологічних досліджень особливостей тимчасово переміщених осіб;
2. Виявити психологічне поняття переживання втрати та горя та основні етапи;

3. Експериментально дослідити особливості внутрішньо переміщеним особам, які переживають смерть близької людини;

4. Провести корекцію психоаналітичного та КПТ підходу для профілактики внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть близької людини.

Об'єкт дослідження: внутрішньо переміщені особи як психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть близької людини.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань буде використано комплекс методів: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація для розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми; спостереження, опитування для унаочнення процесу адаптації в нових соціальних умовах у тимчасово переміщених жінок; емпіричні методи.

Теоретична значущість роботи. Дане дослідження може бути теоретичним підґрунтям для формування методології здійснення системного, комплексного аналізу особливостей переживання внутрішньо переміщеними особами життєвих втрат особистості.

Практичне значення роботи полягає у використанні сформульованих у кваліфікаційні роботі основних теоретичних положень серед психологів, соціологів, волонтерів яке може бути використане у процесі психологічної корекції внутрішньо переміщеними особами переживання життєвих втрат особистості.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновку, списку використаних джерел. Робота викладена на ____ сторінках, та містить ____ таблиці, ____ графіки, ____ джерела літератури.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ

1.1. Сутність поняття «внутрішньо переміщена особа» в наукових джерелах

Після початку повномасштабної війни з Росією понад 7,7 млн українців стали внутрішньо переміщеними особами. За даними Міжнародної організації з міграції, частка переселенців у загальній кількості населення України зросла до 17,5 %, тобто кожна шоста людина стала внутрішньо переміщеною особою. При цьому більше половини переселенців повідомили про відсутність деяких харчів і недостатню кількість продуктів для підтримки добового раціону. Також 28 % сімей із дітьми до п'яти років зіткнулися зі складнощами в отриманні достатньої кількості їжі для своїх дітей [1, с. 23].

Багато з областей, дають для наших співвітчизників знаходять прихисток та отримують соціальну і психологічну підтримку.

У зв'язку з масштабами проблеми, постала необхідність дослідити особливості адаптації у тимчасово переміщених жінок, прояв стресостійкості у людей, які вимушено покинули свої домівки, їхні адаптаційні можливості, проаналізувати яку психологічну допомогу можна надати для жінок.

Стан воєнної окупації, котрий розпочався після 24 лютого негативно відзначився на психоемоційному стані багатьох людей, адже під час окупації та обстрілів не можливо було належним чином задовільнити свої базові потреби [30, с. 93]. На фоні масових смертей та поранень багато жінок та дітей отримали серйозні травми, як фізіологічного, так і психічного плану. Тому важливо, надати психологічну допомогу для внутрішньо переміщених осіб.

Серед основних розладів у тимчасово переміщених осіб, в період із 24 лютого 2022 до 20 травня 2022 р. були: розлади адаптації (25 %), органічні психічні розлади (18 %), шизофренія (13 %), психічні розлади внаслідок

дисфункції головного мозку (6 %), органічні розлади особистості (3 %) та інші [30, с. 95].

Не менш розповсюдженими, серед осіб, котрі були тимчасово переміщені під час війни, стали розлади, пов'язані з адаптацією та підвищеним особистісним реагуванням на травматичні та стресові події. Тому необхідно спромогтися, щоб серед осіб котрі були тимчасово переміщені під час війн сформувалася адаптованість до нових умов перебування у кризовий час, аби вміти виокремити групи ризику, що потребують допомоги спеціалістів у сфері психічного здоров'я і при потребі превентивно надавати необхідну підтримку [34, с. 75].

За даними ООН, у травні 2015 року були офіційно зареєстровані 1 млн 300 тисяч внутрішньо переміщених осіб, в тому числі 173 тисячі дітей.

Справжня кількість переселенців більша – волонтерські організації вважають, що переселених осіб понад 2 млн. Адже не всі офіційно реєструються в нових місцях проживання. Особливі труднощі виникають при реєстрації дітей.

За офіційною статистикою, внутрішньо переміщених дітей 173 тисячі, тобто 13 % від загальної кількості. Тоді як за демографічною статистикою України діти становлять п'яту частину населення. Отже, і серед переміщених осіб дітей має бути мінімум 20-25 %. За оцінками експертів, переміщених дітей має бути близько 500 тисяч. Таким чином, близько 300 тисяч з них не зареєстровані.

За свідченнями та досвідом волонтерів, при евакуації батьки за першої-ліпшої нагоди відправляють дітей на мирні території. Часто діти їдуть у супроводі родичів другої-третьої черги або просто знайомих. Є випадки, коли відмовляють у реєстрації вимушено переміщеними особами дітей, зокрема тих, які прибули в інші регіони України без супроводу батьків або офіційних опікунів.

За Законом «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», заяви про реєстрацію внутрішньо переміщених дітей не приймаються окремо. Інформація про малолітніх та неповнолітніх включається тільки в склад заяви повнолітніх осіб (стаття 4, пункт 6) – законних представників дитини.

Процедура реєстрації дітей у супроводі дорослих, які не мають нотаріальних доручень від батьків або офіційних опікунів, не передбачена законом.

Якщо виникають труднощі з реєстрацією дорослих осіб або дітей, необхідно звернутися по допомогу до фахового юриста. Безкоштовну юридичну допомогу надають громадські та благодійні організації, які працюють з внутрішньо переміщеними особами.

Проблематика адаптації особистості у тимчасово переміщених осіб активно досліджується багатьма науковцями гуманітарної сфери. Сучасні психологи І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Афанасенко звернули увагу на процеси психологічної адаптації у умовах воєнного стану [1, с. 135].

Нажаль, проблема адаптації тимчасово переміщених осіб залишається малодослідженою психологічною наукою. У той же час військові вчені звертають увагу на процеси адаптації особистості до умов військової діяльності виходячи з психолого-педагогічних аспектів.

Привертає до себе увагу дисертаційне дослідження Л.В. Штефан [35, с. 137]. Вона досліджує процес соціальної адаптації тимчасово переміщених осіб з мовними труднощами, тобто таких, котрі змушені були виїхати із України в інші країни.

Відсутній соціально-педагогічний аналіз впливу усіх соціальних факторів на процес адаптації тимчасово переміщених осіб. Очевидно, що саме такий аналіз дозволить виявити причини порушень адаптаційного процесу переміщених осіб у нових умовах, та не дозволить виникнути дезадаптації [36, с. 7].

Сучасні соціальні педагоги акцентують увагу на активній та пасивній формах адаптації, саме такий підхід дозволяє прийти до висновків про причини дезадаптації особистості. Так, О.В. Безпалько вважає соціальну дезадаптацію результатом низької адаптації, яка виникла через домінування пасивної адаптації над активною [3, с. 27]. Тобто особистість була не здатна активно взаємодіяти з середовищем і долати труднощі та перепони, вона здебільшого пасивно сприймала вплив соціального та природного середовища та не змогла сприйняти

та засвоїти соціальні норми, способи діяльності, вчасно змобілізувати психологічні та фізіологічні ресурси. Цілком зрозумілим у такому вигляді стає поняття дезадаптації, яке дають соціальні педагоги: «невідповідність соціопсихологічного і психофізіологічного статусу (можливостей) людини вимогам ситуації життєдіяльності, що у свою чергу, не дозволяє їй адаптуватися в умовах середовища її існування» [36, с. 7].

Проблема гармонізації особистості в умовах воєнного стану розглядається деякими сучасними військовими педагогами та психологами. Так, М.І. Дяченко та Л.А. Кандибович розрізняють адаптацію до умов воєнного стану та у мирний час та адаптацію до бойової обстановки.. За їх даними майже у 50% тимчасово переміщених осіб «період адаптації затягується та супроводжується погіршенням самопочуття, зниженням фізичних і психологічних можливостей» [12, с. 28]. На думку військових вчених, на осіб у військовому часі впливають індивідуальні особливості та психологічна готовність людини, вона може прискоритись за умов позитивного досвіду допризовної підготовки. Але автори надалі уникають аналізу впливу соціуму на успішність адаптації внутрішньо переміщених осіб.

У свою чергу, М. Й. Варій говорить про багаторівневі та багатофакторні відношення двох контурів - зовнішнього та внутрішнього – які впливають на життєдіяльність особистості [4, с. 110].

Перший контур включає такі аспекти: політичні, духовні, національні, соціальні і економічні фактори, які впливають на процеси взаємодії армії та народу, армії та держави. Другий контур – внутрішній – характеризується соціально-психологічними процесами, що відбуваються у військовому середовищі [44, с. 110].

Американський етносоціолог К. Додд визначив наступні стратегії міжетнічної взаємодії в умовах переміщеного середовища: перша стратегія характеризується системною ізоляцією чужого соціокультурного середовища; друга проявляється у сприйнятті та оцінці життєвих подій через призму традицій та цінностей власної етнічної групи [52, с. 235]. Третя стратегія, так звана

стратегія сліпий асиміляції, має особливість заперечення власних етнокультурних цінностей та беззастережне прийняття традицій країни перебування. Заключну стратегію щодо Додду відрізняє еластичність поведінки, активне освоєння культурних атрибутів. приймаючої сторони за збереження свого етнічного початку [39, с. 237]. В даний час відомо, що найбільш успішною з точки зору міжетнічної адаптації є Стратегія пошуку соціального підкріплення. Цей факт був підтверджений у дослідженнях Т. Фернхема студентської міграції у Великій Британії, Д. Уорда іноземних робітників у Південній Азії [43, с. 79].

Американський психолог Гаррі Тріандіс розглянув процес соціальної адаптації біженців та вимушених переселенців у рамках так званої кривої процесу адаптації вимушених мігрантів. Згідно даної кривої Г. Тріандіс виділяє п'ять етапів процесу пристосування мігрантів [43, с. 35].

1. «Медовий місяць» характеризується емоційним підйомом, ентузіазмом, станом душевного пожвавлення, великими надіями мігрантів.

2. Чужорідне середовище починає надавати свій негативний вплив. Почуття дискомфорту, взаємного нерозуміння з місцевими жителями та неприйняття ними. Все це призводить до розчарування, збентеження, фрустрації та депресії. На цьому етапі «чужинець» намагається втекти від реальності, спілкуючись виключно із земляками (якщо є така можливість) та обмінюючись з ними враженнями [43, с. 37].

3. Ознаки дезадаптації можуть досягти граничного стану, що проявляється у почутті повної безпорадності. Особи, які неуспішно включені в нову середу, роблять спроби повернутися в країну результату або займають нижні щаблі «Стратифікаційної карти», оскільки для них характерний процес низхідної вертикальна мобільності. Проте в окремих випадках вимушені мігранти підтримуються соціальним оточенням та долають міжкультурні відмінності – приймають місцеві традиції, звичаї, культуру, знайомляться з історією, вивчають мову.

4. Депресія поступово чергується з оптимізмом, станом впевненості та людина відчуває себе більш адаптивною і інтегрованою у новому суспільстві.

5. Заключний етап системи Г. Тріандіс описує вищу ступінь адаптації, яка передбачає відносно стабільні особистісні перетворення на запит вимог нового соціального середовища. Головна мета процесу адаптації - взаємна відповідність середовища та індивіда, проте досягнення даного результату не означає завершення процесу [43, с. 37].

У ситуації вимушеної міграції розвивається ціннісна особистісна якість – її спонукальна мотивація досягнення, у межах якої, формується лише позитивне врегулювання проблеми, що виникла. Вимушені переселенці та біженці створюють мотивацію досягнення, використовують в основному конструктивні методи психологічної допомоги. Основні чинники соціальної допомоги включають [12, с. 57]:

- 1) орієнтованість облаштування тимчасово переміщених осіб у нових умовах;
- 2) соціальний досвід;
- 3) позитивний фактор – наявність минулого досвіду;
- 4) рівень освіти;
- 5) характер та умови діяльності;
- 6) індивідуальні та особистісні особливості членів груп та колективів, способів впливу та взаємовпливу у процесі службової діяльності, рівня зрілості групи та колективу;
- 7) характер міжособистісних відносин у групі, спрямованість неформальних норм, що панують у групі.

Дестабілізація процесу переміщення супроводжується такими ознаками [16, с. 79]:

- 1) пригніченим настроєм, занепокоєнням, тривогою;
- 2) почуттям безпорадності подолати ситуацію, адаптуватися до неї;
- 3) зниженням результативності у життєдіяльності;
- 4) схильністю до перебільшення «похмурих» подій.

Самовизначення переселенців у соціокультурному середовищі у поступовій динаміці відбувається через етнонаціональне співтовариство,

позитивний вплив вимушених мігрантів на життєдіяльність приймаючої спільноти, особливо у таких сферах соціального життя, як освіта, охорона здоров'я, культура [30, с. 237]. Основними критеріями успішності мігрантів у новому середовищі є: зацікавленість та сумлінної трудової діяльності, рефлексія власної поведінки, відсутність пасивності при включенні в роботу, прагнення найбільшої самореалізації. Кожен з цих критеріїв адаптації вимушених переселенців і біженців певною мірою відбиває дійсний рівень особистості. Ефективність пристосування до нових умов включає високий соціальний статус індивіда дома міграції, його рівень, а також психологічна задоволеність особистості новою системою [30, с. 375].

Ефективність пристосування внутрішньо переміщених осіб залежить від багатьох факторів: характеру та умов трудової діяльності, особистісно-індивідуальних характеристик учасників групової спільноти, методів впливу та взаємозумовленості у процесі формальної діяльності, ступеня розвиненості групи, особливостей міжособистісної групової взаємодії, орієнтації неформальних нормативів, що панують у групі, загальної організації та структури групи.

Умови нового середовища проживання є комплексним і багаторівневим процесом, що стосується сторін побуту та культури, що відбивається на біологічних, соціальних і психологічних параметрах тимчасово переміщених осіб.

1.2. Особливості переживання смерті близької людини

Смерть як реальність існування може бути розгляну в трьох основних модусах: смерть біологічна, смерть свідомості і смерть соціальна. Але головна проблема у тому, що смерть («смерть-в-себе») гносеологічно невизначена, оскільки у своїй присутності фіксується лише опосередковано, будучи винятком із емпіричного низки подійності.

У той самий час не можна погодитися з думкою, що смерть, будучи незмінною структурою людської екзистенції, відсутня досвіді. В особистому

прижиттєвому - так, тому що цей процес принципово не спостерігається і невідтворюваний. Проте можна говорити про феномен усвідомлення смерті та про його проекцію на різні сторони людського існування. І тут ми звертаємось до сутності людини. Усвідомлення смерті – невід’ємна складова вітального простору. Будучи глибинною властивістю людської ментальності, усвідомлення смерті постає як основа буття, як фокус власної ідентичності, самотності, суверенності [1].

Якщо феномен усвідомлення смерті переломлюється в індивідуальному свідомості («смерть-в-нас»), тепер необхідно відповісти питанням: з чого і через кого це виявляється можливим? Виходить, ми виходимо на соціальний рівень розгляду нашої проблеми, що передбачає розгляд смерті в ракурсі подійності «смерть-для-нас», оскільки людина, як істота, що володіє свідомістю, виробляє усвідомлене ставлення до всіх аспектів свого існування, в тому числі і до смерті.

Смерть є подією, тому що постає у своєму повсякденному існуванні як смерть «іншого». Ця подія для людини, яка, будучи соціальним істотою, розміщує смерть у вітальному просторі соціуму. Так, по суті, ми формулюємо вихідну тезу, і подальша перспектива розглядається нами в обґрунтуванні висунутої тези.

Людині властивий порив самоактуалізації, установка здійснення свого «Я» поза межами суб’єктивності. Самоактуалізація є можливістю особистості задовольнити сутнісну потреба – бути значимим для соціуму і усвідомлювати себе самоцінним. Тому людське буття у своїй глибині постає як «відкритість до світу» (М. Шелер, А. Гелен, Х. Плеснер, Х. Ортега-і-Гассет). І це стан «відкритості» – не суб’єктивне переживання, але перша конкретна форма ставлення до «іншого», перша соціальна реальність.

«Людина відкрита світові, – пише В. Франкл, – Людське існування характеризується подоланням кордонів довкілля Homo sapiens. Людина прагне і виходить за її межі, у світ і справді досягає його - світ, наповнений іншими людьми та спілкуванням з ними, смислами та їх реалізацією [2, с. 54]». Тоді, коли людина дійсно вступає у відносини зі світом, усвідомлюючи себе як суб’єкт, світ

уперше стає «світом», «буттям сущого». Бути людиною – значить «бути у світі», значить перебувати у ставленні до когось чи чогось.

Стаючи спостерігачем події смерті, кожен свідомо чи мимоволі обирає собі «духовну дистанцію» (Х. Ортега-і-Гассет). Залежно від цієї дистанції одна й та сама подія переживається й інтерпретується по-різному.

Коли людина безпосередньо перебуває у події смерті «Іншого», коли це «жива» реальність, тоді її духовна дистанція мінімальна. «Інший» ж, який лише споглядає, не може проникнути в суть події, бо найвищий зміст кожного моменту існування визначається інтенсивністю його переживання, тому його духовна дистанція максимальна.

У зв'язку з цим людина може здійснювати два найважливіші екзистенційні рухи, тобто дистанціювання і вступ у відносини. Фактично, у всіх людських контактах здатність адекватно реагувати на ситуацію детермінована ступенем, у якому людина реально «бачить» «Іншого» і уможливорює присутність «Іншого» перед собою.

І тут можна говорити, що «жива» реальність тотожна «людській» реальності, що «співчує об'єктивності» (Г. Е. Хенгстенберг), де остання є сутнісний принцип людської поведінки та пізнання, принцип гуманізму. Він укорінений у людській природі, він виводиться із сутності буття та людини, а не приноситься у світ бажанням. Тому той, хто лише спостерігає, має нелюдський вигляд [7, с. 131-133].

Отже, «людська» думка - це та, завдяки якій людина переживає ситуацію, і, відповідно, «людськими» виявляться події, які зазвичай переживають. Все сказане дозволяє нам тепер звернутися до однієї з сутнісних характеристик соціальної смерті, а саме – співвідношення концептів «смерть моя» і «смерть іншого» (концепт розуміється нами як уявна освіта, завдяки якому здійснюється зв'язок між людиною та суспільством, людиною та культурою та навпаки).

В даний час поширений підхід, який, розглядаючи «смерть мою» та «смерть іншого», наполягає на їхньому жорсткому розмежуванні. Міркування, як правило, будуються в такий спосіб: «Смерть іншого редукується до

продовження миру, а моя смерть для його знищення [...]. Ми прагнемо мислити смерть, як смерть іншого. Ми переконані, що смерть іншого є характеристикою всіх форм смерті, навіть нашої власної. Таким чином, ми приховуємо від себе істину та руйнівну природу трагедії нашої власної смерті [8, с. 9]».

Феномен прихильності розглядався в теорії Джона Боулбі [48, с. 190]. Так, автор вважає, що поведінка прихильності є формою інстинктивної поведінки, яка розвивається у людей в період дитинства і має в якості свого прагнення близькість до матері. При цьому поняття «прихильність» позначає природну поведінку і не носить критичного відтінку, властивого поняттю «залежність». Поведінкою прихильності, загострюється у важкій ситуації, автор пояснює почуття гніву, що проявляються в перший час у втратили. По-перше, людина звинувачує когось. По-друге, поведінка інших людей може сприйматися як перешкода в поверненні минулого [19, с. 235].

Ставлення до прихильності як до природної поведінки призводить до висновку про природність реакцій людини в ситуації втрати і необхідності їх вираження. Коли ми втрачаємо щось важливе для нас, ми втрачаємо не тільки значимий об'єкт, адже розриваються всі ті зв'язки, які довгий час з'єднували нас з втраченим. Тому, переживаючи втрату, треба час для того, щоб оплакати і відпустити все те, що пов'язувало нас, а цього часом виявляється непосильно багато.

Таким чином, втрати можуть бути великими і маленькими, особистими і глобальними, що змінюють життя і майже непомітними. Єдине, що їх об'єднує, – це те, як ми оплакуємо їх; іншими словами, вони пов'язані між собою нашим горюванням [6]. Саме тому багато людей плакали біля екранів телевізорів під час захоплення школи в Беслані або теракту 11 вересня. Горе не має меж. Тим самим воно показує нам, що всі ми пов'язані один з одним; так воно дає зрозуміти, наскільки глибоко коріння нашої душі вросли в єдину душу всього людства і наскільки сильно ми можемо відчувати цей зв'язок, переживаючи її розрив.

Оплакуючи втрату чогось значущого в житті, будь-то почуття безпорадності перед насувається старістю або загибель слонів в Індії, ми

оплакуємо не тільки своє життя, але і життя всього людства. Тим самим різноманіття наших втрат відображає нам безмежне різноманіття навколишнього світу і нашої душі, а також показує нам те, як сильно ми пов'язані один з одним і з життям на планеті [8, с. 321].

Отже, горе – це природний спосіб, яким ми встановлюємо зв'язок з життям. Відповідно до думки, О.Т. Шевченко, горе – універсальне переживання всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього. На думку автора, суть цього процесу універсальна, незмінна і не залежить від того, що саме втратила людина [43, с.127]. Звичайно, у кожного – свій «сценарій» проживання кризової ситуації, проте кожен сценарій, так чи інакше, відображає універсальні для всіх людей стадії переживання втрати, показуючи тим самим унікальність і одночасно – універсальність проходження кризи або горя. Причому, кожна стадія цієї внутрішньої роботи має певний набір психологічних завдань, вирішення яких супроводжується відповідними змінами у внутрішньому світі особистості [17, с. 218]. Тому універсальність переживання горя задає своєрідні «рамки», всередині яких може проявитися індивідуальність конкретної людини, виражена в тому, як довго і з якими почуттями, думками, рішеннями, смислами і вчинками він проживає дану ситуацію. Те, що ми називаємо втратою, часто є частиною життєвого задуму інших людей, історичними або соціальними процесами, тобто тим, чим ми не можемо керувати безпосередньо. Стикаючись з втратами – від зовсім маленьких до глобальних, ми вчимося не тільки приймати мінливість світу як таку, існуючу поза і без нас, а й одночасно змінювати своє життя самих себе.

За словами американського психотерапевта Левіна, горе «пропалоє собі шлях до центру серця», воно «свідчить про втрату контакту з тим місцем, яке є любов» [24, с. 114]. Тому горе – це ще й можливість почути себе, це дотик до нашої внутрішньої правди; вираження роботи душі. Таким чином, горювання – це природний процес, необхідний для того, щоб оплакати і «відпустити» свою втрату. Переживання горя допомагає віддати останній борг тієї частини життя,

яка виявилася втраченою. Траур і ритуали, пов'язані з ним, грають важливу роль для скорботного. Психологічно вкрай важливо мати публічний і санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів скорботи.

Як вважає В. Волкан [5, с. 214], більшість скорботних не потребує професійної допомоги, щоб впоратися з горем, і до неї не вдається. В основному люди потребують підтримки оточуючих і в такому середовищі, де б вони могли вільно говорити про себе і свої почуття. Перебувати зі скорботною людиною і належним чином слухати її – головне, що можна зробити. Придушення хворобливих переживань, відсутність співрозмовників або умов для вираження і проживання важких почуттів і страждань призводить до незавершеності переживань втрати. Людині котра знаходиться в стані горя потрібні постійні, але не нав'язливі відвідування і хороші слухачі. Роль слухача в деяких випадках може виконувати психолог.

Розглянемо більш детально процес горювання, його завдання і, відповідно, деякі принципи психологічної допомоги людям в цей період їх життя. Переживання смерті близького наповнене дуже сильними, часом руйнівними емоціями і тому часто призводить до змін (тривалих або короточасних) в емоційному стані і поведінці особистості. Тривалість і інтенсивність горювання в цілому, а також його стадій, вельми індивідуальні залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх факторів. Наприклад, ступеня несподіванки смерті близького, її характеру, віку померлого, особливостей взаємин з ним, а також особистісних якостей. Проте, одним з найбільш важливих показників, що визначають тривалість горювання, є те, наскільки успішно горює людина здійснює так звану роботу горя, знову пристосовується до навколишнього і формує нові відносини [28, с. 93].

Вважається, що нормальне горювання може тривати в середньому протягом 1 року. Водночас Б. Дейтс, наприклад, вказує, що «до кінця третього року біль втрати зменшиться до точки, де вона цілком вам підвладна» [6], А Р. Моуді і Д. Аркенджел вказують, що рідкісний термін, протягом якого відбудеться стабілізація особистості, становить 4-6 років. Так, за даними [38, с.

9], на співволодіння з втратою в більшості випадків потрібно від 6 місяців до 1,5 років.

Отже, термін горювання більше року може бути пов'язаний з високим рівнем самозвинувачення.

Одне з найбільших перешкод в процесі переживання втрати в тому, що багато людей намагаються уникнути сильного страждання, пов'язаного з переживанням горя, і ухилитися від вираження емоцій, необхідних для горювання. Так, в період горювання найбільш характерними для більшості горюють є почуття жалю, провини або сорому [29, с. 217], пов'язані з «незакінченими» відносинами: «шкодую, що останнім часом мало спілкувалася з нею»; «думала про те, що можна було б допомогти, що я повинна була наполягти на госпіталізації», «мені хотілося б попросити вибачення, так як я вела себе останнім часом неправильно: я дуже боялася підходити до бабусі. Від цього дуже сумно»; «...була не права по відношенню до брата і нічого вже не можна змінити»; « в моїх думках була тільки ця подія: як вона мучилася при смерті, величезне почуття провини за всіх нас, що нікого не було вдома, що смерть можна було б запобігти».

У класичній психоаналітичній теорії горе і втрата провокують неусвідомлювані спроби спотворити реальність, захиститися від неї. Відбувається це часто за допомогою таких механізмів психологічного захисту, як заперечення, витіснення, заміщення, раціоналізація тощо. Іншими способами впоратися з втратою З. Фрейд називав жалобу і депресію, розвиток психосоматичного захворювання, різного роду залежності. Також у даній теорії вказується, що, чим залежнішими та інфантильнішими були стосунки до втраченого об'єкта, тим імовірнішою реакція горя буде патологічною [36, с. 217].

Представник екзистенціального підходу В. Франкл розглядає ситуацію втрати як можливість актуалізувати цінність страждання і відкриття внутрішньої мудрості. У стражданні та скорботі В. Франкл бачив потенційний розвиток і посилення людської душі [42, с. 68].

Гештальттерапія наголошує на важливості вираження та прояву почуттів та емоцій у процесі горювання. Ключовим тут є процес усвідомлення та проживання почуттів у теперішньому моменті [3, с. 52].

О. Аврамчук доповнює класифікацію горя справжнім і демонстративним видами горя. У ситуації справжнього горя людина відчуває справжні переживання. У разі демонстративного характеру горя внутрішньо людина страждає значно менше, ніж демонструє це. Відбуватися це може як усвідомлено, так і неусвідомлено для самої людини. Метою такої поведінки може бути бажання відповідати очікуванням оточуючих або впоратися з почуттям провини. Однак відчуття внутрішньої байдужості до втрати може бути ознакою знаходження того, хто сумує, на стадії заціпеніння і шока. У цьому разі про демонстративне горе не йдеться [8, с. 210].

Т. Титаренко, підкреслює, що горе – це нормальний процес переживання травматичної для психіки ситуації. Одне з головних завдань у процесі допомоги тим, хто сумує, полягає у створенні умов для природного переживання цього стану і проходженні всіх стадій без придушення та ігнорування будь-яких емоцій і почуттів. Для цього великого значення набуває розмежування нормального і патологічного горя [27, с. 123].

У ситуації нормального переживання горя людина справляється з травмою, з часом починає жити звичайним життям. Час, протягом якого відбувається робота нормального горя, для кожного випадку визначається індивідуально. Патологічне горе або ускладнений синдром втрати призводить до різних психологічних проблем.

Ознаками нормального горя можна вважати [38, с. 190]:

- відсутність тривалого перебування на будь-якій стадії горя або будь-якого стану;
- поява будь-яких позитивних почуттів після півроку з моменту втрати або раніше;
- зниження інтенсивності горя. Виражений сум, плач, та інші прояви гострого горя поступово знижуються, і людина виходить на шлях повернення до

повсякденного життя, де думки про померлого не впливають на працездатність і продуктивність.

Деякими проявами патологічного горя можуть бути:

- неможливість і неприйнятність для себе радості та інших позитивних емоцій;
- відчуття закінченості і власного життя;
- уявлення, що гострий біль від втрати ніколи не мине;
- небажання припинення болю і страждання. Уявлення, що це єдине, що ще пов'язує того, хто горює, з померлим;
- ідеалізація образу померлого або ідентифікація з ним;
- зосередженість тільки на діяльності, пов'язаній з померлим. Відмова займатися чимось окрім цієї діяльності;
- тривала повна відстороненість від рідних і близьких.

Під час переживання горя людина може зупинитися на одній зі стадій горя. Симптоми і прояви, характерні для цієї стадії, можуть посилитися на тривалий час – у цьому випадку теж можна говорити про прояв ускладненого горя.

Тривалість переживання горя і його стадій індивідуальні та чітко не визначені. Однак якщо навіть через багато років втрата переживається досить інтенсивна, можна говорити про ускладнене горе [15, с. 68]:

- пригнічене горе – зовнішні усвідомлювані ознаки горя не проявляються. Замість них з'являються, наприклад, фізичні прояви, скарги на здоров'я;
- раптове горе – пов'язане з несподіваною втратою і нездатністю впоратися з цим сильним переживанням;
- неспроявлене горе внаслідок його відкидання – Відсутність переживань, заперечення факту втрати або заперечення своїх почуттів з приводу втрати тощо.

Переживання втрати індивідуальне й унікальне. Не існує універсального визначення чітких часових меж цього процесу або опису симптомів і реакцій, які проявлятимуться у всіх без винятку. Однак можна виокремити найзагальніші симптоми та стадії переживання втрати [43, с. 52].

С. О. Ставицька виділяє такі симптоми переживання втрати:

– фізичні симптоми: порушення дихання (переривчастість ритму дихання, утрудненість вдиху); прояви перевтоми; порушення апетиту та сну; іпохондрія та поява симптомів тієї хвороби, від якої померла людина.

– психологічні симптоми: почуття провини. Під час горя може переважати над іншими емоціями і почуттями; відчуття порожнечі й байдужості до навколишнього світу; постійні думки про померлого, можлива його ідеалізація, спотворене сприйняття його образу; дратівливість, злість; порушення в роботі пізнавальних процесів (пам'яті, уваги, мислення) [7, с. 219].

Виділяють стадії або завдання переживання горя, які є умовними, оскільки проявляються по-різному в різних людей і в різних культурах. Передбачається, що людина, переходячи від однієї стадії до іншої, справляється з горем.

Однак не визначено чітких меж між стадіями і в процесі роботи з подолання втрати людина може повертатися на вже пройдену стадію. На практиці в окремих випадках виявляється, що деякі стадії відсутні і не виражені [12, с.17].

Зроблений аналіз основних праць представників світового наукового товариства з теми переживання втрати близької людини дозволив розширити коло знань і, відповідно, понятійний апарат стосовно феномена горя.

Горе є універсальним переживанням всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього, що включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач. Визначено, що горе має надзвичайно важливе значення для психологічної адаптації людини. Воно дозволяє їй змиритися із втратою, адаптуватися до неї.

1.3. Психологічні стани осіб які переживають смерть близької людини

Після смерті близької людини може наступити період важких емоційних зрушень. У 60-ті р. Г. Е. Кублер-Росс [13, с. 98] прийшов до висновку, що вплив на особистість звістки про смерть має кілька стадій.

Перша стадія цього періоду, як правило, стадія шоку: трагічна звістка викликає жах, емоційний ступор, відстороненість від усього, що відбувається

або, навпаки, внутрішній вибух. Світ може здаватися нереальним: час у сприйнятті людини може прискорюватися або зупинятися, простір – звужуватися. Іноді людина в цьому стані проходить механічно через всі покладені ритуали, пов'язані з похоронами [19, с. 217].

Наступна стадія – стадія заперечення, яка характеризується невір'ям в реальність втрати. Людина переконує себе та інших в тому, що «все ще змінитися на краще», що «лікарі помилилися», що «це просто непритомність, і він скоро повернеться» і т. д. Свідомість не допускає до себе думка про чиясь смерть, воно цурається болю, яка загрожує руйнуванням, і не хоче вірити в те, що власне життя тепер теж повинна змінитися. У цей період життя нагадує поганий сон, і людина відчайдушно намагається «прокинутися», щоб переконатися в тому, що все залишилося як раніше.

Заперечення-це природний захисний механізм, що підтримує ілюзію про те, що світ буде змінюватися, слідуючи за нашими «так» і «ні», а ще краще – залишатися незмінним. Але поступово свідомість починає приймати реальність втрати і її біль, – як ніби до того порожній внутрішній простір починає заповнюватися емоціями [32, с. 59].

І тоді приходить третя стадія – стадія агресії, яка виражається у формі гніву, агресивності і ворожості по відношенню до оточуючих; звинувачення в смерті близької людини себе, рідних або знайомих, свого лікаря, Бога та ін. Перебуваючи на цій стадії зіткнення зі смертю, людина може загрозовувати «винним» або, навпаки, займатися самобичуванням, відчуваючи свою провину за подію [23, с. 219]. Бути з людиною, яка роздратована «несправедливістю життя», означає бути м'яким і податливим для його прикрощів, стати відкритим простором «в якому буря скоро вщухне» [4, с. 8]. Коли злість знаходить свій вихід і інтенсивність емоцій знижується, настає стадія депресії – туги, самотності, відходу в себе і глибокого занурення в правду втрати. І якими нестерпними не були б почуття провини, відчуття несправедливості і неможливості подальшого існування, все це – природний процес переживання втрати. Для деяких людей вихід з цього стану стає практично неможливим, проте

більшість, через певний час, здатні почати відновлювати своє життя, прийнявши те, що трапилося. І чим повніше людина дозволяє собі зробити це, чим більше вона готова впустити втрату в своє життя, тим легше їй прийняти смерть і в тій чи іншій мірі змиритися з нею. І якщо вона зможе відкрити своє серце горю, то у відповідь серце допоможе їй зрозуміти сенс цього горя і знайти прощення [11, с. 210]. Мабуть, саме на цю стадію припадає велика частина роботи горя, тому що людина, що зіткнувся зі смертю, має можливість крізь глибоку печаль і біль шукати сенс події, переосмислювати цінність власного життя, поступово відпускати відносини з померлим, прощати його і себе. У цьому сенсі печаль є продовженням творчого процесу пошуку себе і свого життя. Занурення в зневіру дає можливість побачити те, від чого людина так довго біг: це своєрідна зупинка, що дозволяє бачити ціле.

Вважається, що впоратися з виром можна тільки пірнувши до його початку: це пірнання і є стадія депресії, головне – вчасно з неї виринати. Люди, які досягли цього, проробляють великий шлях не тільки в оплакуванні втрати, але і в пошуку себе, свого зв'язку зі світом, причин і значення того, що сталося. Така внутрішня робота знаменує перехід до завершальної стадії горювання.

Як ми бачили вище, попередні стадії були пов'язані з опором смерті, а супутні їм емоції носили, в основному, руйнівний характер.

П'ята стадія горювання – це стадія прийняття смерті. Очевидно, існує кілька рівнів прийняття. Одним з поширених рівнів є покірність. Л. Шалман, називає її «комунікативний різновид депресії»; «ще одна втеча від страху, смерть перед смертю» [42, с. 215]. Іншим рівнем є розуміння, що зі смертю близької людини власне життя не втратила сенс, – вона продовжує мати свою цінність і залишається такою ж значущою і важливою, не дивлячись на втрату. Людина на цій стадії може пробачити себе, відпустити образу, прийняти відповідальність за своє життя, відбувається повернення собі себе самого. Переживання такого характеру можуть нести в собі нову ідею власного життя, переосмислення цінності буття і, в кінцевому підсумку, визнання мудрості і глибокого сенсу у всьому, що відбувається. З цієї точки зору смерть може дати нам не тільки

страждання, але і більш повне відчуття життя; подарувати переживання єдності і зв'язку зі світом, звернути людину до себе. Здається, що все дуже просто: всього п'ять кроків від шоку до повного прийняття смерті.

К. Сандерс виділила п'ять фаз процесу трауру – шок, усвідомлення втрати, вилучення збереження, зцілення та відновлення [28, с. 219].

Дж. Ворден вважає, що фази – це пасивний процес, який мають пройти горючій. На його думку, концепція завдань, що має бути вирішена, передбачає активні заходи. Вона співзвучна концепції Фрейда про роботу горя і передбачає, що людина, яка переживає втрату, може щось зробити (робота горя – термін, запропонований Фрейдом для опису внутрішнього і зовнішнього врегулювання, яке людина повинна провести після втрати). Також цей підхід передбачає, що на процес трауру можна впливати ззовні. Таким чином, людина, що переживає втрату, може розглядати етапи як щось, через що вона має пройти, або щось, що з нею відбувається, тоді як завдання дають «відчуття певного впливу і сподівання, що вона може щось активно робити, щоб пристосуватися до смерті коханої людини» [29, с. 8].

Існує обґрунтованість цих підходів – скорбота потребує часу (висловлювання типу «час лікує»), також істиною є те, що траур створює завдання, які повинні бути вирішені. Це може бути антидотом до почуття безпорадності.

Поступове вирішення цих завдань полегшить адаптацію до втрати. Незважаючи на те, що завдання не потребують вирішення в суворій послідовності, у їх визначеннях пропонується певне впорядкування. Розглянемо докладніше.

Завдання 1: прийняти реальність втрати. Повноцінне зіткнення з реальністю, усвідомлення того, що людина пішла і не повернеться. Цей процес потребує часу, оскільки включає когнітивне та емоційне прийняття. Традиційні ритуали, такі як підготовка до поховання, похорони та поминання, допомагають у прийнятті факту смерті [27, с. 218].

Завдання 2: опрацювати біль втрати (відкрите переживання втрати). Люди, які переживають горе, досить часто відчувають реальний фізичний біль та емоційний. Через біль треба пройти, не пригнічуючи його, від цього залежить тривалість переживання горя. Іноді суспільством стигматизується відкрита скорбота, як хворобливі прояви, тому оточуючі намагаються відволікати людину від її горя. Це призводить до заперечення або пригнічення болю, або його уникнення. Але біль може перейти в депресію і рано чи пізно його треба пережити.

Чим даліше від дня втрати, тим менше соціальної підтримки, тому краще пройти цей етап своєчасно [19, с. 210].

Завдання 3: пристосуватися до світу без померлого (формувати та розвивати вміння самотійно діяти в тих сферах життя, де вплив померлого був найбільш помітним). Існують три сфери, які потребують корегування, – «зовнішні корективи, або як смерть впливає на повсякденне функціонування людини у світі; внутрішні корективи, або як смерть впливає на почуття себе; і духовні зміни, або як смерть впливає на віру, цінності та припущення про світ» [18, с. 72].

Пристосування до світу без померлого починає відбуватися на 3-4 місяці після втрати, коли поступово приходить усвідомлення всього, що втрачено, адже ми не завжди віддаємо собі звіт, які ролі відіграє близька людина в нашому житті.

Один із аспектів цього завдання – прийняття на себе відповідальності за ті сфери життя, якими опікувався померлий, та розвивати нові навички. Розробити стратегію подолання втрати таким чином, щоб була користь, часто є частиною успішного завершення завдання.

Мало пристосуватися до нової соціальної ролі, треба ще пристосуватися до нового відчуття себе. Смерть впливає на самовизначення, почуття власної ефективності. Для жінок визначення ідентичності відбувається через стосунки та через турботу про інших, тому втрата близької людини означає втрату власної ідентичності. Близькі люди дають нам те, чого не вистачає в самосприйнятті – повагу, цінність, відчуття особливості. Втрата близької людини впливає на

почуття цілісності особистості, тому це може призвести до інтенсивної регресії, коли люди, що переживають втрату, сприймають себе безпорадними, неадекватними, нездатними і т. ін. Спроби виконувати непритаманні обов'язки не завжди є вдалим, тому впливають на зниження самооцінки. Коли ж все-таки є позитивні результати, то вони приписуються випадковості, долі, іншим людям, а не власним здібностям та зусиллям [7, с. 82].

Третій вид коригування – відчуття світу. Смерть кидає виклик фундаментальним життєвим цінностям і переконанням, які впливають на наше відношення з оточуючими, нашу освіту і релігію, наш досвід. Людина шукає сенс у втраті й змінюється, щоб повернути собі контроль над власним життям. Смерть коханої людини ставить під сумнів три припущення – світ є доброзичливим місцем, світ має сенс і людина сама є гідною [25, с.32].

Блокування третього завдання призводить до непристосованості до втрати. Відступати від світу, піддаватися власній безпорадності, не розвивати навички, які потрібні, – означає, що люди працюють проти себе. Від того, як виконано це завдання, залежить подальший прогрес або регрес – зміна обставин життя, перегляд репрезентативних моделей, переосмислення цілей. Людина сама може обирати: стане їй краще чи гірше.

Завдання 4: знайти незмінний зв'язок з померлими під час вступу в нове життя. Треба дати змогу людям, що переживають скорботу, бути пов'язаним з померлим, але таким чином, щоб це не перешкоджало продовжувати жити [8, с. 219].

Скорбота закінчується тоді, коли людина вже не має потреби активізувати образ померлого з перебільшеною інтенсивністю в повсякденному житті. Готовність до нових стосунків залежить не від відмови від померлого, а від установлення відповідного місця в психологічному житті, але таким чином, щоб там було місце і для живих. Ми можемо продовжувати мати те, що втратили, тільки треба зрозуміти, що трансформується любов до померлих. Ми не втратили роки життя з померлим, свій досвід, натхнення та цінності і можемо включати їх у своє подальше життя.

Четверте завдання не завершується, якщо ми залишаємося прихильними до минулого і не дозволяємо собі формувати нові емоційні зв'язки.

Горе – це природний, біологічно обумовлений процес, і, зазвичай, кожен з нас переживає його самотійно, не звертаючись за професійною допомогою. «Хоча втрати і є невід'ємною частиною життя, важкі втрати порушують особисті кордони і руйнують ілюзії контролю та безпеки» [42, с. 428]. Цей процес може спровокувати розвиток хворобливих реакцій, коли людина деякі етапи синдрому втрати переживає занадто довго. Досить часто такі «застрягання» відбуваються на гострій стадії горя, збільшуються і міцніють симптоми, притаманні цій стадії.

Сукупність симптомів при переживанні гострого горя є аналогічними посттравматичному стресовому розладу або іншому тривожному розладу [24, с.93]. Також треба зауважити, що основною причиною патологічного, ускладненого горя стають: раптова, трагічна загибель близької людини; ситуації невизначеності (безвісти пропав, не похований) [5, с. 217].

Концепція Е. Ліндемана лягла в основу досліджень, пов'язаних з психологічною допомогою при втраті та при роботі горя. Він запропонував такі основні положення феноменів горя:

1. «Гостре горе – це певний синдром з психологічною та соматичною симптоматикою» [11, с. 28].

2. «Цей синдром може виникати відразу ж після кризи, він може бути відстроченим, може явно не виявлятися або, навпаки, проявлятися в надмірно підкресленому вигляді» [11, с. 29].

3. «Замість типового синдрому можуть спостерігатися спотворені картини, кожна з яких представляє якийсь особливий аспект синдрому горя» [11, с. 29].

4. «Ці спотворені картини відповідними методами можуть бути трансформовані в нормальну реакцію горя, що супроводжується дозволом» [2, с. 4].

Е. Ліндемани описав симптоматику нормального горя, що стало фундаментом для подальших досліджень і перш за все знайшло своє

відображення в діяльності практичних психологів, як то у програмі гельштат-терапії [2, с. 34]:

1. Соматичні розлади, які характеризуються такими проявами як періодичні напади, «тривалістю від декількох хвилин до години зі спазмами в горлі, нападами задухи, прискореним диханням і постійною потребою зітхнути» [31, с.190]. Також констатується порушення апетиту та загальне знесилення. У той же час людина відчуває емоційну напругу та емоційну спустошеність, що призводить до емоційної самотності. Ще однією ознакою цього етапу є «зміни ясності свідомості: виникає легке відчуття нереальності того, що відбувається» [47, с. 8]. Тобто, цей період можна охарактеризувати як акцентуацію психічного та фізичного страждання.

2. «Поглинання образом втраченого» [15, с. 219], що має відмінною рисою деяку ілюзорність - як зорові, так і слухові галюцинації або їх поєднання. «Люди, які переживають горе, повідомляють, що чують кроки померлого, зустрічають його скороминущий образ у натовпі, впізнають знайомі запахи і т. ін.» [9, с. 5]. Тобто, втрачається межа між реальним і уявним світом.

3. «Почуття провини». Страждаючий не зовсім адекватно аналізує свою поведінку і вчинки по відношенню до померлого, перебільшуючи помилки і звинувачуючи себе в неуважності.

4. «Ворожі реакції» [23, с. 216]. Відносини з оточуючими характеризуються відчуженістю та, в деякій мірі, роздратуванням. «Ворожість іноді виникає спонтанно і виявляється незрозумілою для згорьованих. Деякі приймають її за початок майбутнього божевілля. Інші намагаються контролювати спалахи гніву, що вдається далеко не завжди. Постійні спроби тримати себе в шорах призводять до особливої манірної-натягнутої форми спілкування» [3, с. 9].

5. «Втрата колишніх, природних моделей поведінки». Проявляються різні форми дезорганізованості – надмірна, не цілеспрямована активність, намагання справитися з обов'язками померлого чергуються з втратою бажання і сенсу виконувати навіть елементарний хатній клопіт, або організовувати повсякденні справи.

6. «Ідентифікація з втратою». У висловлюваннях і вчинках людини з'являються риси поведінки померлого» [5, с. 9]. Така ідентифікація «стає наслідком поглиненості образом втраченого» [14, с. 219].

У дослідженнях, проведених Е. Ліндемманом, розділяється реакції горя на нормальні та спотворені картини – хворобливі реакції, кожна з яких репрезентує певне розуміння синдрому горя. Горювання визначається як природний процес, необхідний для того, щоб прийняти і пережити втрату. Переживання смерті близької людини наповнене дуже сильними, часом руйнівними, емоціями і тому часто призводить до тривалих або короточасних змін у структурі особистості.

Тривалість і інтенсивність переживання втрати у цілому, а також його стадій, дуже індивідуальна і залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх причин, наприклад, ступеня несподіваності смерті, її характеру, віку померлого, особливостей взаємин клієнта з ним, а також від особистих особливостей самого клієнта. Проте, одним з найбільш важливих показників, що визначають тривалість переживання втрати, є те, «наскільки успішно клієнт здійснює роботу горя, а саме: виходить із станів крайньої залежності від померлого, знову пристосовується до навколишнього світу, у якому втраченої особи більше немає, і формує нові стосунки» [21, с. 193]. Зазвичай, нормальне переживання втрати може тривати протягом 1 року. Проте, один із найбільших каменів перешкоди в роботі з горем – є намагання уникнути страждання, а також прагнення подавити або ігнорувати емоції, які проявляються під час горювання [9, с. 82].

Що стосується хворобливих реакцій горя, то на думку Е.Ліндемманна вони «є спотвореннями нормального горя. Однак, трансформуючись у нормальне горе, вони знаходять своє вирішення» [12, с. 92]. До хворобливих проявів він відносив відстрочені (відкладені) та спотворені реакції горя. Синдром відкладеного горя – це реакції із затримкою скорботи, іноді їх називають пригніченими, подавленими, або відкладеними реакціями скорботи.

Жінка може мати емоційні реакції на момент втрати, але вони пригнічуються з різних причин. Фактори які затримують переживання горя можуть включати: переключення уваги на негайні потреби (діти, побут т. ін.);

заборона на прояв емоцій, як внутрішня, так і зовнішня, в тому числі і стигматизація відкритої скорботи; неприйняття факту смерті тощо. Комплексні втрати, або багаторазові, також можуть призвести до синдрому відкладеного горя. Перевантаження психіки призводить до блокування емоційних проявів.

Ризики відкладеного горя для психічного та фізичного здоров'я є очевидними – це може бути гіперактивність, або її протилежність – тотальна втома, проблема зі сном, хвороби, високий рівень тривоги, інтенсивні невиражені емоції (наприклад, провина чи гнів), руйнівні спалахи, самоізоляція, депресія і навіть самогубство. Людина підсвідомо розуміє, що розум і тіло тримаються від болю та скорботи, але все ж таки гальмує здорове протікання та відпускання емоцій.

Спотворені реакції призводять до наступних змін: «підвищена активність без почуття втрати; поява у пацієнта симптомів останнього захворювання померлого; виникнення певного захворювання, а саме ряду психосоматичних станів; зміни у ставленні до друзів і родичів; нещадна ворожість проти певних осіб; втрата форм соціальної активності; шкода власному економічному і соціальному стану пацієнта; розвиток депресії» [23, с. 79].

Згодом дослідники розширили характеристики хворобливих реакцій горя. Дж. Ворден наголошує, що це, в першу чергу, складні реакції горя, а не ті що відрізняються від норми, тому що «у кожного свій досвід горя» і свої індивідуальні особливості [12].

Хронічне або тривале горе, яке триває протягом декількох років і людина відчуває, що вона знаходиться в періоді трауру, який і досі «не вирішений». Запобігти розвитку хронічного горя може вирішення основних задач горя, які були вже наведені нами раніше.

Реакції перебільшеної скорботи – коли людина переживає посилення нормальної реакції скорботи, або відчуває себе перевантаженою, або вдається до дезадаптивної поведінки. Клінічна депресія є одним з прикладів перебільшеної скорботи. Також спостерігаються тривожні розлади перший рік після втрати. Фобії, які виникають в контексті втрати близької людини, часто зосереджені на

предметі смерті. Розвиток алкогольної або наркотичної залежності також пов'язують з «застряганням» на певних етапах гострого горя [33, с. 215].

Пригнічене, або замасковане горе, яке не було відредаговане належним чином і проявляється у вигляді соматичних розладів або дезадаптивної поведінки. Також вчені відмічають прояв симптомів хвороби як у померлого, так звані «факсимільні хвороби» [3, с. 6].

На думку В. Ю. Меновщикова, горе, яке супроводжує смерть близької людини, – досить складний та тривалий процес, за допомогою якого людина працює з болем втрати, знову знаходячи себе. Також він наголошує, що «горе – це процес функціональної необхідності, але не слабкості» [17, с. 92]. Розглянемо критичні періоди більш детально:

«Перші 48 годин. Шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося». Це природна реакція на надзвичайні подразники та екстремальні події, що являє собою порушення компенсаторних функцій організму.

«Перший тиждень. Необхідність у проведенні похорону та інші клопоти заповнюють всі думки і почуття втрати може переноситися автоматично» [9, с. 230]. Ці навантаження призводять до фізичного знесилення та емоційної виснаги.

«Від 2 до 5 тижнів. Тут переважає почуття покинутості як з боку сім'ї, так і з боку друзів, що повернулися до своїх буденних справ після похорону». Це період, коли людина починає відчувати емоційну та соціальну самотність.

«Від 6 до 12 тижнів. На цій стадії знімаються всі наслідки шокowego стану і усвідомлюється реальність втрати». Цей період можна охарактеризувати втратою контролю над своїми емоціями. «Наведемо декілька прикладів – панічний страх, порушення сну, приступи плачу, загальна слабкість і втома, м'язовий тремор, зміни настрою, нездатність зосередитися, фізичні симптоми страждання, підвищена потреба говорити про загиблого, бажання побути на самоті і т. ін.» [21, с. 45].

«Від 3 до 4 місяців. Починається цикл «гарних та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації». Відмічається прояв, перш за все, негативних емоцій, таких як гнів та агресія. «6 місяців. Починається

депресія. Слабшає тяжкість пережитого, але не емоції. Річниці, дні народження, свята особливо важко переносяться, тому що з втратою одного з подружжя втрачаються частково сімейні традиції. Все це може знову викликати депресію» [16, с. 8]. Тобто, неможливість жити так як раніше, стикається з небажанням щось змінювати.

«12 місяців. Перша річниця з дня смерті – є травматичною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань» [18, с. 92].

«Від 12 до 24 місяців. Це час «розсмоктування». Біль втрати стає стерпним і людина, що пережила втрату близького, повільно повертається до колишнього життя» [23, с. 579]. Має місце своєрідне примирення з втратою і реорганізація життя.

Отже, існує ряд теоретичних моделей, які описують процес горя (теорії Еріка Ліндемана, Елізабет Кюблер-Рос, Ваміка Волкана, Джона Боулбі, Коліна Паркеса, Джорджа Поллока та ін.) і дають уявлення про фази процесу горювання, відмінність між гострою та хронічною стадіями горювання, форми ускладненого горя, типові симптоми горя і патологічні симптоми та певні комплекси симптомів горя, що є важливим для консультантів, які працюють з людиною, супроводжуючи її у скорботі. Розглянуто особливості психологічного консультування і психотерапії тяжкої втрати, у тому числі відповідно до стадій переживання горя.

1.4. Підходи та шляхи з надання психологічної допомоги особам, які переживають смерть близької людини

Для надання психологічної допомоги для людей котрі переживають смерть близької людини можна використовувати когнітивна-поведінкову терапію.

Завдання терапії полягає у з'ясуванні перешкод, які стоять до виконання завдань горя та їх усунення, в допомозі подолати конфлікт сепарації та в адаптації до життя без близької людини. Встановленню адекватного терапевтичному альянсу сприяє дозвіл пацієнту сумувати. Терапію варто

починати з контракту на 8-10 сесій, при умові що відсутня якась незвичайна ускладнена реакція. Частота сеансів 1-2 рази на тиждень [42, с. 5].

Обстеження та формулювання ускладненої втрати. Основна задача разом з пацієнтом дослідити надані значення втраті, поведінку, що блокує проходження завдань горя. На цій інформації ґрунтуватимуться підтримуючі цикли, в яких знаходяться конкретні мішені терапії. Велике значення має гарне діагностичне інтерв'ю з обов'язковим скринінгом психічних розладів та розладів II осі. Бо їх наявність часто робить людей схильними до ускладненої реакції. Тоді терапія звичайно триватиме довше і матиме план подолання супутніх розладів, відповідний рекомендованим протоколам КПТ. Варто дослідити попередній досвід втрат та тип реакції. Можна знайти заблоковані втрати в минулому або хронічне горе, а це матиме, безумовно, вплив на план терапії. Робити треба, як і усе, що пов'язаною із втратою вкрай обережно, поволі, запитуючи дозволу дослідити щось більш глибоше, одночасно з емпатією та співчуттям. Наведу приклад з молодою жінкою, що звернулась з тривожністю через страх зробити помилку на роботі. Її тривога з'явилась дуже різко і мала сильний прояв, майже зник сон [18, с. 93]. Сильний напад страху стався, коли вона почала виконувати нові обов'язки на роботі, а саме брати кров на дослідження. Тоді до неї прийшов маленький пацієнт, дитина 3-4 років, яка після проколу шкіри почала дуже сильно плакати. Цілком можливо, що ця ситуація активувала заблоковану втрату, що проявилось вкрай сильним дистресом. Адже, під час дослідження минулого ще на першій сесії з'ясувалось, що 3 роки назад, вона втратила дитину через зрив вагітності на 5му місяці, про що особливо в сім'ї не згадувалось. На наступних сесіях вона вирішила розповісти трохи більше і описала, як саме відбувся зрив вагітності. З медичних показань по вродженій ваді, яку виявили за допомогою УЗД, пацієнтці запропонували приймати препарат, що мав умертвити дитину в утробі. Наступним етапом було викликання штучних пологів. Але препарати не дали очікуваного ефекту і дитина народилась живою та кричала при народженні [19, с. 210]. Лікарі казали, що треба скоріш винести цю дитину, щоб не травмувати пацієнтку. Отримавши таку додаткову інформацію в мене виникла

гіпотеза про непрожиту втрату, що активувалась коли пацієнтка брала кров та почула, як плаче дитя. Таким чином, в цілі терапії було додано інтеграцію втрати. До речі, в цієї пацієнтки в анамнезі є ще одна втрата – смерть чоловіка, внаслідок інсульту. Вже через тиждень після його похорон вона нічого не відчуваючи, поїхала відпочивати в санаторій і місяць навіть не згадувала про те, що сталося. Вже після повернення вона мала період трауру та опрацювання болю. Певно в неї сталась дисоціація на горе, що відстрочило його початок.

Важливо також пам'ятати і тримати фокус терапії на узгодженому плані, адже деколи пацієнт ненавмисно може уникати болісних тем, переключаючи увагу та виносячи на порядок денний інші проблеми. В такому випадку варто м'яко нагадати про цілі терапії та при необхідності додати нові для опрацювання їх в майбутньому. Так само як і при інших розладах слідкувати за станом в динаміці та пам'ятати про можливість не діагностованих проблем. Психоедукація є дуже важливою частиною, добре її провести також родичам пацієнта. Це можна зробити через інформаційні буклети або лист до рідних, який пише пацієнт разом з терапевтом після психоедукації [42, с. 53].

Мотивація до терапії, до завдань горя може бути вкрай низькою через втрату сенсу життя, небажання жити без померлого. Особливо низькою вона може бути при супутній депресії. В такому випадку корисними будуть мотиваційні втручання. Деколи може бути необхідна медикаментозна допомога, зокрема антидепресанти.

Корострокова терапія. Можна провести приклад досвіду про короткострокову психотерапію, яка була проведена з однією пацієнткою.

Це була тендітна жінка середнього віку. Зватиму її Луїзою. Її сімейний лікар був упевнений, що вона паранаїдна та психотична особистість. Дізнавшись про те, що симптоми з'явилися у неї після смерті сина, він направив її до мене. Коли я вперше зустрів Луїзу та її чоловіка в моїй приймальні, їхнє страждання було очевидним. Вони міцно трималися за руки. Я запросив Луїзу до себе в кабінет, і вона відразу ж вибухнула потоком зізнань, які розкривали суть «брудної гри» [42, с. 69].

Після того, як Луїза заспокоїлася, вона розповіла мені наступну історію. У неї було два одружені сини; молодший нещодавно загинув, коли летів власним літаком. Його дружина була з ним у літаку, проте не отримала жодних травм. Пацієнтка висунула версію про те, що нещасний випадок влаштувала невістка, хоча авіаційні служби втомлено вили, що подія стала результатом необережності її сина. Це був не єдиний злочин, у якому Луїза звинувачувала свою невістку.

Вона найняла детектива, щоб отримати відомості про невістку, перевірити результати розтину та звіти про нещасний випадок. Вона зі повідомила, що не спала ночей, намагаючись розгадати таємницю. Чоловік Луїзи намагався переконати її, що невістка навряд чи розробляла план вбивства сина, оскільки шлюб був щасливим. Більше того, якщо невістка хотіла, щоб літак зазнав аварії, вона б не полетіла на ньому.

Під час первинного інтерв'ю Луїза вільно обговорювала свою версію "брудної гри". Поки вона говорила, я почав розуміти, що смерть сина воскресила якісь про минулі конфлікти, пов'язані з втратою, і що Луїза сама колись виявилася жертвою подібної гри [39, с. 14].

У Луїзи були старші та молодші братися, і вона була єдиною дівчинкою у великій родині. У дитинстві її окружали, в основному, хлопчики. Коли їй було тринадцять років, один із братів помер від розриву апендикса. Мати Луїзи, поглинута смертю сина, була невтішна. Як єдина дівчинка в сім'ї Луїза взяла на себе клопіт по дому та турботу про братів. Ніхто її не помічав у сім'ї; коли вона закінчила школу, близькі навіть не з'явилися на церемонії вручення атестату.

Таким чином, Луїза вважала себе жертвою несправедливостей — жертвою брудної гри: навіть подібна спортивна лексика відбиває той факт, що в дитинстві її пригнічували хлопчики. Вона могла пристосуватися до свого становища, зробивши добродійницею людства. Після закінчення школи вона у свої двадцять років пішла працювати і відкладала більшу частину своєї зарплати, щоб допомогти заплатити за операцію, необхідну іншому братові. Вона вийшла заміж за невибагливого чоловіка, що оточив її материнською турботою, якою Луїза була обділена у дитинстві. У них було два сини. Вона не змінювала свого

життєвого стилю альтруїстки «спочатку - іншим, а потім - собі». Вона відгородилась цією ширмою від свого обурення тим, що її рідна мати нехтувала нею.

Смерть сина ожила у Луїзи почуття провини, що виникла у дитинстві. Однак ця вина у всіх її сенсах була надто велика, щоб Луїза могла усвідомити її. Базовий сценарій залишився недоторканим: жінка була відповідальна за аварію літака, що спричинило смерть її чоловіка, і через проєктивну ідентифікацію Луїза призначила на роль «убивці» своєї невістки. Тому Луїза прийшла лише на короткострокову терапію [42, с. 53].

Способи вирішення. Підняти на рівень свідомості почуття провини, пов'язане зі смертю брата, і почуття гніву на матір — цього було достатньо, щоб допомогти Луїзу в переживанні скорботи. Почався нормальний процес горювання. Після другої річниці смерті сина вона надіслала мені листа. У цю річницю вся її сім'я, включаючи вдову сина, влаштувала церемонію на згадку про загиблого. Це поминання позначило завершення переживання горя, і Луїза більше не потребувала допомоги.

Психологи розробили метод лікування, названий «терапією повторного переживання горя», метод, здебільшого складний, що не враховує внутрішній світ людини і зосереджений на реакціях на конкретну втрату. Необхідно підбирати пацієнтів, які розуміли, що вони «застрягли» у горі. В. Волкан концентрувався виключно на втрачених взаєминах пацієнтів, на їх спогадах про померлого, на їхніх реакціях на окремі моменти смерті, на похорон і таке інше.

Способи вирішення. Натхненний роботою з Алісою, В. Волкан почав просити скорботних приносити фотографії померлих юдей. Фотографії та згадки про смерть допоможуть тим, хто втратив відверто говорити про те, ким були померлі, і що вони означали для них [5, с. 92].

Все це було спробою послабити вплив померлої людини для того, щоб скорботний не проводив років у розігруванні старих битв. Поряд із фотографіями не які пацієнти стали приносити й інші предмети, торі, як вони відчували,

передавали якусь психічну правду про втрачені взаємини. Іноді це були предмети, яких вони виявляли байдужість.

У фокусі лікування залишалися сполучні об'єкти. Терапія повторного переживання горя, як правило, займає від двох до чотирьох місяців, під час яких строго чи з пацієнтом відбуваються три-чотири рази на тиждень. Інтенсивність такого лікування залежить від характеру матеріалу, з яким маєш справу. Кандидатів на повторну терапію переживання горя потрібно відбирати з обережністю. Вони повинні мати достатню психологічну силу, щоб витримати тривогу, спричинену цим процесом. Найбільш придатні для повторного переживання горя пацієнти вічноскорботні, що живуть з активною надією знову на жаль діти втрачених людей, але все ж бояться повторного возз'єднання. Динаміка поглинених горем може частково збігатися в деяких випадках; якщо депресія не закріпилася, такі кандидати можуть успішно повторно переживати горе. Якщо перше лікування не дає успіху, необхідно надати тривалу психотерапію, націлену на більш значні психологічні зміни [35, с. 190].

Повторне переживання горя. Насамперед, терапія проводить діагностичне. інтерв'ю, щоб виявити причини, з яких пацієнт не здатний сумувати і при цьому брати до уваги як втрати, понесені пацієнтом у дитинстві, і ті, які привели його до терапевта. Терапевт також намагається зрозуміти, чи є у пацієнта інтроекція або якась болісна ідентифікація та певний сполучний об'єкт, проте не відкриваючи пацієнту своїх намірів.

Оскільки пацієнт поглинений втраченою людиною, однією з початкових цілей терапії повторного переживання горя є надання йому допомоги у проведенні відмінності між ним і тим, хто пішов із життя. Наприклад, пацієнт каже про різкий лист, який він отримав від батька незадовго до його смерті. Пізніше на сесії пацієнт починає критикувати себе, несвідомо повторюючи словами батька. Терапевт вказував на схожість критичних висловлювань і прощу пацієнта відокремити його почуття від батьківських [42, с. 57]. Такий підхід допомагає розплутувати зв'язки скорботного з втраченою людиною.

Парадоксально, але при цьому одночасно посилюються почуття провини, гніву та смутку, оскільки факт смерті стає більшим реальним.

Далі терапевт спонукає пацієнта говорити про втрату, повернення до обставин останньої хвороби або нещасного.

Поступово пацієнт починає усвідомлювати власну амбівалентність і розуміти, що його туга щодо відновлення втрачених відносин врівноважується прагненням до звільнення з них. Замість прямого переконання пацієнта у тому, що така двоїстість є нормальною, терапевт повідомляє це пацієнту швидше за допомогою своєї неї нейтральної позиції та емпатії. Емпатичні зауваження підштовхають пацієнта до необхідності розібратися в тому, чому він поперемінно хоче щось «воскресити» втрачену людину, то «звільнитися» від неї. На цьому етапі пацієнт починає відчувати гнів, а також іншими способами проживає минулий досвід, пов'язаний зі втратою і втраченою людиною віком. Пацієнт починає повторно переживати горе.

Після того, як значна частина емоцій виражена, терапевт просить пацієнта принести на зустріч сполучний об'єкт. Пацієнт приносить його, але спочатку як би ігнорує об'єкт. Як правило, пацієнт уподібнює сполучний об'єкт магічної скриньці, що містить у собі конфліктні взаємини [7, с. 95]

Сполучний об'єкт може викликати справжні емоційні бурі, про що тривають тижнями. Спочатку почуття змішані, потім вони диференціюються, і терапевт із пацієнтом можуть виділити почуття гніву, провини, каяття, печалі тощо. Як тільки сполучний об'єкт втрачає свою могутність, пацієнт похмурніє і готовий завершити оплакування втрати. Пацієнти роблять фінальні кроки для того, щоб звільнитися від відносин, наприклад, відвідують могилу (якщо вони ніколи цього не робили) або вигадують інший спосіб вшанувати пам'ять втраченої людини. Протягом усього процесу сні пацієнта є тією ниткою, яка вказує на етапи повторного переживання.

Ритуал називання. Лікування передбачає, що з втрати є ім'я, назва; тільки в цьому випадку її можна оплакати. Цей принцип говорить також про те, що ситуацію горя важливо розповідати, тому що в ній багато деталей і багато енергії,

лише розповідаючи історію, можна створити контекст для співчуття. Розуміння горювання як нелінійного процесу. Важливо пам'ятати про те, що в ході цього процесу внутрішнє життя змінюється: на початку людина переживає душевний хаос з переважаючими негативними почуттями, а наприкінці виникає відчуття, що деякі частини внутрішнього світу ніби перебудувалися, склалися в нову структуру [19, с. 43].

Людині здається, що вона цілком справився з горем і може продовжувати нормальне життя, але хворобливі переживання можуть застати зненацька. Спогади про втрату несподівано наринуть протягом відповідальних переговорів на роботі, змусять плакати під час поїздки на природу або раптом поринуть у себе посередині загальних веселощів. Ця особливість горювання ще раз підкреслює те, що душевне життя протікає за своїми законами, не підкоряючись свідомій логіці, і має власну динаміку.

У роботі з горем завжди є точка прориву. Це означає, що в процесі психологічної допомоги при роботі з горем людина може раптом почати виявляти якісь позитивні аспекти свого досвіду, пов'язаного з втратою, і поряд з почуттям втрати в її суб'єктивному переживанні починає з'являтися почуття світлого смутку та прийняття. Якщо у горя є точка початку, значить, у нього має бути і закінчення, але для того, щоб цей процес завершився конструктивно, людині, яка горить, потрібно відчувати розуміння і прийняття з боку близьких. В рамках психологічної допомоги має бути створено такий простір, який дозволив би горю розв'язатися, вилитися, висловитися, вирватися назовні, а так як горе, здебільшого, це страх, гнів, вина, образа [15, с. 63].

У роботі з горем завжди є точка прориву. Це означає, що в процесі психологічної допомоги при роботі з горем людина може раптом почати виявляти якісь позитивні аспекти свого досвіду, пов'язаного з втратою, і поряд з почуттям втрати в її суб'єктивному переживанні починає з'являтися почуття світлого смутку та прийняття. Якщо у горя є точка початку, значить, у нього має бути і закінчення, але для того, щоб цей процес завершився конструктивно, людині, яка горить, потрібно відчувати розуміння і прийняття з боку близьких. У

рамках психологічної допомоги має бути створено такий простір, який дозволив би горю розв'язатися, вилитися, висловитися, вирватися назовні, а оскільки горе, здебільшого, це страх, гнів, вина, образа, страждання, біль і сльози, то все ці почуття повинні мати можливість бути прийнятими - дбайливо, обережно і з увагою.

Ще одним принципом є зв'язок між горем і співтовариством. Горіння дійсно завжди в тому чи іншому сенсі приходить до спільноти, оскільки переживання втрати вимагає, з одного боку, підтримки від інших людей, а з іншого, - пошуку свого місця в світі, що суб'єктивно змінилося після втрати. Проходячи через втрату і самотність, людина більше починає цінувати зв'язок з іншими людьми, з спільнотою, яка, своєю чергою, допомагає йому відгорювати [19, с. 23].

І останній принцип, який можна виділити при роботі з горем в рамках психологічної допомоги - пам'ятати не тільки про обмеженість, кінцівку і смертність, але і про безмежність, вічність і циклічність. Проживання втрати крок за кроком, етап за етапом, урок за уроком готує нас до того, щоб на завершення цього шляху побачити ті зміни, заради яких, можливо, ми зіткнулися з цим непростим і часом майже нестерпним досвідом. Саме тому позитивне значення проходження через втрату досягається не на початку шляху, коли біль та сльози застилають очі, а лише у його завершенні.

Таким чином, будь-яка втрата - це частина нашої душі, жива і тремтяча, з якою ми змушені розлучатися часто не з власної волі, відриваючи її від себе, а разом з нею - все те, чому вже не судилося збутися. Втрата завжди стикає нас з тим, чого ми так ретельно уникаємо – з кінцівкою, смертністю, мінливістю та неконтрольованістю. І в цьому – біль втрати. Але, приймаючи це страждання і продовжуючи жити, ми можемо виявити, що втрата занурює нас на таку глибину власної душі, про яку ми навіть не припускали і там, глибоко всередині, ми можемо зустріти джерело, що допомагає витримати нестерпне і впоратися з непоправним; джерело, що дає нам не тільки право жити в світі, де є втрати, але й бути здатними з вдячністю приймати всі їхні дари, вірячи в мудрість життя і

довіряючи її течії. Це знання так само, як і багато інших уроків - зворотний бік втрати і роботи горя.

Висновки до розділу 1

Значним чинником для тимчасово переміщених осіб є регулювання соціально-політична стабільність та адаптація населення до змін у соціально-політичному та економічному середовищі.

На сьогоднішній день, перед державою гостро стоїть завдання застосування, наявних адаптаційних механізмів з метою якнайшвидшого входження переміщених громадян у суспільство з початком війни в Україні.

Отже, ситуації втрати стають атрибутом існування сучасної людини у зв'язку з ціннісними трансформаціями, соціально-політичною нестабільністю, кризовими явищами в економічній сфері, військовими конфліктами тощо. Відомо, що одним із найскладніших викликів для людини є переживання горя і втрати. Вони є стресогенними для індивідів незалежно від соціального, гендерного, вікового статусу. Загострення уваги на катастрофах і втратах в національному та глобальному інформаційному просторі поєднується з не пропрацьованістю цієї проблематики на рівні суспільної свідомості. Наразі відсутні навички осмислення того, як люди долають переживання втрати і як оточення можуть допомогти їм у цьому.

У внутрішньо-переміщених осіб завжди є більш сильна мотивація для активних дій, тому що ці люди вимушені починати своє життя спочатку, бо назад, до комфортного життя, яке було вдома, вже немає вороття. В англійській мові є прислів'я «do or die» (перек. «зроби або помри»), саме так можна характеризувати мотивацію внутрішньо-переміщених осіб, як у прямому, так і переносному сенсі. З самого початку озброєного конфлікту їм постійно необхідно робити важливі життєві вибори: переїжджати, чи залишитись у небезпеці, працювати на кількох роботах, щоб забезпечити своє існування на

новому місці чи повертатись до небезпечної території, не здаватись не дивлячись на складнощі, чи опустити руки та заливати горе алкоголем.

Кожна людина сама робить свій вибір. Але у суспільства, та зокрема у психологів є можливість допомогти та зробити процес адаптації більш швидким та легким.

Таким чином, було проаналізовано теоретичні підходи до переживання горя і втрат, показано специфіку переживання втрати близької людини у внутрішньо переміщених осіб.

Підкреслено, що у кожного перебіг горя є індивідуальним, як і прийняття втрати. Вказано на особливості горювання в ситуаціях втрати дитини, перинатальних втрат, у разі дитячих втрат (близьких або сиблінгів).

Процес психологічної реабілітації та соціальної адаптації ВПО до нового середовища є складним етапом у їхньому житті. Для продуктивного інтегрування індивіда в нове суспільство й подолання можливих труднощів важливим є своєчасне надання психологічної допомоги. Визначення психологічних проблем, що виникають в осіб із таким особливим статусом у процесі їхньої адаптації, а також вивчення соціально-психологічних чинників суб'єктивного благополуччя ВПО, розкриття їхньої комунікативно-інтерактивної природи є необхідною передумовою для реабілітаційної діяльності психолога з особами цієї групи з підвищення рівня їхньої якості життя.

Таким чином, психологічна реабілітація та соціальна адаптація ВПО в умовах війни на основі досвіду України є складним і важливим процесом. Війна негативно впливає на психічний стан цих осіб, спричиняючи стрес, травми, депресію і тривогу. Особливо психологічної підтримки й реабілітації потребують діти, які є найбільш вразливою категорією серед ВПО.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ СМЕРТЬ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ

2.1. Організація емпіричного дослідження та обґрунтування застосування дібраних психодіагностичних методик

У цій роботі ми спробували провести теоретичне і феноменологічне дослідження переживання внутрішньо переміщеними особами втрати близького як системного, багатокomпонентного переживання, що має формально-динамічні та змістовні аспекти.

Ми систематизували та проаналізували вітчизняні та зарубіжні дослідження, присвячені психології втрати.

Для опису переживання внутрішньо переміщеними особами переживання втрати як стадіального процесу змін у внутрішньому світі людини було розроблено відповідний понятійний апарат. Сформульовані та обґрунтовані поняття: «внутрішньо переміщена особа», «втрата близького», «втрата як духовне випробування», «психологічний образ втрати», «психологічний зв'язок із минулим», «подійно-рефлексивний та духовно-рефлексивний рівні переживання втрати».

Нами досліджено процес переживання внутрішньо переміщеними особами втрати на подієво-психологічному та духовно-психологічному рівнях осмислення життєвих подій. Крім виявлення індивідуальних особливостей перебігу процесу (наявності «підйомів» як переходу більш високий рівень осмислення), виявлено підсумки переживання втрати кожному рівні: на подієво-психологічному рівні - «психологічний образ втрати», на духовно-психологічному - «переживання втрати як духовне випробування». Спільним результатом переживання на обох рівнях є новоутворення «психологічний зв'язок із минулим».

Було визначено систему умов, які впливають індивідуальні особливості процесу переживання втрати.

Ми також розробили методичний інструментарій, який, на нашу думку, дає можливість зібрати інформацію про процес і результат переживання втрати, особливості хворобливих переживань, що є важливим для подальшої психотерапевтичної допомоги.

Практична значущість дослідження полягає у можливості побудови на основі зроблених нами висновків стратегії максимально ефективної психологічної допомоги за рахунок точного визначення актуального стану людини, визначення хворобливих переживань та ресурсних областей.

Мета роботи. Дослідити особливості прояву у внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз наявної літературної бази щодо назви дослідження.
2. Сформувати емпіричну вибірку відповідно до вимог до психологічного дослідження.
3. Проаналізувати емоційний стан внутрішньо переміщених осіб, стійкість до стресостійкості та соціальної адаптації.
4. Дослідити особливості переживання горювання у внутрішньо переміщених осіб.
4. На основі отриманих результатів сформувати корекційну роботу щодо профілактики появи негативних психологічних чинників у вимушено переміщених осіб, які переживають смерть близької людини.
5. Визначити практичне значення результатів проведеного дослідження.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань буде використано комплекс методів: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація для розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми; спостереження, опитування для унаочнення

процесу адаптації в нових соціальних умовах у тимчасово переміщених жінок; емпіричні методи.

Під час проведення дослідження щодо вивчення, прояв психологічних чинників у вимушено переміщених жінок:

1. Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса (до та після пропрацювання).

2.«Шкала самооцінки та оцінки тривожності» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна).

3.Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

4. Шкала депресії PHQ.

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювались серед внутрішньо переміщених осіб. В емпіричному дослідженні взяли участь 50 осіб віком 19-22 роки, які пережили смерть близької людини.

Етапи та організаційні форми дослідження.

Перший етап: організаційно-підготовчий. Досліджувалась проблема, визначалися актуальність, напрями емпіричного дослідження, формувалися його теоретико-методологічні засади та організаційні форми.

Другий етап: формування основних груп піддослідних, початок емпіричного дослідження та процесу апробації результатів.

Третій етап: аналіз емпіричних даних. Формування основних методів та методик дослідження.

Четвертий етап. Перевірялася практична значимість одержаних результатів. Узагальнення результатів дослідження; формулювання положень, що виносяться на захист.

Достовірність отриманих результатів і обґрунтованість зроблених висновків забезпечувалися сформованою теоретико-методологічною основою, використанням методів і методичного інструментарію, адекватних його предмету, гіпотезі, завданням, репрезентативністю вибірки, змістовністю аналізу-встановлених фактів, залежностей, детермінацій, доцільним є застосуванням емпіричних даних.

Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса (до та після пропрацювання).

Методика «Самооцінка емоційних станів» - опитувальник, розроблений американськими психологами А. Вессманом та Д. Ріксом та використовується для самооцінки самопочуття та емоційного стану людини на момент обстеження.

Опитувальник складається із чотирьох шкал, а кожна шкала містить 10 тверджень. Твердження шкал розташовані за спадною, від полюса позитивного емоційного стану (10 балів) до полюса негативного емоційного стану (1 бал).

Для того, щоб оцінити власний емоційний стан, випробуваного просять обрати відповідне твердження. Порядковий номер твердження відповідає кількості балів, набраних за шкалою. Шкали опитувальника: «Спокій – тривожність», «Енергічність – втома», «Піднесеність – пригніченість», «Почуття впевненості в собі – почуття безпорадності».

Обробка та інтерпретація результатів

Вимірювання в методиці проводиться за 10-бальною (стінною) системою. В цілому, чим вище обраний бал, тим ближче стан випробуваного до позитивного полюса кожної шкали (і навпаки).

Вимірюються такі показники:

- П1 (показник) - С (самооцінка) «Спокій - тривожність» (індивідуальна самооцінка - П1 - дорівнює номеру судження, обраного випробуваним з даної шкали. Аналогічно виходять індивідуальні значення за показниками П2, П3, П4);
- П2 – 3 «Енергічність – втома»;
- П3 - 3 «Піднесеність - пригніченість»;
- П4 - 3 «Почуття впевненості у собі - почуття безпорадності»;
- П5 - С - сумарна за чотирма шкалами оцінка стану: $I5 = I1 + I2 + I3 + I4$, де I1, I2, I3, I4 - індивідуальні значення за відповідними шкалами.

«Шкала самооцінки та оцінки тривожності» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна).

З метою з'ясування рівня особистісної (стійка характеристика людини) та ситуативної (реактивної) тривожності, ми застосували методику «Шкала самооцінки та оцінки тривожності» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна). Спочатку

виявлялася самооцінка рівня особистісної тривожності. Методика містить 20 тверджень, для кожного з яких слід вибрати одну із запропонованих позицій: майже ніколи, іноді, часто, майже завжди.

Далі виявлялася самооцінка рівня ситуативної тривожності. За певних обставин ситуативна тривожність може перерости на особистісну, тобто стати стабільною властивістю особистості. Вона містить 20 тверджень, для кожного з яких слід вибрати одну із запропонованих позицій: зовсім ні, мабуть ні, мабуть так, правильно.

Застосування цієї методики дозволяє визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності: низька тривожність (сума менше ніж 30 балів), помірна тривожність (сума 31-45 балів), висока тривожність (46 і більше балів).

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

Що ми вкладаємо у поняття «стресостійкості»? Це здатність організму витримувати стрес. А що таке «стрес»? Це реакція організму у відповідь на якісь зміни умов життя.

Прийнято вважати, що стрес виникає лише за настання негативних подій: смерть близької людини, розлучення, втрата роботи, конфлікти тощо. Це помилка. Будь-які зміни, як позитивні, і негативно забарвлені, є тим механізмом, який запускає реакцію стресу. У психології ці зміни і фактор, що впливає, джерело стресу, називаються подразником або стрессором.

Як тільки з'являється стрессор, створюється критична ситуація, тобто як раніше жити ми вже не можемо, а як далі — поки що не вміємо. Це називається дезадаптацією. Таким чином, у нашому житті з'являється стрес — спроба організму якось адаптуватися до нових умов.

Розвиток стресу та пристосування до нього проходить кілька стадій:

- стадія мобілізації чи тривоги. Ще її називають аварійною стадією. У цей час відбувається мобілізація всіх захисних функцій організму та ресурсів.

- стадія резистентності чи стійкості. Ще називають стадією опору. Якщо причину стресу на першій стадії не вдалося усунути, впоратися з нею, то організм

перебудовується та починає витрачати дорогоцінні ресурси на боротьбу зі стресором. Організм працює на знос.

– стадія виснаження. Людина впадає в заціпеніння. Він не здатний адекватно оцінювати обстановку та приймати якісь рішення. Діє на "автопілоті".

Проходження кожної стадії стресу залежить від:

- рівня стійкості (резистентності) організму;
- інтенсивності та тривалості впливу стресора;
- особистісної значущості чинника стресу в людини;
- адаптивної гнучкості.

Виходячи зі всього сказаного, стрес присутній у нашому житті завжди, інша справа — як ми реагуємо на нього і виходимо із ситуації без шкоди для організму та психіки. Чим усвідомленіша людина, тим вища у нього стресостійкість.

Зазвичай використовують «Методику визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге» (Holmes, Rahe, США, 1967).

Бланк тесту містить список психотравмуючих подій повсякденного життя за останній рік, що мають різне емоційне забарвлення та значущість, кожна з яких оцінюється за 100-бальною шкалою. Якщо будь-яка ситуація виникала частіше за один раз, то бали слід помножити на вказану кількість повторів.

Це один із варіантів бланка визначення рівня стресу та стресостійкості. У літературі можна зустріти кілька варіантів списку, адаптованих різними авторами.

Інструкція до тесту

Постарайтеся згадати всі події, що трапилися з Вами протягом останнього року, і підрахуйте загальну кількість «зароблених» очок.

Тестовий матеріал

Результат тесту

Менше 150 балів – більша опірність стресу. Мінімальний ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність, незалежно від її спрямованості та характеру, тим ефективніша, чим вищий рівень стресостійкості. Це дає

можливість говорити про управлінську діяльність як таку, що має сильний стресогенний характер. Підвищення рівня стійкості до стресів особистості прямо і безпосередньо веде до продовження життя.

150-199 балів – висока опірність. Енергія та ресурси не витрачаються на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Тому будь-яка діяльність оцінюваного, незалежно від її спрямованості та характеру, стає ефективнішою. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність як таку, що має стресогенний характер.

200-299 балів – порогова опірність. Стійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій у житті. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії та ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність як таку, яка мало носить стресогенний характер. Віруюча людина, як правило, більш стресостійка завдяки своїй внутрішній здатності до духовного самообмеження і смиренності.

300 і більше – низька (ранимість). Особистість змушена левову частку своєї енергії та ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Велика кількість балів – це сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку. Отже, необхідно терміново зробити щонебудь, щоб ліквідувати стрес. Якщо сума балів понад 300, то оцінюваному загрожує психосоматичне захворювання, оскільки він близький до фази нервового виснаження.

Шкала депресії PHQ

Шкала депресії PHQ – модуль, або кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів, «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта» (Patient Health Questionnaire, PHQ), який зараз застосовується в діагностиці окремо від основного опитувальника.

Втім, шкала депресії PHQ може також використовуватися і в комплексі великого опитувальника Patient Health Questionnaire, який є удосконаленою версією методики PRIME-MD, яка нині застаріла.

Опитувальник Patient Health Questionnaire, або PHQ, був розроблений для діагностики п'яти різних розладів командою фахівців у рамках освітнього гранту компанії Pfizer Inc. У створенні PHQ брали участь доктори Роберт Шпіцер (Robert L. Spitzer), Джанет Вільямс (Janet B.W. Williams), Курт Кронке (Kurt Kroenke) та ін.

Методика виявилася досить гнучкою і набула поширення. А згодом кластер Patient Health Questionnaire щодо виявлення депресивних симптомів був виділений в окремий опитувальник, нині відомий як PHQ-9, або шкала депресії PHQ.

Сьогодні кожен кластер Patient Health Questionnaire може бути використаний самостійно і часто модуль PHQ-9 застосовується для діагностики депресії окремо.

Клінічна значущість шкали депресії PHQ-9

Згодом шкала депресії PHQ-9 набула дуже широкого поширення як у клінічній, так і в лабораторній практиці.

Так як PHQ-9 став дуже затребуваним інструментом для оцінки та моніторингу ступеня тяжкості депресії, це посприяло розробці нової шкали оцінки тривоги, що містить 7 питань – GAD-7 (рус. ГТР-7). Спочатку цю методику розробляли для діагностики генералізованого тривожного розладу (звідси її назва: GAD-7, Generalized Anxiety Disorder).

Після визначення діагнозу на основі PHQ, необхідно відповісти на наступні питання, щоб визначити тактику ведення та лікування.

Чи були викликані наявні симптоми соціально-психологічним стресом?

Яка тривалість наявного порушення і чи не отримував пацієнт лікування вже?

У якому ступені симптоми пацієнта знижують рівень або його звичайну активність?

Чи є подібні епізоди в анамнезі пацієнта та чи були вони виліковані?

Чи немає у пацієнта сімейного анамнеза подібних розладів?

Визначення ступені тяжкості депресії по шкалі PHG-9. Цей показник розраховується шляхом присвоєння значень 0,1,2 та 3, категоріям відповідей «Не хвилювало», «Наскільки днів», «Більше половини часу», «Майже кожний день» відповідно. Загальний результат по шкалі PHG-9 після підрахунку балів буде знаходитися в діапазоні від 0 до 27. В нашому випадку загальна сума балів по шкалі PHG-0 буде дорівнювати 16. Суми у 5, 10 та 20 балів являють собою границі значень для легкої, помірної, середньої тяжкості та тяжкої депресії відповідно.

GAD-7: Тяжкість Тривоги. Показники розраховуються шляхом присвоєння значення 0, 1, 2 та 3, категоріям відповідей «Не тривожило», «Декілька днів», «Більше половини часу та «Майже кожен день. Результат по шкалі GAD-7 буде знаходитися в діапазоні від 0 до 21. Суми в 5, 10, 15 та 20 балів – це границі для легкої, розміреної, середньої тяжкості та тяжкої відповідно. Результати по шкалі PHG-15 в 5, 10 та 15 балів – це границі для легкої, середньої та вираженої тяжкості соматичної симптоматики відповідно (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Результати PHG-9 та відповідні лікувальні процедури

Результати	Тяжкість	Лікувальні процедури
0-4	Мінімальна	Нема
5-9	М'яка	Нагляд, повтор PHG-9 в динаміці
10-14	Помірна	План лікування, який включає консультування, нагляд в динаміці та фармакотепію
15-19	Середня тяжкість	Активне лікування: фармакотерапія або психотерапія
20-27	Тяжка	Негайний початок психофармакотерапії. При тяжких порушеннях або поганій реакції на терапію – прискорити напрям психотерапії.

2.2. Дослідження переживання смерті близької людини у внутрішньо переміщених осіб (констатувальний етап)

Першою ми дослідили методику для респондентів котрі знаходяться в тимчасово переміщених місцях та які втратили близьку людину. Для них характерними є прояв тривожних станів, вони не впевнені у собі, стан неспокою у завтрашньому дні, недовірливість та зневіра. Також у зв'язку із наявною ситуацією у тимчасово переміщених осіб є агресивні прояви, присутні бажання помститися, незадоволеність у наявній ситуації та інші негативні риси. Менше серед тимчасово переміщених осіб які втратили близьку людину проявляється почуття фрустрації та ригідності.

Для даної категорії наявним є переживання неминучості ситуації, розгубленість, безвихідність, не віра у власні сили. Вони важко зближуються з людьми та дуже насторожено відносяться до навколишньої ситуації.

Методику емоційного стану Уессмана-Рікса ми використали для самооцінки самопочуття та емоційного стану людини на момент обстеження. Для того, щоб оцінити власний емоційний стан, випробуваного попросили обрати відповідне твердження. Відповідно відповіді були віднесені до певної шкали опитувальника: «спокій – тривожність», «енергічність – втома», «піднесеність – пригніченість», «почуття впевненості в собі – почуття безпорадності». Результати були занесені до Табл.2.2. та Рис.2.1.

Таблиця 2.2.

Результати проведення Методики самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса у тимчасово переміщених осіб котрі пережили смерть близької людини

Шкали	Відсоток
спокій	32,5
тривожність	67,5
енергічність	25,5
втома	75,5

Продовження табл.2.2.

піднесеність	32,4
пригніченість	67,6
почуття впевненості у собі	40,7
почуття безпорадності	60,3



Рис. 2.1. Результати проведення методики самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини

По отриманим даним, ми бачимо що серед тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини переважають почуття тривожності – 32,5%, втома – 75,5%, пригніченість – 67,6%, почуття безпорадності – 60,3%.

І хоча тривожність, як риса особистості, проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій, вона є суб'єктивним проявом неблагополучного стану особистості. Високий рівень тривоги можуть мати люди з підвищеним рівнем домагань або занадто низькою самооцінкою, що, у свою чергу, тісно пов'язане з конфліктністю особистості. Також у тимчасово переміщених жінок наявні прояви втоми, пригніченості, почуття тривожності як результату наявних обставин втрати близької людини.

У табл. 2.3 та рис. 2.2 було проведено тестування рівня особистісної (стійка характеристика людини) та ситуативної (реактивна тривожність як стан) тривожності, за адаптованим варіантом методики «Шкала самооцінки та оцінки тривожності» (за Ч.Спілбергом, Ю. Ханінім).

Таблиця 2.3.

Показники рівня особистісної та ситуативної тривожності у тимчасово переміщених осіб котрі пережили смерть близької людини

Тривога	Рівні		
	низький	середній	високий
Ситуативна тривожність	25,3	25,7	49
Особистісна тривожність	25,5	38,7	35,8



Рис. 2.2. Показники рівня особистісної та ситуативної тривожності у тимчасово переміщених осіб котрі пережили смерть близької людини

Аналіз отриманих емпіричних даних у тимчасово переміщених, котрі пережили смерть близької людини, показав, що високий рівень ситуативної тривожності мають 49 опитуваних, 25,7% – помірний, та 25,3% жінок мають низький рівень ситуативної тривожності. Що стосовно особистісної тривожності,

то 25,5% опитуваних мають низький рівень тривожності, у 38,7% опитуваних помірний рівень особистісної тривожності, а високий рівень особистісної тривожності мають 35,8 % опитуваних (див. табл. 2.3).

Опитувані, котрі знаходилися в умовах окупації, змогли спостерігати багато стресових чинників, котрі відбувалися з початку війни, такі як: понівечені тіла, обстріл та наступ окупантів, розрушені домівки, приниження, знаходження у бомбосховищах без води, їжі, зв'язку із зовнішнім світом, фізичне та моральне насилля. Все це може мати негативний вплив на процес адаптації тимчасово переміщених жінок.

Для цього ми використали «Методику визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге» (Holmes, Rahe, США, 1967).

Бланк тесту містить список психотравмуючих подій повсякденного життя за останній рік, що мають різне емоційне забарвлення та значущість, кожна з яких оцінюється за 100-бальною шкалою. Піддослідних просили згадати всі події, що трапилися з ними протягом останнього року, і підрахувати загальну кількість «зароблених» очок.

Результати представлені в Табл. 2.4. та на Рис.2.3.

Таблиця 2.4.

Результати проведення Методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге»

Опірність стресу	Відсоток
Велика опірність стресу	15,8
Висока опірність	25,2
Порогова опірність	40,5
Низька опірність	18,5



Рис. 2.3. Результати проведення Методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге»

По отриманим результатам ми бачимо, що у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини, переважає висока та порогова опірність стресу – 40,5%, низька опірність складає 15,8%. На низькому рівні у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини знаходиться велика опірність – 15,8%.

У опитуваних, котрі пережили смерть близької людини, низька (ранімість) призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії та ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Велика кількість балів – це сигнал тривоги. Отже, необхідно терміново зробити що-небудь, щоб ліквідувати стрес.

У опитуваних із великою опірністю стресу, мінімальний ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність, незалежно від її спрямованості та характеру, тим ефективніша, чим вищий рівень стресостійкості. Це дає можливість говорити про діяльність як таку, що має сильний стресогенний характер. Підвищення рівня стійкості до стресів особистості прямо і безпосередньо веде до продовження життя.

У опитуваних із високої опірністю, енергія та ресурси не витрачаються на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають у процесі стресу. Тому будь-яка діяльність оцінюваного, незалежно від її спрямованості та характеру, стає ефективнішою. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність як таку, що має стресогенний характер.

Після проведення обстеження та інтерпретації отриманих результатів, ми встановили, що у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини, спостерігається поступова адаптація до різних стресогенних чинників у всіх досліджуваних підгрупах. Дана реакція є нормальною фізіологічною реакцією на травматичну подію, яка стала затяжною і пояснюється адекватними компенсаторними механізмами у здорових людей.

Під час індивідуального спілкування з респондентами встановили, що для них найважливішим було перемістити у безпечні умови своїх рідних, подбати про дітей «тут і тепер» (забезпечити їхню безпеку, сон, харчування, тепло, гігієну).

Для дослідження особливостей прояву депресивних симптомів у внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть близької людини, було використано «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта» (Patient Health Questionnaire, PHQ), який зараз застосовується в діагностиці окремо від основного опитувальника. Опитувальник Patient Health Questionnaire, або PHQ, був розроблений для діагностики п'яти різних розладів.

Результати опитування представлені в табл.2.5. та на рис.2.4.

Таблиця 2.5

Результати дослідження «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта»

Рівень порушення	Обстежено (n=35)	
	Абс. ч.	%
Легкий стан	6,3	20,8
Середній стан	13,4	45,6
Тяжкий стан	11,5	35,5



Рис. 2.4. Результати дослідження «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта»

Проаналізувавши результати опитування, ми можемо бачити, що у опитуваних переважає середній стан розладу, тяжкий стан мають 24,6% осіб та легкий стан – 20,8% опитуваних. Для осіб із проявом середнього стану необхідно звернути увагу на наявність значимого розладу, а наявність важкого стану у осіб вказує на те, що в даному випадку наявний активний розлад. На питання «наскільки ця проблема зробила для вас тяжким виконання вашої роботи, турботу про дім та можливість ладнати з іншими людьми?», ми отримали наступні результати у табл. 2.6. та на рис.2.5.

Таблиця 2.6.

Наскільки ця проблема зробила для вас тяжким виконання вашої роботи, турботу про дім та можливість ладнати з іншими людьми?

Відповідь	Обстежено (n=35)	
	Абс. ч.	%
Зовсім не важко	6,5	15,5
Небагато важко	10,3	35,7
Дуже важко	9,2	25,8
Надзвичайно важко	9,5	25,5

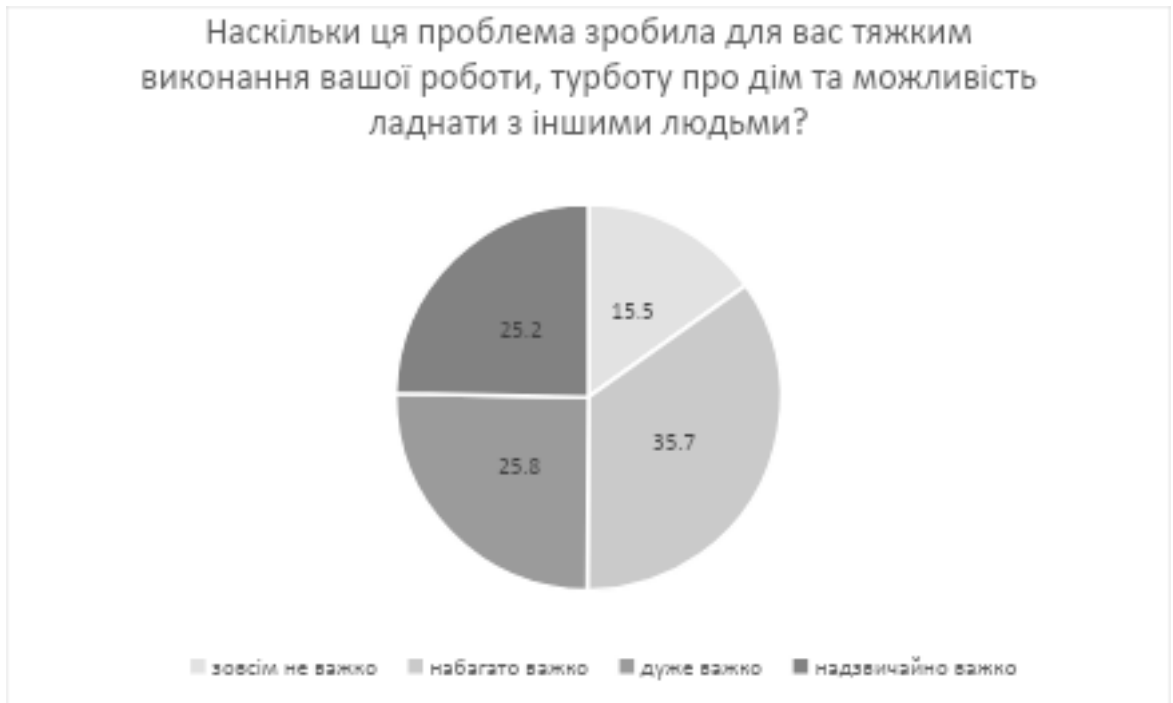


Рис.2.5. Наскільки ця проблема зробила для вас тяжким виконання вашої роботи, турботу про дім та можливість ладнати з іншими людьми?

Це єдиний пункт, котрий відображає суб'єктивну оцінку пацієнтом тяжкості його стану, загальну оцінку погіршення його життя, пов'язаного із наявністю того або іншого симптому.

Ця оцінка може бути потрібна при прийнятті рішення про начало лікування.

Отримані дані показали, що для 25,8% ця проблема зробила для вас тяжким виконання вашої роботи, турботу про дім та можливість ладнати з іншими людьми дуже важкою та ще для 25.2% надзвичайно важкою. Ще 35,7% відповіли, що проблема зробила виконання справ набагато важкою, та 15,5 % відповіли, що зовсім не важко.

Після визначення діагнозу на основі PHG, піддослідні відповіли на наступні питання, щоб визначити тактику ведення та лікування. Результати представлені на рис. 2.3-2.6.



Рис. 2.6. Результати питання чи були викликані наявні симптоми соціально-психологічним стресом?

Отже, ми бачимо, що наявні симптоми були викликані соціально-психологічним стресом у 63,4% опитуваних, ще 30,6% не можуть визначитися. Та 10% вважають, що не мають наявні симптоми викликані соціально-психологічним стресом.

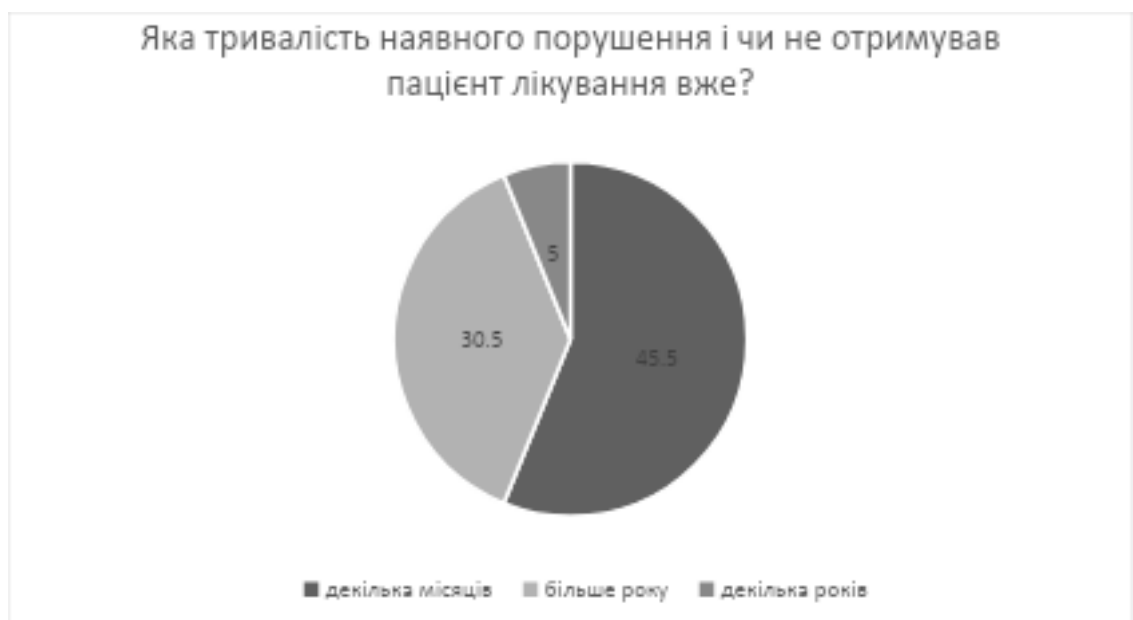


Рис. 2.7. Яка тривалість наявного порушення і чи не отримував пацієнт лікування вже?

По отриманим даним ми бачимо 45,5% опитуваних вважають, що тривалість наявного порушення декілька місяців, більше року порушення

присутні у 30,5 % опитуваних та декілька років наявність порушення мають 5% опитуваних.

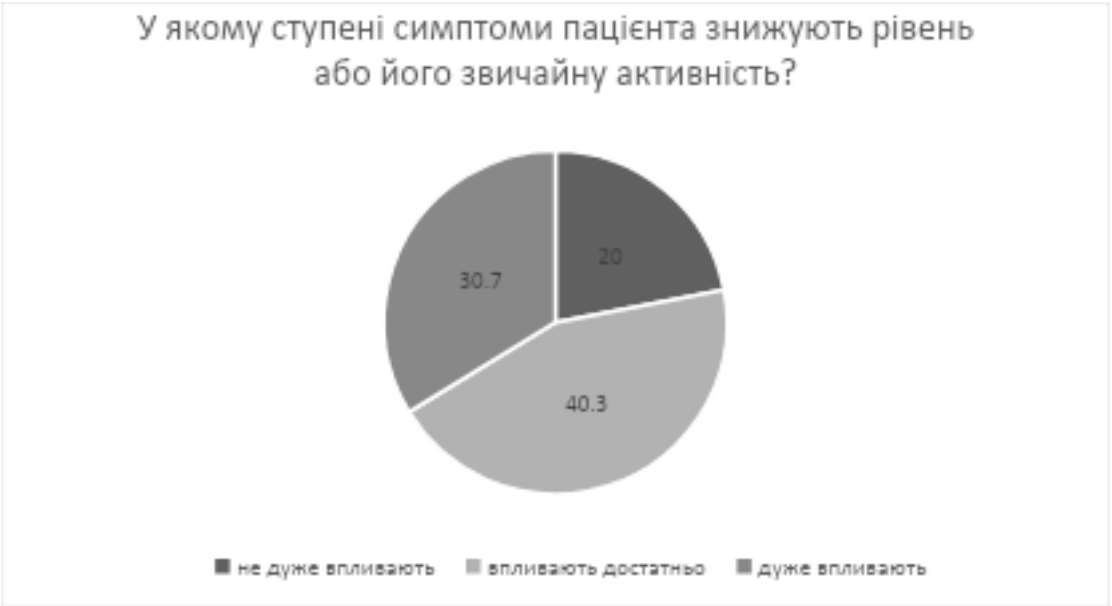


Рис. 2.8. У якому ступені симптоми пацієнта знижують рівень або його звичайну активність?

По отриманим результатам, ми бачимо, що у 40,3% симптоми пацієнта впливають достатньо на його звичайну активність, у 30,7% симптоми дуже впливають на звичайну діяльність та не дуже впливають у 20%.



Рис. 2.9. Чи є подібні епізоди в анамнезі пацієнта та чи були вони виліковні?

Отже, результати показали, що у 40,5 % не було подібних епізодів в анамнезі, у 30,5 % були та успішно вилікувалися, ще у 20 % були, але досі не вилікувалися.



Рис. 2.10. Чи немає у пацієнта сімейного анамнезу подібних розладів?

По отриманим результатам 35,8% опитуваних сказали, що у них немає у пацієнта сімейного анамнезу подібних розладів, 45,2 % вважають що їм важко сказати та ще 10% у їх близьких були подібні анамнези.

Далі, ми окремо визначили прояв у піддослідних ступеня тяжкості за такими шкалами: депресія, тривога, тяжкість соматичних розладів. Результати представлені на рис. 2.11.

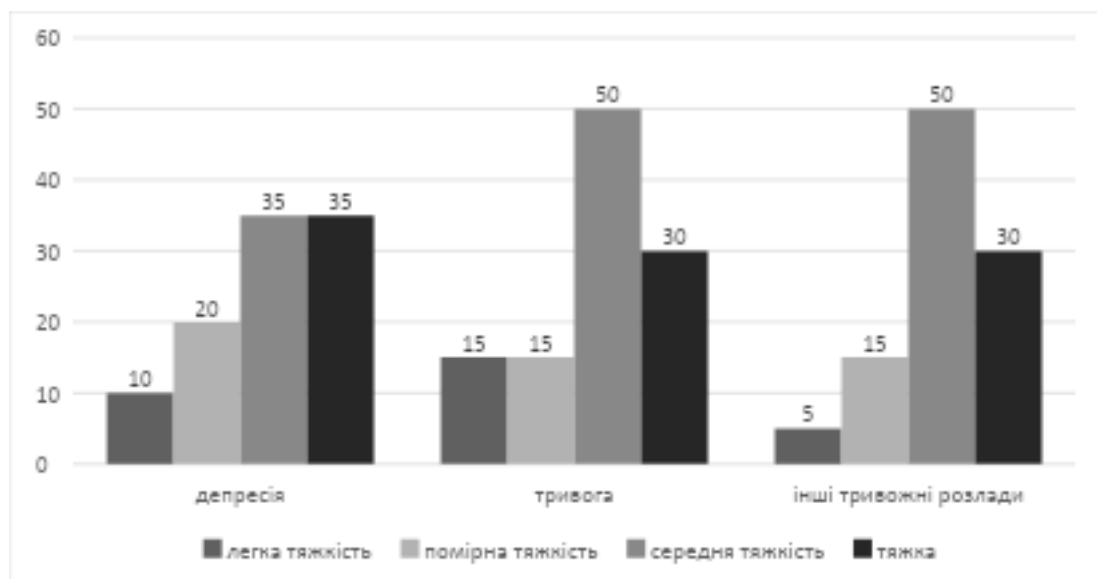


Рис. 2.11. Результати прояву у піддослідних ступеня тяжкості за шкалами

По отриманим результатам ми бачимо, що у піддослідних переважає середня тяжкість переживання депресії та тяжка – 35,5%. Переживання тривоги також має тяжкий рівень – 40,5%, середній рівень – 20%. Інші тривожні розлади – соціофобії, панічного розладу та посттравматичного стресового розладу переважають у середній формі у 50% піддослідних.

2.3. Програма психологічної допомоги, що спирається на техніку когнітивно-поведінкової психотерапії (КПП)

З метою підвищення адаптаційного потенціалу пацієнтів через втрату в умовах подолання соціального стресу (ПТСР) було створено програма психологічної допомоги, що спирається на техніки когнітивно-поведінкової психотерапії (КПП)

Програма психологічного супроводу пацієнтів включала такі блоки:

- діагностичний: встановлення терапевтичних відносин із клієнтами;
- базовий: психокорекція типових порушень, що виявляються у внутрішньо переміщених осіб; використання поступового впливу протягом всієї психотерапії;
- спеціалізований: психокорекція порушень, специфіка яких обумовлена локалізацією та характером травми;
- формування індивідуальних релаксаційних навичок у клієнта;
- навчання ефективного вираження емоцій.

Допомогти клієнтам ідентифікувати та справлятися з цілим рядом емоцій (дозволяє змінювати негативні чи марні думки про психічну травму):

- розповідь про травму, в якій клієнти описують свої особисті травматичні переживання; володіння навичками спогадів про травму в природних умов клієнта, щоб подолати уникнення ситуацій, які вже не небезпечні, але які нагадують йому про початкову психічну травму;

– контрольний: допомагає клієнту відновити імпульс розвитку та охоплює будь-які інші навички, які потрібні йому для припинення психотерапії.

Програма КПП включала: діагностику факторів, що беруть участь у психічній адаптації при втраті близької людини; навчання технікам зняття больового синдрому; зниження рівня тривожності та стабілізацію емоційного тла; формування адекватного ставлення до хвороби; навчання стратегіям подолання стресу та соціальної підтримки.

Основний етап КПП проводився в амбулаторних умовах (10 занять, 1,0 год. кожне, 3 заняття на тиждень). Поведінка та емоції при втраті близької людини обумовлені не так зовнішнім впливом, скільки надалі – їх когнітивною інтерпретацією та поведінкою, яка може бути наслідком дезадаптивних та дисфункціональних автоматичних думок, установок та інших показників [2, с. 5].

Особливе місце у структурі переживань внутрішньо переміщених осіб займає больовий синдром, вираженість якого може призвести до розвитку в нього тривожних, депресивних чи дисфоричних реакцій [6].

Психологічна робота з больовим синдромом ґрунтувалася на техніках когнітивно-поведінкової психотерапії та проходила в кілька етапів:

- інформування пацієнта про особливості емоційного стану, про взаємозв'язок з фізичним навантаженням;
- корекція та переоцінка значущості симптомів;
- регуляція емоційного дистресу та робота з домінуючими емоційними станами (депресія, тривога, агресія тощо);
- генерування ресурсних емоційних станів, корекція поведінки шляхом перемикання уваги на емоційно-позитивні стимули, з активізацією діяльності, що приносить задоволення;
- навчання технік майндфулнес;
- робота над якістю життя-цінності, цілі, поведінкова активація.

А саме: повідомлялося клієнту, що симптоми ПТСР поширена реакція на дуже тяжкі події:

- детально розглянуто індивідуальну картину ПТСР та роз'яснювалося клієнту характер найтривожніших для нього відчуттів;
- пояснювалося, що використовувані клієнтом засоби підходять для усунення стресу повсякденного життя, проте в екстремальному випадку вони лише хроніфікують стрес;
- повідомлялося, що профілактика включає повну переробку травми та зміна умов.

Усі пацієнти навчалися технікам майндфулнес (розвиток інших відносини з втратою, прийняття втрати) використанням дихальним технікам і когнітивним технікам роботи з болем за допомогою її споглядання, відчуття, уявного розкладання на компоненти, зміщення фокусу.

Для полегшення стану внутрішньо переміщених осіб використовувалися техніки травматичних спогадів та імагінативна рескрипція, «когнітивного структурування», прийом «вентиляції емоцій». Велика увага приділяється створенню робочого альянсу між пацієнтом, його родичами, медичним персоналом та психологом [16; 18; 20].

Для полегшення емоційного стану при втраті близької людини використовувалися прийоми: методика «інверсії можливостей», прийом «когнітивної переробки» та «переструктурування», десенсибілізація, при необхідності -визнання, оплакування, відпускання втрати та її прийняття.

У пацієнтів було виділено такі ірраціональні установки, що призводять до емоційних порушень: довільні висновки, виборча неуха; надмірні узагальнення, перебільшення чи применшення; нездатність поглянути на себе із боку (пацієнт вимагає від себе неможливого); дихотомічне мислення «чорно-білі судження» (все чи нічого, добре чи погано); висока повинність.

На стадії нашого дослідження пацієнт виявляв занепокоєння своїм майбутнім, можливими проблемами у професійній та міжособистісної сфери. «Масований стрес під час опіку руйнує сформовані взаємодії між індивідуальними особливостями різних рівнів, що надає негативний вплив на розвиток хвороби та компенсацію дефекту. Проте подолання психологічних

наслідків втрати може вивести людину на новий рівень функціонування. Змінюючи, людина проходить через спектр різноманітних можливостей, знаходячи в результаті свою цілісність [7]».

На даному етапі проводилася робота з почуттям безпорадності та безнадійності, підготовка хворого до нової соціальної ситуації життя після втрати. Проводилось виправлення когнітивних помилок, що є у хворого, використовувалися прийоми роз'яснення - логічний, емпіричний та прагматичний диспут, сократівський діалог (що використовуються в роботі з дисфункціональними думками і переконаннями), а також техніки «пролонговане занурення в уяві», «віддалення», «виявлення тригерів, що повторюються спогадів та емоцій», «декатастрофізація», «тренінг управління тривогою», «когнітивне переструктурування», техніка «мобілізація надії».

Наведемо приклади технік когнітивно-поведінкової психотерапії (КПП), які ми використовували у програмі психологічної допомоги.

Пожвавлення травматичних спогадів та когнітивне переструктурування.

Найважливіше завдання терапії – стимулювати клієнта до складання повного та детального опису травматичного досвіду. Існує два варіанти цієї процедури: пожвавлення травматичних спогадів у присутності терапевта та з його допомогою, та самостійне складання письмової розповіді [1].

Цей прийом сприяє інтеграції розрізнених спогадів про втрату, що відновлює дисоційовані фрагменти спогадів, допомагає виявити когнітивні оцінки травми; емпірично спростовує уявлення деяких клієнтів про те, що вони «збожеволіють», «втратять контроль над собою» чи «помруть», якщо детально обмірковуватимуть трагічну подію.

Після ретельного обґрунтування процедури клієнту надається інструкція пожвавлювати травматичну подію у своїй свідомості, намагаючись створювати як можна більш реалістичні образи та підключати власні думки та почуття з приводу того, що відбувається. Потім клієнта просять дати словесний опис події, залишаючись зараз.

Допомагаючи клієнту, терапевт ставить запитання: «Що ви зараз бачите?», «Що ви зараз відчуваєте?», «Де ви відчуваєте це відчуття?», «Які ви відчуваєте? думки миготять у голові?» Під час розповіді клієнта просять оцінити рівень емоційного дискомфорту за 10-бальною шкалою. Цей прийом допомагає виявити найгарячіші точки.

У ході вправи психолог та клієнт виявляють та обговорюють когнітивні оцінки та переконання, пов'язані з втратою. Використовуються техніки когнітивного переструктурування, які допомагають клієнту навчитися відстежувати власні когнітивні процеси, оцінювати реалістичність думок, зважувати аргументи «за» і «проти», конфронтувати з ними в внутрішньому діалозі.

При подальшому виконанні вправи на пожвавлення травматичних спогадів клієнт включає альтернативні інтерпретації подій. При з'єднанні цих процедур дотримується певний баланс: необхідно розпізнати неадекватну когнітивну оцінку і змінити її в ході розповіді, водночас опис повинен залишатися якомога ближче до реальності, щоб пробудити відповідні емоції.

При самостійній роботі клієнта з травматичними спогадами просять написати виклад із максимальною кількістю деталей події, включаючи кольори, запахи, звуки, тактильні відчуття, почуття та думки, і прочитати цей опис вголос. Терапевту слід поцікавитися тим, які частини спогадів викликають найважчі почуття. Клієнт може повернутися до цих болючих точок оповідання в дещо байдужій чи відстороненій манері. У цьому випадку терапевт може відзначити, що клієнт намагається якнайшвидше «пробігти» крізь певні спогади, а потім попросити його повернутися і перечитати ці частини історії повільно, сконцентрувавшись на почуттях та думках, пов'язаних з цим моментом.

Пролонговане занурення в уяві.

Клієнти з ПТСР переконані, що вони не винесуть тяжких думок, почуттів та образів, які повертаються настільки часто саму серцевину травматичних спогадів та стимулює клієнта практикуватися в тривалому зануренні в них на сеансі за допомогою терапевта.

Терапевт знову звертається до написаної розповіді та просить клієнта повільно читати його вголос, зосереджуючись на кожній деталі. Прочитавши, постраждалий оцінює власну тривогу за шкалою "суб'єктивного дистресу" від нуля (немає тривоги) до 10 балів (паніка).

Очікується, що з кожним новим прочитанням тривога знижуватиметься. Відзначити, що спочатку, коли клієнт не дозволяє собі відволікатися або якимось інакше уникати травматичних спогадів, тривога може зростати.

Як домашнє завдання можна рекомендувати щодня читати опис травматичної події протягом 30 хв.

Один із варіантів занурення в уяві — це «переписування сценарію» (М. Smucker, С. Dancu), він починає уявляти більш сприятливий фінал.

Виявлення тригерів повторюваних спогадів та емоцій.

Для зниження інтенсивності симптомів повторного переживання травми клієнту допомагають краще диференціювати сенсорні стимули, пов'язані із втратою, і ті, з якими він стикається у повсякденному житті. Процедура потребує наступних кроків:

1. Ретельно дослідити ситуації, у яких виникають ці симптоми, та встановити пускові стимули. Вони можуть не мати семантичного зв'язку—освітлення, дотики, рухи, запахи.

2. Детально обговорити подібність та відмінність стимулів минулого та сьогодення.

Тренінг керування тривогою.

Багато клієнтів з ПТСР переповнені тривогою. Дихальна релаксація, відволікання уваги на опис простих об'єктів допомагають справлятися з нею. Наприклад, клієнту дається інструкція «Описати» колір кожного предмета в кімнаті», щоб відволікти від тривожних переживань.

Техніки управління тривогою не повинні використовуватися під час сеансів з процедурою занурення.

Когнітивне переструктурування.

На сеансі та при виконанні домашніх завдань клієнт повинен виявляти та реєструвати негативні думки, пов'язані із втратою близької людини.

Деякі переконання типу "Світ - небезпечне місце", "Я безпорадний", "Зі мною щось не так», «Щоб бути в безпеці, я мушу знати все напевно».

Терапевт допомагає оскаржити ці тривожні думки, використовуючи традиційні для когнітивно-поведінкової терапії питання: Яка реальна ймовірність того, що все це знову станеться? Що треба зробити, щоб довести, що ви не безпорадні? Що назвав би ваш найкращий друг як ваші найкращі сторони? Існує безліч речей, які ви не знаєте напевно, то чому ж ви вважаєте, що для безпеки ви обов'язково повинні знати все досконально?

2.4. Результати запровадження системи психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, які переживають смерть близької людини

Після проведення корекційної програми щодо профілактики внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть близької людини, було проведене формувальний експеримент.

Результати самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса показали результати, які ми внесли до Табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Результати проведення Методики самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса у тимчасово переміщених осіб котрі пережили смерть близької людини після проведення програми корекції

Шкали	Відсоток
Спокій	60,7
тривожність	30,3
Енергічність	60,5
втома	30,5

Піднесеність	60,5
пригніченість	30,5
Почуття впевненості у собі	50,5
почуття безпорадності	40,5

Після проведення методики самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини після проведення програми корекції, ми бачимо, що підвищилися такі показники: Спокій – 60,7%, енергитичність – 60,5%, піднесеність – 60,5%, почуття впевненості у собі – 50,5%.

Знизилися такі показники як: тривожність – 30,3%, втома - 30,5%, пригніченість – 30,5%, почуття безпорадності – 40,5%.

По отриманим даним, ми бачимо, що серед тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини, переважають Спокій – 60,7%, енергитичність – 60,5%, піднесеність – 60,5%, почуття впевненості у собі – 50,5%.

Далі ми дослідили, як змінилися рівень особистісної (стійка характеристика людини) та ситуативної (реактивна тривожність як стан) тривожності в табл. 2.8., за адаптованим варіантом методики «Шкала самооцінки та оцінки тривожності» (за Ч.Спілбергом, Ю. Ханіним) після проведення корекційної програми.

Таблиця 2.8

Показники рівня особистісної та ситуативної тривожності у тимчасово переміщених осіб котрі пережили смерть близької людини після проведення корекційної програми

Тривога	Рівні		
	низький	середній	високий
Ситуативна тривожність	35,2	35,2	20,6

Особистісна тривожність	45,3	35,7	20
-------------------------	------	------	----

Після проведення корекційної програми у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини, ми бачимо, що значно знизився рівень особистісної та ситуативної тривожності. Результати показали, що низький рівень ситуативної тривожності підвищився до 35,2%, а рівень особистісної тривожності підвищився до 45.3%.

Після проведення корекційної програми у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини, ми бачимо, що змінився рівень стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге.

Таблиця 2.9

Результати проведення Методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге» у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини після проведення програми

Опірність стресу	Відсоток
Велика опірність стресу	30,2
Висока опірність	25,8
Порогова опірність	10
Низька опірність	5

По отриманим результатам ми бачимо, що у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини, після проведення корекційної програми знизився рівень стресу.

Порогова опірність стресу – 10%, низька опірність складає 5%. На високому рівні у тимчасово переміщених осіб, котрі пережили смерть близької людини знаходиться велика опірність – 30,2% та висока опірність 25,8 %.

Результати прояву у піддослідних ступеня тяжкості за шкалами після проведення програми у піддослідних показали наступні результати.

Таблиця 2.10

**Результати прояву у піддослідних ступеня тяжкості переживання
втрати близької людини за шкалами**

Шкала	Легка тяжкість	Помірна тяжкість	Середня тяжкість	Тяжка
Депресія	20,8	30,2	35,6	15,4
Тривога	25,3	15,7	40,5	10,5
Інші тривожні розлади – соціофобії, панічного розладу та постравматичного стресового розладу	30,2	15,8	35,5	10,5

По отриманим результатам ми бачимо, що у піддослідних після проведення корекційної програми змінився рівень тяжкості переживання синдрому втрати. Рівень депресії знизився до 15,4%, тривоги – до 25,3% та інших тривожних станів – до 30,2%. Тобто проведена програма психологічної допомоги мала позитивний ефект на емоційний стан у внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть близької людини.

Висновки до розділу 2

Нами було проведено дослідження внутрішньо переміщених осіб, що переживають смерть близької людини.

Особи даної категорії, на момент опитування почували себе спустошено, відчували тривогу та страх за своє життя та за життя близьких людей, вони були погано адаптовані, адже новина прийшла до них раптово. Тому вони були змушені змінювати звичний образ життя та пристосовуватися до нових умов.

Під час проведення дослідження щодо вивчення прояву негативних емоційних станів у осіб з психічною травмою були застосовані такі методики: Шкала депресії PHQ та Власна розроблена анкета.

Проаналізувавши результати опитування, ми можемо бачити, що у опитуваних переважає середній стан розладу, тяжкий стан мають 35% осіб та легкий стан – 20% опитуваних. Для осіб із проявом середнього стану необхідно звернути увагу на наявність значимого розладу, а наявність тяжкого стану у осіб вказує на те, що в даному випадку наявний активний розлад.

Психологічний тренінг – це найбільш дієва технологія профілактики емоційних станів у осіб із травматичним досвідом. Він допоможе покращити мотивацію на спільну роботу, розвиток рефлексивних здібностей та навичок, розвиток здатності до усвідомлення сильних сторін своєї особистості, симпатії себе, усвідомлення та відреагування почуттів, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією в обстановці розуміння та підтримки, усвідомлення своїх кордонів та кордонів іншої людини, усвідомлення власних можливостей та особистісних ресурсів.

Таким чином, будь-яка втрата – це частина нашої душі, жива і тремтяча, з якою ми змушені розлучатися часто не з власної волі, відриваючи її від себе, а разом з нею – все те, чому вже не судилося збутися. Втрата завжди стикає нас з тим, чого ми так ретельно уникаємо – з кінцівкою, смертністю, мінливістю та не контрольованістю. І в цьому – біль втрати. Але, приймаючи це страждання і продовжуючи жити, ми можемо виявити, що втрата занурює нас на таку глибину власної душі, про яку ми навіть не припускали і там, глибоко всередині, ми можемо зустріти джерело, що допомагає витримати нестерпне і впоратися з непоправним; джерело, що дає нам не тільки право жити в світі, де є втрати, але й бути здатними з вдячністю приймати всі їхні дари, вірячи в мудрість життя і довіряючи її течії. Це знання так само, як і багато інших уроків – зворотний бік втрати і роботи горя.

ВИСНОВКИ

Внутрішньо переміщені особи – це особи, або група осіб, які змушені покинути своє місце проживання в результаті ускладнення політичної, соціальної, економічної, екологічної ситуації у відповідній адміністративно-територіальній одиниці з метою уникнення порушень прав людини, воєнного конфлікту, жорстокого поводження і потребують правового та соціального захисту держави. Адаптація ВПО є комплексним процесом. Він об'єднує декілька сфер, які можуть досліджуватися різними науками – медициною, психологією, соціологією, антропологією, економікою тощо.

Втрата коханої людини – це ситуація, з якою може зіткнутися будь-хто. «Кожна людина визначає цю подію по-своєму, вкладаючи в неї свій унікальний зміст. При цьому більшість людей, які перенесли смерть близької людини, збігаються на думці про те, що цій втраті притаманні такі характеристики, як незворотність та значущість» [1, с. 54]. Але найчастіше не сама подія, а ситуація втрати визначає реакцію людини на смерть близького. Те, як людина реагує на втрату, впливає цілий набір різних чинників, як-от: ситуація втрати близької людини; значимість постаті померлого, місце, яке він займав у житті горючого - присутність або відсутність людини за ситуації смерті близької; сама особистість, що переживає втрату (з усіма її рисами); досвід подібних переживань, включаючи ті знання та уявлення про смерть, які людина набула до моменту відходу з життя коханої людини; а також підтримка, яка допомагає пережити та впоратися із ситуацією незворотної втрати [8, с 11].

Нами було проведено дослідження щодо переживання втрати у внутрішньо переміщених осіб. Особи даної категорії, на момент опитування почували себе спустошено, відчували тривогу та страх за своє життя та за життя близьких людей, вони були погано адаптовані, адже новина прийшла до них раптово. Тому вони були змушені змінювати звичний образ життя та пристосовуватися до нових умов.

Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса показала, що серед тимчасово переміщених осіб котрі пережили смерть близької людини переважають почуття тривожності – 30%, втома – 80%, пригніченість – 70%, почуття безпорадності – 60%.

Аналіз отриманих емпіричних даних у тимчасово переміщених осіб пережили смерть близької людини показав, що високий рівень ситуативної тривожності мають 35% осіб, помірний мають 25%, та 25% мають низький рівень ситуативної тривожності. Що стосовно особистісної тривожності, то 25% мають низький рівень тривожності, у 60% осіб помірний рівень особистісної тривожності, а високий рівень особистісної тривожності мають 35 %.

Результати проведення методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге» показали, що у тимчасово переміщених осіб пережили смерть близької людини переважає порогова опірність стресу – 40%, низька опірність складає 30%. На низькому рівні у тимчасово переміщених осіб знаходиться велика опірність – 15% та висока опірність – 25%.

Під час проведення дослідження щодо вивчення прояву негативних емоційних станів у осіб котрі втратили близьку людину була застосована Шкала депресії PHQ.

Проаналізувавши результати опитування, ми можемо бачити, що у опитуваних переважає середній стан розладу; тяжкий стан мають 35% осіб та легкий стан – 20% опитуваних. Для осіб із проявом середнього стану необхідно звернути увагу на наявність значимого розладу, а наявність тяжкого стану у осіб вказує на те, що в даному випадку наявний активний розлад.

На питання «наскільки ця проблема зробила для вас тяжким виконання вашої роботи, турботу про дім та можливість ладнати з іншими людьми?», ми отримали наступні результати, що для 25% ця проблема зробила для вас тяжким виконання вашої роботи, турботу про дім та можливість ладнати з іншими людьми дуже важкою та ще для 25% надзвичайно важкою. Ще 35% відповіли, що проблема зробила виконання справ набагато важкою, та 15 % відповіли, що зовсім не важко.

Отже, ми бачимо що наявні симптоми були викликані соціально-психологічним стресом у 60% опитуваних; ще 30% не можуть визначитися. Та 10% вважають, відповіли що не викликані наявні симптоми соціально-психологічним стресом.

Після проведення експерименту була проведена корекційна робота у внутрішньо переміщених осіб котрі мають досвід втрати близької людини.

Психологічний тренінг – це найбільш дієва технологія профілактики емоційних станів у осіб із травматичним досвідом. Він допоможе покращити мотивацію на спільну роботу, розвиток рефлексивних здібностей та навичок, розвиток здатності до усвідомлення сильних сторін своєї особистості, симпатії себе, усвідомлення та відреагування почуттів, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією в обстановці розуміння та підтримки, усвідомлення своїх кордонів та кордонів іншої людини, усвідомлення власних можливостей та особистісних ресурсів.

По отриманим результатам ми бачимо, що у піддослідних після проведення корекційної програми змінився рівень тяжкості переживання синдрому втрати. Рівень депресії знизився до 15%, тривоги – до 25% та інших тривожних станів – до 20%. Тобто проведена програма психологічної допомоги мала позитивний ефект на емоційний стан у внутрішньо переміщених осіб, які переживають смерть близької людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Клініко-психологічні аспекти переживання втрати та діагностики ускладненого горювання. *Problems of modern psychology*. 2019. № 45. С. 11–39.
2. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник. Львів: Свічадо. 2015. Т. 43. С. 448.
3. Будницька О.А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації : дис. канд. психол. наук Київ : Нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. 2001. С. 170.
4. Бурлака О. В., Золотарьова О. А., Стеблюк В. В. Професійно-соціальний стрес та стрес-індуковані розлади. *Одеса: Сталкер*. 2010. С. 174.
5. Вебер. Т. Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. *Харків*. 2020. С.164.
6. Власенко І. А., Вінник Н. Д. Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція, подолання. Теорія і практика сучасної психології. Т1. 2019. №3.
7. Войтович М.В. Психологічні особливості горювання. Актуальні проблеми психології. Серія «Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія». 2019. № 19. С. 10–23.
8. Венгер О. П. Особливості депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів. *Медична психологія*. 2015. Т. 10. С. 27–30.
9. Гонявлін Ф.Н. Психологія. К: Вища школа. 2005. С. 203.
10. Дьоміна Л. Д., Ральникова І. А. Психологічне здоров'я та захисні механізми особистості. К. 2015. С. 357.
11. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Пер. з англ. О.А. Наконечна, О.В. Шлапак. Львів : Видавництво Старого Лева. 2019. С. 424.

12. Євсюков О. П., Садковий В. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2010. № 7. С. 120–128.

13. Кризова психологія. навчальний посібник // за заг. ред. О.В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ. 2010. С. 401.

14. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання // монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький Імекс-ЛТД. 2020. С. 125.

15. Кожевнікова В. А. Особливості особистості та поведінкові зміни у осіб, що пережили екстремальні події: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Харків. 2006. С.186.

16. Медведєва О. В. Психологічні особливості переживання горя під час воєнних дій. Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах воєнного стану. 2022. С. 205–207.

17. Мирончак, К. В. Технології відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату. В Т. М. Титаренко (Наук. ред.), Соціально-психологічні технології відновлення особистостіпісля травматичних подій: практичний посібник. 2018. С. 141–159.

18. Мирончак К. В. Зустріч зі смертю: способи організації життєвого досвіду // Монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД. 2020. С. 136.

19. Мирончак К. В. Етапи переживання втрати як орієнтир для соціально-психологічного супроводу особистості. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2021. № 48. С. 68–75.

20. Наугольник Л. Б. Особливості переживання кризи горя. Проблеми особистості в освітньому просторі держави: матеріали круглого столу. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, ГАБІТУС 138. 2023. №55. С. 158–162.

21. Ничкало Н. Г. Адаптація професійна // Енциклопедія сучасної України. К.: Держ. голов. підприємство респ. ВО. 2001. Т. 1. С. 179–180.
22. Марута Н. О., Явдак І. О., Колядко С. П. Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб (структура та вираженість психопатологічних порушень) // *Медична психологія*. 2019. № 3. С. 40–44.
23. Оніщенко Н.В. Горе як реакція постраждалого на втрату. Електронний репозитарій Національного університету цивільного захисту України (Енуссuir). URL:<http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3600/1/%d0%9e%d0%bd%d0%b8%d1%89%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be %d0%9d.%d0%92..PDF> (дата звернення: 16.11.2023).
24. Оніщенко Н. В. Теорія і практика надання екстреної психологічної допомоги постраждалим у над-звичайних ситуаціях: *дис. д-ра психол. наук* : 19.00.09. Національний університет цивільного захисту України, Харків. 2015. С. 392.
25. Опанасюк І. Психологічні особливості переживання факту «втрати» особистістю. *Обрії*. 2011. № 1. С. 55–58.
26. Папуча М. В. Внутрішній світ людини. Монотравми і політравми : класифікація та ознаки // Наукова монографія. Ніжин: Видавець Лисенко М.М. 2011. С. 656.
27. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Логос». 2015. С. 207.
28. Пилипака Ю. І., Гамарнюк О. В., Романюк В. Л. Психічна травма як функціональна модель розладів психіки і поведінки особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. № 4. С. 205–210.
29. Паригін Б. Д. Основи соціально-психологічної теорії // Кнмга.: Либідь. 2011. С. 352.
30. Рютін В. В. Педагогічні умови соціалізації військовослужбовців строкової служби: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.05. Луганськ: Луганський національний педагогічний ун-т ім. Т.Г. Шевченка. 2006. С. 216.

31. Романовська Д. Д., Ілащук О. В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти // метод. посіб. Чернівці: Технодрук, 2014. С. 133.

32. Ставицька С. О., Ставицький Г. А., Улько Н. М. Психологічна травматизація особистості в ситуації життєвих втрат. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи // матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка. 2019. С. 201–204.

33. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. Перша частина. Київ : Главник, 2007. С. 144.

34. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

35. Титаренко, Т. М. Соціально-психологічний супровід посттравматичних особистісних трансформацій. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2020. №45(48). С. 59–68.

36. Швалб Ю. М. Провина та почуття провини у структурі життєвих відносин особистості. Актуальні дослідження у сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології // монографія. Харків : Вид-во НУЦЗУ. 2017. С. 63–68.

37. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ: «Здоров'я». 2005.

38. Хаустова О. О., Лещук І. В. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя. Український медичний часопис. 2023. № 1 (153). Т. 2. С. 359.

39. Чуйко О. Соціальна підтримка в структурі особистісних ресурсів внутрішньо переміщених осіб. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія»*. 2017. № 1(6). № 2(7). С. 146–150.

40. Чернецька Ю. І. Соціально-педагогічні умови адаптації старших підлітків у загальноосвітніх санаторних школах-інтернатах: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.05 / Чернецька Юлія Іванівна. - Луганськ: Луганський національний університет імені Т.Шевченка. 2008. С. 20.
41. Штерн Л. В. Соціальна адаптація курсантів з мовними труднощами в умовах модульної технології навчання: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.05 / Штерн Людмила Володимирівна. – Х.: Харківський військовий ун-т. 1999. С. 175.
42. Щепанський Я. Елементарні поняття соціології / Я. Щепанський. - М.: Прогрес. 1969. С. 240.
43. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід : практичний посібник / за наук. ред. Т.М. Титаренко, М.С. Дворник. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. С. 154.
44. Berceli D, Salmon M, Bonifas R, Ndefo N. Effects of self-induced unclassified tremors on quality of life among non-professional caregivers: A pilot study. *Glob Adv Health Med*. 2014. №3(5). P. 45–48.
45. Bereavement : Reactions, Consequences, and Care. Osterweis M, Solomon F, Green M, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1984. URL: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217849/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217849/) (Дата доступу 02.05.2019)
46. Chapman University. COVID-19 National Mental Health Study (Spring 2020). Retrieved from. URL: <https://www.chapman.edu/crean/research-centers/covid19-national-mental-health-study.aspx>. (Дата доступу 02.05.2019).
47. Corr, C. A., & Doka, K. J. Master concepts in the field of death, dying, and bereavement: Coping versus adaptive strategies. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2001 Vol 43(3). P. 183–199.
48. Coping with grief and loss / Composed by A. Reith. URL: <http://www.csustan.edu/counseling/grieflosshandout.html>
49. Littlewood J. Aspects of Grief : Bereavement in Adult Life. Tavistock / Routeledge, London ; New-York. 2015. P. 191.
50. Snaman J.M., Kaye E.C., Torres C., Gibson D., Baker J.N. Parental Grief Following the Death of a Child from Cancer : The Ongoing

51. Pediatric Blood & Cancer. 2016. Vol 63. Is. 9
52. Emelyanov O. A. The Model of the system problem of pedagogical previntion deviant behavior jf the militari servicemen. *Emelyanov*.2016. P. 77–91.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК СТАНУ ЗДОРОВ'Я -9

(PHQ-9)

1. Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі проблеми?
2. (Ставте “✓”, щоб вказати свою відповідь)
3. Ні разу
4. Декілька до днів
5. Більше тижня
6. Майже кожен день
7. 1. Вам не хотілося нічого робити 0 1 2 3
8. 2. У Вас був поганий настрій, Ви були пригнічені або відчували почуття безвиході 0 1 2 3
9. 3. Вам було важко заснути, у Вас був уривчастий сон, або Ви надто багато спали
10. 0 1 2 3
11. 4. Ви були втомлені, або у Вас було мало сил 0 1 2 3
12. 5. У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали 0 1 2 3
13. 6. Ви погано про себе думали: вважали себе невдахою (невдахою), або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою сім'ю
14. 0 1 2 3
15. 7. Вам було важко зосередитися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач) 0 1 2 3
16. 8. Ви рухалися чи говорили настільки повільно, що оточуючі це помічали? Або, навпаки, Ви були настільки метушливі або схвильовані, що рухалися набагато більше звичайного
17. 0 1 2 3
18. 9. Вас відвідували думки про те, що Вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі якусь шкоду

19. 0 1 2 3

20. Результати по шпальтах: 0 + _____ + _____ + _____

21. Якщо Ви позитивно відповіли на якісь пункти, то оцініть, наскільки важко Вам було працювати, займатися домашніми справами чи спілкуватися з людьми через ці проблем?

22. Зовсім НЕ важко

23. Небагато важко

24. Дуже важко

25. Надзвичайно важко

Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса

Методика «Самооцінка емоційних станів» - опитувальник, розроблений американськими психологами А. Вессманом та Д. Ріксом і призначений для самооцінки самопочуття та емоційного стану людини на момент обстеження.

Опитувальник містить чотири блоки тверджень (шкал). Кожна шкала містить 10 тверджень. Твердження шкал розташовані за спадною, від полюса позитивного емоційного стану (10 балів) до полюса негативного емоційного стану (1 бал). Випробуваного просять оцінити свій емоційний стан, обравши відповідне твердження. Порядковий номер затвердження відповідає кількості балів, набраних за шкалою. Шкали опитувальника: «Спокій – тривожність», «Енергічність – втома», «Піднесеність – пригніченість», «Почуття впевненості в собі – почуття безпорадності». Значних даних щодо процедури розробки та стандартизації методики відсутні.

Інструкція: Виберіть у кожному із запропонованих наборів суджень те, що найкраще описує ваш стан зараз. Номер обговорення, вибраного з кожного набору, обведіть у гурток.

Список тверджень за шкалами:

I. «Спокій – тривожність»

10. Досконалий і повний спокій. Непохитно впевнений у собі.
9. Винятково холоднокровний, на диво впевнений і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений і відчуваюся невимушено.
7. Загалом впевнений і вільний від занепокоєння.
6. Ніщо особливо не турбує мене. Почуваюся більш-менш невимушено.
5. Дещо стурбований, відчуваюся скуто, трохи стривожений.
4. Переживаю деяке занепокоєння, страх, занепокоєння чи невизначеність. Нервовий, хвилююся, роздратований.
3. Значна невпевненість. Дуже травмований невизначеністю. Страшно.

2. Величезна тривожність, стурбованість. Зведений страхом.

1. Цілком збожеволів від страху. Втратив розум. Наляканий нерозв'язними труднощами.

II. «Енергічність – втома»

10. Порив, який не знає перешкод. Життєва сила виплескується через край.

9. Життєздатність, що б'є через край, величезна енергія, сильне прагнення діяльності.

8. Багато енергії, сильна потреба у дії.

7. Почуваюся дуже свіжим, у запасі значна енергія.

6. Почуваюся досить свіжим, у міру бадьорим.

5. Злегка втомився. Лінощі. Енергії не вистачає.

4. Досить втомлений. Апатичний (сонний). У запасі не дуже багато енергії.

3. Велика втома. Млявий. Убогі ресурси енергії.

2. Жахливо стомлений. Майже виснажений і практично не здатний до дії.

Майже не лишилося запасів енергії.

1. Абсолютно видихся. Не здатний навіть до найменшого зусилля.

III. «Піднесеність - пригніченість»

10. Сильний підйом, захоплені веселощі.

9. Дуже збуджений і в дуже піднесеному стані. Захоплення.

8. Схвилюваний, в хорошому настрої.

7. Почуваюся дуже добре. Життєрадісний.

6. Почуваюся досить добре, гаразд.

5. Почуваюся трохи пригнічено, так собі.

4. Настрій пригнічений і дещо похмурий.

3. Пригнічений і почуваюся дуже пригнічено. Настрій безперечно похмуре.

2. Дуже пригнічений. Почуваюся просто жахливо.

1. Крайня депресія та зневіра. Пригнічений. Все чорно та сіро.

IV. «Почуття впевненості у собі - почуття безпорадності»

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.

9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений у своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і перспективи хороші.
6. Почуваюся досить компетентним.
5. Відчуваю, що мої вміння та здібності дещо обмежені.
4. Почуваюся досить нездатним.
3. Пригнічений своєю слабкістю та недоліком здібностей.
2. Почуваюся жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.

1. Почуття слабкості і марності зусиль, що давить. У мене нічого не виходить.

Обробка та інтерпретація результатів

Вимірювання в методиці проводиться за 10-бальною (стінною) системою. В цілому, чим вище обраний бал, тим ближче стан випробуваного до позитивного полюса кожної шкали (і навпаки).

Вимірюються такі показники:

П1 (показник) - С (самооцінка) «Спокій - тривожність» (індивідуальна самооцінка - П1 - дорівнює номеру судження, обраного випробуванним з даної шкали. Аналогічно виходять індивідуальні значення за показниками П2, П3, П4);

П2 – 3 «Енергічність – втома»;

П3 - 3 «Піднятість» - пригніченість»;

П4 - 3 «Почуття впевненості у собі - почуття безпорадності»; П5 - С - сумарна за чотирма шкалами оцінка стану: $I5 = I1 + I2 + I3 + I4$, де I1, I2, I3, I4 - індивідуальні значення за відповідними шкалами.

Додаток В

Шкала самооцінки рівня тривожності (Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна).

Методика Ч.Д. Спілбергера це єдина методика яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як особистісне властивість (рівень особистісної тривожності), і як стан (рівень ситуативної тривожності). Існує два типи розрахунку тривожності.

Тест подано у вигляді опитувальника з 40 питань. Тест є надійним джерелом інформації про самооцінку людиною рівня своєї тривожності в даний момент (реактивна тривожність) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини). Тест розроблений Ч.Д. Спілбергером та адаптований Ю.Л. Ханіним.

Шкала самооцінки складається з 2 частин, що окремо оцінюють реактивну (РТ, висловлювання № 1-20) та особистісну (ЛТ, висловлювання № 21-40) тривожність.

Результати підраховуються за ключом.

Показники РТ та ЛТ підраховуються за формулами:

$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$, де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18; $\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 19, 20);

$ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При інтерпретації результат можна оцінювати так: до 30 - низька тривожність; 31-45 – помірна тривожність; 46 і більше – висока тривожність.

Бланк для відповідей

Прізвище _____

Дата _____

Інструкція: Уважно прочитайте кожен з наведених пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви відчуваєтеся в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає. Виберіть один із варіантів відповіді.

Ні

Мабуть ні

Мабуть, так

Так

1 Я спокійний

2 Мені нічого не загрожує

3 Я перебуваю у напрузі

4 Я жалкую

5 Я відчуваюся вільно

6 Я засмучений

7 Мене хвилюють можливі невдачі

8 Я відчуваю себе відпочиваючим

9 Я стривожений

10 Я відчуваю внутрішнє задоволення

11 Я впевнений у собі

12 Я не турбуюсь

13 Я не знаходжу собі місця

14 Я піднесений

15 Я не відчуваю скутості, напруженості

16 Я задоволений

17 Я стурбований

18 Я надто збуджений і мені не по собі

19 Мені радісно

20 Мені приємно

21 Я відчуваю задоволення

- 22 Я дуже швидко втомлююся
- 23 Я легко можу заплакати
- 24 Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші
- 25 Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення
- 26 Зазвичай я відчуваю себе бадьорим
- 27 Я спокійний, холоднокровний і зібраний
- 28 Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене
- 29 Я надто переживаю через дрібниці
- 30 Я цілком щасливий
- 31 Я приймаю все надто близько до серця
- 32 Мені не вистачає впевненості у собі
- 33 Зазвичай я почуваюся в безпеці
- 34 Я намагаюся уникати критичних ситуацій та труднощів
- 35 У мене буває нудьга
- 36 Я задоволений
- 37 Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене
- 38 Я так переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути
- 39 Я врівноважена людина
- 40 Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.