

- логії ім. Г.С.Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. – Кам'янець-Подільський : Аксиома, 2013. – Вип. 22. – С. 551–565.
- Tkalych M. G. Doslidzhennja gendernoi' vzajemodii' personalu organizacij: rozrobka diagnostychnogo instrumentariju [Types of gender Interaction of Personnel in Organization: the Design of Diagnostic Method] / M. G. Tkalych // Problemy suchasnoi' psihologii' : zbirnyk naukovykh prac' KPNU imeni Ivana Ogijenka, Instytutu psihologii' im. G. S. Kostjuka NAPN Ukrai'ny / za red. S. D. Maksymenka. – Kam'janec'-Podil's'kyj : Aksioma, 2013. – Vyp. 22. – P. 551–565.
5. Elly G. R. Theories of Gender in Organizations: New Approach to Organization Analysis and Change / G. R. Elly, D. E. Meyerson // Research in Organization Behavior / ed. by B. M. Staw. – 2000. – Vol. 22. Elsevier Science Incorporation. – P. 103–153.
 6. Kanter R. M. Men and Women of the Corporation / R. M. Kanter. – N. Y. : Basic Books, 1993. – 321 p.
 7. Kelan E. K. Gender Logic and (Un)doing Gender at Work / E. K. Kelan // Gender, Work and Organization. – 2010. – 2 March. – Vol. 17, № 2. – P. 17–37.
 8. Kimmel M. The Gendered Society / M. Kimmel. – 5th Edition : Oxford University Press, 2012. – 528 p.

УДК 159.9

О. Є. Фальова

Received June 19, 2014;

Revised July 17, 2014;

Accepted July 25, 2014.

ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ КРИЗОВИХ СТАНІВ ЖІНОК

У статті обґрунтовано значимість і актуальність досліджуваної проблеми кризових станів жінок і в сфері теоретичних розвідок, і в сфері практичної психології та психотерапії. Проаналізовано причини й наслідки кризових станів у жінок. Визначено загальнолюдські та специфічні чинники, які зумовлюють виникнення таких станів. Проаналізована симптоматика кризових станів і проведена аналогія із симптоматикою посттравматичного стресового розладу. Розглянуто типи травматичних ситуацій, основні симптоми PTSD і критерії посттравматичного стресового розладу. Визначено особливості реагування в кризовій ситуації й основні психічні розлади у жінок. Проаналізовано гендерні особливості реагування чоловіків і жінок у складних, стресових ситуаціях. Визначено, що будь-яка криза є значним, поворотним моментом у розвитку осо-

бистості жінки. Залежно від того, яким шляхом (конструктивним або деструктивним) буде надалі розвиватися людина, складеться усе її подальше життя. Виявлено, що важкі суб'єктивні переживання особистісних, сімейних криз, які призводять до соціально-психологічної дезадаптації особистості жінки, непрофесійна (або несвоєчасна) допомога особистості в кризових станах може призвести до девіантної, асоціальної поведінки, нервово-психічних і психосоматичних розладів, суїцидів, розвитку тривожно-депресивної, фобічної симптоматики, ворожості, почуття гніву, нав'язливих хворобливих спогадів, уникнення всього, що пов'язане або асоціюється із психотравмою, скорочення соціальних контактів і спілкування. Зумовлено потребу психотерапії кризових станів.

Ключові слова: кризовий стан, травматична ситуація, типи травматичних ситуацій, симптоми PTSD, критерії посттравматичного стресового розладу, типи криз, стадії кризового стану, емоційно-когнітивне реагування, особистісна трансформація, психотерапія кризових станів.

Falyova H. E. Causes and Consequences of Women's Crisis States. Importance and relevance of problem of women's crisis conditions, both as at the sphere of theoretical researches and at the sphere of practical psychology and psychotherapy are highlighted in this article. Causes and consequences of women's crisis conditions are analyzed here. Universal and specific factors, which cause emergence of crisis conditions, are defined. Symptomatology of crisis conditions was analyzed and the analogy with symptomatology of post-traumatic stressful frustration was carried out. Types of traumatic situations, basic symptoms of PTSD and criteria of post-traumatic stressful frustration were examined. The features of reactions in crisis situation and basic mental disorders of women were determined. Gender features of men's and women's reaction in difficult stressful situations were analyzed. It was determined, that any crisis is very considerable, influencing development of woman's identity. Depending on constructive or destructive way for individual development in future, life way is formed. It was revealed that negative individual experiences, family crisis, leads to socially-psychological disadaptation of woman's personality and then under nonprofessional help to the deviant, asocial behaviour, psychological and psychosomatic frustrations, suicides, development of depressive and phobia symptomatology, hostility, feeling of anger, activating painful memories. In the social context it causes the avoiding events, subjects and things connected or associated with psychotrauma, the reduction of social contacts and communication. The necessity of psychotherapy for individual crises states is emphasized in the article.

Keywords: crisis circumstances, crises factors, traumatic situation, features of reaction in crisis situation, types of traumatic situations, symptoms PTSD, criteria of posttraumatic stress disorder, crisis types, levels of crisis states, emotionally-cognitive reaction, personal transformations, crisis states psychotherapy (psychotherapy of crisis states).

Фалёва Е. Е. Причины и последствия кризисных состояний женщин. В статье обосновывается значимость и актуальность исследуемой проблемы кризисных состояний женщин как в сфере теоретических исследований, так и в

сфере практической психологии и психотерапии. Анализируются причины и следствия кризисных состояний женщин. Определены общечеловеческие и специфические факторы, которые обуславливают возникновение кризисных состояний. Проанализирована симптоматика кризисных состояний и проведена аналогия с симптоматикой посттравматического стрессового расстройства. Рассмотрены типы травматических ситуаций, основные симптомы PTSD и критерии посттравматического стрессового расстройства. Определены особенности реагирования в кризисной ситуации и основные психические расстройства у женщин. Проанализированы гендерные особенности реагирования мужчин и женщин в сложных, стрессовых ситуациях. Определено, что любой кризис является значительным, поворотным моментом в развитии личности женщины. В зависимости от того, каким путем (конструктивным или деструктивным) будет в дальнейшем развиваться человек, сложится вся его дальнейшая жизнь. Выявлено, что тяжелые субъективные переживания личностных, семейных кризисов, которые приводят к социально-психологической дезадаптации личности женщины, непрофессиональная (или несвоевременная) помощь личности в кризисных состояниях может привести к девиантному, асоциальному поведению, нервно-психическим и психосоматическим расстройствам, суицидам, развитию тревожно-депрессивной, фобической симптоматики, враждебности, чувству гнева, навязчивым болезненным воспоминаниям, избеганию всего, что связано или ассоциируется с психотравмой, сокращению социальных контактов и общения. Обуславливается необходимостью психотерапии кризисных состояний.

Ключевые слова: кризисное состояние, травматическая ситуация, типы травматических ситуаций, симптомы PTSD, критерии посттравматического стрессового расстройства, типы кризисов, стадии кризисного состояния, эмоционально-когнитивное реагирование, личностная трансформация, психотерапия кризисных состояний.

Постановка наукової проблеми та її значення. Інтерес дослідників до проблематики кризових станів цілком зрозумілий та необхідний. Ця потреба пов'язана із суб'єктивним переживанням важкості проходження через різні види криз, зі специфічною симптоматикою, зі специфікою можливої терапевтичної (зокрема, медикаментозної), психотерапевтичної, психологічної допомоги (К. А. Абульханова-Славська, 1987; О. М. Краснянський, 1993; А. В. Смирнов, 1999; В. К. Смирнов, 1992; Н. В. Тарабріна, 2008; І. В. Соловійов, 2000; Є. А. Фау, 2004 та інші).

Особливість сучасного розвитку суспільства полягає у тому, що спеціалісти різних галузей науки (медицина, психологія, соціологія, політологія тощо) звертають особливу увагу на те, що, словами дослідників Т. Ю. Колошиної та А. А. Белко, є проблемним полем, яке можна позначити як «кризисні стани». Проблеми виживання, подолання складних обставин і збереження при цьому основних життє-

вих цінностей стали центральними дослідженнями багатьох психологів (А. Г. Асмолов, 1990; Р. А. Лурія, 1977; А. Г. Маслоу, 1954, К. Р. Роджерс, 1951, В. Франкл, 1989; Е. Еріксон, 1974). Реакція на кризові ситуації розглядається як інтегративне утворення, яке включає афективні, поведінкові, когнітивні та фізіологічні компоненти, які можуть функціонувати на свідомому і несвідомому рівнях.

Психологічне здоров'я жінки – запорука психологічного здоров'я сім'ї та суспільства загалом. Будь-яка криза є значним, поворотним моментом у розвитку особистості жінки. Залежно від того, яким шляхом (конструктивним або деструктивним) буде розвиватися людина, так і складеться все її майбутнє життя. Важке суб'єктивне переживання особистісних, сімейних криз, яке призводить до соціально-психологічної дезадаптації особистості жінки, потреба в адекватних, професійних методах і технологіях практичної допомоги в кризовому стані, непрофесійна (або несвоєчасна) допомога особистості може призвести до певної дезадаптації, тобто до девіантної, асоціальної поведінки, нервово-психічних і психосоматичних розладів, суїцидів. Таким чином, у зв'язку з практичною необхідністю досліджень у галузі кризових станів жінок виникає потреба у визначенні причин та наслідків кризових станів.

Предмет нашого дослідження – особливості кризових станів жінок. **Мета** дослідження – визначення причин та наслідків кризових станів жінок.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Вивченням поняття кризи займалися закордонні та вітчизняні вчені (І. П. Маноха, Т. С. Кириленко, П. П. Горностай, Т. М. Титаренко, Л. В. Сохань, Е. Еріксон, Д. Маттесон, Є. П. Крупник, Б. Г. Ананьєв, С. Л. Рубінштейн, С. К. Нартова-Бочавер, Л. І. Анцифєрова, О. О. Кроник, Р. А. Ахмеров, Ф. Ю. Василюк, К. Н. Василевська, Л. Пельцман, М. Ш. Магомед-Емінов, К. Н. Артемова та інші) [1]. Незважаючи на використання різної епістемології щодо пояснення цього терміна, автори вкладають у нього близький значеннєвий зміст.

У глосарії суїцидологічних термінів (У. Білле-Браге, А. П. Чупріков, Г. Я. Пілягіна, В. Ф. Войцех, Л. А. Крижановська, С. В. Жабокрицький, Г. Т. Сонник, Київ, 1998) кризовий стан визначено як психічний (психологічний) стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і нестерпну психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньо особистісної картини світу або перебуває під

загрозою виникнення психотравматичної ситуації (А. Г. Амбрумова, А. М. Полєєв 1986). Цей стан характеризується почуттям занепокоєння, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравматичній ситуації; переживаннями власної неспроможності, безпорадності, безнадійності, песимістичною оцінкою власної особистості, актуальної ситуації та майбутнього; вираженими труднощами у плануванні діяльності. Такий стан є одним із основних і безпосередніх умов суїцидогенези.

Основні сучасні теорії криз ґрунтуються на дослідженнях реакцій на життєві кризи в малій психіатрії Л. Ліндемманна (1944), психологічних і психофізіологічних дослідженнях стресу, стадій розвитку дистресу Г. Сельє (1956), концепції життєвих циклів і відповідних психосоціальних криз Е. Еріксона (1959), концепціях допомоги у кризових ситуаціях (Д. Канлан, 1962; П. Левін, 1972).

На думку В. В. Нуркової та К. Н. Василевської, події життя стають кризовими тому, що представлені в житті індивіда на основі п'яти чинників: 1) імовірного прогнозування – аналізуючи свій минулий досвід, людина оцінює імовірність настання цієї події як нульову або мінімальну; 2) вітальний чинник, який виражається в суб'єктивному відчутті неможливості жити, існувати у нав'язаній ситуації; людина вважає, що вона не перенесе цих умов, не зможе з ними змиритися;

3) когнітивний чинник – відсутність потрібних знань, умінь і навичок для життя в цій ситуації, неможливість застосовувати наявні когнітивні схеми; 4) поведінковий чинник – відсутність сформованих моделей поведінки; 5) екзистенціальний чинник, або відчуття смисловтрати, «екзистенціального вакууму» [6].

Л. М. Вольнов, Т. Ю. Колошина, А. А. Белко та інші вчені відзначають низку загальнолюдських і специфічних чинників, що зумовлюють виникнення кризових станів. До загальнолюдських можна зарахувати різке збільшення кількості антропогенних катастроф і «гарячих точок» у всьому світі. Люди щодня стикаються (особливо завдяки розвитку та впливу ЗМІ) зі злочинами проти особистості, різноманітними видами насильства та жорстокості, природними катаклізмами, психогенними катастрофами [7]. Дослідники відзначають, що в нашій країні наявні специфічні чинники життя, що збільшують ризик виникнення кризових станів. До них можна зарахувати різке збільшення темпу життя, зміну укладу, а відповідно, й усього комплексу соціально-психологічних умов існування. Політичне, економічне, соціальне неблагополуччя, нестабільність у країні, втрата людьми звичних, стереотипних

цінностей і установок призводить до масового збільшення напруги з відповідною симптоматикою: підвищення рівня загальної тривожності, зростання таких переживань, як самотність, непотрібність, безглуздість існування, страх перед майбутнім, поява або загострення вже наявних психічних та соматичних захворювань тощо. Все це збільшує кількість людей, які потрапляють у кризовий стан.

Згідно із дослідженнями Л. В. Сафонової [8], до головних об'єктивних чинників, що викликають напругу, належать: підвищене навантаження (фізичне, фізіологічне, емоційне, інформаційне, робоче), підвищені вимоги до результатів діяльності, усвідомлення високої відповідальності; вихід за межі комфортної або прийнятної для цього суб'єкта інтенсивності взаємодії із зовнішнім середовищем (надмірна інтенсивність стимулів, потоку інформації, спілкування, що потрапляють із зовнішнього середовища); перешкоди на шляху задоволення потреб, досягнення мети та розв'язання завдань (конфлікти, блокувана потреба в стійких інтимних, міжособистісних зв'язках і довірливих, емоційно насичених відносинах, а також неможливість періодично бути на самоті); фізичні та психічні травми, тривога за долю близьких, утрата близьких людей, позбавлення умов, необхідних для нормальної життєдіяльності або для повноцінної самореалізації, розкриття потенціалів особистості.

На думку Л. М. Юр'євої [12], причиною виникнення кризового стану також можуть бути і такі чинники: зміни у соціокультурному середовищі; гострі стресові ситуації, викликані подіями, небезпечними для життя. Це ситуації, що виходять за межі звичного людського досвіду, зокрема стихійні лиха, катастрофи, як природні, так і техногенні, війни; фізичні бар'єри.

В. М. Заїка розглядає суб'єктивну модель кризи як сукупність таких рівнів: 1) сенситивний – заснований на відчуттях людини; 2) емоційний – пов'язаний із різними видами реагування на окремі симптоми кризи, на кризовий стан у цілому і його наслідки; 3) інтелектуальний – результат тлумачення, уявлення про свій стан, роздуми про його причини і можливі наслідки; 4) мотиваційний – пов'язаний із певним ставленням до свого кризового стану, зі зміною поведінки і способу життя в умовах кризи й актуалізацією діяльності щодо подолання кризового стану [3].

Е. Ф. Зеєр виділяє такі типи криз: нормативні (кризи психічного розвитку, професійного становлення); ненормативні (необов'язкові) кризи

(критичні: втрата працездатності, розлучення, безробіття, міграція, позбавлення прав); невротичні (перебудова свідомості, інстинкти, ірраціональні тенденції, тобто внутрішні конфлікти – життєві кризи).

А. Г. Амбрумова, А. М. Полєєв виділяють стадії кризового стану: «психічного шоку» (період дезорганізації психічної діяльності тривалістю до трьох діб з моменту отримання психотравми); дезорганізації (період «проживання» психотравми тривалістю від доби до двох тижнів); демобілізації (період повного усвідомлення ситуації, що склалася, її безвиході (неможливості заповнення втрати тощо), що часто слугує тригером (тобто предметом або дією, яка викликає певну реакцію, певною мірою спусковий гачок) формування депресивних розладів тривалістю від кількох діб до кількох тижнів); адаптації або «прийняття» ситуації (період раціоналізації психотравми, включення її (або її наслідків) у внутрішньоособистіну картину світу, а також розв'язання психотравматичної ситуації тривалістю кілька тижнів); відновлення (період нормалізації психічної діяльності тривалістю до кількох місяців). При цьому стадії дезорганізації та демобілізації найбільш суїцидонебезпечні.

Крім того, розглядаючи проблеми кризових станів, потрібно звернути увагу на поняття травматичної ситуації – це такі екстремальні критичні події, які мають потужний негативний вплив, ситуації погрози, що вимагають від людини екстраординарних зусиль, щоб подолати наслідки впливу. Вони можуть мати форму незвичайних обставин або низки подій, які загрожують життю або здоров'ю як самої людини, так і її близьких, порушуючи почуття безпеки особи. Ці ситуації можуть бути або нетривалими, але надзвичайно потужними за силою впливу (від кількох хвилин до кількох годин), або тривалими, або такими, що регулярно повторюються.

Типи травматичних ситуацій: I. Короткострокова, несподівана травматична подія (сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрілянина): 1. Одиначний вплив, що несе погрозу й потребує можливості людини механізмів подолання. 2. Ізольоване, досить рідке травматичне переживання. 3. Несподівана, раптова подія. 4. Подія залишає незгладимий слід у психіці людини (людина часто бачить сни, у яких наявні ті або ті аспекти події), сліди в пам'яті більш яскраві та конкретні 5. З великим ступенем імовірності призводять до виникнення типових симптомів після посттравматичного стресового розладу: нав'язливої розумової діяльності, пов'язаної із цією подією, симптомів уникнення й високої фізіологічної реактивності.

6. З великим ступенем імовірності проявляється класичне повторне переживання травматичного досвіду. 7. Швидке відновлення нормального функціонування трапляється рідко й малоімовірно.

II. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора — серійна травматизація або пролонгована травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії): 1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, передбачуваність. 2. Найбільш імовірно, що ситуація створюється за наміром. 3. Спочатку переживається як травма типу 1, але відповідно до того, як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми. 4. Почуття безпорадності в запобіганні травми. 5. Для спогадів про такої події характерна неясність і неоднорідність через дисоціативний процес; згодом дисоціація може стати одним із основних способів подолання травматичної ситуації. 6. Результатом впливу травми типу 2 може стати зміна «Я»-концепції й образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому й зниженням самооцінки. 7. Висока ймовірність виникнення довгострокових проблем особистісного й інтерперсонального характеру, що проявляється у відстороненості від інших, у звуженні й порушенні лабільності й модуляції афекту. 8. Дисоціація, заперечення, намбінг (numbing – блокування емоційних реакцій, наприклад, реакція на факти жорстокості), відстороненість, зловживання алкоголем й іншими психоактивними речовинами може мати місце при спробі захистити себе від нестерпних переживань. 9. Призводить до того, що іноді позначають як комплексний посттравматичний стресовий розлад, або розлад, зумовлений впливом екстремального стресора.

Аналізуючи симптоматику кризових станів, можна провести аналогію з симптоматикою посттравматичного стресового розладу (post-traumatic stress disorder). Певний час діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів була лише у США. Однак у 1995 р. цей розлад і його діагностичні критерії введено до Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах, включаючи Україну.

Основні симптоми PTSD (Н. В. Тарабріна, 2006) поєднуються в три критеріальні групи: 1. Нав'язливі переживання події, що травмувала (ілюзії, марення, нічні кошмари). 2. Прагнення до уникання будь-яких подій і переживань, що асоціюються з подіями, що травмували, розвиток відстороненості, відчуженості від реального життя. 3.

Високий рівень емоційного збудження, що проявляється у комплексі гіпертрофованих психофізіологічних реакцій [10].

Критерії посттравматичного стресового розладу за DSM-IV:

А. Людина була під впливом події, що травмує, причому повинні виконуватися дві умови: людина була учасником, свідком або зіштовхнулася з подією (подіями), яка включає смерть або погрозу смерті, або погрозу серйозних ушкоджень, або погрозу фізичній цілісності інших людей (або власної); реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність або жах.

Б. Травматична подія постійно повторюється в переживанні одним (або більш) із таких способів: повторюване й нав'язливе відтворення подій, відповідних образів, думок і сприйнятів, що викликає важкі емоційні переживання; повторювані важкі сні про подію; такі дії або відчуття, немов травматична подія відбувається знову (включає відчуття «оживання» досвіду, ілюзії, галюцинації й дисоціативні епізоди – «флешбек»-ефекти, включаючи ті, які з'являються в стані інтоксикації або в просоночному стані); інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх; фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

В. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, *numbing* – блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більш) з перерахованих особливостей: зусилля для уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою; зусилля з уникнення дій, місць або людей, які викликають спогади про травму; нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія); помітно знижений інтерес або менша участь у раніше значимих видах діяльності; почуття відстороненості або відокремленості від інших людей; знижена виразність афекту (нездатність, наприклад, любити); почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, немає якихось очікувань щодо кар'єри, одруження, дітей або побажання довгого життя).

Г. Постійні симптоми порушення (що зростає не спостерігалися до травми). Визначаються за наявності принаймні двох з перелічених симптомів: труднощі із засинанням або поганий сон (ранні пробудження); дратівливість або вибухи гніву; утруднення із зосередженням уваги; підвищений рівеньсторожності, гіперпильність, стан постій-

ного очікування погрози; гіпертрофована реакція переляку; тривалість протікання розладу (симптоми в критеріях Б, В, Г) понад один місяць [10].

Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. До таких порушень належать: невроз, тривога, депресія, схильність до суїцидальних думок або спроб, медикаментозна, алкогольна або наркозалежність, психосоматичні розлади, захворювання серцево-судинної системи.

Існують, хоча і малочисельні, дослідження жіночих та чоловічих особливостей реагування в кризовій ситуації. Аналіз гендерних досліджень особливостей реагування чоловіків та жінок у складних, стресових ситуаціях, які містять ту чи іншу ступінь невизначеності (Є. С. Балабанова, Д. А. Жуков, І. С. Клецина, Н. П. Реброва, М. П. Чернишева, О. А. Кондрашихіна), показує, що чоловічі особливості опанування своєю поведінкою пов'язані з орієнтацією на незалежну поведінку, самоєфективність. Чоловіки часто замикаються у собі або демонструють жорстку авторитарність. Жінки активно використовують соціальну підтримку, зокрема поради. Жінкам властиве не стільки подолання складної життєвої ситуації, скільки пристосування до неї [1].

Ж. А. Белікова, Р. А. Березовська [2], вивчаючи психогенний тремор як особливість емоційно-когнітивного реагування на ситуації соціальної взаємодії, виявили такі особливості: у ситуаціях типу «Я – об'єкт оцінки» неможливість контролювати й прогнозувати результат ситуації викликає в людини почуття уразливості, непевності й тривоги; у ситуаціях типу «Я – об'єкт спостереження» наявність страху так званої «втрати особистості», викриття супроводжується набором емоцій із провини, розчарування, відрази до себе й образи. При цьому страх руйнування раніше створеної «особистості» провокує почуття відрази, спрямованої на себе, а страх неможливості створення нової «особистості» – виникнення образи, спрямованої назовні; у ситуаціях типу «Я – контроб'єкт» страх перед тим, що оточення помітять сильне тремтіння й оцінить це як прояв сильного хвилювання, провокує появу в респондентів таких почуттів, як самотність, жалість до себе, злість на себе й образа. Страх перед можливими «неадекватними» діями у пропонованій ситуації супроводжується почуттям провини.

Також дослідники виявили значимі відмінності особливостей емоційно-когнітивного реагування у чоловіків і жінок: у ситуації «Я – контроб'єкт» страх «боюся, що не зможу зробити все необхідне для

досягнення результату» більш виражений у жінок, ніж у чоловіків. Аналогічна тенденція в ситуації «Я – об'єкт оцінки»: страх «боюся здатися зовні непривабливим» більш виражений у жінок, ніж в чоловіків; у ситуації «Я – об'єкт спостереження» у жінок порівняно з чоловіками більш виражені такі страхи, як «боюся, що в мені розчаруються й / або відкинуть після моєї участі в ситуації», «боюся, що буду поводитися дивно, ніяково, зроблю або скажу “щось не так”», «боюся здатися боягузом (слабаком)», «боюся, що не зможу виявити себе настільки яскраво / гідно, наскільки прагну / можу», а також для жінок більш властиво перебувати у таких суперечливих емоційних станах, як, з одного боку, інтерес до ситуації, а з іншого – розчарування від участі в ній.

Окрім того, під час дослідження виявлено деякі особистісні особливості учасників. Чоловіки й жінки демонструють схожі особистісні особливості: високий рівень особистісної тривожності, усіх типів ригідності й соціальних страхів (Г. В. Залевський, 2000; В. Д. Балін, В. К. Гайда, В. К. Горбачевський, 2000; О. А. Сагалакова, Д. В. Труєвцев, 2008). Страхи та емоційне вираження переживання ситуацій, у яких виникає тремор, у жінок загалом виражені сильніше, ніж у чоловіків [2].

У цілому прийнято вважати, що жінки більш піддаються емоціям, відчувають страхи більш виражено, ніж чоловіки. Тобто результати гендерних відмінностей можна розцінювати як передбачувані. Проте цілком імовірно, що на отримані результати може впливати той факт, що жінки більше схильні до рефлексії й усвідомлення своїх емоцій, диференціації їх.

О. Н. Мухіярова [5], вивчаючи гендерний аспект переживання самотності в зрілому віці, визначила, що у цьому стані жінкам притаманна ранимість, відчуття власної непривабливості, почуття незахищеності й залишеності.

Г. В. Старшенбаум [9] відзначає, що у кризових станах найбільш складна проблема – це самогубство. Дослідник підкреслює, що найчастіше самогубства здійснюють одинокі, розлучені та овдовілі, чоловіки – у чотири рази частіше, ніж жінки; однак жінки в два рази частіше здійснюють суїцидальні спроби. При цьому найбільш високий рівень самогубств виявлено серед лікарів, особливо жінок-психіатрів, анестезіологів, стоматологів, а також психологів, учителів і адвокатів. Для чоловіків-лікарів показник самогубств удвічі перевищує середньостатистичний.

Жінки-лікарі та жінки-психологи здійснюють самогубства в три рази частіше, ніж представниці інших професій. Можливо, що причиною суїциду у цих жінок слугує не стільки специфіка роботи, скільки певні особливості особистості, що зумовили вибір професії, зокрема, занижена самооцінка, схильність до депресії та аддиктивної поведінки.

Особливо характерні самогубства для розвинутих країн, де вони займають третє місце (після серцево-судинних та онкологічних захворювань) серед причин смерті найбільш працездатного населення – між 15 і 45 роками.

Часто безпосередньою відповіддю на подію, яку переживає людина як особистісну катастрофу (втрата близької, коханої людини, обмануті очікування, професійні або фінансові втрати, соціальні та економічні негаразди тощо), є почуття внутрішнього оглушення («феномен шоку», емоційна «анестезія») [7]. Ця реакція – передусім спроба самозбереження, намагання оволодіти ситуацією через її заперечення, дистанціювання від неї. Руйнування цієї захисної реакції та інших звичайних захисних механізмів може викликати у жінки панічний страх, глибокий відчай, утому від життя, нестримувану злість або психотичні фантазії.

А. С. Гуарда, К. Л. Шварц розглядають психічні порушення, які нерідко трапляються у жінок. Найчастіше в американських жінок з'являються депресія, сезонні афективні розлади, маніакально-депресивний психоз, порушення харчування поведінки, панічні розлади, фобії, генералізовані тривожні стани, соматизовані психічні порушення, болісні стани, пограничні істеричні порушення та суїцидальні спроби. У жінок значно частіше трапляються тривожні та депресивні розлади, вони більш резистентні до медикаментозної терапії. Однак дослідники відзначають, що більшість досліджень і клінічних випробувань проводять на чоловіках, а потім екстраполюють результати на жінок. Такі узагальнення приводять до того, що 75 % психотропних препаратів прописують жінкам, і у них частіші серйозні побічні ефекти.

А. С. Гуарда, К. Л. Шварц визначають основні психічні розлади у жінок: 1. Порушення харчування: нервова анорексія, нервова булімія, приступи обжерливості. 2. Афективні розлади: депресія, порушення адаптації з депресивним настроєм, післяпологовий афективний розлад, сезонний афективний розлад, маніакально-депресивний психоз, дистимія. 3. Зловживання алкоголем і алкогольна залежність. 4. Сексуальні

розлади: порушення лібідо, порушення статевого збудження, оргастичні розлади, больові сексуальні розлади (вагінізм, диспареунія). 5. Тривожні розлади: фобії (специфічні фобії, соціальна фобія, агорафобія), панічні розлади, генералізовані тривожні розлади, синдром нав'язливих станів, посттравматичний стрес. 6. Соматоформні розлади (соматизація, конверсія, іпохондрія, соматоформна біль) і несправжні розлади (симуляція). 7. Шизофренічні розлади: шизофренія, парафренія. 8. Деліріум [13].

Сучасний світ усе частіше вчені (В. В. Шиповська, 2013) розглядають як крайній випадок нестабільного стану соціальної системи, що розвивається, – стану біфуркації або точки «вибору» подальшого шляху розвитку, незважаючи на нестійкість і актуалізацію негативного, що має перспективу з погляду оновлення системи. На етапі розгалуження шляхів еволюції, домінування чинника випадковості й невизначеності життя особливі вимоги пред'являються до особистості жінки, вибору нових життєвих орієнтирів. Член Римського клубу Ауреліо Печчеї вважав, що всі проблеми та кризи – це одночасно і причина, і наслідок непристосованості людства до нової реальності. Для наближення людини до наступної фази свого розвитку, що відрізняється гармонією й рівновагою у всьому, необхідна «людська революція» або культурна еволюція – якісний стрибок у людському мисленні й поведінці. А. Печчеї переконаний, що люди можуть і повинні усвідомити проблему, яка загрожує, та небезпеку і не заспокоюватися доти, поки не знайдуть способів перебороти її [11]. Подолання кризової ситуації потребує втручання у кризовий стан жінки психотерапії. Мета втручання та психокорекції – досягти певних особистісних змін, емоційного полегшення і відновити рівновагу, яка була у жінки до кризи.

П. В. Лушин указує на те, що особистісні зміни передбачають усвідомлення власної відповідальності за зміни [4]. Дослідник узагальнює ознаки особистісної трансформації: 1) створення суттєвої різниці, яка може охоплювати різні особливості та структури особистості; 2) особистісна варіативність – післяефект певного процесу; 3) зміна як тимчасова категорія; 4) наявність конструктивних і деструктивних наслідків для особистості.

Процес особистісної трансформації має певну тривалість і проходить декілька стадій (М. Фергусон, Дж. Прочаска і Дж. Нокрос, П. В. Лушин, В. Сатир, Дж. Келлог, О. С. Штепа та ін.). П. В. Лушин процес особистісних змін поділяє на стадії: 1) відносного застою,

який полягає у вичерпанні ресурсів наявної ідентичності, відбитої в Я-образі (існує суперечність між Я-образом і почуттям незадоволеності); 2) нелокалізованості, або передтравми, коли особистість знімає власні межі та проводить неусвідомлене сканування середовища, аби знайти об'єкт, який емоційно значущий для людини; 3) психологічної травми, або парадоксальної допомоги, критерієм якої є припинення руху особистості, зумовлене інтерференцією ідентичностей (опір) за типом емоційного шоку; 4) терпіння або післятравма, зумовлена десенсибілізацією особистості, взаємної адаптацією антагоністичних ідентичностей; 5) відносної стабілізації, що розкривається у різкій зміні можливостей особистості, які проявляються в феноменології парадигмальних змін, описаних Т. Куном [4].

Висновки. Таким чином, вираженість посттравматичних стресових порушень і соціально-психологічної дезадаптації у жінок під час переживання кризових станів як наслідку психотравматичної ситуації призводить до розвитку тривожно-депресивної, фобічної симптоматики; ворожості, почуття гніву, нав'язливих хворобливих спогадів; уникнення всього, що пов'язано або асоціюється з психотравмою; відчуження та скорочення соціальних контактів і спілкування; порушення соціально-психологічної адаптації.

Для подолання кризових станів потрібно використовувати адекватні до ситуації методи психокорекції (первісні бесіди, психопрофілактичні міри, сімейну психотерапію, кататимно-імагінатимну психотерапію, позитивну психотерапію, арттерапію, методи когнітивної та поведінкової психотерапії тощо) для покращення симптоматичного та психоемоційного стану. Варто підвищувати самооцінку та самоповагу жінок. Самоповага жінок, розділення ними цінностей самоактуалізації посилює їх упевненість у собі, знижує внутрішні конфлікти і самозвинувачення. Впевненість жінок у здатності управляти своїм життям, тобто приймати та втілювати рішення у життя, керуючись власними цілями та принципами, підвищує самооцінку, самосприйняття, оцінку власного потенціалу, саморозвиток. Власні дослідження («Актуальний психоемоційний стан кризисних сімей, розлучених жінок та жінок зі звичайних сімей»; «Психологічні особливості сімейної кризи»; «Установки до сексу жінок та чоловіків з кризових сімей та жінок зі звичайних сімей»; «Особливості гендерних відносин у сучасній родині»; «Взаємозв'язок психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку»; «Особливості сприйняття

психологічного клімату у сім'ї у чоловіків і жінок»; «Особливості емоційних відносин в сім'ях з різним стажем сімейного життя»; «Стилі поведінки особистості зрілого віку в сімейних конфліктах»; «Зв'язок тривожності з особистісними особливостями людей зрілого віку» тощо) й аналіз результатів цих досліджень засвідчують наявність серйозних проблем психічного та соматичного характеру у жінок в ситуації кризи; в результаті використання відповідних психокорекційних методів у жінок, які переживають кризові стани, зменшується кількість соматичних скарг, вираження тривожно-депресивної та фобічної симптоматики, ступінь ворожості, гніву, знижується вираження посттравматичних порушень, підвищується рівень соціально-психологічної адаптації.

Література

1. Балабанова Е. С. Гендерные различия стратегий совладания с жизненными трудностями / Е. С. Балабанова // Социологические исследования. – 2002. – № 11. – С. 296–364.
Balabanova Ye. S. Gendernyye razlichiya strategiy sovladaniya s zhiznennymi trudnostyami [Gender Manifestation of Coping with Women Crises] / Ye. S. Balabanova // Sotsiologicheskiye issledovaniya. – 2002. – № 11. – P. 296–364.
2. Беликова Ж. А. Психогенный тремор особенности эмоционально-когнитивного реагирования на ситуации социального взаимодействия [Электронный ресурс] / Ж. А. Беликова, Р. А. Березовская // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2012. – № 1. – режим доступа : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
Belikova Zh. A. Psikhogennyu tremor: osobennosti emotsionalno-kognitivnogo reagirovaniya na situatsii sotsialnogo vzaimodeystviya [Psychological Tremor: Peculiarities of Emotional and Cognitive Interaction] [Elektronnyy resurs] / Zh. A. Belikova, R. A. Berezovskaya // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. – 2012. – № 1. – URL : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
3. Заїка В. М. Динамічна модель особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів особистості / В. М. Заїка // Соціальна психологія.– 2009. – № 1. – С. 69–76.
Zaika V. M. Dinamichna model osobistisnikh transformatsiy v umovakh podolannya krizovikh staniv osobistosti [Dynamic Modal of Transformation Peculiarities in the Crises Circumstances] / Vitaliy Zaika // Sotsialna psikhologiya. – 2009. – № 1. – P. 69–76.
4. Лушин П. В. Психология личностного изменения / П. В. Лушин – Кировоград : [б. и.], 2002. – 352 с.
Lushin P. V. Psikhologiya lichnostnogo izmeneniya [Psychology of Personal Dynamics] / P. V. Lushin. – Kirovograd, 2002. – 352 s.

5. Мухиярова Е. Н. Переживание одиночества в зрелом возрасте гендерный аспект : дисс. на соиск. науч. степени канд. психол. наук : 19.00.01 – «Общая психология, психология личности, история психологи» / Е. Н. Мухиярова. – СПб., 2006. – 192 с.
Mukhiyarova Ye. N. Perezhivaniye odinochestva v zreлом vozraste : gendernyy aspekt [Feelings of Solitude in Mature Age: Gender Aspects] : Thesis kandidat psikhologicheskikh nauk : 19.00.01 «Obshchaya psikhologiya, psikhologiya lichnosti, istoriya psikhologii» / Mukhiyarova Ye. N. – SPb., 2006. – 192 s.
6. Нуркова В. В. Автобиографическая пам'ять в трудной жизненной ситуациир новые феномены / В. В. Нуркова, К. Н. Василевская // Вопросы психологи. – 2003. – № 5. – С. 93–102.
Nurkova V. V. Avtobiograficheskaya pamyat v trudnoy zhiznennoy situatsii: novyye fenomeny [Autobiographical Memory in Difficile Life Situations] / V. V. Nurkova, K. N. Vasilevskaya // Voprosy psikhologii. – 2003. – № 5. – P. 93–102.
7. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю / під керівництвом Л. М. Вольнової. – К. : [б. в.], 2012. – 275 с.
Psikhosotsialna dopomoga v roboti z krizovoyu osobististyu [Psychological Help Fot Personality in Crises] / nauk. red. ta kerivnik problemn. grupi L. M. Volnova. – Kyiv, 2012. – 275 p.
8. Сафонова Л. В. Содержание и методика психосоциальной работы / Л. В. Сафонова / Москва. : Академия, 2006. – 224 с.
Safonova L. V. Soderzhaniye i metodika psikhosotsialnoy raboty [Content and Methodology of Psychosocial Work] / L. V. Safonova. – Moscow : Akademy, 2006. – 224 p.
9. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.
Starshenbaum G. V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya [Suiside and Crises Psychotherapy] / G. V. Starshenbaum. – M. : Kogito-Tsentr, 2005. – 376 p.
10. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина – СПб. : Питер, 2001. – 268 с.
Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Practicum For Post Traumatic Stress] / N. V. Tarabrina. – SPb. : Peter, 2001. – 268 p.
11. Шиповская В. В. Преодолевающая активность личности в преобразовании сложных ситуаций повседневности / В. В. Шиповская // Личность и её жизненный мир : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Омск, 3–4 октября 2013 г.) у под. ред. Л. И. Дементий. – Омск : Изд-во Ом. гос. ун-та, 2013. – С. 329–334.
Shipovskaya V. V. Preodolevayushchaya aktivnost lichnosti v preobrazovanii slozhnykh situatsiy i situatsiy povsednevnosti [Coping Activity in Difficult Situations Transforming and Everyday Situations] / V. V. Shipovskaya // Lichnost i yeye zhiznennyu mir : materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiyem (Omsk, 3–4 oktyabrya 2013 g.) / Ed. L. I. Dementiy. – Omsk : Omsk University Publishers, 2013. – P. 329–334.

12. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Арт-пресс, 1998. – 164 с.
Yuryeva L. N. Krizisnyye sostoyaniya [Crises States] / L. N. Yuryeva. – Dnepropetrovsk : Art-press, 1998. – 164 p.
13. Guarda A. S. Psychiatric Disorders in Women / A. S. Guarda, K. L. Swartz // Neurologic Disease in Women / ed. Peter W. Kaplan Demos Medical Publishing, Inc. 1998. – P. 379–405.
Guarda A. S. Psychiatric Disorders in Women / A. S. Guarda, K. L. Swartz // Neurologic Disease in Women / ed. Peter W. Kaplan. – Demos : Medical Publishing, Inc. 1998. – P. 379–405.

УДК 159.9. (316.6)

О. І. Хоріна

Received June 19, 2014;

Revised July 17, 2014;

Accepted July 25, 2014.

ОСОБЛИВОСТІ РЕСУРСНИХ УПОДОБАНЬ ПІДЛІТКІВ ЗІ СТАТУСНО-ВІКОВИМИ ВІДМІННОСТЯМИ

У статті представлено результати емпіричного дослідження ресурсних уподобань 626 респондентів підліткового та юнацького віку. В дослідженні брали участь молодші і старші підлітки, які є учнями середніх шкіл міста Києва, вихованці колоній для неповнолітніх обох статей, студенти першого курсу вищих навчальних закладів м. Києва. Респонденти умовно були розподілені на 10 підгруп за ознаками статі, віку і належності до навчального або виховного закладу.

Як ресурсні потреби, що задовольняються в міжособових стосунках, розглянуто такі: любов, статус, гроші, інформація, послуги і товари. Використано методикау УІР (уподобання інтерперсональних ресурсів), адаптовану версію методики ІWІR (Inventory of Wishes for Interpersonal Resources, Foa and Bosman). Пріоритети в отриманні бажаних ресурсів підлітками і юнаками/дівчатами було встановлено на основі аналізу середніх значень ресурсів. Виявлено статистично значущі відмінності в ресурсних уподобаннях.