

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

**ПОВЕДІНКОВИЙ ТРЕНІНГ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ НЕВРОТИЧНИХ
РОЗЛАДІВ У МОЛОДИХ ЖІНОК**

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗПП-м-24
ступінь вищої освіти магістр
спеціальності 053 Психологія
Крисенко Анастасії Олегівни
Керівник: кандидат педагогічних
наук, доцент, завідувач кафедри
практичної психології **Чаркіна О.А.**

Кривий Ріг – 2025

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Крисенко Анастасія Олегівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Крисенко А.О.



ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ.....	7
1.1. Поняття та класифікація невротичних розладів у психологічній науці....	7
1.2. Психологічні особливості невротичних розладів у молодих жінок	
Ошибка! Закладка не определена.3	
1.3. Психологічна корекція невротичних розладів у жінок молодого віку засобами поведінкового тренінгу.....	19
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДИХ ЖІНОК.....	25
2.1. Організація та хід емпіричного дослідження.....	25
2.2. Кількісний та якісний аналіз результатів психодіагностики.....	28
Висновки по розділу 2.....	37
РОЗДІЛ 3. ПОВЕДІНКОВИЙ ТРЕНІНГ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ АДАПТИВНИХ НАВИЧОК ПОВЕДІНКИ.....	39
3.1. Обґрунтування ефективності поведінкового тренінгу як практико-орієнтованої форми навчання навичкам саморегуляції та корекції невротичних розладів.....	39
3.2. Поведінковий тренінг «Натхнення й рівновага: тренінг жіночої поведінки та емоцій», перевірка його ефективності.....	42
Висновки по розділу 3.....	51
ВИСНОВКИ.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57
ДОДАТОК.....	62

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному суспільстві, де темп життя постійно зростає, збільшується психоемоційне навантаження через соціально-економічні виклики, війну, пандемії та інші стресові фактори, зростає й рівень психоемоційного напруження. Особливо це стосується молодих жінок, які поєднуючи професійну діяльність, соціальні ролі та прагнення до самореалізації, часто виявляються у групі ризику щодо виникнення невротичних розладів. Нестабільна ситуація у суспільстві, необхідність поєднання професійної діяльності, сімейних обов'язків, а також особливості нейро - гормональної організації жінок, роблять їх особливо вразливими до появи невротичних станів. Підвищена тривожність, дратівливість, емоційна виснаженість, відчуття внутрішньої напруги, не лише ускладнюють їхнє повсякденне функціонування, але й погіршують ментальне здоров'я та знижують якість життя загалом. У зв'язку з цим проблема невротичних розладів серед жінок є поширеною, набуває особливої гостроти, соціального значення та потребує глибокого та системного вивчення. На теоретичному рівні її аналіз забезпечує наукове осмислення феномену, а на прикладному - створення ефективних практик психологічної підтримки, зокрема із використанням поведінкових тренінгів. Комплексний підхід до проблеми дозволяє не лише зрозуміти природу та механізми виникнення невротичних розладів, але й розробити ефективні стратегії психологічного втручання та допомоги, спрямовані на поліпшення психічного здоров'я жінок у сучасному суспільстві.

Проблема неврозу у жінок є однією з найактуальніших у сучасній психології, яка займає почесне місце серед тих, що привертає увагу науковців. Її дослідження спирається на класичні психологічні теорії неврозів, представлені в працях Б. Купера [46], З. Фрейда [44], К. Хорні [40], М. Роберта [47] та ін. Активну зацікавленість до питань невротичних розладів проявляють і сучасні вітчизняні дослідники: Р. Карпінська [11], О.

Мазяр [18], В. Мельник [20], Н. Павлик [25; 26], С. Римша [29], Л. Терещенко [33], Н. Терлецька [34] та ін. Вивченню гендерно - вікових аспектів проблеми (у молодих жінок в тому числі) присвячені праці Г. Алієвої [1], О. Беякової [3], О. Кляпець [12], Н. Кочубей [14] та ін. Аналіз психологічних засобів корекції і поведінкового тренінгу при невротичних станах висвітлено в дослідженнях В. Беяк [11], В. Зливкова [7], Р. Карпінської [11], О. Кузьо [15], В. Культенко [16], О. Фальової [37] та ін.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості невротичних розладів у молодих жінок; розробити та апробувати програму психокорекції невротизму засобами поведінкового тренінгу.

Завдання дослідження:

1. Розкрити сутність поняття «невротичні розлади» та підходи до їх класифікації у сучасній психології.
2. Визначити чинники та особливості прояву невротичних розладів у жінок молодого віку.
3. Проаналізувати теоретичні основи поведінкової психокорекції та можливості її застосування у форматі тренінгу для терапії невротизму.
4. Організувати та провести емпіричне дослідження на виявлення показників та рівня невротизації жінок молодого віку. Опрацювати дані діагностичного обстеження кількісно – якісними методами інтерпретаційного аналізу.
5. Розробити та апробувати програму поведінкового тренінгу як засобу психологічної корекції невротичних розладів серед жінок молодого віку.

Об’єкт дослідження – невротичні розлади особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості невротичних розладів у молодих жінок і можливості їх корекції засобами поведінкового тренінгу.

Методи дослідження. У роботі використано систему наступних методів: *теоретичні*: аналіз психологічних джерел, систематизація основних наукових підходів, узагальнення положень, представлених в науці; *емпіричні*: спостереження, тестування («Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for PCL-5 (для цивільних» F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr; «Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R»; «Тест стресостійкості»; а також *кількісні та якісні методи* аналізу результатів.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані у практичній діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та фахівців у сфері психічного здоров'я для діагностики, профілактики та корекції невротичних розладів у молодих жінок. Розроблений та апробований поведінковий тренінг може бути впроваджений у практику індивідуального й групового психологічного консультування з метою зниження рівня тривожності, напруженості, емоційної нестійкості та підвищення адаптивного потенціалу молодих жінок.

Результати дослідження також можуть бути використані у навчальному процесі закладів вищої освіти під час викладання курсів із загальної, клінічної та практичної психології, а також у подальших наукових розробках, присвячених проблемам жіночої психології та психічного благополуччя.

Організація і база дослідження. Дослідження проводилось у період з липня 2025 року по вересень 2025 року на базі міського салону краси «Salon B18». Вибірка - 21 жінка (віком від 25 до 37 років).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаної літератури, що містить 49 найменувань. Робота містить 2 таблиці, 5 малюнків. Загальний обсяг роботи становить 62 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЇ

Поняття та класифікація невротичних розладів у психологічній науці.

Проблема невротичних розладів посідає одне з провідних місць у сучасній психологічній науці, оскільки відображає складну взаємодію психічних, особистісних і соціальних чинників, що визначають психічне здоров'я людини. Неврози розглядаються як форма порушення емоційної рівноваги, що виникає у відповідь на внутрішні конфлікти, надмірне психічне навантаження або фрустрацію життєво важливих потреб [25]. Їх дослідження має давню історію у психології та психіатрії, що позитивно впливає на глибину розуміння їхньої природи, механізмів виникнення та можливостей психокорекції. Завдяки багаторічним науковим пошукам сформовано різні підходи до пояснення цього феномену, що забезпечує комплексний погляд на проблему та створює підґрунтя для ефективної психотерапевтичної допомоги.

Термін «невроз» уперше з'явився у 1776 році завдяки шотландському лікарю Вільяму Куллену, який визначав його як нервовий розлад без гарячки та без ураження внутрішніх органів, пов'язаний із загальним порушенням функцій нервової системи. У ХІХ столітті поняття «невроз» поступово уточнювалося: його почали розглядати як психогенний розлад, що виникає внаслідок дії психологічних чинників, а обов'язковою умовою діагнозу вважалася відсутність органічних змін у нервовій системі [49].

Вагомий внесок у розвиток уявлень про неврози зробили європейські дослідники: Ж.-М. Шарко, Дж. Бреді, Дж. Беард та інші. Наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття було описано основні клінічні форми неврозів, зокрема неврастенію, істерію та нав'язливі стани [48]. Водночас з'явилися нові наукові напрями (психоаналіз, екзистенціальна психологія), які сприяли

поглибленню диференціації цих розладів і формуванню сучасних підходів до їх розуміння. Сьогодні неврози розуміються як наслідок складної взаємодії особистісних властивостей і соціальних стресорів, що ведуть до зниження адаптивності, емоційного благополуччя та погіршення здоров'я, а сама дефініція використовується різними науками (психологія, психіатрія та ін.) в системі таких суміжних понять як: «психічний розлад», «психоневроз», «невротичний розлад» тощо.

На думку Н. Терлецької, «неврози представляють собою широкий клас функціональних розладів психічної діяльності, що виникають внаслідок різноманітних психотравмуючих факторів, як реакція на вплив стимулів, що значно перевищують можливості опору психіки» [34, с. 180]. Р. Карпінська, В. Беляк підкреслюють, що «неврози - це психогенні (тобто спричинені психологічними факторами) порушення, які характеризуються емоційною нестабільністю, підвищеною тривожністю, внутрішніми суперечностями, зниженням адаптивності та різноманітними соматичними (тілесними) проявами за відсутності грубих порушень психічної діяльності» [11, с. 56]. Н. Павлик наголошує, що неврози розглядаються як дисбаланс динамічної рівноваги між особистістю та середовищем, що виникає унаслідок тривалих або гострих психотравмуючих впливів, конфлікту між потребами та можливістю їх реалізації, між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» [26]. А. Змага зауважує, що поява різноманітних невротичних розладів пов'язана із недостатньою розвиненістю механізмів психологічного захисту, або дисфункційністю стресостійкості, коли особистість виявляється неспроможною ефективно протистояти внутрішнім чи зовнішнім впливам [9, с. 118]. У таких випадках емоційна напруга не знаходить адекватного виходу, що призводить до формування стійких тривожних, депресивних, іпохондричних або нав'язливих станів.

3. Фрейд наголошував, що недостатня узгодженість між свідомими прагненнями людини та її підсвідомими установками створює ґрунт для

внутрішнього розладу, який проявляється у формі невротичних переживань і поведінкових порушень [44].

К. Хорні невроз розглядала як нервово-психічне порушення, що виникає внаслідок деформації особливо значущих у житті людини відносин та має специфічні клінічні прояви [40]. Причому, найбільш схильною до цього стану є невротична особистість, що характеризується залежністю від оцінки оточуючих; почуттям неповноцінності; агресивністю; сексуальною компенсацією своєї недосконалості; неадекватною самооцінкою; мегаломанією (грандіозне перебільшення себе), тривожністю; інфантильністю; нездатністю до цілеспрямованої діяльності або трудоголізму як виразу гіперсоціальності, яка компенсує занепокоєння [40].

Сьогодні загальновизнаним є факт, що виникнення невротичних розладів безпосередньо пов'язане з впливом факторів психологічного напруження, тривала дія яких, може спричинити серйозні патології [31]. Психогенними тригерами можуть виступати як зовнішні соціальні події, так і внутрішньо - особистісні переживання, які мають надмірно інтенсивний вплив та викликають сильне емоційне та інтелектуальне перенапруження. Доволі часто невроз є наслідком пережитої травми і появи ПТСР.

У сучасній психології неврози трактуються як реакція особистості на фрустрацію або стрес, яка зумовлена не тільки зовнішніми умовами, зокрема впливом травматичних подій, але й особливостями внутрішнього світу людини. В даному аспекті науковці виділяють різні групи психологічних чинників, що сприяють появі даного психоемоційного стану. Так, в роботах Л. Терещенко, Т. Олінковської встановлено, що невроз пов'язаний із низьким рівнем самооцінки та самоконтролю, високою тривожністю, недовірою до власного «Я» та відчуттям безпорадності [33].

Г. Гулько зазначає про наступні характерологічні риси: перфекціонізм, амбіційність, надмірна відповідність очікуванням інших, що призводить до тривожності й надмірної внутрішньої напруги, які і є індикаторами неврозу [6]. Найбільш уразливими вважаються особи з істеричними та

психастенічними рисами характеру, особливо якщо вони виражені на рівні акцентуацій. С. Римша, В. Король підкреслюють роль когнітивних чинників, зокрема: схильність до негативних думок (катастрофізм, усунення, ризикованих інтерпретацій), незрілість мислення, відсутність навичок копію та адаптації [29].

Особливе місце в детермінаційному просторі неврозів належить фізіологічним факторам. О. Мазяр акцентує увагу на властивостях нервової системи; порушенні сили, рухливості та врівноваженості основних нервових процесів збудження та гальмування; дисфункціональності першої та другої сигнальних систем; високій нервовій лабільності тощо [18]. Невротична особистість має відповідний тип темпераменту (частіше за все меланхолік або холерик), вирізняється високою реактивністю, слабкою нервово - психічною стійкістю та низькою толерантністю до фрустрації. Поява неврозу є свідчення перевантаження нервової системи, що проявляється у відповідній соматичній симптоматиці: головний біль, порушення роботи серцево – судинної, травневої та інших систем.

Важливо також підкреслити, що патогенний ефект психотравми визначається не стільки її фізичною силою чи кількістю отриманої інформації, скільки індивідуальним значенням цієї події для людини [19]. Саме життєвий досвід, виховання, система цінностей та сформовані установки зумовлюють, наскільки конкретна ситуація стане загрозливою для психічної рівноваги. Тому невроз не можна пояснити виключно через схему «стимул — реакція», адже його поява пов'язана з глибшими індивідуально-психологічними особливостями.

Неврози – це група функціональних, психогенно зумовлених психічних розладів, для яких характерний затяжний або транзиторний перебіг і прояви астеничних синдромів, нав'язливих станів, тривожних та істеричних реакцій [4; 20]. Як підкреслює С. Саржевський, важливою ознакою є збережене усвідомлення власного стану та адекватне відображення реальності, що відрізняє неврози від інших психічних патологій [30]. Відмінність між

неврозом як психічним станом і неврозом як хворобою, полягає у ступені глибини порушень та їх стійкості. Як психічний стан, **невроз** розглядається як тимчасове функціональне порушення емоційної рівноваги, що виникає у відповідь на тривалу дію стресових чи психотравмуючих чинників і зникає після їх усунення.

Як хвороба, невроз має патологічний характер, проявляється системними, стійкими змінами у психічній діяльності, поведінці та соматичному стані, що потребують медичного втручання. Отже, у першому випадку мова йде про зворотну дезорганізацію психічних процесів, а у другому — про стійкий клінічний розлад, який має тенденцію до хронізації та впливає на всі сфери життєдіяльності особистості.

У спробі окреслити структурну психологічну модель неврозу, науковці [9; 26; 29] акцентують увагу на когнітивному (рівень осмисленості порушень, усвідомлення власного стану, нераціоналізація поведінки, дисфункціональні установки, тенденція до катастрофізації, ригідність мислення, надмірна самокритичність тощо); афективному (розгорнутий діапазон емоційний реагувань, характерний для конкретного типу неврозів, наприклад для тривожного неврозу – страх, занепокоєння, очікування небезпеки, сором, провина тощо) та поведінковому (зміни на рівні моторних функцій та життєдіяльності загалом) компонентах. При неврозах, людина стає надмірно збудливою, дратівливою або, навпаки, пасивною та усамітненою. Часто відзначається зниження працездатності, втрата інтересу до звичних справ, поява нав'язливих дій чи ритуалів, спрямованих на зниження тривоги. Поведінка набуває захисного характеру - індивід уникає ситуацій, що викликають страх чи невпевненість. Такі прояви свідчать про спробу компенсувати внутрішній неспокій через зовнішні форми реагування, що водночас посилює замкнене коло невротичної симптоматики.

У сучасній класифікації МКХ-10 міститься розгорнутий опис різних типів неврозів, основними з яких є неврастенія, істеричний невроз, невроз

нав'язливих станів або тривожний невроз, іпохондричний невроз, депресивний невроз тощо [22].

Неврастенія є найпоширенішим типом неврозу, що розвивається внаслідок тривалого психоемоційного або фізичного перевантаження. Основними її проявами виступають: підвищена втомлюваність, слабкість, дратівливість, емоційна нестійкість, зниження концентрації уваги, порушення сну тощо. Психологічними механізмами її появи вважають виснаження, фрустрацію важливих потреб, високу відповідальність, перфекціонізм та схильність до надмірного до самоконтролю. Найчастіше неврастенія проявляється у віковому діапазоні від 20 до 40 років, причому дещо частіше у жінок ніж чоловіків [4; 42].

Істеричний (конверсійний невроз), на думку С. Саржевського пов'язаний із внутрішнім конфліктом, який несвідомо трансформується у тілесні або емоційні симптоми (паралічі, непритомність, сліпота без органічної причини, демонстративні реакції) [30]. В такому стані людина є емоційно збудливою, вразливою, схильною до драматизації. Істеричний невроз має символічний зміст і відображає несвідоме прагнення позбутися травмуючих переживань.

Невроз нав'язливих станів або тривожний невроз (обсесивно-компульсивний невроз), зазвичай проявляється у формі нав'язливих думок, страхів або дій, від яких людина намагається звільнитися [43; 47]. Причиною його появи вважають глибокі внутрішні протиріччя між суперечливими установками («хочу» - «можу» - «треба»), почуття провини, надмірний самоконтроль тощо. Типовими рисами особистості є підвищена хронічна тривожність, схильність до сумнівів, педантизму, морального самозвинувачення, повторювані дії чи ритуали. Іпохондричний невроз проявляється як нав'язливе занепокоєння про своє здоров'я; депресивний невроз – як стійкий пригнічений настрій, втрата активності, демотивація тощо. Незважаючи на тип неврозу, ключовим є порушення роботи мозкових структур, що відповідають за регуляцію адаптаційних механізмів, які

проявляються на вегетативному, когнітивному, емоційному та поведнково – діяльнісному рівні.

Результати теоретичного аналізу засвідчують, що неврози охоплюють широкий спектр функціональних психічних порушень, які виникають унаслідок тривалих психоемоційних перевантажень, внутрішньоособистісних конфліктів та неефективних механізмів психологічного захисту. З'ясовано, що неврози не супроводжуються органічними ураженнями мозку, проте значно впливають на емоційний стан, поведінку, міжособистісні стосунки й соціальне функціонування особистості. Таким чином, узагальнення теоретичних підходів дає підстави стверджувати, що невротичні розлади є складним психічним феноменом, який відображає порушення процесів адаптації, регуляції емоцій і взаємодії особистості з соціальним середовищем.

1.2 Психологічні особливості невротичних розладів у молодих жінок

Невротичні розлади є поширеними серед представників усіх вікових і соціальних груп, проте їх прояви вирізняються специфічними гендерними та віковими особливостями, що зумовлює необхідність диференційованого підходу до їх вивчення та корекції. Проблема невротичних розладів у молодих жінок посідає важливе місце в сучасній психологічній науці, оскільки саме цей контингент характеризується підвищеною емоційною чутливістю, соціальною вразливістю та специфічними рольовими очікуваннями. У період становлення особистісної та професійної ідентичності жінка стикається з численними внутрішніми та зовнішніми протиріччями, що можуть сприяти формуванню невротичних розладів.

Як зазначає Н. Токарева, молодість – це етап ранньої зрілості, що охоплює періоди від 18-20 до 30-35 років [36, с. 209]. Як один із найважливіших етапів онтогенезу молодість характеризується високим

рівнем фізичного, інтелектуального та соціального розвитку. У цей час людина досягає піку фізичної форми, енергетичного потенціалу, працездатності та життєвої активності. Відзначається оптимальний розвиток когнітивних функцій - мислення, уваги, пам'яті, здатності до аналізу й прийняття рішень. В цей час інтенсивно формується система цінностей, світогляд, професійна ідентичність, розвивається емоційна зрілість та соціальна компетентність. Молодість також є періодом накопичення життєвого досвіду, становлення самосвідомості, пошуку сенсу життя та самореалізації. Водночас саме цей віковий період супроводжується екзистенційними кризами, амбівалентністю почуттів, суперечливістю між прагненням до незалежності та потребою у соціальній підтримці. Такі психологічні особливості можуть створювати передумови для виникнення внутрішніх протиріч і, за несприятливих умов, розвитку невротичних реакцій.

Для молодих жінок цей період має особливе психологічне наповнення, адже поєднує кілька важливих процесів - пошук особистісної та соціальної ідентичності, становлення професійної ролі, формування сімейних орієнтацій, усвідомлення жіночності як складової «Я-концепції». У цей час зростає потреба у повноцінній життєтворчій самореалізації, розкритті власного потенціалу, соціальному схваленні та гармонійних міжособистісних стосунках. М. Мушкевич та ін. підкреслюють, що «...одним із основних завдань жінки цього віку є підготовка до шлюбних стосунків, в яких вони виконують різні функції та ролі» [23, с. 16]. Л. Помиткіна зауважує, сім'я розглядається як складне соціально-психологічне утворення, що функціонує в системі взаємопов'язаних норм, ролей, функцій і обов'язків, значна частина яких традиційно покладається на жінку. Це зумовлено тією провідною, інтегративною роллю, яку вона виконує в забезпеченні емоційної стабільності, згуртованості та психологічного клімату сім'ї. [27]. Є. Алієва зазначає, що жінки намагаються поєднати професійну і сімейну сфери діяльності, займати активну позицію у громадському житті та висувують

високі вимоги до власного майбутнього [1]. Проте, в сучасних умовах жінкам, доволі непросто, реалізувати свої соціально – психологічні прагнення. Зміна соціальних стереотипів, «змішування» ролей призводить до того, що на жінках «лежить» багато «чоловічих» обов'язків. Таке накладання соціальних ролей супроводжується підвищеним рівнем психоемоційної напруги, перевантаженням, втратою ресурсів для відновлення, що створює сприятливий ґрунт для виникнення невротичних реакцій. В умовах, коли жінка має бути водночас ефективною професіоналкою, турботливою матір'ю, партнеркою, доглядачкою, вона часто стикається з відчуттям хронічної втоми, внутрішньої роздвоєності та незадоволеності.

С. Белякова, І. Злотнікова підкреслюють, що зіткнення з реаліями дорослого життя, професійними труднощами, соціальними очікуваннями – може зумовлювати внутрішні суперечності, невпевненість у собі, відчуття фрустрації чи емоційної виснаженості [3]. Саме поєднання високих вимог до себе, необхідність успішної самореалізації та відповідність соціальним очікуванням створює передумови для розвитку невротичних розладів, які стають реакцією на порушення внутрішньої гармонії між реальним і бажаним образом «Я».

О. Кляпец вважає, що тиск суспільства щодо дотримання традиційних гендерних ролей у сім'ї може виступати потужним психогенним фактором формування невротичних розладів у жінок [12]. Вимога бути «ідеальною» у всіх сферах життя створює хронічну напруженість, почуття провини, тривожність та зниження самооцінки у випадку неможливості відповідати цим очікуванням. К. Хорні підкреслювала, що постійне пригнічення власних бажань задля відповідності соціальним стандартам породжує емоційну фрустрацію, психічну перевтому, відчуття безсилля та зниження життєвого тону [40].

Особливості прояву невротичних розладів у молодих жінок зумовлені поєднанням біологічних, психологічних і соціокультурних факторів. Дослідження показують, що жінки частіше схильні до розвитку неврозів

через підвищену емоційну чутливість, значну роль міжособистісних стосунків і соціальну відповідність щодо їхньої поведінки та ролей [28; 48].

О. Бацильова підкреслює, що психоемоційний стрес, який постійно супроводжує життя сучасних жінок негативно впливає на їх репродуктивне здоров'я [2]. В роботі Н. Подшивалової зазначається, що жінки мають більш розгорнуту та інтенсивну, але менш контрольовану гаму афективних переживань, що може опосередкованим чином впливати на появу неврозу та підсилювати його симптоматику. Вони гостріше реагують на невдачі та глибше переживають різні втрати. Емоційне напруження нерідко накопичується, не знаходячи конструктивного виходу, що веде до хронічної втоми, психосоматичних проявів або поведінкових порушень. [28]. Це пояснюється анатомічними особливостями мозку: у жінок більш розвинені ділянки, що відповідають за обробку емоційно забарвленої інформації. З огляду на це дівчата, починаючи з підліткового віку, більш схильні до переживання депресії, тривоги, страху, смутку та сорому порівняно з хлопцями [48; 49].

За даними Американської асоціації психіатрів, найчастіше серед молодих жінок спостерігаються форми неврозів із переважанням астенічних, істеричних та obsесивно-компульсивних проявів, що проявляються підвищеною тривожністю, емоційною лабільністю, нав'язливими думками і схильністю до психосоматичних реакцій [42; 43].

М. Орос, Ю. Бучок зазначають, що тривожний (obsесивно-компульсивний) невроз (невроз тривоги, генералізований тривожний розлад) - це психогенний розлад, який проявляється стійким відчуттям безпричинної тривоги, напруженості та очікування небезпеки, що не має об'єктивного підґрунтя [24]. У жінок цей вид неврозу зустрічається значно частіше, що зумовлено як біологічними, так і соціально-психологічними чинниками [48]. Зарубіжні науковці [43; 48] вважають, що основними причинами тривожних неврозів у жінок виступають:

- хронічні психоемоційні перевантаження, постійний стрес, конфлікти в сім'ї або на роботі, перевищення адаптаційних можливостей нервової системи;

- рольова напруга внаслідок поєднання кількох соціальних ролей (мати, дружина, працівниця), що веде до перенасичення відповідальністю та почуття провини за неможливість «встигати все».

- тривалі фрустрації потреб - принесення себе в «жертву», відсутність підтримки, любові, самореалізації;

- біологічна схильність — гормональні коливання (пременструальний синдром, вагітність, післяпологовий або клімактеричний період) підвищують емоційну чутливість і схильність до тривоги;

- внутрішньоособистісні кризи, протиріччя між «Я-реальним» і «Я-ідеальним», підвищений рівень самокритичності, перфекціонізм.

Крім того, не слід забувати і про соціально – політичні чинники: війну, економічну нестабільність, негативний інформаційний тиск під впливом яких збільшується занепокоєння і зростає ризик тривожного неврозу.

Тривожний невроз у жінок проявляється у вигляді різноманітних соматичних (порушення сну, серцебиття, тремтіння, пітливість, запаморочення, відчуття «кома в горлі», болю в грудях, задишки тощо) і психологічних реакцій (постійне відчуття внутрішнього напруження, занепокоєння, страху без явної причини; дратівливість, сльозливість, нав'язливе очікування небезпеки, панічні атаки тощо) [13; 14]. Він знижує рівень енергії, самооцінки та відчуття контролю над життям, що може призводити до депресивних станів, невротичного вигорання та інших патологій.

Тривожний невроз розвивається, переважно, у жінок «тривожного» типу, який формується на основі поєднання вроджених властивостей нервової системи (висока чутливість, емоційна лабільність) та соціально-психологічних факторів виховання (гіперопіка, критичність, низький рівень підтримки) [10].

«Тривожні» жінки, зазвичай знаходяться у постійному напруженні та апатії, недооцінюють свої можливості, схильні до катастрофікації та низької стресостійкості.

Достатньо розповсюдженим серед жінок є і істеричний невроз, що обумовлено особливостями нейрофізіологічної організації і емоційною чутливістю [42]. Його клінічна картина настільки різноманітна, що він отримав метафоричну назву «хамелеон», адже симптоми постійно змінюються та імітують інші хвороби. Жінки з цим розладом зазвичай відзначаються демонстративністю, надмірною емоційністю, підвищеною навіюваністю, прагненням привертати увагу, імпульсивністю поведінки та використанням інфантильних захисних механізмів.

Як відомо, призначення жінки – це продовження роду. Народження дитини є важливим етапом самореалізації її особистості, який забезпечує відтворення поколінь і водночас сприяє формуванню глибинних емоційних та екзистенційних смислів її життя.

Проте, доволі часто, за даними М. Хараджи, І. Александрович майже у 80% жінок спостерігаються ознаки післяпологового неврозу, переважно депресивного типу [39, с. 251]. З'являється підвищена тривожність, дратівливість, плаксивість, порушення сну та апетиту, відчуття безсилля чи провини. Часто спостерігається страх не впоратися з материнськими обов'язками, надмірна відповідальність або нав'язливі думки щодо здоров'я дитини. Такий стан може ускладнювати емоційний контакт між матір'ю та немовлям, спричиняючи почуття відчуженості та апатії. Без належної психологічної підтримки післяпологовий невроз може перейти в тривалий депресивно-тривожний стан, що потребує психокорекції та участі фахівця.

Спираючись на дослідження Л. Терещенко, Т. Олінковської, Н. Павлик [25; 26; 33] неврозогенез у жінок молодого віку можна представити як динамічний процес психічних змін, що проходить декілька стадій:

- поява короточасних емоціогенних реакцій на вплив психотравмуючого подразника;

- поява невротичного стану, як більш тривалого психогенного розладу із характерною симптоматикою;
- поява невротичного розладу із стійкими психопатологічними проявами та деструктивними наслідками.

Аналіз теоретичного матеріалу дозволяє встановити, що неврози у молодих жінок представляють собою широкий клас функціональних розладів психогенного характеру, які виникають внаслідок дії різноманітних стресових факторів, що значно перевищують можливості резильєнтного реагування. У жіночій популяції неврози пов'язані із рольовими конфліктами, кризами професійної, особистісної та сімейної самореалізації, суперечностями у концепції власного «Я», недостатністю соціальної підтримки тощо. Серед найрозповсюдженіших типів виділяють тривожний, післяпологовий та істеричний невроз, які свідчать про надмірне психічне навантаження, порушення емоційної рівноваги та фрустрацію життєво важливих потреб. Поширеність неврозів серед молодих жінок, їх деструктивний вплив на психіку та негативні наслідки для здоров'я, гостро актуалізують необхідність впровадження практичних технологій з метою стабілізації внутрішнього стану та підвищення благополуччя.

1.3. Психологічна корекція невротичних розладів у жінок молодого віку засобами поведінкового тренінгу

Поширеність невротичних розладів серед жінок зумовлює актуальність їх глибокого психологічного вивчення та впровадження ефективних засобів психокорекції. Жінки, порівняно з чоловіками, характеризуються підвищеною емоційною чутливістю, схильністю до тривожності та внутрішньоособистісних криз, що підвищує ризик формування невротичних станів.

У цьому контексті психокорекційна робота спрямована на відновлення емоційної рівноваги, розвиток адаптивних способів реагування на стрес і

зміцнення психологічної стійкості. Вона дозволяє гармонізувати особистісні ресурси, підвищити рівень саморегуляції та самоприйняття. Таким чином, необхідність психокорекції неврозів у жінок визначається не лише високими показниками їх поширеності, а й значним впливом цих розладів на якість життя, професійне та міжособистісне функціонування.

Психологічна корекція здійснюється різними методами і засобами. Найбільшу ефективність тут виявляє поведінкова психокорекція, що здійснюється засобами тренінгових технологій. Поведінкова психокорекція та поведінковий тренінг ґрунтуються на основних положеннях біхевіоризму та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які розроблені зарубіжними науковцями (А. Елліс, А. Бек, Б. Скіннер, К. Поппер та ін.). Їх використання для психокорекції неврозів полягає у формуванні нових адаптивних моделей реагування на стресові ситуації; переосмисленні ситуації та формування нового ставлення до неї, заміні неефективних або деструктивних форм поведінки більш конструктивними. Поведінкова психокорекція спрямована на зміну тих стереотипів мислення та форм активності, що підтримують симптоматику неврозу (уникання, тривожність, надконтроль, самокритичність тощо).

О. Стельмах з цього приводу зазначає, що у роботі з особами з психічними та емоційними розладами (невроз в тому числі) особливу ефективність виявляють поведінкові тренінги, що суттєво знижують прояви тривожності, депресії та агресії, сприяють адаптації до соціального оточення та покращують якість життя [32, с. 61]. Для невротичних станів мета поведінкової психокорекції полягає у зниженні рівня емоційної напруженості, усуненні невротичних проявів і відновленні психологічної рівноваги особистості шляхом навчання ефективним способам саморегуляції, релаксації та адаптивної взаємодії із середовищем.

Психокорекція реалізується за допомогою різних інструментів головним з яких виступає тренінг. В. Зливков, С. Лукомська С. вважають, що тренінги є однією з найпопулярніших практик і представляють собою

систему психоедукаційних, психотерапевтичних та психокорекційних методів, спрямованих на розвиток умінь самопізнання та саморегуляції, міжперсональної взаємодії та різноманітних умінь [7, с. 6].

Тренінги характеризуються широкою варіативністю і поділяються на різні види (комунікативні, поведінкові, самореалізації, компетентності тощо) [38]. О. Чаркіна наголошує на ролі тренінгів для формування аутопсихологічної компетентності студентів – психологів як фактору успішної професійної самореалізації в майбутньому [41]. Незважаючи на різноманіття їх класифікації, ключовими чинниками ефективності впровадження залишаються системність, структурованість, активне залучення та врахування індивідуальних особливостей учасників.

Аналіз сучасних зарубіжних досліджень демонструє значний потенціал поведінкових тренінгів для вирішення професійних [41], освітньо – виховних [45; 46], особистісних [15; 16], розвивально – формувальних [5; 38] та клінічних завдань [4; 43; 47]. Поведінкові тренінги є високоефективним інструментом розвитку соціальних, когнітивних та емоційних компетентностей; визначають основні принципи навчання гнучкої поведінки через формування асоціацій, моделювання, відтворення за зразком, підкріплення, виконання практичних вправ тощо [32]. Саме ці механізми дозволяють пояснити, як відбувається формування навичок, автоматичних реакцій і нових конативних моделей.

В. Левицька вважає, що для практичної допомоги людям із невротичним розладом (молодим жінкам в тому числі) поведінковий тренінг дозволяє: стабілізувати психоемоційний стан; подолати внутрішньо – особистісні протиріччя; сформувати компетентності, установки щодо власного «Я» і закріпити ці новоутворення психіки відповідними поведінковими паттернами [17].

Організація тренінгових заходів для корекції поведінки жінок із неврозами повинна спиратися на принципи активності, добровільності, етичності, конфіденційності, зворотного зв'язку тощо; індивідуально -

диференційований підхід, гуманістичну орієнтацію та опору на особистісні ресурси учасниць [37]. Такі програми мають включати комплекс психотехнік і методів, спрямованих на зниження емоційної напруги, формування навичок самоконтролю, розвиток усвідомлення власних емоцій і потреб, а також формування гнучкості поведінки. Серед основних методів тренінгової роботи слід звзначити про групову дискусію, кейс – методи, ігрові, тілесно – орієнтовані, медиативні, експозиційні та ін. методи [32].

Тренінги доцільно здійснювати у груповій та індивідуальній формах роботи, що забезпечує поєднання взаємної підтримки та персоналізованого впливу.

У структурі тренінгового заняття варто використовувати такі прийоми і техніки:

- когнітивна реструктуризація (заміна нераціональних переконань більш адаптивними);
- рольові ігри та моделювання ситуацій (відпрацювання ефективної поведінки);
- дихальні та релаксаційні техніки (зниження фізичного напруження);
- методи позитивного підкріплення (формування впевненості у власних силах);
- візуалізація бажаних результатів і психоемоційна саморегуляція.

Поведінковий тренінг поєднує у собі кілька взаємопов'язаних компонентів. По-перше, це практика нових навичок і стратегій поведінки через моделювання та рольові ігри. По - друге, активне використання конструктивного зворотного зв'язку дає учасникам можливість усвідомлювати власні сильні сторони та зони розвитку. По - третє, поступове наближення до складних або тривожних ситуацій дозволяє поступово знижувати рівень страху чи напруження, що підвищує ефективність навчання.

Для жінок, які страждають на невротичні розлади, інтеграція поведінкових методик дозволяє отримати практичні інструменти, спрямовані

на формування конкретних навичок і зміну поведінкових патернів. Тренінг для цієї категорії осіб дозволяє забезпечити прикладну спрямованість психологічної допомоги. Він надає можливість сформувати нові механізми саморегуляції, контролю емоційних реакцій і формування адаптивних моделей поведінки у стресових ситуаціях. Завдяки тренінгам жінки вчаться усвідомлювати зв'язок між думками, емоціями та поведінкою, що сприяє зміні нераціональних установок і зниженню рівня внутрішньої напруги. Практичні вправи допомагають розвивати навички релаксації, конструктивного вирішення конфліктів і самопідтримки, що є особливо важливим у періоди емоційного виснаження та неврозів.

Таким чином, поведінкові підходи виступають ефективним інструментом відновлення психологічної рівноваги, сприяють підвищенню стресостійкості та формуванню більш стабільного емоційного стану жінок, схильних до невротичних проявів. Тренінгова робота виступає цілісною системою психокорекційного впливу, що поєднує емоційно-підтримувальний, когнітивно-поведінковий та розвивальний компоненти, сприяючи зниженню проявів неврозу та підвищенню якості життя молодих жінок.

Висновки до розділу 1

У теоретичному розділі дослідження було встановлено, що феномен невротичних розладів має складну багаторівневу природу, зумовлену поєднанням нейрофізіологічних, психологічних та соціальних чинників. Неврози охоплюють широкий спектр функціональних психічних порушень, які виникають унаслідок тривалих психоемоційних перевантажень, внутрішньоособистісних конфліктів та неефективних механізмів психологічного захисту. З'ясовано структуру неврозу як психоемоційного стану, що складається з когнітивного, афективного та конативного компонентів; визначено основну класифікацію та форми прояву.

Зазначається що невротичні розлади мають психогенну природу, виникають внаслідок впливу травмуючих стрес – факторів, що перевищують ресурси опору особистості. Неврози характеризуються гендерними та віковими особливостями і виявляють специфічність у молодих жінок. У молодих жінок невроз найчастіше пов'язаний із емоційною напруженістю, конфліктом між соціальними ролями та особистісними очікуваннями, що спричиняє переживання внутрішньої нестабільності, страху, виснаження та незадоволеності собою. Найбільш розповсюдженими в цій категорії є істеричні, астенічні та тривожні (післяпологовий) розлади, що проявляються у відповідній симптоматиці. Поширеність невротичних розладів серед жінок і глибина їх переживань зумовлює необхідність впровадження ефективних засобів психокорекції. Серед таких практичних інструментів особливу ефективність виявляють поведінкові тренінги, що спрямовані на переосмислення власного стану, формування нових конативних моделей відновлення адаптивної та стресостійкої поведінки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДИХ ЖІНОК

2.1. Організація та хід емпіричного дослідження

Наше емпіричне дослідження проведено у період з липня 2025 року по вересень 2025 року на базі міського салону краси «Salon B18». Вибірка - 21 жінка (віком від 25 до 37 років). 18 жінок - працює на підприємствах та у закладах нашого міста, 17 з них мають вищу освіту, 4 - середню спеціальну. 4 перебувають у цивільному шлюбі, 16 мають дітей.

Вибірка була сформована за такими критеріями:

- зацікавленість у самозмінах емоційних станів в процесі тренінгу;
- наявність потреби покращення власної зовнішності та здоров'я;
- активна соціальна взаємодія;
- наявність ознак невротичних розладів (тривожності, фрустрованості, фобій).

Дослідження умовно можна поділити на такі етапи:

- підготовчий (з опрацюванням відповідної науково-психологічної літератури, матеріалів лекцій та практичних занять в університеті, складанням плану дослідження, формуванням вибірки, підбором методик);
- емпіричний (з проведенням психодіагностичних вимірів, кількісною та якісною обробкою результатів);
- креативно-продуктивний (з розробкою програми поведінкового тренінгу для корекції та профілактики невротичних розладів);
- формувальний (з упровадженням поведінкового тренінгу, оцінкою його ефективності).

Основні принципи побудови дослідження:

- наукова обґрунтованість ефективності терапевтичних та психологічних технік;
- конфіденційність;

- добровільна згода на участь у дослідженні;
- індивідуальний підхід до учасниць дослідження.

Використано наступні методи та методики дослідження.

1.Спостереження за спілкуванням та поведінкою учасниць. Цей метод дав можливість виокремити психологічні особливості молодих жінок у невимушеній обстановці, зафіксувати прояви невротичних розладів та способи зниження тривожності, фрустрованості засобами догляду за собою. Спостереження допомогло визначити як зовнішні («доглядові») процедури впливають на внутрішній стан жіночої психіки, сприяють емоційному розвантаженню, самосприйманню у складних умовах теперішнього часу.

2. Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for PCL-5 (для цивільних) (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr) [8].

У опитувальнику 20 тверджень, з якими потрібно у відповідному бланку відмітити прояв даного симптому (від «ніколи» - 0 балів до «дуже часто» - 4 бали). Вважаємо доцільним використання такої методики, тому що вона містить опис ознак проблемних та складних життєвих ситуацій, які можуть викликати такі невротичні розлади як: тривожність, виражені соматичні реакції, негативне ставлення до себе, відсутність позитивних емоцій, постійні негативні, нав'язливі думки.

Отримані бали складаються, максимальна кількість - 80 балів. Сума 33 бали і більше сигналізують про наявність невротичних розладів. Важливо визначити вираженість симптомів по кластерам (В - інтрузія, нав'язливі думки; С - запобігання; Д - негативні емоції; Е - надмірна реактивність).

3.Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) [8, с.149]. Цей опитувальник розроблено для оцінки частоти та вираженості симптомів різноманітних розладів (у тому числі і невротичних симптомів: тривожність, депресія, фобії, соматизація). Це надійний інструмент, який дозволить не тільки виявити важкість прояву симптому, а й оцінити динаміку змін у процесі психологічного супроводу (зокрема, поведінкового тренінгу).

У методиці 90 тверджень, згрупованих у 9 шкал: соматизація, нав'язливість, депресія, тривожність, фобії, психотизм тощо. Оцінювання вираженості від 0 балів («зовсім ні») до 4 балів («дуже сильно»). У результаті підраховується показник GSI (відображає інтенсивність та кількість симптомів) – середнє арифметичне значення всього тесту, при якому сума балів всіх питань ділиться на 90. Отримані середні значення порівнюються з нормативними.

4.Тест стресостійкості [35] важливий у психодіагностиці тому, що у жінок з невротичними рисами проявляються психоемоційна нестабільність, підвищена чутливість до стресів. Вони вразливі до негативних впливів стрес-факторів, які можуть погіршити стан, поглибити симптоми, призвести до негативних наслідків (психосоматичних розладів, депресії тощо). У тесті 20 запитань, на які надаються відповіді, кожна з яких має бали: «ніколи» - 5 балів; «майже ніколи» - 4 бали; «іноді» - 3 бали; «часто» - 2 бали; «майже завжди» - 1 бал. Бали складаються, від отриманого числа мінусується 20 балів. За отриманими результатами маємо:

- негативний показник від 0 до - 20 балів свідчення високого рівня стресостійкості;
- від 20 до 50 балів - середній рівень;
- >50 балів - стресостійкість низького рівня.

Запитання тесту стосуються тих сфер, які найчастіше провокують невротичні розлади.

Даний методологічний інструментарій є валідним та здатним визначити не тільки рівень прояву невротичних розладів у досліджуваних, але й зорієнтуватися у резервних ресурсах молодих жінок, які можливо використовувати у доланні невротичних розладів.

2.2. Кількісний та якісний аналіз результатів психодіагностики

Збір потрібної інформації для подальшого психологічного супроводу молодих жінок з невротичними розладами починався у процесі спостереження. Це дало можливість за результатами спостереження умовно розділити досліджуваних на три групи.

Перша група (7 досліджуваних) демонструвала поведінку типову для невротиків. Вони постійно тривожилися (заглядали у телефон, знервовано реагували на гучні звуки падіння ножиць, грюкання дверей, гучний сміх), дратувалися у спілкуванні з перукарями та косметологами, проявляли незадоволення у дрібницях («не зовсім той колір», «не зникли миттєво наслідки після лазерного втручання», «надмірна штучність вій» тощо). Це доводило загальну тенденцію невротиків сприймати навіть нейтральні події з негативізмом та тривогою. По відношенню до інших вони не проявляли особливих емоцій.

4 жінки віднесено до другої групи, тому що вони виражали позитивні емоції до майстрів, оточуючих, голосно раділи «покращенню», були впевненими у собі, пригадували приємні моменти з життя, не соромилися говорити компліменти іншим клієнткам.

10 жінок (третя група) також проявляли поведінкові ознаки нейротизму (очікування негативних наслідків відвідування салону та поза його межами, не могли розслабитися повністю, не випускали телефону з рук, озвучували негативні новини, що впливало на настрій всіх відвідувачів тощо), але такі поведінкові ознаки були не надто надмірними, несистематичними.

Відповідно, потрібно було підтвердити ці дані психодіагностикою.

Результати за «Опитувальником симптомів ПТСР PTSD Checklist for PCL-5 (для цивільних)» представлено на рис. 2.1.

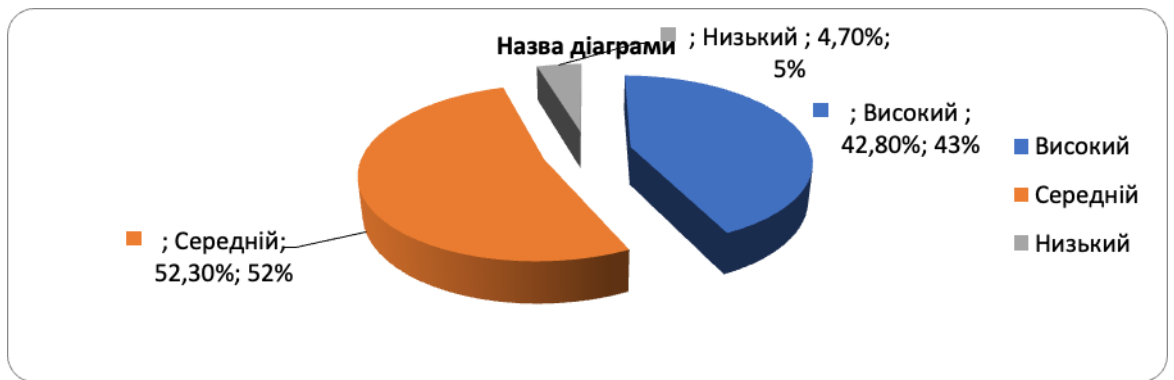


Рис.2.1. Рівні проявів симптомів невротичних розладів (N=21)

Так, високий рівень прояву невротичних розладів зафіксовано у 9 жінок (42,8%), середній у 11 жінок (52,3%), низький у 1 досліджуваної (4,7%).

Зрозуміло, що досліджувані з високим рівнем невротичних розладів (як набрали 34-43 бали) зазначали постійні тривожні думки про війну, долю чоловіків, відчуття сильного занепокоєння під час тривоги (бомбардувань), надмірні негативні почуття гніву, жаху, роздратованості. Також зазвичай додавалася інформація про психосоматику (підвищення тиску, тремтіння рук, серцебиття, тахікардію, тремор), що в першу чергу пов'язували з загрозливими подіями у країні та насамперед у місті.

Одна з досліджуваних жалілася на постійний головний біль та помилковий лікарський діагноз, який передбачав ноотропні засоби, фізіотерапію, що не принесло полегшення. Її випадок - типовий приклад соматоформних розладів, при яких жаліються на роботу внутрішніх органів, однак об'єктивних порушень роботи організму не виявляється. Швидше за все наявні фізичні симптоми не є реальною соматичною причиною, а пояснюються психологічними факторами. Однак, більш ефективні методи лікування методами поведінкового тренінгу, який дасть можливість провести корекцію образу життя, зменшити вплив травмуючих факторів, покращити емоційний стан, ця досліджувана сприймає як низько результативні.

Група з високим рівнем прояву невротичних проявів демонструвала завищені критерії по всім кластерам методики: нав'язливі, тривожні думки, прагнення запобігати їх вирішення, гіперреактивність реакцій (зазвичай емоційно виснажливих) на події. Практично всі досліджувані жінки зазначили, що живуть у постійному очікуванні неприємних подій, відчуваючи яким розбалансованим став їх емоційний фон, а поведінка набула неочікуваних раніше проявів екстернальності (прагненні шукати винних у подіях власного життя).

Пригадували досліджувані також і панічні настрої (атаки), які виникали уночі при несподіваній загрозі (сигналах тривоги). Особливо це підсилювалося у моменти «блекаутів» та приводило до вегетативних проявів, загострення психічних симптомів (дереалізації, деперсоналізації, страху втратити контроль над ситуацією). Так, вегетативні симптоми є основними у панічних атаках, а психологічна природа таких атак потребує подальшого вивчення та корекції.

Жінки-невротики поступово (ще з часів карантинних обмежень) втратили потребу у спілкуванні, емоційну включеність у взаємодію з оточенням. Відвідування салону, на їх переконання, майже останній шанс «втриматися на поверхні», не опуститися, підтримати позитивне самоставлення. Зміни у зовнішності вони сприймають як фактор задоволення соціальним функціонуванням та зниженням відчуття безпорадності.

Одна досліджувана з низьким проявом невротичних розладів - практичний психолог, саме це дає їй можливість корегувати тривожність, запобігати панічних атак, астенічних провів у поведінці. Вона усвідомлювала, що депресивний стан, тривожність, страх в першу чергу позначиться на взаємодії з клієнтами, а для фахівця сфери «людина-людина» - це не припустимо. Боротися з проявами невротичних розладів досліджувана почала після усвідомлення початкових проявів (невпевненість у своїх силах, швидка втомлюваність, порушення сну, плаксивість, різкі перепади настрою). Потім додалися нав'язливі думки, погіршилася пам'ять,

роздратованість. Найбільш ефективним методом додання невротичних розладів досліджувана вважала майндфулнес (терапію усвідомленості або медитацію, незалежну від релігії).

Утім, крім військових подій, на досліджуваних впливали сімейно-психологічні, виробничі фактори. До сімейно-психологічних віднесено нестабільність родини, відсутність чоловіка, який перебуває на ЛБД, проблеми у навчанні дітей, переживання щодо хворих (старих) членів родини.

Виробничі «провокатори» невротичних розладів - конфліктні стосунки з колегами та керівництвом, нестабільна робота підприємства, незадовільна заробітна плата. Молоді жінки у процесі праці перебувають під впливом сполучення стресових ситуацій, які сприяють розвитку психоемоційного виснаження. Утім, повернення додому не звільняє жінку від перевантаження, не надає можливості відпочинку. Надмірна емоційність жінки, вразливість її психіки, можливі гормональні порушення - предиктори появи невротичних станів з тривожністю, депресією.

Утім, наявність таких невротичних розладів фіксувалася досліджуваними, але не викликала бажання звертатися за допомогою до фахівців.

Для виявлення психологічних проявів невротичних розладів значного кола осіб, проведено наступний етап психодіагностики. Результати опитування мають дещо приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може представити загальну картину невротичних порушень. В узагальненому вигляді результати діагностики за «Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R)» представлено у таблиці 2.1.

Симптоматичні прояви невротичних розладів досліджуваних жінок

Шкала	Середнє значення	Середній показник (по групі)	Висновки
Соматизація	0,69	0,76	Вище норми
Нав'язливість думок	0,76	0,88	Вище норми
Інтерперсональна чутливість	0,83	0,72	Нижче норми
Депресія	0,68	0,74	Вище норми
Тривожність	0,62	1,3	Вище норми
Ворожість	0,71	0,65	Нижче норми
Фобії	0,35	0,81	Вище норми
Психотизм	0,42	0,31	Нижче норми
Параноїдність	0,67	0,60	Нижче норми
Індекс GSI	0,64	0,75	Вище норми

Показники діагностики свідчать, що у групі підвищений рівень прояву невротичних симптомів. Особливо по шкалам: соматизація, нав'язливість думок, тривожність, фобії, депресивність. Нижче норми показники інтерперсональної чутливості, ворожості, психотизму та параноїдності. З отриманих показників можна зробити припущення щодо:

- наявності відчуття соматичної дисфункції жінок (це також підтверджується результатами бесід та попередньої діагностики). Воно проявляється у порушеннях сну, головних болях, проблемах з травленням, диханням, нездатністю до розслаблення тощо. З'являється підвищена сльозливість, що дивує та тривожить оточуючих. Соматичні дисфункції, відповідно, впливають на працездатність, знижують якість життя, але, на нашу думку, в першу чергу вони маскують наявні психологічні проблеми.

Тілесні симптоми без особливих органічних причин «заблюрюють» справжні психологічні проблеми;

- безкінечних нав'язливих думок як показника obsесивно-компульсивного розладу, неврозу нав'язливих станів. Такий тип ірраціональних думок постійно породжує загрозливі образи та ідеї, особливо зараз у часи небезпеки та невизначеності життя. Думки стосуються власного благополуччя, здоров'я, безпеки дітей, рідних, чоловіків, які знаходяться у небезпечних умовах. Думки виникають спонтанно, їх важко контролювати, вони викликають внутрішній дискомфорт, а крім того, гальмують виважений процес прийняття потрібних рішень. Досліджувані з високими показниками по цій шкалі жаліються на проблеми з увагою, пам'яттю, потребою виконувати нав'язливі дії (наприклад, переклади речі з місця на місце, переживати щодо електричних невиключених приборів, гортати стару книжку, «скролити» соцмережі). Такий тип думок відрізняється від тривожних, які більш логічні та виникають, як правило, у небезпечній ситуації. Після зникнення небезпечної ситуації тривожні думки трансформуються у звичайні, а нав'язливі продовжують бентежити безперервно;

- значного підвищення рівня тривожності. Це пов'язане з надмірною емоційною чутливістю жінок, тривалим перебуванням у некомфортних, загрозливих умовах життєдіяльності. Жінці важко всидіти на одному місці, вона почувається як «стиснена пружина». Не буде помилковим припущення щодо значної ролі когнітивних компонентів, які провокують тривожність (почуття небезпеки, побоювань, різноманітних страхів, соматичних корелятів тривожності). До них додається гормональні, біологічні та соціальні проблеми. Надмірна кількість соціальних ролей, що виконує жінка під час війни, тримає рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності високим;

- наявності фобій, які підсилюються на фоні стресу, невирішених психологічних конфліктів, фізичного перенавантаження. До таких фобій

можна віднести панічні атаки, бронтофобію (страх вибухів, бомбардування), іпохондричні фобії (страх захворіти), клаустрофобію (страх замкненого простору незручного, непристосованого бомбосховища), агорафобію (страх під час ворожих атак опинитися на відкритому просторі). Фобії - ірраціональні (на відміну від звичайної тривоги), вони породжують патологічні страхи. Наприклад, жінка починає боятися залишатися наодинці чи втратити свідомість у людному місці;

- підвищеної депресивності, яка поєднує ознаки всіх вищеназваних симптомів. Постійне перебування у стресі «споріднює» її з ПТСР, що ще більше поглиблює негативність психоемоційного стану.

Але досліджувані не проявляють ворожості до оточуючих (це спостерігалось у салоні), не вважають себе неповноцінними (для цього вони систематично покращують свою зовнішність: волосся, брови, вії, нігті, шкіру).

Так, вони визначали, що з їх розумом діється щось дивне, але тільки тому, що знаходяться у вирі нелогічних, невизначених подій. Майже не сформовано у них почуття, що люди користуються ними, їх довірою. Природними для такої категорії, на наш погляд, є думки щодо незворотних змін тіла, зовнішності - що є зрозумілим з віком.

Дві досліджувані визнали, що «війна - це покарання за наші гріхи заздрощів, пихатості, ненависті». Спілкування у салоні (особливо серед знайомих жінок) - приязне, спокійне, хоча деякі відвідувачки напружені та пробують мінімізувати взаємодію з майстром (вони або мовчать, або спілкуються у режимі «так-ні»). Деякі досвідчені майстри це враховують та пропонують повідомити, якщо некомфортно, неприємно, пропонують розслабитися, слухаючи музику.

Складним у нашому дослідженні слід вважати коморбідність (наявність взаємопов'язаних порушень). Вона виникає з різних причин як зовнішніх (війна, екологія, наявність надмірної кількості стрес-факторів), так і внутрішніх (генетичні показники, вікові зміни, гормональні порушення).

Тому потрібен такий комплексний вплив на групу жінок з невротичними розладами, який би включав систематичні чекапи фізичного, фізіологічного стану, а також відповідний психологічний супровід.

Але спочатку потрібно знайти внутрішні ресурси досліджуваних, які можна використовувати у корекційно-профілактичній роботі. Один з ресурсів - рівень стресостійкості.

Визначення рівня стресостійкості та її рівні представлено на рис. 2.2.

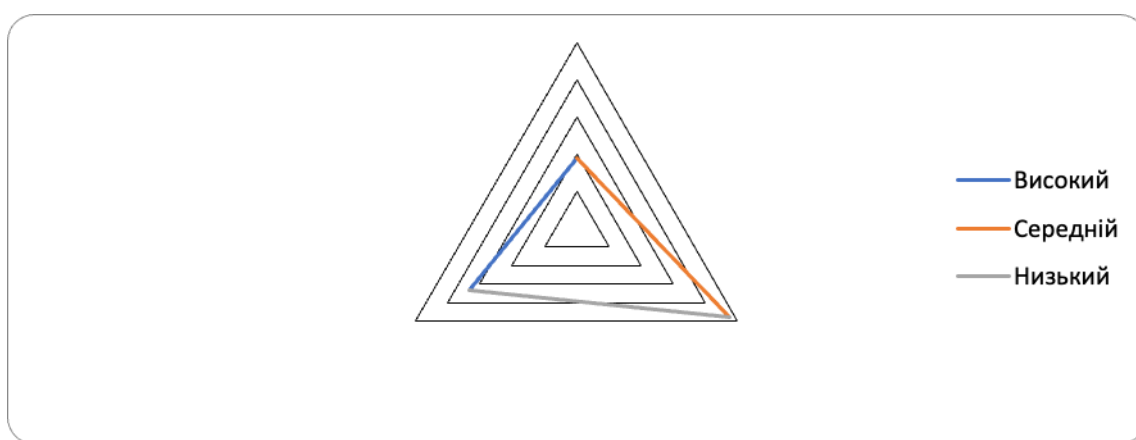


Рис.2.2. Рівень стресостійкості досліджуваних

Визначено, що переважає середній рівень стресостійкості (10 жінок, 47,6%). 4 жінки (19%) мають високий рівень, 7 (33,3%) - низький.

Серед опитаних 4 жінки виявилися стресостійкими (12-16 балів) з непоганим адаптаційним потенціалом. Вони усвідомлювали та дотримувалися відносно правильного харчування, розпорядку дня, моніторили стан здоров'я, прагнули не уникати контактів зі знайомими. Відвідування салону краси стало для них обов'язковою умовою зниження психоемоційної напруги (своєрідний метод саморегуляції, релаксації). Вони звикли до тривалого неспокійного життя, знайшли можливості пристосовуватися до швидкозмінних ситуацій. Зокрема, набули нових знань, вмінь та навичок у процесі саморозвитку, відвідуючи різноманітні тренінгові заняття, конференції.

Можна зазначити, що ці жінки навчилися переводити стресові фактори у стан своєрідного тренування організму, коли він починає функціонувати у межах негативних факторів середовища. Але роблять це не системно, методом «проб та помилок».

10 жінок - стресонестійкі (31-42 бали), але з ознаками стресотренувальності. Гальмує їх деяка сформована раніше консервативність (дім-робота-дім), звичні форми взаємодії (діти, родичі, знайомі), деяка сталість подій життя (прокинувся-прибрав-приготував-зробив необхідне). Їх час був організований ефективно, а військові події його порушили. Друзі, яким повністю довіряли, або знаходяться далеко, або демонструють незацікавленість у контактах (з причин наявності власних проблем). Тому такі жінки приділяють час для себе (у салоні), де можна послухати інших, заспокоїти себе, отримати підтримку. Ця група жінок на психологічну підтримку налаштована.

7 жінок віднесено нами до групи антистресогаальмівних. Стресогенні фактори, які хвилями накривають кожен день, знизили їх адаптаційний ресурс, прискорили формування невротичних розладів. Вони занадто швидко та емоційно реагують на неприємності на роботі, вдома, довгий час відчують себе пригніченими, знервованими. Складно їм дається гальмування роздратованості. За результатами попередньої діагностики - у них високий рівень тривожності, фобій, проявляються ознаки депресивності (одна з досліджуваних поділилась, що навіть мала суїцидальні думки). А взаємозв'язок між стресостійкістю та тривожністю (як важливою ознакою невротичних порушень) має важливе значення для формування потрібного рівня стресостійкості. Утім, пропозицію прийняти участь у експериментальному дослідженні щодо корекції невротичних порушень прийняли скептично, недовіжливо.

Не буде перебільшенням сказати, що поява невротичних порушень пов'язана з індивідуальними властивостями, особистістю самої жінки. Екстремальні порушення, які вона переживає у теперішній час (та у житті

загалом), призводять до порушень тільки у випадку, коли вони займають вагоме місце у системі ставлення жінки до дійсності, а сама вона не готова до адаптації у таких важких умовах. Наприклад, з причин невпевненості у собі, (або надмірної спрямованості на себе), тривожності, переважаючого песимізму, агресивності, недовіри до оточуючих тощо. Активізація особистісних ресурсів, набуття продуктивних стратегій долаття стресу - є пріоритетом у роботі практичного психолога.

Невротичні реакції та порушення (на нашу думку) вимагають у значній мірі не лікування, а в першу чергу правильно організованого психологічного супроводу, який спрямований на активізацію процесу соціальної адаптації, зниження рівня тривожності (засобами саморегуляції), депресивності, підвищення стресостійкості.

Висновки по розділу 2

Емпіричний етап дослідження проведено на базі міського салону краси «Salon B18». Вибірка - 21 жінка (віком від 25 до 37 років). 18 жінок - працює на підприємствах та у закладах нашого міста, 17 з них мають вищу освіту, 4 - середню спеціальну. 4 перебувають у цивільному шлюбі, 16 мають дітей.

Жінок умовно розділено на три групи (за результатами спостереження та бесід) Перша група (7 досліджуваних) демонструвала поведінку типову для невротиків. 4 жінки віднесено до другої «позитивної» групи. 10 жінок (третя група) також проявляли поведінкові ознаки нейротизму, але не систематично.

Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for PCL-5 (для цивільних) (F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr) визначив високий рівень прояву невротичних розладів у 9 жінок (42,8%), середній у 11 жінок (52,3%), низький у 1 досліджуваної (4,7%).

Досліджувані з високим рівнем невротичних розладів зазначали постійні тривожні думки про війну, долю чоловіків, відчуття сильного занепокоєння під час тривоги (бомбардувань), надмірні негативні почуття гніву, жаху, гніву, роздратованості.

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) засвідчив: у групі підвищений рівень прояву невротичних симптомів. Особливо по шкалам: соматизація, нав'язливість думок, тривожність, фобії, депресивність. Нижче норми показники інтерперсональної чутливості, ворожості, психотизму, параноїдності.

Тест стресостійкості визначив, що переважає середній рівень стресостійкості (10 жінок, 47,6%). 4 жінки (19%) мають високий рівень, 7 (33,3%) - низький.

РОЗДІЛ 3. ПОВЕДІНКОВИЙ ТРЕНІНГ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ АДАПТИВНИХ НАВИЧОК ПОВЕДІНКИ

3.1. Обґрунтування ефективності поведінкового тренінгу як практико-орієнтованої форми навчання навичкам саморегуляції та корекції невротичних розладів

Результати, отримані на емпіричному етапі дослідження, спонукали нас до переходу на формувальний етап дослідження, для якого було обрано поведінковий тренінг.

Зарубіжні та вітчизняні науковці (Д.Кіркпатрік, К.Рудестам, Д.Кемпбел та інші) [41;45] вважали тренінгові форми - ядром навчального досвіду, єдиним методом навчання та змін людини, відповідним впливом на людину, яка змінює її психологічну сферу (афективну, когнітивну, діяльнісну складову). Зокрема, діяльнісна сфера пов'язана зі змінами у поведінці учасників після тренінгу, коли вони набули відповідних патернів поведінки і це вплинуло на їх подальшу життєдіяльність (емоційну сферу).

Поведінковий тренінг - це структурований курс навчання, який базується на принципах поведінкової терапії. Тренінг дозволяє відпрацювати корисні поведінкові навички, зробити поведінку більш адаптивною, розвинути навички міжособистісної взаємодії, асертивність, соціальну компетентність. Такий вид тренінгу не просто дозволяє відпрацювати нові форми поведінки, але орієнтує учасників на розуміння себе, своїх протиріч, помилок, спрямованості, устремлінь.

Також нашу увагу у цій формі роботи привертає:

- можливість навчитися керувати власною емоційною сферою (зокрема, зниженням тривожності, підвищенням стресостійкості);
- здатність до розвитку нових форм поведінки;
- підвищення рівня стресостійкості та здатності витримувати дистрес без негативних реакцій.

Поведінковий тренінг передбачає самоспостереження, самоаналіз, встановлення причинно-наслідкових зв'язків для виділення причин негативного стану. У процесі тренінгу проводиться репетиція поведінки з елементами корекції, кожне покращення підкріплюється.

Такий вид тренінгу віднесено до когнітивно-поведінкового напрямку у психотерапії, але слід зазначити такі відмінності між когнітивно-поведінковою терапією та поведінковим тренінгами:

- поведінковий зорієнтований на зміни поведінки, навчання нових навичок та формування бажаних реакцій у тій чи іншій життєвій ситуації. Зміни у поведінці підкріплюються у різний спосіб;
- когнітивно-поведінкова терапія також спрямована на зміни поведінки, а крім того містить роботу з когніціями (викривленим мисленням, сформованими автоматичними думками, установками, стереотипами).

Поведінковий тренінг - більш практико-орієнтовний та нескладний для психолога-початківця ніж універсальна та глибока КП-терапія для психічних розладів.

Переваги саме такої практико-орієнтованої форми корекції поведінки осіб з невротичними порушеннями представлено на рис. 3.1.



Рис.3.1.Обґрунтування ефективності поведінкового тренінгу

Ефективність поведінкового тренінгу для жінок з невротичними розладами в першу чергу полягає у здатності виокремити ними та усвідомити внутрішні негативні стани (образи, страхи, фобії). Виникає своєрідне «замкнене коло»: внутрішні негативні стани сприяють появі негативних патернів поведінки. Негативна поведінка (нетерпимість, роздратованість, реактивність) впливають на міжособистісні стосунки, підвищують конфліктність, а це, в свою чергу, посилює психосоматичну напругу, активізує тривожність, репресивність, стрес.

Можливість самооцінювання та самопостереження у процесі тренінгу дозволяють переключати увагу між зовнішньою поведінкою (яку спостерігають оточуючі), та внутрішніми чинниками (думками, почуттями). Цей компонент поведінкового тренінгу збалансовує розбіжності між поведінкою та почуттями за рахунок визначення причин їх появи.

У результаті упровадження поведінкового тренінгу формуються навички емоційної саморегуляції, стресостійкості. Досліджувані вчаться справлятися з такими сильними емоціями як тривожність, паніка, депресія. В першу чергу учасниці навчаються розуміти емоції (їх природу, перебіг, наслідки), шукають тригери (те, що викликало негативний психоемоційний стан), а потім набувають стратегій зміни реакцій на знайомі, але загрозливі ситуації, людей. За допомогою самоінструкцій, самозаохочення, самопідтримки стабілізують внутрішній світ для покращення поведінки.

Практичному психологу, який обрав для роботи з невротичними особистостями поведінковий тренінг слід пам'ятати: існуюча концепція виправлення наслідків екстремальних ситуацій, які викликали невротичні порушення, слід замінити на більш прогресивну концепцію прогнозування та профілактики.

На початку важливо сформувати теоретичний базис розуміння емоційних станів та стресостійкості, а потім навчити досліджуваних не тільки справлятися з екстремальними проявами, але й використовувати

позитивні можливості, розвивати толерантність до впливу таких травмуючих ситуацій.

Наприклад, тривожність з'являється у відповідних ситуаціях загрози, невизначеності, небезпеки. Адекватна форма реакції на такі ситуації можлива у мінімізації впливу екстремального фактора. З позицій ресурсності потрібно формувати толерантність до невизначеності, жажіття екстремальних ситуацій. Вона обмежить втрати ресурсів, дозволить накопичити антистресовий «набір»: раціональне осмислення ситуації, оволодіння соціально придатними формами прояву почуттів та емоцій, поповнить наявні активні поведінкові стереотипи, розширить репертуар соціальних ролей тощо. Слід пам'ятати, що втрата ресурсів - сильний працюючий механізм, який активізує невротичні порушення.

У процесі поведінкового тренінгу відбувається доцільна зміна психологічних змінних учасників, чому сприяє діяльність тренера, групових та індивідуальних саморегулятивних процесів.

3.2. Поведінковий тренінг «Натхнення й рівновага: тренінг жіночої поведінки та емоцій», перевірка його ефективності

На основі опрацьованих джерел та рекомендацій науковців нами було розроблено програму поведінкового тренінгу «Натхнення й рівновага: тренінг жіночої поведінки та емоцій».

Мета тренінгу: навчання конструктивним моделям поведінки, підвищення здібності до емоційного самоконтролю, зменшення емоціональної залежності.

Відповідно, розроблені *завдання:*

1. Розробка програми поведінкового тренінгу з урахування специфіки аудиторії (молоді жінки з невротичними розладами).
2. Упровадження поведінкового тренінгу.

3. Оцінка результативності тренінгу за основними критеріями ефективності.

Для розвитку нових патернів поведінки, підвищення стресостійкості використовувалися наступні *методи*:

- метод міні-лекцій (з метою підвищення компетентності учасниць щодо емоційної сфери, її невротичних порушень, наслідків, шляхів запобігання);
- рольові, імітаційні ігри з відтворенням соціальних та виробничих ситуацій (основна умова: дотримання відповідних правил та ролей);
- поведінкова мобілізація (фіксація приємних та важливих ситуацій для поступового втілення їх у повсякденне життя);
- планування корисної поведінки у складних ситуаціях життя (наприклад, репетиція розмови з керівником чи скандальною знайомою);
- моделювання реальних проблемних ситуацій, у процесі якого тренер демонструє приклад успішної поведінки, проводить репетицію, отримує зворотній зв'язок, корегує поведінку та підкріплює її у можливий спосіб;
- реінтерпретація як спосіб переоцінки негативних подій та зміна ставлення до них;
- психодрама як вид групової терапії (програвання життєвих ситуацій з метою отримання інсайту, зміни поведінкових стереотипів),
- аутогенне тренування (наприклад, релаксація, яка допомагає знизити почуття тривоги, напруги, страху, психогенного хвилювання).

Структура кожного заняття.

1. Вступна частина. Мета: знайомство з темою заняття, згуртування, налаштування на сумісну діяльність, зняття емоційної напруги, досягнення контакту. Згуртування групи відбувалося за принципами цілісності, як єдності соціальних та психологічних факторів, сумісності взаємодії, що виникла у процесі поєднання людей та дій, обміну різними видами діяльності;

2.Основна частина. Мета: поповнення знань щодо невротичних порушень та шляхів корекції, зміна патернів поведінки, підвищення емоційного самоконтролю. На основі розробки технологічного блоку відбувалося змістовне наповнення тренінгу, підбір завдань, вправ, які дозволяли максимально досягти поставлених задач.

3.Заключна частина. Мета: підведення підсумків заняття, усвідомлення власних змін, закріплення позитивних емоцій по відношенню до себе.

Очікувані результати:

- покращення процесу саморегуляції;
- зміна стереотипів поведінки;
- потреба у самозмінах;
- сформована емоційна стабільність.

Кількість занять – тривалість 60-120 хвилин.

До формувального етапу запрошено 9 жінок, які мають найбільш виражені прояви невротичних розладів: підвищену тривожність, депресивні та нав'язливі думки, фобії, переживають панічні атаки. Рівень стресостійкості у них - занижений.

В узагальненому вигляді програма представлена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Програма поведінкового тренінгу «Натхнення й рівновага: тренінг жіночої поведінки та емоцій»

Структурний блок	Тема заняття	К-сть, тривалість занять
Вступна частина	<u>Заняття 1.</u> Організаційне: «Організаційна підготовка та встановлення контактів»	1 (60 хв.)

Основна частина	<u>Заняття 2.</u> Відкриття серії лекцій «Моя емоційна сфера та приховані загрози» з послідовним обговоренням. <u>Заняття 3.</u> Практичне заняття з медитації усвідомлення (майндфулнесу). Вправи «Де ховається мій страх», «Бій з загрозливими Тривожками», «Що було - як вплинуло». Навчання технікам м'язової релаксації (за Джекобсоном), аутогенного тренування (за Шульцем), дихальним вправам.	3 (90 хв.)
	<u>Заняття 4.</u> Візуалізація «Я на морі», «Кава з друзями», «Дзеркало емоцій». <u>Заняття 5.</u> Гештальт-терапевтичні техніки «Розмова з моєю тривогою», «Що каже мені моє тіло у цей момент», «Жонглювання» (за Р.Бендлером), «Раціональне знайомство зі страхами разом з Елісом». <u>Заняття 6.</u> Рольова та імітаційна гра «Я у небезпечному місці», «Я у вирі конфлікту». Реструктурування дезадаптивних типів поведінки з позитивним підкріпленням. Гра «Поведінка у невизначених ситуаціях». <u>Заняття 7.</u> Вправи на поведінкову мобілізацію та планування корисної поведінки. Знайомство з ефективними копінг-стратегіями. Ворк-шоп «Обираю стратегію нової поведінки»	3 (120 хв.)
	<u>Заняття 8.</u> Психодрама: «Політ над тривогою» <u>Заняття 9.</u> Реінтерпретація. Гра «Але...». Когнітивний спаринг «Міняємо тривожні думки на позитивні», «Конфлікт під мікроскопом». «Переосмислення соматизації»	2 (120 хв.)
	<u>Заняття 10.</u> Підведення підсумків та асиміляція: «Аналіз набутого досвіду та самоусвідомлення».	1 (60 хв.)
Заклучна частина		

Зміст занять був наступним:

Заняття 1. Вступне слово: «Організаційна підготовка та встановлення контактів», на якому відбувалося згуртування групи, знайомство та самопрезентація.

Мета: створити комфортне середовище для спілкування та саморозвитку , мотивувати групу, ознайомити з головними цілями тренінгу.

Виконувались вправи:

«Забудемо про сором'язливість», у якій потрібно було написати резюме, шлюбну об'яву , виписати собі похвальний лист за досягнення у своєму житті (з відеозаписом).

«Відеоаналіз індивідуального стилю самопрезентації, рівня впевненості у собі».

Заняттях 2. Відкриття серії лекцій «Моя емоційна сфера та приховані загрози» з послідуєчим обговоренням.

Мета: ознайомити учасниць з особливостями емоційної сфери у жінок, видами, чинниками її порушень, сформувати уявлення про емоційну сферу та важливість розпізнавати свої емоції та керувати ними.

Лекція почалась з притчі «Щастя спостереження», яка зацікавила учасниць, потім їм запропонували невеликий тест ідентифікувати емоції жінки по фотографіям.

Для пояснення складних понять використовували яскраві життєві приклади, для підтримки уваги – візуальні матеріали (інфографіка , стислі відеороліки, «кольорова палітра» емоцій.

Заняттях 3. Практичне заняття з медитації усвідомлення (майндфулнесу).

Мета: ознайомити досліджуваних з технікою усвідомленості своїх станів, емоцій для корекції порушень емоційної сфери.

Виконувались вправи медитації на зосередженість (спостереження за звичним предметом) , усвідомлення дій , м'язову релаксацію (за Джекобсоном), аутогенного тренування (за Шульцем), дихальним вправим. «Бій з загрозливими тривожками» полягав у ідентифікації причин тривожності та обміні досвідом , як можна знизити рівень тривожності.

У кінці заняття учасниці занотували на аркуші порівняння «Що було – як вплинуло», у ході якого рефлексували щодо змін, які можливі у процеси керування емоціями.

Заняття 4. Візуалізація як засіб емоційної регуляції.

Мета: навчання запобіганню психічній захистів, отримання доступу до емоційних переживань.

У ході занять «Я на морі», «Кава з друзями», «Дзеркало емоцій» відбувалася безпосередня робота з образами та переживаннями з послідовним обговоренням та когнітивною переробкою (позитивна афірмація, побудова позитивних тверджень, повторення позитивних тверджень, м'язова релаксація. Це знижувало неспокій та розслабляло.

Орієнтир на здатність керувати власним психоемоційним станом переконував учасниць, що успішність дій залежить від здатності до саморегуляції (як засобу довільно змінювати фізіологічні функції організму для корекції несприятливих психофізіологічних станів). Саморегуляція важлива для формування адекватної поведінки в умовах психоемоційних навантажень, для нормалізації роботи ВНД.

Заняття 5. Гештальт-терапевтичні техніки та їх роль у зниженні рівня невротизму.

Вправи «Розмова з моєю тривогою», «Що каже мені моє тіло у цей момент», «Жонглювання» (за Р.Бендлером), «Раціональне знайомство зі страхами разом з Елісом» допомагали усвідомити поточні переживання, інтегрувати різні «складові особистості», позбутися внутрішніх конфліктів.

Зокрема, «Розмова за своєю тривогою» відбувалася за технікою «порожній стілець», у ході якої проявлялися приховувані емоції, почуття.

Заняття 6. Зміна негативних та дисфункціональних моделей поведінки.

Мета: реструктування дезадаптивних типів поведінки з позитивним підкріпленням.

Рольові та імітаційні ігри «Я у небезпечному місці», «Я у вирі конфлікту». «Поведінка у невизначених ситуаціях».

Учасниці створювали моделі ефектиної поведінки з врахуванням існуючих можливостей та обмежень, щоб потім активно діяти з орієнтацією на цю модель (порівнюючи свої дії з умовами , що змінюються)

Заняття 7. Ефективні копінг-стратегії поведінки.

Вправи на поведінкову мобілізацію та планування корисної поведінки.

Знайомство з ефективними копінг-стратегіями. Ворк-шоп «Обираю стратегію нової поведінки».

Учасниць запрошували у ворк-шоп «Обираю стратегію нової поведінки» . де пропонувалися (з подальшим аналізом їх ефективності) : асертивні дії; соціальні контакти; пошук соціальної підтримки; імпульсивні дії; обережні дії; запобігання; маніпулятивні дії; асоціальні дії; агресивні дії. Обговорено стратегію проб та помилок з виходом на результат та стратегію поступового навчання.

У ході заняття учениці цитували записи зі щоденника негативних автоматичних думок, пригадували приємні події, які мотивували на діяльність та покращували настрій, аналізували поведінку у складних ситуаціях, виокремлювали помилки та виправляли їх за допомогою нових копінг-стратегій.

Заняття 8. Психодрама « Політ над тривогою».

Мета: навчання долатню внутрішньої тривоги та страхів через трансформацію стану тривоги у стан спокою та контролю над собою.

Заняття 9. Реінтерпретація як метод трансформації думок та емоцій.

Мета: навчити методим протистояння виключно тривожним думкам, сформувати стійкий емоційний баланс.

Гра « Але...». Спаринг « Міняємо тривожні думки на позитивні» , «Конфлікт під мікроскопом». « Переосмислення соматизації».

Зокрема учасницям пропонували цитати видатних особистостей (Монтень: «Людина страждає не стільки від того, що відбувається, стільки від того, як вона оцінює подію.»), потрібно було пояснити як вони розуміють,

навести приклади зі свого життя або літератури, які свідчать про можливості людини розглядати будь-яку подію під різними кутами зору.

Після закінчення тренінгу ми оцінили його ефективність за такими критеріями:

- 1.Актуальність тренінгу.
- 2.Застосування у реальному житті після закінчення тренінгу.
- 3.Активність учасників.
- 4.Практична спрямованість.
- 5.Емоційна реакція учасників.
- 6.Динаміка змін у психодіагностичних показниках (ретестова перевірка).

На останньому занятті досліджувані визнали актуальність тренінгу, його максимальну практико-орієнтовну спрямованість. Заняття підвищувало настрій учасницям, знижувало бар'єри у взаємодії, розкріпачувало у активності. Набагато менше нав'язливих думок тривожить учасниць, «з'явилося» світло у кінці тунелю щодо закінчення суцільної чорної смуги. За висловленням однієї з жінок «ми дізналися, що безвихідна ситуація та, яка нам не подобається. Всі інші - вихід мають».

За результатами контрольного зрізу за «Опитувальником симптомів ПТСР PTSD Checklist for PCL-5 (див. рис. 3.2) отримуємо позитивну динаміку.

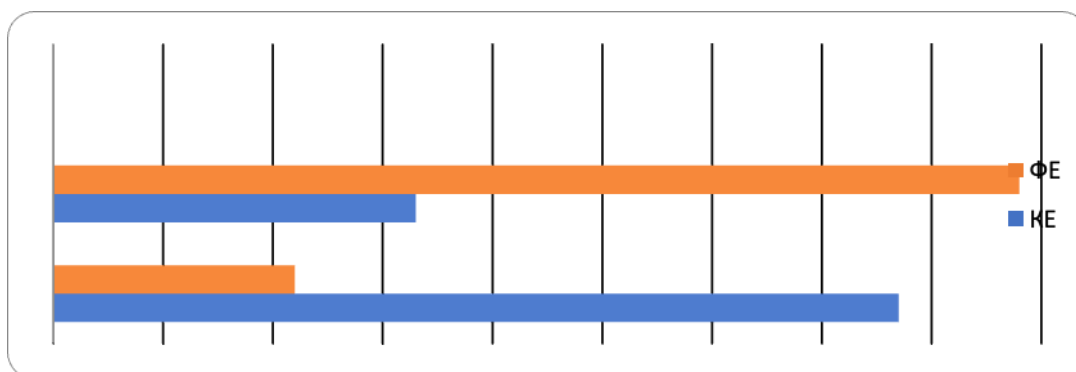


Рис.3.2.Рівень вираженості симптомів невротичних розладів на констатувальному (KE) та формувальному (FE) етапах.

Якщо до експерименту високий рівень проявів невротичних розладів спостерігався у 7 жінок (77%), то після він знизився на 55%.

Відповідно, у половини учасниць підвищився середній рівень проявів таких симптомів. Тобто, можна стверджувати, що покращився їх психічний стан, емоційний фон, сформувалися більш адаптивні механізми реагування на події життя, яка проявилася у змінах деяких стереотипів поведінки. Можливим чинником позитивних змін була інтерактивність тренінгових занять, яка сприяла виробленню нейромедіаторів - «покращувачів» настрою, «підвищувачів» загального благополуччя.

Перевірено, чи змінився рівень стресостійкості (дивис рис. 3.3.)

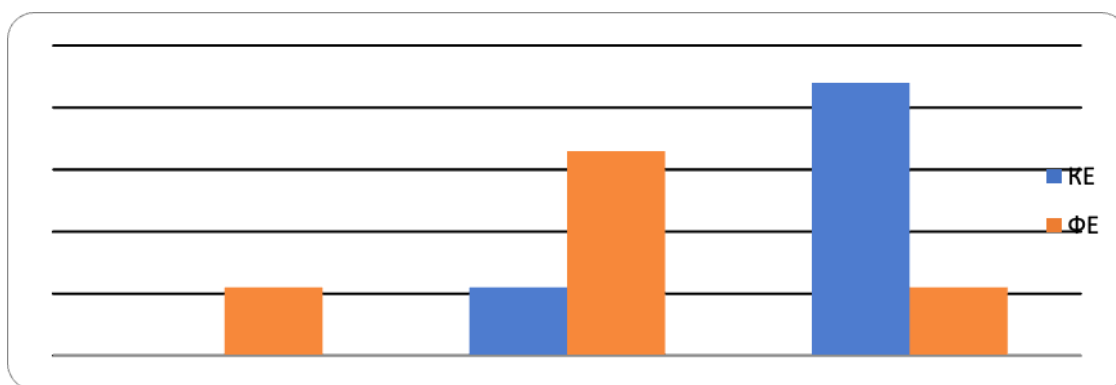


Рис.3.3. Рівень стресостійкості досліджуваних

Підвищився рівень стресостійкості у 2 учасниць (22%), середній рівень вираженості був у 2 учасниць, став у 6 (66%), значно знизився, але не зник (у 2 досліджуваних) низький рівень стресостійкості. У індивідуальній бесіді з ними дізналися про складні життєві ситуації (звільнення з роботи, проблемні сімейні стосунки), які постійно «підживлюють» їх невротичні показники. У більшості групи зменшилася негативна реакція на емоційні перевантаження, пригальмувався процес емоційного виснаження, відбулася переорієнтація на більш ефективні копінг-стратегії поведінки. Навчання основам саморегуляції та підвищення психологічної компетенції допомогло знизити тривогу, роздратованість, максимально знизити кількість панічних атак.

Що стосується показників за методикою «Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R)», він потребує більш тривалого процесу упровадження у життєдіяльність з постійним моніторингом динаміки. Це ми плануємо робити у подальшій взаємодії з молодими жінкам, які мають невротичні порушення та прагнуть їх позбутися.

Висновки по розділу 3

Для формувального етапу дослідження нами вибрано поведінковий тренінг - структурований курс навчання, який базується на принципах поведінкової терапії. Тренінг дозволяє відпрацювати корисні поведінкові навички, зробити поведінку більш адаптивною, розвинути навички міжособистісної взаємодії, асертивність, соціальну компетентність. Такий вид тренінгу не просто дозволяє відпрацювати нові форми поведінки, але орієнтує учасників на розуміння себе, своїх протиріч, помилок, спрямованості, устремлінь.

Практичному психологу, який обрав для роботи з невротичними особистостями поведінковий тренінг слід пам'ятати: існуюча концепція виправлення наслідків екстремальних ситуацій, які викликали невротичні порушення, слід замінити на більш прогресивну концепцію прогнозування та профілактики.

На основі опрацьованих джерел та рекомендацій нами було розроблено програму поведінкового тренінгу «Натхнення й рівновага: тренінг жіночої поведінки та емоцій».

Мета тренінгу: навчання конструктивним моделям поведінки, підвищення здібності до емоційного самоконтролю, зменшення емоціональної залежності. Кількість занять – 10 , тривалість 60 - 120 хвилин.

До формувального етапу запрошено 9 жінок, які мають найбільш виражені прояви невротичних розладів: підвищену тривожність, депресивні

та нав'язливі думки, фобії, переживають панічні атаки. Рівень стресостійкості у них - занижений.

Після упровадження тренінгу проведена перевірка його ефективності. У ході бесід, ретестової перевірки зазначено: заняття підвищувало настрій учасникам, знижувало бар'єри у взаємодії, розкріпачувало у активності. Зменшилася кількість нав'язливих думок, тривожність учасниць, покращився настрій, сформувалися нові патерни поведінки.

ВИСНОВКИ

У першому розділі кваліфікаційної роботи розкрито сутність поняття «невротичні розлади» та підходи до їх класифікації у сучасній психології. Визначено чинники та особливості прояву невротичних розладів у жінок молодого віку. Проаналізовано теоретичні основи поведінкової психокорекції та можливості її застосування у форматі тренінгу для терапії неврозів.

Проведений теоретичний аналіз проблеми дозволив визначити, що невротичні розлади є формою порушення функціонування психіки, що має складну структуровану організацію, детермінується системою нейрофізіологічних та соціально - психологічних чинників та проявляється на когнітивно-афективному та поведінковому рівні. Виявлено основний механізм появи неврозів, що полягає у неадекватній здатності ресурсів психіки стійко реагувати на вплив зовнішніх стресс-факторів. У молодих жінок неврозогенез характеризується специфічними властивостями; пов'язаний із особливостями нервової та гормональної організації, рольовими конфліктами та індивідуальними особливостями і проявляється у відповідній симптоматиці. Поширеність невротичних розладів серед жінок і глибина їх переживань зумовлює необхідність впровадження ефективних засобів психокорекції. Серед таких практичних інструментів особливу ефективність виявляють поведінкові тренінги, що спрямовані на переосмислення власного стану, формування нових конативних моделей відновлення адаптивної та стресостійкої поведінки. Було встановлено, що поведінкова психотерапія спрямована на зміну дисфункціональних патернів поведінки та формування адаптивних реакцій через активне навчання і практичні вправи. Дослідження довело, що формат тренінгу є ефективним засобом впровадження конативних технологій, оскільки дозволяє учасникам отримати практичні навички саморегуляції та емоційного контролю.

Організовано та проведено емпіричне дослідження на виявлення показників та рівня невротизації жінок молодого віку. Опрацьовано дані діагностичного обстеження кількісно-якісними методами інтерпретаційного аналізу.

Використано методи: спостереження, який_ дав можливості виокремити психологічні особливості молодих жінок у невимушеній обстановці, зафіксувати прояви невротичних розладів та способи зниження тривожності, фрустрованості засобами догляду за собою. Опитувальник симптомів ПТСР PTSD Checklist for PCL-5 (для цивільних) визначив перевагу середнього рівня прояву невротичних розладів.

Досліджувані з високим рівнем невротичних розладів переживали постійні тривожні думки про війну, долю чоловіків, відчуття сильного занепокоєння під час тривоги (бомбардувань), надмірні негативні почуття гніву, жаху, гніву, роздратованості. Також спостерігалася психосоматика (підвищення тиску, тремтіння рук, серцебиття, тахікардію, тремор), що в першу чергу пов'язували з загрозливими подіями у країні, місті.

На досліджуваних також впливали сімейно-психологічні, виробничі фактори.

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) свідчить, що у групі підвищений рівень прояву невротичних симптомів. Особливо по шкалам: соматизація, нав'язливість думок, тривожність, фобії, депресивність. Нижче норми показники інтерперсональної чутливості, ворожості, психотизму, параноїдності.

Серед опитаних 4 жінки виявилися стресостійкими з непоганим адаптаційним потенціалом, 10 жінок - стресостійкі, але з ознаками стресотренувальності; 7 жінок віднесено нами до групи антистресогальмічних.

Розроблено та апробовано програму поведінкового тренінгу як засобу психологічної корекції невротичних розладів серед жінок молодого віку.

Такий вид тренінгу віднесено до когнітивно-поведінкового напрямку у психотерапії. Поведінковий тренінг зорієнтований на зміни поведінки, навчання нових навичок та формування бажаних реакцій у тій чи іншій життєвій ситуації. Зміни у поведінці підкріплюються у різний спосіб.

Було розроблено програму поведінкового тренінгу «Натхнення й рівновага: тренінг жіночої поведінки та емоцій».

Мета тренінгу: навчання конструктивним моделям поведінки, підвищення здібності до емоційного самоконтролю, зменшення емоціональної залежності. Відповідно, розроблені завдання.

Для розвитку нових патернів поведінки, підвищення стресостійкості використовувалися наступні методи: метод міні-лекцій (з метою підвищення компетентності учасниць щодо емоційної сфери, її невротичних порушень, наслідків, шляхів запобігання); рольові, імітаційні ігри з відтворенням соціальних та виробничих ситуацій (основна умова: дотримання відповідних правил та ролей); поведінкова мобілізація (фіксація приємних та важливих ситуацій для поступового втілення їх у повсякденне життя); планування корисної поведінки у складних ситуаціях життя (наприклад, репетиція розмови з керівником чи скандальною знайомою); моделювання реальних проблемних ситуацій, у процесі якого тренер демонструє приклад успішної поведінки, проводить репетицію, отримує зворотній зв'язок, корегує поведінку та підкріплює її у можливий спосіб; реінтерпретація як спосіб переоцінки негативних подій та зміна ставлення до них; психодрама як вид групової терапії (програвання життєвих ситуацій з метою отримання інсайту, катарсису, зміни поведінкових стереотипів), аутогенне тренування (наприклад, релаксація, яка допомагає знизити почуття тривоги, напруги, страху, психогенного хвилювання). Кількість занять – 10, тривалість 60 -120 хвилин.

До формувального етапу запрошено 9 жінок, які мають найбільш виражені прояви невротичних розладів: підвищену тривожність, депресивні та нав'язливі думки, фобії, переживають панічні атаки. Рівень стресостійкості у них - занижений.

На етапі контрольної перевірки (за допомогою бесіди та ретестової перевірки) визнали актуальність тренінгу, його максимальну практико-орієнтовну спрямованість. Заняття підвищувало настрій учасницям, знижувало бар'єри у взаємодії, розкріпачувало у активності. Набагато менше нав'язливих думок тривожить учасниць, «з'явилося» світло у кінці тунелю щодо закінчення суцільної чорної смуги. Знизилися показники невротичних розладів (тривожності, репресивності, нав'язливих думок тощо) дещо підвищився рівень стресостійкості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алієва Е. Психологічні особливості ставлення жінок до власного майбутнього. <https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/e1ac79d8-4681-4dfc-b494-0cb86bca8e95/content> (дата звернення 2. 09. 25)
2. Бацилева О. В. Психоемоційний стрес та його роль у виникненні порушень репродуктивного здоров'я жінки. Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Київ, 2010. Т. 10, Вип. 16. С. 52–61.
3. Белякова С. М., Злотнікова І. Г. Особливості емоційних переживань жінок середнього дорослого віку. *Перспективи та інновації науки*. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2022. № 9 (14). С. 504 - 516.
4. Блек Д., Андреасен Н. Вступ до психіатрії. [перек. Г. Кожина]. Київ : Медицина, 2024. 615 с
5. Вознюк О. Психоаналітичні методи корекції негативних психоемоційних станів. Психолог. 2014. № 5. С. 28–30.
6. Гулько Г. О. Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 3. С. 26–35
7. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Теорія та практика психологічних тренінгів. К.- Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2019. 209 с.
8. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
9. Змага А. І. Емоції та їх вплив на сфери особистості. Теорія і практика сучасної психології: реалії й перспективи: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., Київ, 31 жовтня 2019 р. Київ: Міленіум, 2019. С. 118–120.

10. Іванова Т., Зозуля І. Гендерні особливості прояву тривоги та депресії. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Вип. 10. С. 68-76.
11. Карпінська Р., Беяк В. Невротичні розлади під час війни та шляхи їх подолання. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2024. Вип. 19. С. 54–61.
12. Кляпець О. І. *Гендерні аспекти психологічного здоров'я особистості. Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2020. №46. С. 157 – 166.
13. Коренєва Ю. П. Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Вип. 1. 2016. С. 100–109.
14. Кочубей Н. І. *Психологічні особливості тривожних розладів у жінок. Психологічна перспектива*. 2019. №1 С. 45–52.
15. Кузьо О. Психокорекція «Я» - образу особистості юнацького віку з високим рівнем невротичності. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2013. № 2. С. 165–173.
16. Культенко В. П. Когнітивно - поведінкова корекція психоемоційних і вольових станів, спричинених пережитим горем, у жінок. *Медична психологія*. 2015. Т. 10, № 2. С. 49–52.
17. Левицька Л. В. Корекція невротичних розладів у підлітковому віці. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. С. 5 -8.
18. Мазяр О. В. Психофізіологічний механізм формування невротичного розладу. *Лікувальна справа*. 2017. № 7. С. 110-116.
19. Малина О. Г. Психологічний аналіз негативних психоемоційних станів у професійній діяльності держслужбовців. *Проблеми сучасної психології*. 2017. № 2. С. 119–126.

20. Мельник В. Невротична особистість як соціально-культурний феномен в екзистенціальній психології. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Випуск 62.2020. С. 51 -67.
21. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова, В. В. Савінов ; За ред. Т. М. Титаренко. Київ: Міленіум, 2009. 120 с.
22. Міжнародна класифікація хвороб <https://uk.wikipedia.org/> (дата звернення 20. 05. 25).
23. Мушкевич М. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І. Психологія молодії сім'ї : монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 235 с.
24. Орос М. М., Бучок С. Ю. Генералізований тривожний розлад : сучасна практика подолання. *Психонейрологія і нейропсихіатрія*. 2017. № 9 (92). С. 14 – 15.
25. Павлик Н. Невротичний характер як фактор порушення соціалізації особистості в юнацькому віці. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. 2013. Вип. 1. С. 47–51.
26. Павлик Н.В. Ціннісні чинники невротизації клієнта сімейної консультації <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719985/1/> (дата звернення 1. 06. 2025).
27. Помиткіна Л. В. Психологія сім'ї: навч. посіб. Київ : «НАУ-друк», 2010. 270 с.
28. Подшивалова Н. В. Дослідження емоційних станів українських жінок в умовах війни : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2024. 70 с.
29. Римша С. В., Король В. А. Особливості когнітивних порушень при депресії екзогенноорганічного генезу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020, Т. 24, № 2. С. 339 - 343.
30. Саржевський С. Н. Психогенії : навч. посіб. Запоріжжя, 2019. 70 с.

31. Сергієнко Н. П. Вплив екстремальних ситуацій на емоційний стан особистості. Бочаровські читання: матеріали науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті проф. С. П. Бочарової 18 березня 2016 р Харків / МВС України, Харківський національний університет внутрішніх справ. Харків, 2016. С. 95–98.
32. Стельмах О. В. Основи психокорекції. Львів : ЛДУ БЖД, 2023. 120 с.
33. Терещенко Л. А., Олінковська Т. А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, Том І. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Вип. 48. 2018. С. 60 – 65.
34. Терлецька Н. В. Невротичні розлади як психогенні захворювання в медичній психології. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2022. Вип. 3 (22). С. 179-184.
35. Тест стресостійкості <https://vseosvita.ua/library/embed/0100fkuq-e69e.doc.htm>
36. Токарева Н. М. Основи вікової психології: навчально-методичний посібник Кривий Ріг, 2013. 283 с.
37. Фальова О. Є. Напрями та методи психокорекції психічної дезадаптації та порушення розвитку самореалізації особистості жінки в умовах сімейної кризи. Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Психологічні науки. 2016. Вип. 6(2). С. 205–209.
38. Федорчук В. М. Соціально - психологічний тренінг «Розвиток комунікативної компетентності викладача»: Навчально-методичний посібник Кам'янець-Подільський: Абетка, 2013. 240 с.
39. Хараджи М. В., Александрович І. В. Теоретико – методологічні засади дослідження післяпологової депресії у жінок. *Габітус*. 2024. Вип. 66. С. 250 – 254.

40. Хорні К. Невротична особистість нашого часу. Київ: Центр навчальної літератури. 2025. 234 с.
41. Чаркіна О. А. Соціально-психологічний тренінг як засіб розвитку аутопсихологічної компетентності студента-психолога. *Молодий вчений*. 2016 С. 440-444.
42. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
43. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults // AAFP. 2015. <http://www.aafp.org/afp/2015/0501/p617>. (дата звернення 20. 04. 25)
44. Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_Inhibitions_Symptoms_Anxiety.pdf (дата звернення 10. 07. 25).
45. Kirkpatrick D. Evaluating training programs. The four levels. San Fransisko, 1994.
46. Kopper B. A., Epperson D. L. Women and gender: sex and sex-role comparisons in the expression of anger. *Psychology of Women Quarterly*, 1991. No. 15. P. 7–14.
47. Robert M. A. Hirschfeld, M.D. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. Clin Psychiatry. 2001. P. 244 – 254.
48. The global burden of anxiety disorders in women. / A. J. Baxter, T . Vos, K. M Scott et al. // *Psychoi. Med.* 2014. V. 44, № 11. P. 2363–2374
49. Yuan J. Gender Differences in Emotional Processing and Its Neural Mechanisms[J]. *Advance in Psychological Science*, 2010, 18(12): P. 1899-1908. <https://journal.psych.ac.cn/xlkxjz/EN/Y2010/V18/I12/1899?> (дата звернення 1. 05. 25).

ТЕСТ СТРЕСОСТІЙКОСТІ

ІНСТРУКЦІЯ. Необхідно відповісти на запитання, з огляду на те, наскільки ці твердження правильні для вас. Відповідати слід на всі пункти, навіть якщо дане твердження вас узагалі не стосується.

Пропонуються наступні варіанти відповідей з відповідною кількістю балів:

- майже завжди - 1;
- часто - 2;
- іноді - 3;
- майже ніколи - 4;
- ніколи - 5.

1. Ви їсте принаймні одну гарячу страву на день?
2. Ви спите 7-8 годин принаймні чотири рази на тиждень?
3. Ви постійно відчуваєте любов інших і віддаєте свою любов у відповідь?
4. У межах 50 кілометрів у вас є хоча б одна людина, на яку ви можете покластися?
5. Ви працюєте до поту хоча б два рази на тиждень?
6. Ви палите менше половини пачки сигарет на день?
7. За тиждень ви споживаєте не більше п'яти чарок алкогольних напоїв?
8. Ваша вага відповідає вашому росту?
9. Ваш дохід цілком задовольняє ваші основні потреби?
10. Вас підтримує ваша віра?
11. Ви регулярно займаєтеся суспільною діяльністю?
12. У вас багато друзів і знайомих?
13. У вас один чи двоє друзів, яким ви цілком довіряєте?
14. Ви здорові?
15. Ви можете відкрито заявити про свої почуття, коли ви злі чи стурбовані чим-небудь?
16. Ви регулярно обговорюєте з людьми, з якими живете, ваші домашні проблеми?
17. Ви робите щось жартома хоча б раз на тиждень?
18. Ви можете організувати ваш час ефективно?
19. За день ви споживаєте не більше трьох чашок кави, інших напоїв, які містять кофеїн?
20. У вас є небагато часу для себе протягом кожного дня?

ОБРОБКА ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Слід скласти результати ваших відповідей і з отриманого числа відняти 20 балів.

0-20 балів: висока стійкість до стресових ситуацій і впливу стресу.

20-50 балів: середній рівень стресостійкості.

> 50 балів: низький рівень стресостійкості. Ви дуже вразливі для стресу.