

УДК 159.972:159.922.2:616-092.12:159.913:616-084

М. В. Маркова

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри сексології, медичної психології,
медичної і психологічної реабілітації
Харківська медична академія післядипломної освіти

С. Ю. Глаголич

здобувач кафедри сексології, медичної психології,
медичної і психологічної реабілітації
Харківська медична академія післядипломної освіти,
психолог
Закарпатський обласний наркологічний диспансер

ДЕЗАДАПТАЦІЯ ВОЛОНТЕРІВ, ДІЯЛЬНІСТЬ ЯКИХ ПОВ'ЯЗАНА ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ВІЙСЬКОВИХ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ: МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ І ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Метою роботи було вивчення клініко-психологічних проявів та механізмів формування дезадаптації у волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових в зоні бойових дій, та розробка на цій основі програми заходів її психокорекції. За допомогою клініко-психологічного й психодіагностичного методів обстежено 147 осіб, що займалися волонтерською діяльністю, пов'язаною із забезпеченням військових в зоні бойових дій, не менше 1 року. Доведено, волонтерська діяльність несе потенційні ризики розвитку станів дезадаптації, які зустрічаються серед волонтерів достовірно частіше, порівняно зі звичайною вибіркою. Встановлено, що у формуванні та прогресивному розвитку психологічної дезадаптації у волонтерів беруть участь ряд факторів, класифікованих нами залежно від їх ролі, як дезадаптивно-стрижневі, дезадаптивно-патопластичні і дезадаптивно-констатуючі. На основі отриманих даних створена психокорекційна програма, яка довела свою ефективність.

Ключові слова: волонтери, бойові дії, дезадаптація, клініко-психологічні прояви, психокорекція.

Постановка проблеми. Українське законодавство тлумачить, що волонтерство – добровільна, соціально спрямована неприбуткова діяльність, що здійснюється шляхом надання безоплатної допомоги, а волонтер, відповідно, – це вмотивована фізична особа, яка, виходячи із власних переконань, займається цією важливою суспільно-корисною справою [1; 2].

До 2014 року волонтерський рух в Україні розвивався досить слабо порівняно з іншими країнами світу: згідно з рейтингом World Giving Index за розвитком волонтерства в 2010 році Україна займала лише 150 місце (тільки 5 процентів населення було залучено до волонтерської роботи) [3], але після Революції Гідності та подій, що сталися внаслідок неї, в Україні відбулося виникнення волонтерського руху, які фахівці вважають важливим складником громадянського суспільства і головною рушійною силою реформування країни [4; 5].

Д.М. Горелов, О.А. Корнієвський вказують, що станом на 2015 рік майже 1/4 українців (23%) мали досвід волонтерства, із них 9% почали займатись волонтерством протягом 2015 року. До того ж згідно з оцінкою експертів найбільш поширеним видом волонтерської діяльності стала агрегація

та забезпечення українських військових, залучених до АТО, необхідними ресурсами [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Однак окрім позитивного тренду підвищення громадянської активності й відповідальності у вигляді збільшення кількості осіб, залучених до волонтерської діяльності, експертами зафіксовано появу негативного тренду розвитку у волонтерів емоційного вигорання та виникнення станів дезадаптації [6–10]. Ці обставини актуалізують проведення досліджень, спрямованих на вивчення різноманітних аспектів клінічних проявів та механізмів формування зазначених патологічних станів.

Мета статті. Головною метою цієї роботи є здійснення аналізу і комплексної оцінки клініко-психологічних проявів та механізмів формування дезадаптації у волонтерів, діяльність яких пов'язана із забезпеченням військових в зоні бойових дій, та розробка на цій основі програми заходів її психокорекції.

Виклад основного матеріалу. Було обстежено 147 осіб, які займалися волонтерською діяльністю, пов'язаною із забезпеченням військових в зоні бойових дій, не менше 1 року. Серед обстежених було 108 жінок (73,5% від загальної кількості)

сті), середній вік яких склав $28,02 \pm 4,33$, і 39 чоловіків (26,5%), середній вік – $30,79 \pm 4,57$ років.

Групу порівняння (ГП) склали 150 психічно здорових осіб, які не займалися волонтерською діяльністю. Група порівняння була спільномірною із основними групами за віковими, гендерними та соціальними характеристиками.

Для досягнення поставленої мети були застосовані наступні методи.

Соціально-демографічне дослідження включало аналіз базових показників, що характеризували специфіку життєдіяльності обстежених.

Клініко-психологічне дослідження полягало у проведенні клінічного структурованого інтерв'ю, спостереження, збору психологічного анамнезу з акцентуванням уваги на клініко-соціальної закономірності виявленої дезадаптації.

Психодіагностичне дослідження здійснювали з використанням різного інструментарію, диференційованого залежно від етапу роботи.

На першому етапі дослідження за допомогою опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації (ПД)» О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмитрієвої [11] було проведено оцінку проявів дезадаптації у волонтерів, що дозволило визначити варіативну ступінь вираженості її ознак: від легких порушень до окресленого дезадаптивного стану.

Далі для найбільш комплексної та детальної діагностики стану дезадаптації проводили дослідження за допомогою методики «Діагностика рівня «емоційного вигорання»» В.В. Бойка [12].

Для діагностики рівня стресу було використано методику Д. Фонтана «Шкала професійного стресу» [13], зокрема за її допомогою було визначено сумарний показник стресу та проаналізовано ступінь небажаного впливу стресу на індивіда.

Після цього здійснювали вивчення особливостей психопатологічних проявів дезадаптивного стану обстежених, яке проводили за допомогою шкали депресії А. Бека [14].

Для дослідження особливостей копінг-поведінки волонтерів на наступному етапі роботи була застосована методика «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптований варіант Т.А. Крюкової)» [15].

Наступним етапом проводили оцінку особливостей емоційного інтелекту (EI) з використанням однойменної методики Н. Холла [16].

Потім на основі узагальнення отриманих даних та ідентифікації мішеней психокорекційного впливу здійснювали розробку програми психологічної корекції й підтримки волонтерів, ефективність якої оцінювали через три місяці після її впровадження.

Статистичну обробку одержаних результатів і показників здійснювали з використанням непараметричних методів: точного критерію Фішера,

тесту Манна-Уїтні та методу рангової кореляції Спірмена.

В результаті вивчення наявності і рівню вираженості ПД серед обстежених було виділено дві групи:

– перша група (Г1) – 104 особи (70,7% від загальної кількості). Група умовної норми, у представників якої виявлені незначні порушення, що не досягали клінічного рівня. З них жінок – 79 (76%), чоловіків – 25 (24%);

– друга група (Г2) – 43 особи (29,3% від загальної кількості), у яких виявлено явища / ознаки дезадаптації. З них жінок – 29 (67,4%), чоловіків – 14 (32,6%).

Середній вік волонтерів Г1 склав $28,3 \pm 4,9$ років, волонтерів Г2 – $30,9 \pm 7,2$ років ($p < 0,05$).

В ході дослідження було встановлене наступне.

У 40 волонтерів (27,2%) були виявлені достовірні ознаки ПД значного ступеню вираженості, ще у 3 осіб (2%) виявлені клінічні ознаки ПД помірної вираженості. Водночас у решти волонтерів із загальним низьким рівнем ПД були виявлені мозаїчні поєднання окремих симптомів ПД субклінічного рівня.

Серед осіб Г1 вираженість ознак ПД практично за всіма показниками була більшою у жінок, ніж у чоловіків (окрім відчуття втоми, соматовегетативних порушень та особливостей соціальної взаємодії) (табл. 1). Водночас найбільшою була вираженість емоційних порушень, інсомнії та соціальної взаємодії; суттєвими було також зниження загальної активності, мотивації і соматовегетативні порушення. Найбільші відмінності у показниках між волонтерами з наявністю та відсутністю ознак ПД виявлені для симптомів зниження загальної активності та окремих психічних (когнітивних) процесів. Загальною закономірністю була наявність значущих відмінностей під час порівняння волонтерів Г1 та Г2 з урахуванням гендерного фактору.

Дослідження кількісних і якісних характеристик СЕВ серед обстеженої вибірки дало підстави стверджувати, що волонтерська діяльність несе потенційні ризики розвитку СЕВ у 61,2% від загальної кількості обстежених осіб, встановлено наявність або окремих фаз СЕВ, що формуються (34%), або сформованих (27,2%). В загальній групі респондентів ($n=147$) тільки у 57 осіб (38,8%) Г1 без клінічно окреслених ознак дезадаптації не було встановлено жодної із фаз СЕВ, що формується чи сформована. З 90 осіб (61,2%), в яких було встановлено наявність окремих фаз СЕВ, що формуються (34%), або сформованих (27,2%), серед Г1 встановлено формування СЕВ за окремими фазами у 47 осіб (32%), в Г2 – у 3 осіб (2%); сформований СЕВ встановлено у 40 осіб (27,2%) Г2. Якісний аналіз довів, що поява ознак СЕВ передувала появі клінічно окреслених деза-

Таблиця 1

**Середні показники дезадаптації у волонтерів за даними опитувальника О.Н. Родіної
в адаптації М.А. Дмитрієвої**

Показник	Г1		Г2		чоловіки Г1 жінки Г1	чоловіки Г2 жінки Г2	чоловіки Г1 чоловіки Г2	жінки Г1 жінки Г2
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки				
Емоційні зсуви	2,68±1,68	6,71±2,52	9,86±1,99	9,90±2,24	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Особливості окремих психічних процесів	0,00±0,00	0,30±0,72	4,43±1,65	2,72±2,03	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Зниження загальної активності	1,12±0,93	2,28±1,80	7,71±1,68	6,31±2,17	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Відчуття втоми	2,44±1,47	2,71±2,38	8,36±1,78	8,97±1,90	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Соматовегетативні порушення	0,40±0,82	0,62±1,27	7,00±5,04	9,34±9,70	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Порушення циклу сон-пильнування	2,24±3,67	1,96±3,99	14,50±2,35	11,86±2,42	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Особливості соціальної взаємодії	4,36±3,00	4,75±2,31	10,71±1,38	10,90±4,02	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Зниження мотивації до діяльності	2,00±1,85	3,14±2,34	6,64±1,34	6,66±1,11	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Сумарний показник	15,24±3,15	22,47±4,15	69,21±9,15	66,66±19,99	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01

Таблиця 2

**Середні показники емоційного вигорання у волонтерів
за даними методики «Діагностика рівня «емоційного вигорання»» В.В. Бойка**

Показник	Г1		Г2		чоловіки Г1 - жінки Г1	чоловіки Г2 - жінки Г2	чоловіки Г1 - чоловіки Г2	жінки Г1 - жінки Г2
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки				
1.1. Напруга. Переживання психотравмуючих обставин	3,20±5,72	3,22±4,45	26,29±5,82	20,86±6,26	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01
1.2. Напруга. Незадоволеність собою	7,16±2,49	4,46±3,22	13,79±1,89	14,52±3,28	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
1.3. Напруга. Загнаність у клітку	1,64±1,87	1,35±2,62	11,64±1,91	18,31±4,38	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
1.4. Напруга. Тривога і депресія	3,12±1,90	4,37±3,74	21,07±4,92	21,38±5,83	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Напруга	15,12±6,78	13,39±8,02	72,79±8,64	75,07±10,24	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
2.1. Резистенція. Неадекватне емоційне вибіркове реагування	1,36±0,95	4,01±4,28	16,57±2,14	13,21±6,89	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
2.2. Резистенція. Емоційно-моральна дезорієнтація	9,12±4,10	7,23±4,76	7,57±2,44	7,59±6,38	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
2.3. Резистенція. Розширення сфери економії емоцій	14,20±9,66	14,24±12,25	26,14±5,19	21,34±9,11	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
2.4. Резистенція. Редукція професійних обов'язків	5,20±6,53	6,75±6,75	14,79±0,80	15,21±1,97	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Резистенція	29,88±10,73	32,23±12,70	65,07±6,49	57,34±11,40	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01
3.1. Виснаження. Емоційний дефіцит	5,04±4,05	4,00±4,07	14,79±5,87	7,45±3,76	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
3.2. Виснаження. Емоційна відстороненість	8,52±3,19	8,76±3,31	14,21±2,52	14,34±3,28	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
3.3. Виснаження. Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	4,36±3,30	4,34±5,01	22,14±1,41	18,38±4,83	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
3.4. Виснаження. Психосоматичні і психовегетативні порушення	1,68±1,14	3,44±2,96	21,21±5,63	18,55±4,67	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Виснаження	19,60±7,12	20,54±10,74	72,36±7,82	58,72±9,74	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Загальний показник емоційного вигорання	64,60±14,09	66,16±25,22	210,21±16,78	191,14±24,23	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01

даптивних проявів та впливала на їх структуру. СЕВ, вмикаючи механізми захисту від стресу, підвищував прояви дезадаптації, що в сукупності негативно впливало на фізичне, психологічне та соціальне функціонування волонтерів. Внаслідок дії захисних механізмів СЕВ у відповідь на психотравмуючий вплив виконуваної діяльності відбувалося скорочення емоційних витрат, наростання явищ тривоги та депресії, деперсоналізації та підвищення рівня психосоматичних та психовегетативних порушень. В структурі явищ дезадаптації з наростанням ознак СЕВ, відбувалося зміщення від психо-емоційних порушень до порушень циклу сну, соматовегетативних та психосоціальних порушень, що свідчило про перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики.

Аналіз кількісних показників дав можливість встановити більшу вираженість ряду симптомів напруги (переживання психотравмуючих обставин), резистенції (розширення сфери економії емоцій та інтегрального показника) та виснаження (особистісної відстороненості, психосоматичних і психовегетативних порушень та інтегрального показника), а також сумарного показника у чоловіків серед волонтерів з ознаками ПД (табл. 2). Натомість показники емоційного вигорання в групі без ознак ПД були вищими у жінок; у чоловіків більшими були показники напруги (незадоволеність собою і відчуття загананості в клітку) і резистенції (емоційно-моральної дезорієнтації).

Показник за шкалою професійного стресу Д. Фонтана виявився найвищим у чоловіків Г2 – $47,86 \pm 3,66$ балів, у жінок Г2 він був незначуще ($p > 0,05$) меншим – $43,24 \pm 9,43$ балів. Натомість серед волонтерів без ознак ПД показник за шкалою професійного стресу у жінок був

значуще ($p < 0,01$) вищим, ніж у чоловіків: $32,51 \pm 7,54$ балів проти $19,56 \pm 8,80$ балів. Розбіжності під час порівняння чоловіків і жінок Г1 та Г2 між собою були статистично значущі ($p < 0,01$).

В процесі подальшого дослідження виявлено, що стрижневим клінічним феноменом притаманної волонтерам дезадаптації була депресивна симптоматика: різноманітні прояви депресивного реагування різного ступеню вираженості виявились притаманні 51,7% з усіх обстежених, які займалися волонтерською діяльністю (в загальній вибірці умовно здорових – 3,3% осіб). До того ж у волонтерів із ознаками ПД депресивна симптоматика (принаймні у вигляді окремих симптомів депресії) була присутня у 100% обстежених (рис. 1).

В цілому загальний показник депресії був суттєво вищим у волонтерів з ознаками ПД; при цьому в групі без ознак ПД він був незначуще вищим у жінок, а у групі з ознаками ПД – у чоловіків (табл. 3). Як видно з таблиці, практично всі депресивні симптоми були значуще вищими у волонтерів із ознаками дезадаптації.

Також встановлено, що рівень виразності та клінічний зміст депресивної симптоматики був тісно пов'язаний зі ступенем емоційного вигорання волонтерів: з посиленням вигорання наростали як кількісні (виразність), так і якісні (клінічна варіативність) показники депресії. В процесі формування СЕВ наростала виразність депресивних проявів: серед осіб, в яких спостерігалися окремі фази СЕВ, що формуються, превалював помірний рівень депресивного реагування з переважанням когнітивно-афективних проявів (66,7% обстежених), тоді як серед волонтерів зі сформованим СЕВ середня вираженість депресії діагностувалася

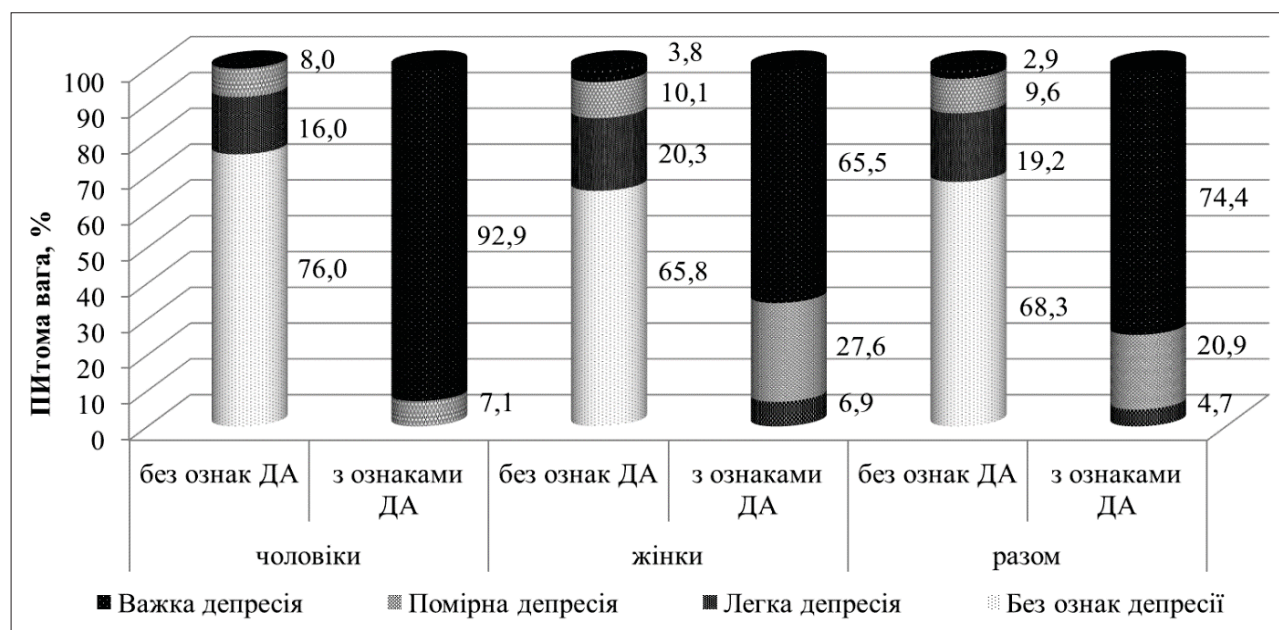


Рис. 1. Структура депресивних проявів у волонтерів з наявністю та відсутністю ознак ПД

Таблиця 3

**Середні показники вираженості депресивних феноменів
у волонтерів за даними шкали депресії А. Бека**

Показник	Г1		Г2		чоловіки Г1 - жінки Г1	чоловіки Г2 - жінки Г2	чоловіки Г1 - чоловіки Г2	жінки Г1 - жінки Г2
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки				
1. Сум	0,20±0,41	0,30±0,46	1,00±0,00	0,90±0,31	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
2. Песимізм	1,00±0,00	1,15±0,72	2,71±0,73	1,52±0,63	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
3. Відчуття невдачі	0,08±0,28	0,34±0,48	1,43±0,51	1,62±0,49	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
4. Незадоволеність собою	0,76±0,44	1,22±0,69	1,86±1,03	1,52±0,57	<0,01	>0,05	<0,01	0,014
5. Почуття провини	0,00±0,00	0,03±0,16	0,43±0,51	0,24±0,44	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
6. Відчуття покарання	0,00±0,00	0,04±0,19	0,36±0,63	0,24±0,44	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
7. Самозаперечення	0,04±0,20	0,09±0,29	0,93±0,27	1,03±0,33	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
8. Самозвинувачення	0,32±0,69	0,35±0,62	0,86±0,95	1,03±0,87	>0,05	>0,05	0,051	<0,01
9. Наявність суїцидальних думок	0,04±0,20	0,03±0,16	0,64±0,50	0,45±0,51	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
10. Плаксивість	0,48±0,59	0,81±0,62	2,00±1,04	1,90±0,90	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
11. Дратівливість	0,92±1,22	1,41±0,87	2,43±0,65	2,55±0,78	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
12. Соціальна відчуженість	0,56±0,51	0,54±0,64	1,00±0,00	1,03±0,19	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
13. Нерішучість	0,40±0,50	0,48±0,62	1,50±0,52	1,34±0,67	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
14. Дистморфобія	0,08±0,28	0,20±0,40	0,00±0,00	0,41±0,50	>0,05	<0,01	>0,05	0,027
15. Труднощі в роботі	0,20±0,41	0,32±0,47	1,00±0,00	1,00±0,00	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
16. Безсоння	1,04±0,35	0,59±0,71	0,93±0,27	0,83±0,38	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05
17. Втомлюваність	1,00±0,00	0,54±0,50	1,00±0,00	1,03±0,19	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01
18. Втрата апетиту	0,36±0,49	0,33±0,47	0,50±0,52	0,48±0,51	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
19. Втрата ваги	0,08±0,28	0,19±0,39	0,50±0,52	0,24±0,44	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
20. Занепокоєння станом здоров'я	0,00±0,00	0,06±0,25	1,00±0,39	0,66±0,77	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
21. Втрата сексуального потягу	0,28±0,46	0,24±0,51	1,07±0,27	1,17±0,38	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Загальний показник депресії	7,84±3,66	9,27±4,42	23,14±3,70	21,21±3,80	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Когнітивно-афективна субшкала	4,80±2,75	6,78±2,22	17,14±2,82	15,38±3,17	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Субшкала соматичних проявів депресії	3,04±1,51	2,48±2,59	6,00±1,24	5,83±1,61	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01

у 77,56%, а симптоматика трансформувалася в бік соматизації з підвищенням показників соматичних проявів депресії. Кореляційний аналіз дозволив визначити кількісні характеристики зв'язку депресивної симптоматики з проявами СЕВ (рис. 2). Як видно з даних аналізу, кореляційний зв'язок прямий (з наростанням ознак емоційного вигорання наростає виразність депресії), сильний ($rS=0,7$ і більше) або помірної сили (rS від 0,3 до 0,7).

Під час аналізу поведінкового репертуару волонтерів виявлено, що серед осіб з низьким рівнем дезадаптації (Г1) домінуючим був проблемно-орієнтований стиль поведінки, наступними за частотою використання були стилі, орієнтовані на уникання, емоції, відволікання та вступ у соціальний контакт та пошук соціальної підтримки (табл. 3).

Однак, наростання явищ дезадаптації та збільшення рівня стресу негативно впливало на рівень використання адаптивних стратегій та призводило до зниження рівня проблемно-орієнтованого копінгу і зростання допомагаючого емоційно-орієнтованого копінгу.

Також зменшувався рівень адаптивного соціального відволікання, а рівень неадаптивного відволікання натомість зростав.

Наростання явищ дезадаптації у жінок мало більш деформуючий вплив на використання адаптивних копінг-стилів, ніж у чоловіків. Жінки з більш вираженими явищами дезадаптації характеризувались вищим рівнем емоційно-орієнтованого копінгу та більшою схильністю до уникання та відволікання, ніж чоловіки, які більш ефективно використовували компенсаторні механізми соціального відволікання.

Дослідження EI як стрижневого патогенетичного фактору участі у волонтерській діяльності показало наступне (табл. 4). Загальний рівень EI у волонтерів був вищим, загалом у звичайній вибірці (у осіб, які не займаються волонтерською діяльністю, середнє значення показника EI склало $56,77\pm 4,02$ балів, $p<0,05$). Вищий рівень EI серед волонтерів, порівняно зі звичайними особами, забезпечувався значно вищими рівнями емпатії, самомотивації та здатності розпізнавання емоції інших людей як складників EI.

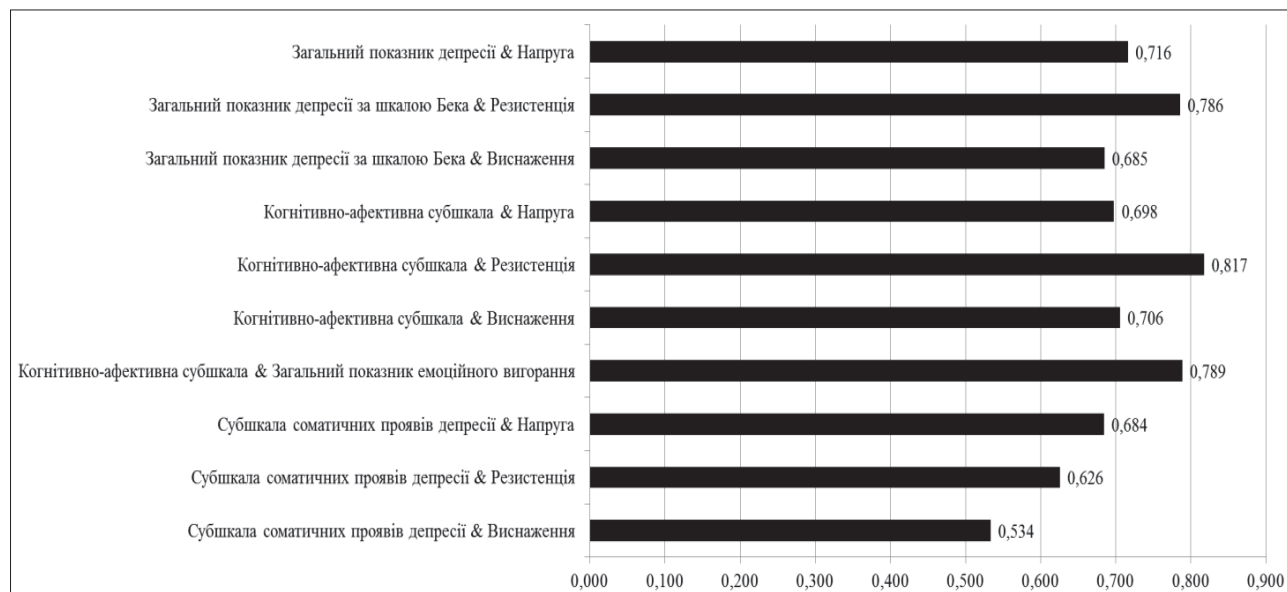


Рис. 2. Кореляційні зв'язки між симптоматикою емоційного вигорання та вираженістю депресії (наведено значущі ($p < 0,05$ і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена)

Таблиця 3

Середні показники використання копінг-стратегій у волонтерів за даними методики «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптований варіант Т.А. Крюкової)»

Показник	Г1		Г2		чоловіки Г1 - жінки Г1	чоловіки Г2 - жінки Г2	чоловіки Г1 - чоловіки Г2	жінки Г1 - жінки Г2
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки				
Вирішення задачі	58,24±10,65	35,91±9,81	18,50±1,16	18,62±1,32	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Емоції	29,80±5,79	48,99±9,97	75,79±4,53	70,41±7,84	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Уникнення	47,46±5,96	51,34±5,28	54,21±4,21	52,14±4,71	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05
Відволікання	21,76±4,28	25,59±3,95	28,86±2,74	29,00±2,58	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05

Таблиця 4

Середні показники EI і його складників у волонтерів за даними методики його оцінки Н. Холла

Показник	Г1		Г2		чоловіки Г1 - жінки Г1	чоловіки Г2 - жінки Г2	чоловіки Г1 - чоловіки Г2	жінки Г1 - жінки Г2
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки				
Емоційна обізнаність	11,88±1,56	12,11±1,88	9,64±0,84	9,10±0,90	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Керування власними емоціями	11,28±2,37	11,68±2,55	7,36±1,01	7,34±1,76	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Самомотивація	12,56±1,36	13,09±1,67	10,21±0,43	10,38±0,56	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Емпатія	13,00±1,04	12,73±1,47	15,64±0,84	15,45±0,69	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Розпізнавання емоцій інших людей	16,76±1,13	16,15±0,96	14,29±0,99	13,55±1,24	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегративний EI	65,48±4,94	65,77±5,04	57,14±2,21	55,83±2,69	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01

Кращі показники EI за усіма його складниками демонстрували волонтери, в яких не реєструвалися прояви СЕВ та ПД. У волонтерів з ознаками дезадаптації і СЕВ показники складників EI були гіршими; з формуванням й прогресуванням проявів СЕВ показники складників EI достовірно зменшувалися (окрім емпатії).

Високий рівень емпатії на тлі зниження інших складників EI та, відповідно, браку ресурсів щодо його

реалізації, з одного боку, сприяв потяженню дезадаптивної симптоматики, а з іншого, – ставав патогенетичним чинником її розвитку й прогресування.

Узагальнення та статистичний аналіз отриманих даних дозволив нам виділити кластери ознак, асоційованих з наявністю і розвитком дезадаптації у волонтерів, що були стратифіковані нами залежно від вектору впливу на дескриптори і предиктори дезадаптації (табл. 5).

Таблиця 5

Кластеризація факторів ПД волонтерів

Кластери	Дескриптори / предиктори	G1	G2	p	
Психоемоційний	Емоційні порушення	5,74±2,91	9,88±2,14	<0,01	
	Напруга СЕВ. Переживання психотравмуючих обставин	3,21±4,75	22,63±6,58	<0,01	
	Напруга СЕВ. Незадоволеність собою	5,11±3,26	14,28±2,90	<0,01	
	Напруга СЕВ. Загнаність у клітку	1,42±2,46	16,14±4,89	<0,01	
	Напруга СЕВ. Тривога і депресія	4,07±3,42	21,28±5,49	<0,01	
	1. Сум	0,28±0,45	0,93±0,26	<0,01	
	2. Песимізм	1,12±0,63	1,91±0,87	<0,01	
	3. Відчуття невдачі	0,28±0,45	1,56±0,50	<0,01	
	4. Незадоволеність собою	1,11±0,67	1,63±0,76	<0,01	
	5. Почуття провини	0,02±0,14	0,30±0,46	<0,01	
	6. Відчуття покарання	0,03±0,17	0,28±0,50	<0,01	
Когнітивний	7. Самозаперечення	0,08±0,27	1,00±0,31	<0,01	
	8. Самозвинувачення	0,35±0,64	0,98±0,89	<0,01	
	10. Плаксивість	0,03±0,17	0,51±0,51	<0,01	
	11. Дратівливість	0,73±0,63	1,93±0,94	<0,01	
	Когнітивний	Дискретне зниження окремих психічних процесів (уваги, пам'яті, мислення)	0,23±0,64	3,28±2,06	<0,01
	Психосоматичний	Відчуття втоми	2,64±2,19	8,77±1,86	<0,01
		Порушення сну	2,03±3,90	12,72±2,68	<0,01
		Соматовегетативні порушення	0,57±1,18	8,58±8,47	<0,01
		Виснаження СЕВ. Емоційний дефіцит	4,25±4,07	9,84±5,67	<0,01
		Виснаження. Емоційна відстороненість	8,70±3,27	14,30±3,02	<0,01
		Виснаження. Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	4,35±4,64	19,60±4,40	<0,01
Виснаження. Психосоматичні і психовегетативні порушення)		3,02±2,74	19,42±5,10	<0,01	
14. Дистиморфобія		0,17±0,38	0,28±0,45	>0,05	
16. Безсоння		0,70±0,67	0,86±0,35	>0,05	
17. Втомлюваність		0,65±0,48	1,02±0,15	<0,01	
18. Втрата апетиту		0,34±0,47	0,49±0,51	>0,05	
Стрес-асоційований	19. Втрата ваги	0,16±0,37	0,33±0,47	<0,05	
	20. Занепокоєння станом здоров'я	0,05±0,21	0,77±0,68	<0,01	
	21. Втрата сексуального потягу	0,25±0,50	1,14±0,35	<0,01	
	Стрес-асоційований	стрес-вразливість /	29,39±9,59	44,74±8,26	<0,01
	Мотиваційно-діяльнісний	Зниження мотивації	2,87±2,27	6,65±1,17	<0,01
		Зниження загальної активності	2,00±1,70	6,77±2,11	<0,01
		Резистенція СЕВ. Неадекватне емоційне вибіркове реагування	3,38±3,92	14,30±5,97	<0,01
		Резистенція. Емоційно-моральна дезорієнтація	7,68±4,66	7,58±5,39	>0,05
		Резистенція. Розширення сфери економії емоцій	14,23±11,64	22,91±8,29	<0,01
		Резистенція. Редукція професійних обов'язків	6,38±6,70	15,07±1,68	<0,01
		13. Нерішучість	0,46±0,59	1,40±0,62	<0,01
Психосоціальний	Самотність	1,9%	9,3%	<0,05	
	Вища освіта	58,7%	39,5%	<0,05	
	Вік, роки	28,3±4,9	30,9±7,2	<0,05	
	Жіноча стать	76,0%	67,4%	>0,05	
Індивідуально-поведінковий	ПОК – проблемно-орієнтований копінг	41,28±13,83	18,58±1,26	<0,01	
	ЕОК – емоційно-орієнтований копінг	44,38±12,29	72,16±7,33	<0,01	
	КОУ – копінг орієнтований на уникання	50,41±5,67	52,81±4,61	<0,01	
	В – відволікання	24,67±4,33	28,95±2,60	<0,01	
	СВ – копінг, орієнтований на соціальне відволікання	16,51±3,65	13,93±2,97	<0,01	
Особистісно-інтерперсональний	Особливості соціальної взаємодії	4,65±2,48	10,84±3,37	<0,01	
	12. Соціальна відчуженість	0,55±0,61	1,02±0,15	<0,01	
	Емоційна обізнаність	12,06±1,81	9,28±0,91	<0,01	
	Керування власними емоціями	11,59±2,50	7,35±1,54	<0,01	
	Самотивація	12,96±1,61	10,33±0,52	<0,01	
	Емпатія	12,80±1,38	15,51±0,74	<0,01	
	Розпізнавання емоцій інших людей	16,30±1,03	13,79±1,21	<0,01	

Так, було виділено 8 кластерів: афективний (15 ознак), психосоматичний (14 ознак), когнітивний (3 ознаки), мотиваційно-діяльнісний (7 ознак), психосоціальний (4 ознаки), стрес-асоційований (1 ознака), індивідуально-поведінковий (5 ознак), особистісно-інтерперсональний (6 ознак).

Виділені кластери були згруповані у три домени, що визначали різне патогенетичне навантаження процесу формування, розвитку й прогресування дезадаптації волонтерів:

а) домен 1 – дезадаптивно-констатуючий (містить дескриптори дезадаптації): психоемоційний, когнітивний, психосоматичний, мотиваційно-діяльнісний кластери;

б) домен 2 – дезадаптивно-патопластичний (містить предиктори дезадаптації): стрес-асоційований, психосоціальний, індивідуально-поведінковий кластери;

в) домен 3 – дезадаптивно-стрижневий (містить патогенетичний фактор дезадаптації): особистісно-інтерперсональний кластер.

Таким чином, кластери дезадаптивно-констатуючого домену демонстрували наявність дезадаптації, дезадаптивно-стрижневого –

обґрунтовували механізм її виникнення, а дезадаптивно-патопластичного – впливали на варіативність і тяжкість проявів дезадаптації (рис. 3).

На основі отриманих результатів нами була розроблена програма психологічної корекції й підтримки волонтерів (табл. 6).

Зазначена програма містила п'ять етапів, кожен з яких мав специфічні мішені, цілі і засоби реалізації (психокорекційні технології).

На першому етапі (перша зустріч) увага приділялась створенню терапевтичного альянсу та формуванню мотивації у волонтерів на участь в дослідженні.

На етапі психодіагностики (1 тиждень) здійснювали визначення дескрипторів і предикторів дезадаптації, на основі чого розробляли персоналізовану програму, яка містила загальні елементи, проте враховувала специфіку клініко-психологічного аранжування дезадаптації і її патопластичного тла у кожного респондента. Це здійснювалось на спеціальних зустрічах, які супроводжувались наданням інформаційних матеріалів та обговоренням ризиків і переваг волонтерської діяльності.



Рис. 3. Складники дезадаптації та їх роль в механізмах її розвитку

Таблиця 6

Програма психологічної корекції і підтримки волонтерів

Етап	Мета	Ключова технологія
формування вибірки	формування терапевтичного альянсу та мотивації на участь в дослідженні	мотиваційне інтерв'ю
психодіагностика	діагностика дескрипторів дезадаптації (наявність і вираженість ознак дезадаптивно-констатуючого домену)	клініко-психологічне обстеження, психодіагностичне дослідження, елементи психоосвіти та когнітивно-орієнтованої психокорекції
	ідентифікація предикторів дезадаптації (стан показників дезадаптивно-патопластичного домену)	
	визначення факторів психопатогенезу дезадаптації (стан характеристик дезадаптивно-стрижневого домену)	
психокорекція	усунення соматизованих депресивних феноменів	групова патогенетична психокорекція, елементи аутогенного тренування
	редукція когнітивно-афективних депресивних феноменів	
	нівелювання проявів професійної дезадаптації та синдрому емоційного вигорання	когнітивно-поведінкова психокорекція
	підвищення здатності до стрес-опору	тренінги опанування стресу
	активація родинного ресурсу психологічного відновлення	сімейна психокорекція
	трансформація поведінкового репертуару з неадаптивного й емоційно-орієнтованого на проблемно-орієнтований копінг	когнітивно-поведінкова психокорекція
	розвиток здатності керування власним емоційним станом, відновлення емоційної обізнаності та конгруентної соціальної взаємодії	елементи аутогенного тренування, релаксації, тренінги розвитку комунікативних навичок
формування навичок відновлення особистісного ресурсу для безпечності реалізації волонтерської діяльності	елементи арт-терапії, а також терапії дозованим фізичним навантаженням	
психологічна підтримка	формування і реалізація навичок само- і взаємодопомоги	групова психокорекція
оцінка ефективності	діагностика стану ключових дескрипторів дезадаптації	психодіагностичне дослідження
(само)моніторинг психологічного стану	перманентна само- і взаємодопомога	групова психокорекція

Безпосередньо психокорекційний етап (4–6 місяців, залежно від індивідуальної ситуації) складався з послідовних дій психоосвітнього, психотерапевтичного й психокорекційного змісту, які реалізовувались за принципом наступності і індивідуалізації. Спрямування психокорекційних впливів відбувалось саме в зазначеній послідовності, що забезпечувало максимальну ефективність запропонованих заходів.

Після етапу активних психокорекційних впливів акцент переносився на формування навичок (само) моніторингу та само- і взаємодопомоги, які реалізовувались безпосередньо волонтерами по відношенню до себе та один до одного.

Через три місяці після базової психокорекції здійснювали замір її ефективності, що було підставою для рішення респондентів щодо подальшої участі в психокорекційній програмі.

Основними психокорекційними технологіями була групова, когнітивно-поведінкова, когнітивно-орієнтована корекція з елементами психоосвіти, аутогенного тренування, м'язової релаксації та дихальних вправ, тренінгів опанування стресу й формування комунікаційних навичок, сімейної, арт-терапії та терапії дозованим фізичним навантаженням.

Результати визначення ефективності запропонованої програми заходів були отримані шляхом порівняльного аналізу динаміки показників до та після психокорекції. Її впровадження дозволило значно покращити психоемоційний стан та практично нівелювати прояви професійної дезадаптації у осіб психокорекційної групи, що дало підстави зробити висновок про редукцію психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту ($p < 0,05$).

Висновки і пропозиції. Волонтерська діяльність несе потенційні ризики розвитку станів дезадаптації, які зустрічаються серед волонтерів достовірно частіше порівняно зі звичайною вибіркою.

Психологічна дезадаптація у волонтерів проявляється у вигляді синдрому емоційного вигорання, порушень психоемоційної і психосоціальної сфер, стрижневим клініко-психологічним феноменом якої є прояви депресивного реагування.

З розвитком і прогресуванням дезадаптації збільшується вразливість до стресового навантаження та здійснюється патологічна трансформація поведінкового репертуару за адаптивних на неадаптивних копінг-стратегій.

Характеристики психосоціального функціонування, насамперед сімейна підтримка, можуть

надавати як предиктивний, так і превентивний вплив на розвиток і прогресування дезадаптації.

У формуванні та прогресивному розвитку психологічної дезадаптації у волонтерів беруть участь такі фактори, класифіковані нами залежно від їх ролі, як дезадаптивно-стрижневі, дезадаптивно-патопластичні і дезадаптивно-констатуючі.

Складові частини дезадаптивно-констатуючого домену засвідчують факт наявності дезадаптації, компоненти дезадаптивно-стрижневого – обґрунтовують механізм її виникнення (розбалансування наявних і бажаних особистісних ресурсів для здійснення волонтерської діяльності), а складники дезадаптивно-патопластичного домену визначають варіативність і вираженість проявів дезадаптації.

На основі ідентифікації клініко-психологічних проявів і механізмів формування психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту створена психокорекційна програма, метою якої є не тільки усунення патологічних проявів порушень психоемоційного, когнітивного й психосоціального функціонування, а й розвиток здатності керування власним емоційним станом, відновлення емоційної обізнаності та конгруентної соціальної взаємодії, а також формування навичок відновлення особистісного ресурсу для безпечності реалізації волонтерської діяльності. З урахуванням даних щодо ефективності програми можна пропонувати її для подальшого впровадження.

Література:

1. Закон України «Про волонтерську діяльність» від 19.04.2011 № 3236-VI (із змінами). URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3236-17>.
2. Крапівіна Г.О. Механізми мотивації та оцінки праці в волонтерстві. Економічний вісник Донбасу. 2014. № 3. С. 175–180.
3. Волонтерський рух: світовий досвід та українські громадянські практики: аналіт. д. оп. К.: НІСД, 2015. 36 с.
4. Звіт дослідження «Волонтерський рух в Україні» Підготовлено GfK Ukraine на замовлення Організації Об'єднаних Націй в Україні. URL: https://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/dyna_content_import/2015-09-01_press_releases/data/ua/Documents/Presentations/report_vyshlisky.pdf.
5. Сидоренко О.О. Волонтерський рух у світі та в Україні. Актуальні проблеми психології. 2016. Том 10, Вип. 28. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/vipusk-28-v-10-mua>.
6. Матяш М.М. Українське волонтерство – явище унікальне. Йому завдячуємо суверенітетом. URL: www.ukrinform.ua/rubric-society/2324579-ukrainske-volonterstvo-avise-unikalne-jomu-zavdacuemo-suverenitetom.html.
7. Матяш М.М. Українське волонтерство – явище унікальне, але не без проблем. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2342731-ukrainske-volonterstvo-avise-unikalne-ale-ne-bez-problem.html>.
8. Українські волонтери: втома від війни і друге дихання. URL: <http://socportal.info/2016/08/17/ukrayins-ki-volonteri-vtoma-vid-vijni-i-druge-dihannya.html>.
9. Волонтерство: небезпечна втома. URL: <http://sp.lvivport.com/lvivnews/2015/07/18/n/31063>.
10. Лазос Г.П., Литвиненко Л.І. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. К.: ТОВ «Видавництво» Логос, 2015. 206 с. С.121–144.
11. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. С. 147–151.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара, издательский дом «Бахрах-М», 2001. 672 с.
13. Fontana D. Managing stress. The British psychological society. Пер. Изд. Педагогика Пресс. 1995. С.19–23.
14. Шкалы для оценки депрессии / Под ред. А. Б. Смулевича. М., 2005. 22 с.
15. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., 2002. С. 442–444.
16. Ильин Е.И. Эмоции и чувства. СПб Питер, 2001. С. 633–634.

Маркова М. В., Глаголич С. Ю. Дезадаптация волонтеров, деятельность которых связана с обеспечением военных в зоне боевых действий: механизмы формирования и психокоррекция

Целью работы было изучение клинико-психологических проявлений и механизмов формирования дезадаптации у волонтеров, деятельность которых связана с обеспечением военных в зоне боевых действий, и разработка на этой основе программы мероприятий ее психокоррекции. С помощью клинико-психологического и психодиагностического методов обследовано 147 человек, занимавшихся волонтерской деятельностью, связанной с обеспечением военных в зоне боевых действий, не менее 1 года. Доказано, что волонтерская деятельность несет потенциальные риски развития состояний дезадаптации, которые встречаются среди волонтеров достоверно чаще по срав-

нению с обычной выборкой. Установлено, что в формировании и прогрессивном развитии психологической дезадаптации у волонтеров участвуют ряд факторов, классифицированных нами в зависимости от их роли, как дезадаптивно-стержневые, дезадаптивно-патопластические и дезадаптивно-констатирующие. На основе полученных данных создана психокоррекционная программа, которая доказала свою эффективность.

Ключевые слова: волонтеры, боевые действия, дезадаптация, клиничко-психологические проявления, психокоррекция.

Markova M. V., Glagolych S. Yu. Psychological maladjustment of volunteers involved in the provision of military forces in a combat zone: mechanisms of formation and psychocorrection

The purpose of the work was to study the clinical and psychological manifestations and mechanisms for the formation of maladjustment in volunteers, whose activities are related to the provision of military personnel in the area of combat operations, and the development of a program of measures for its psycho-correction on this basis. Using the clinical psychological and psychodiagnostic methods, 147 volunteers engaged in the provision of military personnel in the combat zone for at least 1 year, were examined. It is proved that volunteering activity has potential risks of developing maladaptation states which are more common among volunteers compared to the usual sample. It was established that the formation and progressive development of psychological maladaptation in volunteers involved a number of factors, classified by depending on their role, as deadaptive-axial, deadaptive-patoplastic and desadaptive-configuring. On the basis of the obtained data, a psycho-correction program which proved its effectiveness has been created.

Key words: volunteers, combat actions, maladjustment, clinical and psychological manifestations, psychocorrection.