|  |
| --- |
| Автономная некоммерческая организация высшего образования«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»   |
| ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ   |
| КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ    |
| КИЖАПКИН ЮРИЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ  |
| ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  |
| ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ПСИХОЛОГОВ ОРГАНИЗАЦИИ КРАСНОГО КРЕСТА |
| Направление подготовки 37.03.01 ПсихологияНаправленность (профиль) образовательной программыПсихология управления |
| Обучающийся | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | Ю. Е. Кижапкин(инициалы, фамилия) |
| Руководитель доцент каф. психол., канд. пед. наук   (должность, ученая степень, ученое звание) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)  | Н. В. Суворова(инициалы, фамилия) |
| Нормоконтролер | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | А. С. Самарина(инициалы, фамилия) |
|        |  Допускается к защите                                           Зав. кафедрой психологии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ученая степень, ученое звание, инициалы, фамилия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |
| Красноярск 2025 |

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 63 с., рисунков 3, источников 44, приложений 3.

Психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, психолог Красного Креста.

Цель исследования: выявить особенности психической травмы у психологов красного креста работающих с психической травмой.

Проведено изучение психологов, работающих в Красном Кресте и психологов, не работающих в Красном Кресте. Психологи Красного Креста работают с людьми имеющие тяжелые психические травмы такие как: посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс, травма потери и горя, комплексные травмы у детей, травма изоляции и заключения, а также острые, шоковые, хронические, вторичные, коллективные психологические травмы. Для исследования мы использовали три опросника: Шкала симптомов ПТСР, PSS-SR, Опросник посттравматического роста, PTGI, Шкала базисных убеждений, WAS.

Выявлены особенности психической травмы у психологов организации красного креста

На основании проведенного психологического исследования были разработаны рекомендации на снижение психотравмирующего воздействия профессиональной деятельности на психологов Красного Креста.

Достоверность полученных данных оценена с помощью критерия φ\* Фишера и χ2 критерий Пирсона.

СОДЕРЖАНИЕ

 **ВВЕДЕНИЕ 5**

**I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ И**

 **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ               7**

 **1.1 Понятие психическая травма в психологической и научной литературе      7**

 **1.2 Психологические аспекты деятельности сотрудников общероссийской**

 **общественной организации «Российский Красный Крест» 17**

 **1.3 Социально-психологические факторы и условия формирования**

 **психической травмы психологов 22**

**II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ У**

 **ПСИХОЛОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В КРАСНОМ КРЕСТЕ 26**

 **2.1 Организация и методы исследование у психологов организации**

 **Красного Креста 26**

 **2.2 Результаты исследование у психологов организации Красного Креста 37**

 **2.3 Рекомендации на снижение психотравмирующего воздействия**

 **профессиональной деятельности у психологов Красного Креста 57**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ 59**

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 61**

**Приложение**

#

# ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена тем, что психологи Красного Креста регулярно работают с людьми, находящимися в тяжелой жизненной ситуации, что делает их уязвимыми к профессиональной травматизации.

Нередко травмирующими ситуациями могут быть факты угроз, насилия, шантажа. Любые другие обстоятельства, вызывающие у человека подавленное или даже депрессивное состояние, долговременный страх за жизнь, здоровье и собственное достоинство, также, рассматриваются как вероятная травма психики. По мнению психологов, проявления травмы психики сходны с последствиями тяжелого стресса.

Местное отделение общероссийской общественной организации **«**Российский Красный Крест**»** в городе Красноярске Красноярского края – это национальная старейшая некоммерческая благотворительная организация Красного Креста в России [30].

Психолог в местном отделении общероссийской общественной организации **«**Российский Красный Крест**»** в городе Красноярск Красноярского края оказывает помощь людям, которые нуждаются в психологической помощи, находящиеся в трудной жизненной ситуации [10].

Объект исследования: психические травмы психологов.

Предмет исследования: особенности психических травм у психологов Красного Креста.

Цель: выявить особенности психических травм у психологов Красного креста работающих с психотравмой.

Задачи:

1. Проанализировать психологическую научную литературу по проблеме психических травм.

2. Проанализировать психологические аспекты деятельности сотрудников Красного Креста.

3. Эмпирически исследовать специфику психотравмирующей симптоматики у психологов Красного Креста.

4. Проинтерпретировать результаты исследования, сформулировать вывод.

5. Разработать рекомендации на снижение психотравмирующего воздействия профессиональной деятельности на психологов Красного Креста.

Гипотеза: мы предполагаем, что у психологов организации Красного Креста в сравнении с психологами, которые не работают в Красном Кресте, более выражена травмирующая симптоматика.

# **I** ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ

# И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

## 1.1 Понятие психическая травма в психологической и научной литературе

В жизни каждого человека могут происходить события, которые нарушают и меняют привычный порядок и требуют значительных усилий для адаптации. Психотравматический опыт, будь то внезапная утрата близкого, насилие или серьезное заболевание, влияет на восприятие реальности и себя в ней. Однако, как показывает практика, кризисные обстоятельства нередко становятся точкой роста, побуждая индивида к глубокому переосмыслению ценностей и постановке новых жизненных целей. ­

Психотравма как феномен – это интенсивное напряжение, оказывающее длительное воздействие на психику и поведение человека. Оно может быть вызвано как объективно катастрофическими эпизодами (природные бедствия, военные конфликты), так и индивидуально значимыми событиями, например, утратой близкого человека. Основные характеристики психотравмы включают: нарушение чувства безопасности, утрату контроля над ситуацией, необходимость изменения восприятия себя и окружающего мира. Эти аспекты подчеркивают, что психотравма – это не просто реакция на стресс, а механизм, который запускает глубокие изменения в когнитивной и эмоциональной сфере [6].

Психотравма представляет собой сложное и многогранное явление, возникающее в результате воздействия на человека сильного напряжения или травмирующей ситуации. В психологии и психиатрии понятие психотравмы охватывает не только физические, но и эмоциональные, психологические и социальные аспекты, которые могут оказывать длительное воздействие на эмоциональное состояние индивида. Психотравма может возникать в результате различных событий, таких как насилие, катастрофы, потеря близких, военные действия, а также вследствие длительного воздействия неблагоприятных условий, таких как хроническое напряжение, эмоциональное или физическое насилие. Важно отметить, что восприятие травмирующего эпизода индивидуально, и то, что для одного человека может стать источником психотравмы, для другого может не оказать значительного воздействия.

Психическое здоровье включает в себя наше эмоциональное, психологическое и социальное благополучие. Оно важно на всех этапах жизни, начиная с детства и юности, вплоть до зрелости и старости. Оно влияет на то, как мы чувствуем, думаем и действуем, когда справляемся с нашими повседневными задачами и проблемами. Психическое здоровье определяет, как мы относимся к другим, справляемся с напряжением и делаем выбор.

В современной жизни человека в условиях интенсивного информационного потока, обострений политических и военных конфликтов появляется множество стрессовых ситуаций и неопределенности.

По данным Всемирной организации здравоохранения (2013, 2019), у 9% людей, переживших вооруженные конфликты на протяжении 10 лет, возникают психические расстройства тяжелой или средней степени, связанные с психотравмирующими обстоятельствами. Частота выявления новых случаев посттравматических стрессовых расстройств в популяции ежегодно достигает примерно 0,37%. Эпидемиологические исследования демонстрируют, что на протяжении жизни посттравматическим стрессовым расстройством страдает около 1% населения, а у 15% после тяжелых психических травм, таких как техногенные катастрофы или военные действия, проявляются отдельные признаки этого расстройства [24].

По наблюдениям Г. И. Каплана и Б. Сэдока (1998), распространенность ПТСР составляет 1 – 3% среди всего населения и до 30% среди ветеранов войн. В частности, среди участников гражданского противостояния в Москве в октябре 1993 года этот показатель достигал 57%. Согласно данным Ю. В. Попова и В. Д. Вида, ПТСР развивается у 50 – 80% лиц, переживших тяжёлые стрессовые события, а в мирное время распространенность расстройства в общей популяции составляет 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин [23].

Проблематика психологической травмы изучалась многими авторами, однако до настоящего времени в научной литературе отсутствует единство в подходах и оценках. Это обусловливает необходимость дальнейших исследований, позволяющих уточнить понятия и усовершенствовать подходы к психодиагностике и психотерапии.

Понятие «психическая травма» было впервые использовано в 1878 году немецким врачом-психиатром Альбертом Ойленбургом (Albert Eulenburg), занимавшимся изучением нервных заболеваний [26].

Первая теория патогенеза травматических расстройств была сформулирована Зигмундом Фрейдом совместно с Й. Брейером в работе «Очерки об истерии» (1893 – 1895 гг.). Согласно их концепции, травматический невроз обусловлен не просто психологическим потрясением, а именно психической травмой, способной вызвать сильные негативные аффекты: испуг, тревогу, стыд или боль. «В травматических неврозах действующей причиной заболевания является не незначительная психическая рана воздействия испуга – а психическая травма... Любое переживание, которое вызывает расстраивающие аффекты, такие как аффекты испуга, тревоги, стыда или физической боли, – м­­­­­­­ожет действовать в качестве травмы такого рода» [13].

Фрейд различал актуальные травмы, возникающие непосредственно как реакция на стресс, и ретроактивные травмы, корнями уходящие в прошлое. Последние могут быть вызваны ассоциациями между ранними детскими воспоминаниями и переживаниями во взрослом возрасте. Такого рода травмы являются причиной истерических симптомов считал Фрейд. В дальнейшем Фрейд пересмотрел теорию аффективной травмы, поскольку опыт анализа истерических пациентов показал, что воспоминания о сексуальных извращениях часто оказываются ошибочными и отражают не реальные факты, и являются фантазией пациентов.

Первоначально Фрейд полагал, что именно ретроактивные травмы вызывают истерические симптомы, однако позже пересмотрел свои взгляды, так как обнаружил, что многие сексуальные воспоминания пациентов носили фантазийный характер и не отражали реальных событий.

В первой психоаналитической теории травмы, предложенной Фрейдом, источником патологии была названа вытесненная в бессознательное травматическая тревога, связанная с недопустимыми желаниями и переживаниями [20].

Еще одна модель была представлена работами французского психиатра Пьера Жане (1859 – 1947 гг.), который изучал невротические симптомы истерии, возникающие вследствие диссоциативной функции психики как реакции на травму. Мнение З. Фрейда и П. Жане в развитие идей психической травмы характеризуется расхождением их взглядов, затрагивающих теоретические, клинические, терапевтические и методические аспекты. Основное внимание в психоанализе было направлено все-таки на роль защитных механизмов в ее преодолении, а не на концепцию психотравмы. Если З. Фрейд в работе с травмой делал акцент на аффекте и его отреагировании, то П. Жане на психологии поведения, действиях и их успешном выполнении. Терапевтическая работа с пациентами у П. Жане ориентирована на активную помощь личности в адаптации в изменяющихся условиях реальности и руководство поведением пациентов в принятии решений. В работе с травматическими переживаниями и воспоминаниями активно использовались методы рефрейминга (переструктурирование). Концептуальные положения П. Жане относительно структуры и иерархии форм психической деятельности оказали значительное влияние на становление целостной бихевиористической концепции психологии поведения [30].

Среди ученых разворачиваются дискуссии по поводу этиологии и классификации болезней военного времени, обсуждаются идеи о психогенной природе невроза, т. е. ставится акцент на психологических причинах невроза вопреки существующему пониманию его органических предпосылок. Так неразрешенная к тому времени проблема психофизического параллелизма позволяла ученым обосновывать свою точку зрения относительно изменений, происходящих в организме при травматическом неврозе. Врачи-психиатры объясняют и описывают такие явления, как **«**травматический невроз**»** (К. Мели, 1881); исследовали последствия психических травм в виде нервных заболеваний (Г. Оппенгейм, 1889). Изучали «военные неврозы», психические расстройства, такие как «потеря рассудка и чувств» вследствие «снарядного шока» у участников боевых действий, а также психосоматические последствия травмы войны (Э. Крепелин, 1916; А. Маерс, 1920; А. Кардинер, 1941). Проблемами отсроченных психогенных реакций на травматические военные события и реабилитации участников боевых действий занимались отечественные психиатры А.И. Озерецкий, М.О. Шайкевич, известный московский невропатолог Г. И. Россолимо и пр.

С экзистенциальной точки зрения подход к психологической травме был разработан А. Лэнгле. Согласно его взглядам, травматическое событие становится таким из-за переживаемого ужаса, который нарушает базовые представления человека о жизни и существовании. Такое событие может привести к глубокому экзистенциальному кризису. Вместе с тем Лэнгле подчеркивает, что травма имеет потенциал для личностного и экзистенциального роста, поскольку стимулирует поиск новых смыслов и переосмысление жизненных приоритетов [15].

Карл Юнг в своей работе **«**Психоз и травма**»** (1907) одним из первых предположил связь между пережитыми ранее негативными событиями и симптомами травматических расстройств [11]. Юнгом была введена идея множественной травмы, не сводящейся лишь к эдиповым или сексуальным комплексам. Он установил, что в семьях могут формироваться бессознательные комплексы, передающиеся от родителей к детям, в особенности от матери к дочери, и влияющие на всю дальнейшую жизнь [9].

Существует множество противоречивых мнений о природе и проявлениях психологической травмы. Однако общепризнано, что психологическая травма является следствием сильного стресса, превышающего адаптивные возможности психики.

Выбор методологии и эффективных терапевтических стратегий при работе с травмой зависит от понимания её сущности, типологии, а также динамики коллективного бессознательного.

Психологические механизмы, возникающие при травме, первоначально направлены на сохранение целостности психики, которая подвергается внешнему или внутреннему давлению. Однако со временем эти механизмы могут приобрести негативный характер, препятствуя гармоничному взаимодействию человека с окружающим миром.

Переживание травматичных событий всегда индивидуально. Степень выраженности психологической травмы зависит от личной устойчивости к стрессам, уровня защищенности и восприятия человеком сложившейся ситуации.

Психологическая профилактика (психопрофилактика) – это система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения психических и психосоматических заболеваний, а также острых стрессовых реакций в травматических ситуациях. Главной целью психопрофилактики является предотвращение или минимизация нарушений психического функционирования у различных категорий населения, включая детей, родителей, педагогов и работников различных предприятий и учреждений.

Среди эффективных подходов к терапии травмы выделяется логотерапия Виктора Франкла, экзистенциальная терапия Ирвина Ялома, экзистенциально-гуманистическая психотерапия Джеймса Бьюдженталя, гештальт-терапия Фрица Перлза, а также соматическая терапия, разработанная Питером Левиным и привезённая в Россию его учеником Джоном Инглом. Эти направления дают широкий спектр инструментов для глубокого осмысления травматического опыта и работы с ним [28].

Метод Питера Левина основывается на экзистенциально-феноменологическом подходе и рассматривает травму как не просто психологическую проблему, а как кризис, затрагивающий глубинные структуры человеческого существования. Он предлагает работу с телесными проявлениями травмы через внимание, осознанность и восстановление ощущения безопасности [20].

Ирвин Ялом, один из основоположников американской ветви экзистенциальной психотерапии, предлагал рассматривать переживания, связанные с травмой, через призму так называемых **«**экзистенциальных данностей**»** – смерть, свобода, изоляция и бессмысленность. Эти темы неизбежно встают перед человеком в моменты кризисов. По мнению Ялома, травматические состояния – это, прежде всего, реакции на столкновение с данностями человеческого бытия.

Так, в травматической ситуации человек может столкнуться с реальной или предполагаемой угрозой жизни – своей или чужой. Это переживание связано с ограничением свободы, чувством страха, вины, горя или беспомощности. Одновременно может возникнуть острое чувство одиночества, невозможности установить контакт с окружающими и утраты смысла жизни. Всё это усиливает внутреннюю тревогу и создаёт экзистенциальный вакуум (Черепанова, 1997) [28].

Смысловая составляющая является важнейшей частью работы с травмой. В логотерапии В. Франкла считается, что стремление к смыслу – базовый мотив человеческого существования. Франкл утверждал, что психологическая травма, как правило, сопровождается утратой смыслов и жизненных ориентиров. Именно это делает переживание травмы особенно тяжёлым.

Отсюда понятно, что психологическая травма ставит человека перед необходимостью восполнения утраченного смысла. Франкл считает, что смысл нельзя придумать, его можно только осознать и открыть для себя. Важно, что он не может быть просто взят извне, поскольку образуется на пересечении внутреннего в человеке (его свободы и ответственности за собственный выбор) и внешнего (требований, которые ставит перед человеком жизнь и которые он делает осмысленными).

Однако поиск смысла способен трансформировать восприятие травмы: если человек сумеет найти объяснение случившемуся, его страдания становятся более переносимыми. Франкл подчёркивает, что смысл невозможно искусственно придумать – его можно лишь открыть. Он рождается в точке пересечения внутренней свободы человека и внешних требований реальности.

Обретение смысла, по В. Франклу, достигается несколькими путями – путем совершения деятельности по отношению к другим людям:

– в процессе творчества, когда проявляется свобода отношения к действительности и действий в ней, и человек вырабатывает определенную позицию относительно различных жизненных ситуаций;

– в ходе переживания, то есть опыта приобретения человеком переживаний по отношению к явлениям окружающего мира во всем их своеобразии и неповторимости.

Экзистенциально-гуманистическая психотерапия Джеймса Бьюдженталя также делает акцент на работе с внутренними состояниями клиента, осмыслении его переживаний, осознании свободы и ответственности. Хотя он специально не разрабатывал концепцию травмы, его метод может эффективно применяться в данной области благодаря универсальности и глубине.

С социальной точки зрения, психотравма может рассматриваться как результат взаимодействия индивидуальных и внешних факторов. Наличие социальной поддержки, доступ к ресурсам, культурные установки и окружение играют важнейшую роль в том, насколько успешно человек справляется с травмой. В одних культурах может поощряться выражение эмоций и обращение за помощью, в других – наблюдается стигматизация психических трудностей, что осложняет восстановление и создает дополнительное напряжение.

Культурные различия также отражаются в восприятии травмирующих событий и выборе стратегий реагирования. Например, в одних обществах приоритет отдается духовным практикам, коллективным ритуалам и обрядам, в то время как в других преобладает индивидуальный подход, основанный на рациональном преодолении и психотерапии. Эти особенности обуславливают, каким образом человек интерпретирует свои переживания, и влияют на его склонность обращаться за помощью [9].

Теоретические подходы к пониманию травмы продолжают эволюционировать. Современная психология предлагает ряд взаимодополняющих моделей:

1. Когнитивный диссонанс (Л. Фестингер): травма разрушает привычные когнитивные схемы, создавая внутренний конфликт, который требует адаптации новых убеждений [35].

2. Теория сохранения ресурсов (С. Хобфол): стресс истощает жизненные ресурсы, и восстановление возможно через формирование новых – личностных, эмоциональных, социальных.

3. Экзистенциальный подход (В. Франкл): поиск смысла – основной путь к восстановлению после потрясения. Люди, нашедшие смысл в страдании, демонстрируют более высокий уровень устойчивости [15].

4. Теория посттравматического роста (Р. Тедеши, Л. Калхун): некоторые люди не просто справляются с травмой, но и переживают позитивные изменения в пяти сферах: межличностные отношения, личностная сила, новые жизненные ориентиры, духовное развитие и понимание собственной значимости [22; 33].

Посттравматический рост, как подчеркивают исследователи, не является автоматическим следствием пережитого. Он возможен только при наличии определенных условий: внутренней готовности, поддержки окружения, доступа к помощи, способности к рефлексии.

Собранные в исследованиях данные показывают: те, кто смог переосмыслить травму и интегрировать её опыт в свою личную историю, демонстрируют более высокий уровень адаптации. У них отмечается повышение эмпатии, более глубокое восприятие жизни, рост ответственности и стремление к самореализации. Особенно важной оказывалась поддержка со стороны людей, переживших схожий опыт.

Тем не менее, не все люди проходят путь трансформации. В ряде случаев психотравма ведёт к длительной стагнации, хронизации страдания и утрате жизненной мотивации. Согласно ряду исследований, около трети пострадавших оказываются в состоянии эмоционального **«**застревания**»**, не имея ресурсов или возможностей для движения вперёд. Такие состояния сопровождаются апатией, деструктивными копинг-стратегиями, социальной изоляцией, а порой – суицидальными мыслями [3; 22].

В этих случаях важным становится многоуровневый подход, сочетающий психотерапевтическую помощь с социальной поддержкой, возможностью безопасного диалога, обучением навыкам саморегуляции и формированием новых смыслов. Эффективными оказываются практики когнитивной реструктуризации – сознательная работа над убеждениями, установками и интерпретацией произошедшего. Пациенты, способные отойти от позиции жертвы и переосмыслить свой путь, показывают положительную динамику восстановления.

Кроме того, всё чаще применяются интегративные методы терапии, включающие элементы телесно-ориентированного подхода, арт-терапии, EMDR (десенсибилизация и переработка движениями глаз), а также экзистенциальные и духовные практики. Особое внимание уделяется индивидуализации терапии – отказу от универсальных решений в пользу подходов, учитывающих уникальный жизненный контекст каждого человека [16; 21; 26].

Также важным фактором является социальная среда. Стыд, стигматизация и недостаточная информированность могут мешать человеку обратиться за помощью. Один из участников исследования описал, как чувство вины перед семьёй за пережитое не позволяло ему открыться и искать поддержку. Это подчёркивает необходимость расширения программ просвещения и доступных сервисов помощи, особенно в малых населённых пунктах и среди уязвимых категорий населения [23].

Важно помнить, что не все люди готовы к изменениям сразу. Исследование выявило, что около 30 % участников находились на стадии «застревания» в негативных переживаниях. Для них травма становилась не катализатором роста, а источником хронизации боли. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода в работе с психотравмой, включающего как терапевтическую, так и социальную составляющие. Важной частью восстановления является процесс когнитивной реструктуризации. Участники, активно работавшие над переосмыслением своих убеждений и целей, демонстрировали более высокий уровень адаптации. Это может свидетельствовать о том, что осознанная работа с травматическим опытом позволяет личности не только восстановиться, но и развиваться.

## 1.2 Психологические аспекты деятельности сотрудников общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

Российский Красный Крест (РКК) сочетает гуманитарное воздействие с задачами психологической поддержки – как бенефициаров, так и собственного персонала. Этические принципы – гуманность, беспристрастность, нейтральность, независимость и добровольность – формируют психологическую среду, которая способна снижать эмоциональную напряжённость и укреплять внутренние ресурсы сотрудников.

В стратегии организации особое внимание уделяется психосоциальной помощи: после кризисных событий (например, Беслан) РКК развивал программы поддержки через супервизии, группы поддержки и горячую линию, что способствовало стабилизации психоэмоционального состояния волонтёров и специалистов.

Этические принципы гуманитарного движения оказывают двойное воздействие: они обеспечивают уважительное отношение к пострадавшим и способствуют формированию в коллективе сотрудников атмосферы сопереживания, поддержки и профессиональной ответственности. Это важно не только для внешней работы, но и для психологической устойчивости персонала.

Психологическая деятельность сотрудников гуманитарных организаций опирается на концепции эмоционального труда [39], теории профессионального выгорания и теории жизнестойкости [40]. Эмоциональный труд определяется как необходимость регулирования эмоциональных состояний в процессе взаимодействия с клиентами с целью соответствия профессиональным нормам. В контексте РКК сотрудники должны сохранять эмпатию, уравновешенность и самообладание, несмотря на частые контакты с человеческими страданиями.

Теория профессионального выгорания выделяет три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение профессиональных достижений [17]. Современные исследования показывают, что длительное пребывание в условиях стресса без надлежащей поддержки приводит к деформации профессиональной идентичности и снижению мотивации [11].

Сотрудники РКК сталкиваются с уникальными профессиональными вызовами. Для эффективного выполнения задач требуется высокий уровень развития эмоционального интеллекта, эмпатии, стрессоустойчивости и навыков саморегуляции. В рамках программ подготовки и повышения квалификации особое внимание уделяется развитию навыков активного слушания, управления эмоциями, работы с конфликтами и восстановления внутреннего ресурса.

Психологи, операторы горячих линий и координаторы проектов, как правило, ежедневно сталкиваются с рассказами о насилии, утрате, страданиях, что требует способности сохранять внутреннее равновесие, не допуская чрезмерного сопереживания или отчуждения.

Сотрудники Красного Креста несут на себе колоссальную эмоциональную нагрузку, связанную с необходимостью оказания поддержки лицам, находящимся в состоянии острого или хронического стресса, страха, горя или травмы. Психологические аспекты их профессиональной деятельности являются ключевыми факторами, влияющими на качество выполняемой работы, эмоциональную устойчивость и профилактику профессионального выгорания.

Среди ключевых стресовых факторов для сотрудников РКК – интенсивность работы, нехватка ресурсов, экстренные ситуации, многозадачность и постоянный контакт с пострадавшими.

Эмоциональное выгорание проявляется в виде истощения, деперсонализации и снижения профессиональной эффективности. По исследованиям, выгорание снижает удовлетворённость, продуктивность и увеличивает текучесть кадров.

Психосоциальная поддержка пострадавших является неотъемлемой частью гуманитарной деятельности РКК. С 2004 года, после трагедии в Беслане, психологическое сопровождение было институционализировано как важное направление работы. В рамках деятельности РКК организуются горячие линии, дистанционные консультации, мобильные бригады [31].

Статистика по обращениям в 2022 – 2024 годах запрос на психологическую поддержку вырос многократно: с 6 000 за 10 месяцев 2022 года до 17 404 обращений в 2023 (88 % консультаций, связаны со стрессом/адаптацией). В 2024 году горячая линия РКК обработала 23 300 звонков – на 34 % больше, чем годом ранее. В работе принимали участие свыше 1 600 волонтёров-психологов в 79 регионах России. Основные запросы касались тревоги, утраты, панических атак, нарушений сна и адаптационных трудностей [27].

Сотрудники регулярно сталкиваются со вторичной травмой – эмоциональной реакцией на переживания других, особенно если ранее были личные травматические переживания.

Постоянное пребывание в эмоционально напряжённой среде, общение с людьми, пережившими травму, конфликты и потери, приводит к высокой степени риска развития хронического стресса. Среди сотрудников РКК фиксируются симптомы выгорания: эмоциональная усталость, ощущение бессилия, снижение мотивации. Особо уязвимы в этом отношении сотрудники горячих линий и координаторы в зонах чрезвычайных ситуаций [31].

Кроме того, значительное количество работников сталкивается с феноменом вторичной травматизации, когда страдания других вызывают у специалистов отклик, сравнимый с переживанием собственной травмы [25].

В организациях гуманитарного профиля важнейшую роль играют моральные ценности: гуманизм, милосердие, ответственность, преданность идее добровольной помощи. Эти ценности формируют особую корпоративную культуру, в которой поддержка со стороны коллег становится важным ресурсом сохранения психоэмоционального равновесия.

Сплочённость коллектива, взаимовыручка, атмосфера доверия и принятия способствуют снижению уровня тревожности и повышению устойчивости к стрессу. Важно, чтобы в таких коллективах была создана культура психологической безопасности – возможность открыто выражать эмоции и обсуждать трудности без страха осуждения или санкций.

Сотрудники РКК нуждаются в регулярной профессиональной поддержке. В ряде региональных отделений действуют корпоративные психологи, организуются тренинги, супервизии, групповые обсуждения. Развиваются практики использования методик диагностики и профилактики эмоционального выгорания [17, 40].

Положительным опытом стала практика организации кабинетов психологической разгрузки, где сотрудники могут восстановить эмоциональное состояние с помощью релаксационных техник, арт-терапии, телесно-ориентированных методов. Отмечается необходимость регулярного проведения тренингов по развитию эмоционального интеллекта и саморегуляции [14].

Психологическая безопасность – среда, в которой сотрудники могут выражать мысли и переживания без страха негативной реакции. Такой климат повышает инициативность, вовлечённость и инновационность.

Для создания безопасного психологического пространства РКК применяет:

1. Супервизии и кейс‑румы.

2. Регулярные встречи региональных команд.

3. Поддержку открытых каналов обратной связи и учебных форумов [31].

Это особенно важно в среде, где волонтёрская и межличностная коммуникация – основа работы.

Механизмы развития РКК внедряет следующие практики:

1. Супервизии по реальным кейсам.

2. Тренинги и сертификации по первой психологической помощи.

3. Цифровые инструменты поддержки (чат‑бот, горячая линия).

4. Групповые тренинги с элементами эмоционального разряжения (напр., арт‑терапия) [31].

Такие меры способствуют развитию копинг‑стратегий, укреплению доверия к организации и формированию эмоциональных ресурсов.

С 2020 года КК запустил горячую линию и чат–бот: за пять лет 250 000 пользователей, 80 000 звонков и 170 000 сообщений; тематика – стресс, утрата, кризис и подростковые проблемы. Телефон – продолжает оставаться ключевым форматом поддержки, особенно после трагических событий.

Соглашение с МЧС обеспечивает экспертную поддержку и стандарты отбора психологов-волонтёров. Это расширяет качественную базу субъективных ресурсов внутри организации.

Регулярные семинары по кризисной психологии и травмотерапии, особенно в регионах (Курск, СПб), направлены на разморозку эмоционального напряжения и повышение навыков самопомощи.

Элементы гибкого графика, удалённой работы и внутренней ротации помогают балансировать эмоциональную нагрузку. Оценочные опросы позволяют своевременно реагировать на признаки перегрузки.

Психологическое благополучие сотрудников РКК обеспечивается через:

1. Создание среды психологической безопасности.

2. Системное развитие резилентности.

3. Профессиональную супервизию и обучение.

4. Цифровую и телефонную поддержку, а также межведомственное партнёрство [31].

Психологические аспекты деятельности сотрудников Российского Красного Креста играют ключевую роль в обеспечении эффективности гуманитарной помощи. Эмоциональная устойчивость, развитый эмоциональный интеллект, наличие механизмов поддержки и профилактики выгорания – важные условия, позволяющие сохранять работоспособность персонала в экстремальных условиях. Системное внимание к этим вопросам способствует как сохранению здоровья сотрудников, так и повышению качества оказываемой помощи.

## 1.3 Социально-психологические факторы и условия формирования психической травмы психологов

Психическая травма представляет собой устойчивое негативное психоэмоциональное состояние, возникающее в ответ на экстремальные или деструктивные события, которые подрывают базовые представления человека о безопасности, справедливости и контроле над происходящим. С научной точки зрения психотравмирующее воздействие обусловлено не только объективными параметрами события (физическая угроза, насилие, смерть, разрушение), но и субъективным восприятием, особенностями когнитивной переработки информации, социальной поддержкой и индивидуальными копинг-стратегиями [12, 7].

Социально-психологические условия формирования психической травмы включают целый комплекс факторов: личностные особенности индивида, степень вовлеченности в ситуацию, социальную поддержку, а также специфику профессиональной деятельности. В частности, у специалистов помогающих профессий (врачей, психологов, спасателей, социальных работников) психотравматизация может возникать не только в результате прямого воздействия угрозы, но и вследствие так называемой «вторичной травматизации» – переработки чужой боли, страданий и утрат [19].

Работа психологов в гуманитарных организациях, таких как Российский Красный Крест, сопряжена с регулярным контактом с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях, кризисных условиях, а также с беженцами, людьми, пережившими насилие и катастрофы. Такая среда обладает высоким травматогенным потенциалом и создает предпосылки для развития симптоматики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), эмоционального выгорания, тревожных и депрессивных расстройств [2, 43].

Психологи Красного Креста зачастую работают в полевых условиях, где уровень неопределенности, недостатка ресурсов и личной угрозы повышен. В таких обстоятельствах ключевую роль начинают играть следующие социально-психологические факторы:

1. Хронический стресс: частые вызовы к пострадавшим, необходимость быстро принимать решения, работа в нестабильной обстановке.

2. Идентификация с жертвами: сопереживание и включение в переживания клиента может усиливать риск вторичной травматизации.

3. Дефицит поддержки: в условиях высоких требований и социальной изоляции может снижаться возможность своевременного получения профессиональной и эмоциональной поддержки.

Социальное давление: ожидания от психолога сохранять «эмоциональную устойчивость» при невозможности выразить свои эмоции создают предпосылки для формирования внутреннего конфликта и отсроченной травматической реакции.

Исследования российских специалистов показывают, что уровень травматизации выше у тех профессионалов, которые вовлечены в работу с острыми случаями бедствий и катастроф, чем у коллег, работающих в кабинетных или плановых условиях [8].

Формирование психической травмы не ограничивается объективными характеристиками воздействия. На ее возникновение также влияют индивидуальные особенности личности (уровень тревожности, склонность к катастрофизации, нейротизм), социальный статус, опыт предыдущих травм, наличие или отсутствие эффективных копинг-стратегий. В коллективе важную роль играют и группово–динамические факторы:

1. Нормы группы: в коллективе может быть принято, скрывать свои эмоции или, напротив, делиться ими – что определяет стиль переработки травматического опыта.

2. Стили взаимодействия сколлегами: поддерживающая среда способствует снижению риска травматизации.

3. Организационная культура: ориентация на взаимопомощь и психологическую гигиену (например, супервизии, интервизии) способствует профилактике профессионального выгорания и ПТСР [7].

Реакция окружающего социального окружения на травмирующее событие также может способствовать либо снижению, либо углублению симптоматики. Например, непризнание значимости травмирующего события или социальная стигматизация могут способствовать формированию хронической формы ПТСР. Для психологов Красного Креста, работающих в условиях чрезвычайных ситуаций, важно ощущение социальной поддержки не только от коллег, но и от общественных структур, признающих значимость их труда [12].

Дополнительно в российской литературе указывается на значение макросоциальных факторов: информационного шума, высокого уровня тревожности в обществе, экономической нестабильности и политических конфликтов – всё это усиливает фоновую уязвимость к психотравмирующим факторам [38].

Важнейшим направлением снижения уровня травматизации является формирование системы превентивных мер: проведение регулярных супервизий, организация групп поддержки, обучение навыкам саморегуляции и профилактики профессионального выгорания. Эффективными считаются тренинги устойчивости, программы обучения стресс-менеджменту, а также методики телесно–ориентированной терапии, арт-терапии и когнитивно-поведенческой коррекции [29].

Также важно подчеркнуть необходимость повышения осведомленности руководства гуманитарных организаций о психотравмирующих аспектах профессиональной деятельности психологов. Включение в практику регулярной оценки уровня травматизации и выгорания, проведение мероприятий по укреплению командной сплоченности и организации адекватных условий труда – всё это способствует снижению выраженности симптоматики ПТСР [2].

# **II** ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ У ПСИХОЛОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В КРАСНОМ КРЕСТЕ

## 2.1 Организация и методы исследование у психологов организации Красного Креста

В исследовании приняли участие 30 психологов, из них 15 психологов, работающих в Красном Кресте и 15 психологов не работающие в Красном Кресте.

15 психологов, работающих в Красном Кресте это специалисты, постоянно работающие с тяжелыми психологическими травмами. Для проведения исследования нами были выбраны волонтеры психологи организации красного креста. Эта профессиональная категория больше, чем другие психологи подвержены стрессу и профессиональному выгоранию, потому что они принимают много людей с психическими травмами, которые обратились к ним за помощью.

Психологи Красного Креста работают с людьми имеющие тяжелые психологические травмы такие как: посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс, травма потери и горя, комплексные травмы у детей, травма изоляции и заключения, а также острые, шоковые, хронические, вторичные, коллективные психологические травмы.

15 психологов не работающие в Красном Кресте это психологи, которые работают не на постоянной основе или совсем не работают с тяжелыми психологическими травмами.

 Для исследования мы использовали три опросника:

1. Шкала симптомов ПТСР, PSS–SR.

Инструмент предназначен для скрининга и мониторинга симптомов ПТСР у медицинских работников [42].

Шкала симптомов посттравматического стрессового расстройства – саморейтинг (PSS–SR) была разработана Эдной Б. Фоа [36].

Цель методики: PSS–SR предназначена для самостоятельной оценки симптомов посттравматического стрессового расстройства у людей, переживших травматическое событие. Методика позволяет определить наличие и выраженность симптомов ПТСР в соответствии с диагностическими критериями DSM.

Преимущества методики:

– простота в применении: методика легко используется в клинической практике, исследованиях и скрининговых обследованиях;

– возможность самонаблюдения: позволяет пациентам отслеживать динамику собственных симптомов во времени;

– высокая валидность и надёжность: исследования показывают, что шкала хорошо коррелирует с результатами клинических интервью [36].

Ограничения:

– методика основана на субъективной оценке, что может влиять на точность данных (особенно при наличии желания скрыть или преувеличить симптомы);

– PSS–SR не заменяет полноценную клиническую диагностику и должна использоваться как вспомогательный инструмент;

– в адаптации шкалы была переведена и адаптирована на разные языки, включая русский, с соблюдением процедур валидизации и тестирования надёжности. В России методика применяется в клинической практике, психотерапии и научных исследованиях, связанных с изучением последствий травматических событий [36].

Методика PSS–SR разработана Эдной Б. Фоа и представляет собой самоотчётную шкалу для оценки симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Шкала включает 17 пунктов, соответствующих ключевым симптомам ПТСР по классификации DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам).

Респондент оценивает, насколько часто в последние две недели он испытывал каждый из симптомов, в связи с пережитым травматическим событием.

Подробное описание шкал.

Шкала повторных переживаний:

– нежелательные, навязчивые воспоминания о травматическом событии;

– повторяющиеся, навязчивые и тревожные воспоминания о событии;

– оценка частоты мыслей, которые возникают непроизвольно и вызывают стресс;

– повторяющиеся тревожные сны о событии;

– наличие кошмаров или снов, связанных напрямую или символически с травмой;

– действия или ощущения, как будто событие происходит снова;

– эпизоды флэшбеков, **«**погружения**»** в воспоминание, ощущение нереальности;

– интенсивный, психологический дистресс при напоминании о событии;

– сильная тревога или страх при столкновении с внутренними или внешними триггерами;

– физиологическая реакция на напоминание о событии;

– потливость, учащённое сердцебиение, дрожь при столкновении с напоминанием [37].

Шкала избегания:

– степень избегания стимулов, связанных с травмой, и эмоциональная отстранённость;

– избегание мыслей, чувств или разговоров, связанных с событием;

– сознательные усилия избегать размышлений о травме;

– избегание действий, мест или людей, напоминающих о событии;

– прямое избегание ситуаций или мест, которые напоминают о пережитом;

– неспособность вспомнить важные аспекты события;

– частичная амнезия, связанная с наиболее болезненными деталями;

– снижение интереса к значимым видам деятельности;

– потеря мотивации и интереса к ранее любимым делам;

– чувство отчуждения или отдалённости от других людей;

– ощущение, что другие люди стали чужими или недоступными;

– ощущение притупления эмоциональных реакций;

– неспособность испытывать чувства любви, радости, близости;

– ощущение, что будущее обречено;

– пессимизм, ощущение, что жизнь **«**закончилась**»**, нет надежды на изменения [37].

Шкала повышенного возбуждения:

– признаки постоянного напряжения и гипервозбудимости нервной системы;

– трудности со сном;

– проблемы с засыпанием, частые пробуждения, кошмары;

– раздражительность или вспышки гнева;

– легкая возбудимость, агрессивные реакции без явных причин;

– проблемы с концентрацией внимания;

– трудности сосредоточиться на задачах, забывчивость;

– гипервнимательность;

– постоянная настороженность, ощущение угрозы;

– преувеличенная реакция испуга;

– чрезмерная реакция на неожиданные звуки или прикосновения [37].

Общий показатель в методике PSS–SR – это суммарная количественная оценка всех проявлений посттравматического стрессового расстройства, отражающая общую тяжесть симптоматики у обследуемого лица. Он служит важным интегральным индексом состояния и используется для:

– предварительной диагностики;

– оценки степени выраженности ПТСР;

– отслеживания динамики состояния пациента в процессе терапии [37].

Для интерпретации разработаны ориентировочные пороговые значения, позволяющие судить о степени тяжести посттравматической симптоматики. Хотя высокий общий показатель указывает на серьёзную тяжесть симптомов, диагноз ПТСР ставится не только на основании суммы баллов, но также при учёте:

– распределения симптомов по шкалам;

– наличия минимального количества симптомов в каждой шкале;

– клинической картины в целом (по критериям DSM) [37].

Таким образом, общий балл помогает квалифицировать симптомы, но всегда должен интерпретироваться в контексте клинического интервью и других методов обследования.

Применение общего показателя в практике:

1. Диагностический скрининг. При проведении массового обследования людей, подвергшихся травматическим событиям (военные, спасатели, жертвы насилия), общий показатель позволяет быстро выявить лиц с выраженной симптоматикой для последующей углублённой диагностики.

2. Оценка эффективности терапии. Повторные измерения общего показателя позволяют количественно отслеживать динамику симптомов: снижение общего балла свидетельствует об улучшении состояния пациента.

3. Научные исследования. В научной практике общий показатель используется как переменная для анализа эффективности различных методов лечения ПТСР или изучения его патогенеза [1].

Особенности применения шкалы:

1. Повторное использование. Шкала может использоваться для отслеживания динамики симптомов во времени – например, до и после курса психотерапии.

2. Психометрические характеристики. PSS–SR обладает высокой внутренней консистентностью (α> 0,90) и хорошей тест-ретест надёжностью. также методика демонстрирует высокую конвергентную валидность при сравнении с клиническими интервью.

3. Ограничения. Так как методика основана на саморегистрации, возможны искажения из-за особенностей восприятия респондентом своих симптомов (например, недооценка или переоценка страданий) [1].

2. Опросник посттравматического роста, PTGI.

Предназначен для оценки посттравматического роста и самосовершенствования у человека, испытавшего травматический стресс. Опросник позволяет одновременно оценить, как положительные, так и негативные изменения психического функционирования в результате воздействия травматических событий [21].

Опросник посттравматического роста (PTGI) был разработан американскими психологами Ричардом Тедеши (Richard G. Tedeschi) и Лоуренсом Калхуном (Lawrence G. Calhoun) в 1996 году.

Опросник предназначен для измерения степени позитивных изменений, которые человек испытывает после переживания серьезной травматической или кризисной ситуации.

Варианты применения:

1. Исследовательские проекты в области психологии здоровья и травмы.

2. Психологическая практика – диагностика состояния клиентов, планирование терапевтических интервенций.

3. Клиническая психология – оценка процессов восстановления после травмирующих событий [22].

PTGI демонстрирует высокую надежность и валидность. В оригинальных исследованиях коэффициент внутренней согласованности (альфа Кронбаха) составлял от 0.90 до 0.95 для общей шкалы и от 0.67 до 0.85 для отдельных подшкал.

Особенности метода:

– фокус на позитиве: в отличие от многих других инструментов, связанных с травмой, PTGI акцентирует внимание на позитивных изменениях, а не на уровне страдания или дисфункции;

– не обязательно сразу после травмы: посттравматический рост может проявляться спустя месяцы и даже годы после события.

Интерпретация суммарного балла:

– низкие значения: отсутствие заметных позитивных изменений после травмы;

– средние значения: наличие отдельных аспектов роста, требующих дальнейшего осмысления;

– высокие значения: значительные позитивные изменения во многих сферах жизни [33].

Значение итоговой шкалы позволяет получить общее представление о степени личностного роста, может использоваться для мониторинга динамики состояния в процессе психотерапии или реабилитации и является основой для построения дальнейших индивидуальных маршрутов психологической поддержки.

Содержательные характеристики шкал при высоких значениях суммарного балла:

– фактор **«**отношение к другим**»**. Человек стал больше рассчитывать на других людей в трудную минуту, испытывать большую близость с окружающими, более охотно выражать свои эмоции. У него появилось больше сострадания к людям, он стал тратить больше усилий на налаживание взаимоотношений с людьми, чаще признавать, что нуждается в других людях, более высоко ценить их;

– фактор **«**новые возможности**»**. У человека появились новые интересы, он направил свою жизнь по новому пути, у него появилась уверенность, что он может сделать свою жизнь лучше; у него появились возможности, которые не были доступны раньше. Он с большей вероятностью попытается изменить то, что нуждается в изменении;

– фактор **«**сила личности**»**. Человек стал чувствовать большую уверенность в себе, лучше понимать, что может справляться с трудностями. Он в большей степени способен принимать вещи такими, какие они есть, обнаружил, что он сильнее, чем полагал;

– фактор **«**духовные изменения**»**. Человек стал лучше понимать духовные проблемы, стал более религиозным;

– фактор **«**повышение ценности жизни**»**. У человека поменялись жизненные приоритеты, он стал гораздо лучше понимать ценность собственной жизни, теперь он больше ценит каждый день своей жизни [21].

3. Шкала базисных убеждений, WAS.

Автор: Рональд Яник (Ronald Yanick), адаптация: Татур и Бабаян, 1990–е гг.

Шкала базисных убеждений (WAS – World Assumptions Scale) разработана американским психологом Рональдом Яником в рамках исследований психологических последствий травматических событий. Методика была направлена на выявление фундаментальных убеждений личности о мире, себе и жизни в целом. Эти убеждения формируют основу восприятия действительности и определяют способы реагирования на жизненные события, особенно стрессовые.

Методика предназначена для диагностики глубинных когнитивных установок человека, его представлений о безопасности мира, справедливости происходящего, собственной ценности, случайности/закономерности событий и ощущаемого контроля над жизнью. Эти установки являются базисными, то есть наиболее устойчивыми и глубинными слоями мышления, формирующимися с раннего детства под влиянием воспитания, культуры и личного опыта.

Методика используется:

– в клинической и консультативной психологии для выявления когнитивных искажающих факторов;

– при работе с посттравматическим стрессом;

– в коучинге и работе с личностным ростом;

– в исследовательских целях – для изучения психологической устойчивости и мировоззренческих оснований поведения [10].

Описание шкал:

1. Доброжелательность мира. Эта шкала измеряет степень убежденности человека в том, что окружающий мир в своей основе безопасен, позитивен и ориентирован на сотрудничество, а не на разрушение. Это базовое чувство доверия к миру, людям, судьбе.

Высокие показатели:

– ощущение, что люди в целом добрые;

– вера в то, что можно ожидать помощи и поддержки;

– восприятие жизни как потенциально благоприятной;

– отсутствие постоянной настороженности.

Низкие показатели:

– ощущение враждебности мира;

– склонность к подозрительности и тревожности;

– тенденция к изоляции и самозащите;

– установка **«**людям нельзя доверять**»** [44].

2. Справедливость. Измеряет убеждение в том, что мир устроен по принципу справедливости – хорошие поступки вознаграждаются, а плохие наказываются. Эта шкала особенно важна в контексте травматических событий: вера в справедливость может быть разрушена, если человек пережил несправедливость.

Высокие показатели:

– вера в причинно-следственную связь поступков и последствий;

– восприятие жизни как честной игры;

– склонность к соблюдению норм и правил.

Низкие показатели:

– ощущение хаотичности и абсурдности мира;

– цинизм;

– вера в то, что страдают невинные, а зло остаётся безнаказанным;

– возможные проявления экзистенциального кризиса [44].

3. Образ **«**Я**»**. Эта шкала отражает базисное чувство собственной ценности, достоинства и права на хорошее. Это не самооценка в повседневном смысле, а именно глубинное ощущение: **«**Я достойный человек, я заслуживаю любви, добра, справедливого отношения**»**.

Высокие показатели:

– уверенность в себе;

– устойчивость к внешним оценкам;

– позитивное восприятие собственной личности;

– чувство личной значимости.

Низкие показатели:

– склонность к самообвинению;

– сомнение в собственной ценности;

– внутренняя неуверенность и поиск одобрения;

– ощущение **«**я недостоин(а) хорошего**»** [44].

4. Удача. Шкала измеряет степень веры в случайность происходящего, в роль удачи/невезения в жизни. Это измерение помогает понять, склонен ли человек воспринимать свою жизнь как результат закономерностей или как череду случайных совпадений.

Высокие показатели:

– вера в случай;

– ощущение, что многое зависит от везения;

– возможная установка **«**повезет – получится**»**.

Низкие показатели:

– вера в закономерности, причинность;

– ориентация на собственную активность;

– низкая зависимость от случайных факторов [44].

Как слишком высокая, так и крайне низкая вера в удачу может иметь негативные последствия – первая ведет к пассивности, вторая – к переутомлению и контролю всего.

5. Убеждение о контроле. Эта шкала оценивает веру в возможность управлять событиями своей жизни, влиять на исход происходящего. Это ключевое измерение так называемого **«**локуса контроля**»**.

Высокие показатели:

– ощущение авторства своей жизни;

– вера в свою способность влиять на ситуацию;

– высокая внутренняя мотивация;

– активность и целеустремлённость.

Низкие показатели:

– ощущение беспомощности;

– вера в то, что от меня ничего не зависит;

– склонность к выученной беспомощности;

– пассивность, жертвенная позиция [44].

WAS позволяет не просто выявить депрессию или тревогу, а понять, какие именно глубинные представления о мире и себе были нарушены, и через это строить терапию.

Для математической обработки данных мы использовали критерия φ\* Фишера и χ2 критерий Пирсона.

Критерий Фишера предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта. Критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас эффект. Суть углового преобразования Фишера состоит в переводе процентных долей в величины центрального угла, который измеряется в радианах.

Критерий χ2 отвечает на вопрос о том, с одинаковой ли частотой встречаются разные значения признака в эмпирическом и теоретическом распределениях или в двух и более эмпирических распределениях.

Критерий χ2 применяется в двух целях:

– для сопоставления эмпирического распределения признака с теоретическим – равномерным, нормальным или каким-то иным;

– для сопоставления двух, трех или более эмпирических распределений одного и того же признака.

## 2.2 Результаты исследование у психологов организации Красного Креста

Группа А – психологи, работающие в Красном Кресте.

Группа Б – психологи, не работающие в Красном Кресте.

Анализ таблицы (см. Приложение 1, рис. 2.1) показывает, что у шестидесяти процентов психологов, работающих в Красном Кресте, общий показатель ПТСР находится в пределах нормы. Это позволяет сделать вывод о наличии у большинства представителей данной группы устойчивости к психоэмоциональным нагрузкам, развитых навыков саморегуляции и способности эффективно справляться с профессиональными трудностями. Однако у сорока процентов психологов, задействованных в Красном Кресте, данный показатель превышает нормативный уровень, что может свидетельствовать о наличии клинически значимых проявлений ПТСР. К ним относятся повышенная тревожность, эмоциональное напряжение, раздражительность, а также навязчивые воспоминания, связанные с травматическим опытом. Такие данные могут указывать на риск профессионального выгорания, вторичной травматизации, либо на недостаточную переработку собственных психотравмирующих событий.

В группе психологов, не работающих в Красном Кресте, восемьдесят процентов демонстрируют значения общего показателя ПТСР в пределах нормы, а у двадцати процентов наблюдается превышение нормативных значений. Это указывает на более благоприятную психоэмоциональную картину в данной профессиональной среде. Вероятно, такая разница обусловлена меньшей вовлечённостью в экстремальные или кризисные ситуации, а также наличием более стабильных условий труда.

Таким образом, психологи, не работающие в Красном Кресте, в целом демонстрируют более устойчивое психоэмоциональное состояние, в то время как психологи, работающие в Красном Кресте, характеризуются большей выраженностью симптомов ПТСР. Это может быть связано с повышенной профессиональной нагрузкой и регулярным контактом с травмирующими обстоятельствами, что требует особого внимания к профилактике эмоционального выгорания и психологической поддержки специалистов.

Рис. 2.1 Результаты исследования по шкале симптомов ПТСР, PSS-SR. Эдной Б. Фоа для психологов Красного Креста

Согласно полученным данным, восемьдесят семь процентов психологов, работающих в Красном Кресте, продемонстрировали значения по шкале повторного переживания, находящиеся в пределах нормы. Это свидетельствует о том, что большинство специалистов данной категории не испытывают выраженных признаков повторного психоэмоционального воспроизведения травматических событий. Предположительно, эти психологи обладают навыками эффективной переработки травматического опыта и устойчивостью к вторичной травматизации.

В то же время, у тринадцати процентов психологов, работающих в Красном Кресте, показатель по данной шкале превышает норму. Это может указывать на наличие симптомов навязчивого воспроизведения травмирующих событий, таких как вспышки воспоминаний, эмоциональные реакции на напоминания о травме, трудности с концентрацией и внутренняя напряжённость. Указанные проявления могут быть следствием как собственного психотравмирующего опыта, так и последствием длительной работы с травмированными людьми.

Сто процентов психологов, не работающих в Красном Кресте, продемонстрировали показатели по шкале повторного переживания в пределах нормы. Это может свидетельствовать о высокой степени эмоциональной устойчивости, данной категории специалистов в аспекте когнитивной переработки травматических событий. Отсутствие повышенных показателей может быть обусловлено меньшей частотой профессионального контакта с травмирующими ситуациями или эффективными механизмами психологической саморегуляции.

Таким образом, психологи, не работающие в Красном Кресте, демонстрируют полное отсутствие симптомов повторного переживания, в то время как среди психологов, работающих в Красном Кресте, наблюдается определённая доля специалистов с признаками данного симптома. Эти различия указывают на неоднородность уровней проработанности травматического опыта между двумя категориями психологов.

Анализ результатов показывает, что у восьмидесяти процентов психологов, работающих в Красном Кресте, показатель по шкале избегания находится в пределах нормы. Это свидетельствует о способности большинства специалистов данной категории свободно взаимодействовать с эмоционально трудными темами, не прибегая к психологическому избеганию. Такие результаты могут отражать высокий уровень профессиональной зрелости, наличие устойчивых механизмов саморегуляции и готовность к открытому взаимодействию с травматическим опытом как собственным, так и клиентским.

В то же время, у двадцати процентов психологов, работающих в Красном Кресте, наблюдаются значения выше нормы. Это может указывать на тенденцию к эмоциональному дистанцированию, избеганию воспоминаний о травмирующих событиях, а также на возможное нежелание обсуждать определённые темы даже в рамках профессиональной деятельности. Данные симптомы могут быть выражением защитной реакции психики на хроническое эмоциональное перенапряжение или проявлением начальной стадии профессионального выгорания.

У психологов, не работающих в Красном Кресте, восемьдесят семь процентов демонстрируют значения по шкале избегания в пределах нормы. Это может говорить о способности данной категории специалистов осознанно подходить к переживаниям и выражать эмоции без существенного подавления. У тринадцати процентов психологов этой группы показатели превышают норму, что может свидетельствовать о наличии умеренно выраженных стратегий избегания, однако их распространённость и интенсивность ниже, чем среди психологов, работающих в Красном Кресте.

Таким образом, и среди психологов, работающих в Красном Кресте, и среди тех, кто не вовлечён в деятельность данной организации, большинство демонстрируют отсутствие выраженных симптомов избегания. Тем не менее, среди первой категории наблюдается несколько более высокий процент специалистов с повышенными показателями, что может указывать на больший уровень эмоционального напряжения, связанного с профессиональной деятельностью в условиях кризисной помощи.

Согласно полученным данным, девяносто три процента психологов, работающих в Красном Кресте, демонстрируют показатели по шкале повышенного возбуждения, находящиеся в пределах нормы. Это указывает на наличие психофизиологического баланса и способности справляться с воздействием стрессовых факторов. Психологи данной категории, вероятно, обладают устойчивостью к внутреннему напряжению и в целом эффективно регулируют своё эмоциональное состояние в процессе профессиональной деятельности.

У семи процентов психологов, работающих в Красном Кресте, наблюдается превышение нормы по данной шкале. Это может свидетельствовать о наличии признаков повышенной тревожности, раздражительности, нарушений сна и гипервозбудимости. Подобные симптомы могут негативно сказываться как на общем качестве жизни, так и на эффективности выполнения профессиональных обязанностей, особенно в условиях интенсивной эмоциональной нагрузки.

Аналогичная картина наблюдается у психологов, не работающих в Красном Кресте, девяносто три процента демонстрируют нормальные значения по шкале повышенного возбуждения, что также указывает на стабильное психофизиологическое состояние и способность эффективно функционировать в профессиональной среде. У семи процентов специалистов наблюдается превышение нормы, что позволяет говорить о высокой степени сходства между двумя категориями в данном аспекте.

Таким образом, по шкале повышенного возбуждения различий между психологами, работающими в Красном Кресте, и теми, кто в нём не работает, практически не выявлено. В обеих категориях лишь незначительная доля специалистов демонстрирует повышенные значения. Это может свидетельствовать о том, что уровень физиологической активации и тревожного возбуждения в целом не является критическим фактором риска для обеих групп, что, вероятно, связано с общим профессиональным уровнем подготовки и сформированными навыками эмоциональной саморегуляции.

Вывод: На основании представленных данных можно заключить, что психологи, не работающие в Красном Кресте, в целом демонстрируют более стабильное и устойчивое психоэмоциональное состояние по сравнению с психологами, работающими в Красном Кресте. У психологов, не вовлечённых в деятельность Красного Креста, меньший процент превышения нормативных значений по общему показателю ПТСР, полностью отсутствуют признаки повторного переживания травмы, а показатели по шкале избегания и повышенного возбуждения имеют либо идентичную, либо более благоприятную динамику.

Психологи, работающие в Красном Кресте, в свою очередь, характеризуются более выраженными проявлениями симптомов ПТСР, особенно по таким ключевым шкалам, как общий уровень посттравматических проявлений и повторное переживание. Это может свидетельствовать о более высокой степени воздействия травматического опыта, усиленной профессиональной нагрузке, постоянном контакте с кризисными ситуациями и недостаточной работе по восстановлению внутреннего ресурса. Кроме того, повышенные показатели по шкале избегания у части специалистов могут говорить о наличии защитных стратегий, возникающих в ответ на хронический стресс.

Согласно данным таблицы (см. Приложение 1, рис. 2.2), тридцать три процента психологов, работающих в Красном Кресте, продемонстрировали низкий уровень по общей шкале посттравматического роста. Это может свидетельствовать о том, что у трети данной выборки травматический опыт не вызвал существенных изменений в личностной, ценностной или социальной сферах. Вероятно, данные психологи обладают устойчивой внутренней структурой, которая сохранилась практически неизменной даже после потенциально разрушительного события.

Сорок семь процентов психологов, работающих в Красном Кресте, находятся в диапазоне средних значений, что может свидетельствовать о частичном личностном росте: усилении эмпатии, переосмыслении жизненных ориентиров или появлении новых установок. Двадцать процентов продемонстрировали высокий уровень посттравматического роста, что позволяет говорить о существенной трансформации личности под влиянием травмы. Для этих специалистов кризис стал не просто испытанием, а поворотной точкой, стимулировавшей глубокие изменения в мировоззрении, личностной устойчивости и отношении к жизни.

В группе психологов, не работающих в Красном Кресте, сорок семь процентов продемонстрировали низкий уровень посттравматического роста, что указывает на недостаточность внутренней трансформации у почти половины выборки. Вероятные причины могут включать ограниченную готовность к психологическим изменениям или функционирование защитных механизмов, препятствующих переоценке жизненного опыта. Средний уровень роста наблюдается у сорока процентов психологов, что отражает частичное усвоение травматического опыта. Высокий уровень посттравматического роста выявлен у тринадцати процентов данной группы, что может говорить о способности к конструктивной интеграции пережитого кризиса в личностную структуру.

Несмотря на общее сходство в распределении значений между двумя группами, различия также присутствуют. В частности, у психологов, работающих в Красном Кресте, зафиксировано меньшее количество низких и большее количество высоких значений по сравнению с коллегами, не задействованными в данной организации. Это может свидетельствовать о большей склонности к конструктивной переработке травматического опыта, что возможно связано с профессиональной подготовкой, типом деятельности или устойчивыми механизмами совладания с кризисом.

Тем не менее, совокупный анализ демонстрирует, что подавляющее большинство психологов обеих групп находятся в диапазоне умеренных или низких значений посттравматического роста. Это может быть обусловлено как характером самих травмирующих событий, так и высокой профессиональной адаптацией, ограничивающей глубину внутренних изменений.

Анализ шкалы **«**Отношение к другим**»** показывает, что шестьдесят процентов психологов, работающих в Красном Кресте, продемонстрировали низкое значение. Это может указывать на отсутствие значительных изменений в сфере межличностных отношений после пережитого травматического опыта. Вероятно, для большинства специалистов в данной группе травма не повлияла существенно на восприятие или ценность социальных связей, что может быть связано с устойчивыми профессиональными установками или уже сформированной зрелой системой межличностных взаимодействий.

Тридцать три процента психологов, работающих в Красном Кресте, показали средний уровень по данной шкале. Это может отражать наличие избирательных изменений в восприятии социальных связей – например, усиление эмпатии по отношению к определённым категориям людей или повышение чувствительности в отдельных ситуациях. Высокий уровень зафиксирован лишь у семи процентов психологов, что может свидетельствовать о более глубокой трансформации: повышении доверия, стремлении к поддержке и углублении межличностных связей.

У психологов, не работающих в Красном Кресте, наблюдается аналогичная картина, шестьдесят семь процентов продемонстрировали низкий уровень по шкале **«**Отношение к другим**»**. Это подтверждает, что для большинства специалистов травматический опыт не стал фактором, усиливающим межличностную чувствительность или стремление к углублению социальных взаимодействий. Двадцать шесть процентов продемонстрировали средние значения, что может свидетельствовать о частичной переоценке социальных связей. Высокий уровень, как и в предыдущей группе, наблюдается лишь у семи процентов, что говорит о единичных случаях глубокого изменения отношения к другим людям.

Таким образом, психологи обеих групп в подавляющем большинстве демонстрируют низкий или средний уровень изменений по шкале **«**Отношение к другим**»**. Это может свидетельствовать о наличии профессиональных ограничений на переоценку межличностных установок либо о специфической устойчивости в данной сфере. Высокие значения представлены минимально и в равной степени, что подтверждает ограниченное влияние травматического опыта на эту область.

Ни один психолог, работающий в Красном Кресте, не продемонстрировал низкого уровня по шкале **«**Новые возможности**»**. Это является значимым показателем и может свидетельствовать о том, что все специалисты данной группы в той или иной степени восприняли травматическое событие как импульс к открытию новых жизненных перспектив. Сто процентов психологов показали средний уровень, что указывает на умеренные позитивные изменения, связанные с появлением новых целей, направлений или подходов к жизни и профессиональной деятельности. Отсутствие высоких значений может означать, что, несмотря на восприимчивость к изменениям, специалисты не интерпретируют травматический опыт как кардинально изменивший их жизненный вектор. Такой результат может быть связан с профессиональной структурой личности, способствующей рациональной интеграции кризисного опыта.

В группе психологов, не работающих в Красном Кресте, наблюдается иная картина, шестьдесят процентов продемонстрировали низкий уровень по данной шкале. Это указывает на то, что большинство представителей этой группы не воспринимают пережитую травму как событие, открывшее перед ними новые возможности. Возможным объяснением может служить внутренняя закрытость к изменениям, доминирование стабилизирующих механизмов или отсутствие экзистенциальной рефлексии. Сорок процентов показали средние значения, что свидетельствует о частичном восприятии травмы как источника новых перспектив, однако без значительных трансформаций. Высоких значений в данной группе также не зафиксировано.

Сравнительный анализ демонстрирует очевидное различие между группами. В то время как среди психологов, работающих в Красном Кресте, не наблюдается ни одного случая низкого уровня, в группе, не связанной с данной организацией, таких случаев большинство. Это может свидетельствовать о более высокой степени профессиональной или личностной готовности к адаптации и поиску возможностей среди психологов, участвующих в деятельности Красного Креста. Возможно, специфика выполняемой работы способствует развитию способности видеть рост даже в условиях кризиса, пусть и в умеренной форме.

Ни один из психологов, работающих в Красном Кресте, не продемонстрировал низкого уровня по шкале **«**Сила личности**»**. Сто процентов данной группы показали средние значения, что указывает на осознание роста внутренней устойчивости после пережитого травматического события, но при этом без восприятия изменений как радикальных. Такие показатели могут свидетельствовать о том, что психологи ощущают укрепление уверенности в себе, развитие способности справляться с трудностями и повышение стрессоустойчивости. Однако они, вероятно, рассматривают эти изменения как часть профессионального развития, а не как результат глубокой личностной трансформации. Отсутствие высоких значений может быть связано с рациональной оценкой происходящего и профессиональным навыком дистанцирования от экстремальных эмоциональных переживаний.

Аналогичная картина наблюдается среди психологов, не работающих в Красном Кресте: ни один специалист не продемонстрировал низкого уровня по шкале **«**Сила личности**»**, и все сто процентов находятся в диапазоне средних значений. Это также свидетельствует о сохранении внутреннего ресурса и базовой уверенности после травматического опыта, без субъективного ощущения кардинального личностного роста. Подобная однородность может говорить о высокой профессиональной стабильности и общей адаптационной готовности обеих групп.

Таким образом, шкала **«**Сила личности**»** демонстрирует редкую структурную симметрию между двумя выборками. Психологи обеих групп отмечают у себя усиление внутренней силы, однако ни одна из групп не воспринимает пережитую травму как мощный стимул к глубокому внутреннему преображению. Возможно, это объясняется спецификой профессиональной идентичности, при которой личная трансформация осознаётся как постепенный процесс, а не как результат отдельного кризисного события.

Пятьдесят три процента психологов, работающих в Красном Кресте, продемонстрировали низкий уровень по шкале **«**Духовные изменения**»**. Это свидетельствует о том, что у большинства представителей данной группы не произошло существенного переосмысления духовных, мировоззренческих или экзистенциальных основ после травматического события. Вероятно, для этих специалистов профессиональные или личностные установки уже содержали стабильные ответы на ключевые экзистенциальные вопросы, либо внутренние изменения не связывались с духовной сферой.

Сорок процентов психологов, работающих в Красном Кресте, показали средний уровень по шкале, что может отражать частичное влияние травмы на внутренние установки: появление вопросов о смысле жизни, усиление интереса к духовности или этическим аспектам. Высокий уровень зафиксирован у семи процентов, что указывает на выраженные трансформации в мировоззрении, усиление внутреннего духовного поиска, возможно, пересмотр отношения к религиозным или философским концепциям.

Среди психологов, не работающих в Красном Кресте, тенденция к низким показателям выражена еще сильнее: семьдесят три процента продемонстрировали низкий уровень по шкале **«**Духовные изменения**»**. Это может указывать на ещё меньшую восприимчивость к экзистенциальным сдвигам под влиянием травматического опыта. Двадцать семь процентов показали средний уровень, что говорит о возможных умеренных изменениях в духовной сфере. Высоких значений не выявлено ни у одного психолога из данной группы.

Сравнительный анализ указывает на заметное различие в распределении по шкале **«**Духовные изменения**»**: у психологов, работающих в Красном Кресте, доля средних и высоких значений выше, чем у специалистов, не задействованных в этой организации. Это может отражать большую склонность к духовной рефлексии или наличие более выраженного экзистенциального запроса у первой группы. Тем не менее, в обеих группах преобладают низкие значения, что может свидетельствовать о том, что для большинства психологов травматический опыт не стал фактором значимых изменений в духовной сфере.

Шестьдесят семь процентов психологов, работающих в Красном Кресте, продемонстрировали низкий уровень по шкале **«**Повышение ценности жизни**»**. Это может свидетельствовать о том, что большинство специалистов не восприняли травматический опыт как фактор, усиливший осознание уникальности и значимости жизни. Возможные объяснения включают наличие стабильной жизненной позиции, не подверженной сдвигам под влиянием кризисных событий, либо недостаточную эмоциональную насыщенность пережитой травмы. Двадцать шесть процентов продемонстрировали средний уровень, что может говорить о частичном переосмыслении жизненных ориентиров и повышении внимательности к повседневному опыту. Высокий уровень зафиксирован у семи процентов психологов, что указывает на наличие значительных изменений: усиление благодарности за жизнь, эмоционального отклика и стремления к более полному проживанию каждого момента.

Среди психологов, не работающих в Красном Кресте, семьдесят три процента продемонстрировали низкий уровень по данной шкале. Это подтверждает, что подавляющее большинство специалистов не связали пережитый кризис с переоценкой ценности жизни. Двадцать процентов показали средний уровень, что может указывать на ограниченные позитивные изменения, не повлекшие глубинной трансформации жизненного восприятия. Высокий уровень также выявлен у семи процентов психологов, аналогично предыдущей группе.

Сравнение результатов по шкале **«**Повышение ценности жизни**»** демонстрирует, что в обеих группах доминируют низкие значения, указывая на ограниченное влияние травматического опыта на восприятие жизни как ценности. Тем не менее, у психологов, работающих в Красном Кресте, зафиксировано немного большее количество средних и высоких значений, что может говорить о более выраженной тенденции к рефлексии и осмыслению жизненных смыслов в ответ на кризисные события.

Вывод: Результаты анализа по шкалам посттравматического роста позволяют сделать следующие обобщения. Большинство психологов, как работающих в Красном Кресте, так и не вовлечённых в его деятельность, демонстрируют умеренные или низкие уровни посттравматического роста. Высокие показатели, как по отдельным шкалам, так и по общей шкале, встречаются крайне редко, что может быть обусловлено профессиональной спецификой выборки.

Психологи обеих групп проявляют устойчивость, рациональность в осмыслении кризисного опыта и умеренную склонность к внутренним трансформациям. При этом различия между группами носят преимущественно количественный, а не качественный характер. Психологи, работающие в Красном Кресте, несколько чаще демонстрируют признаки конструктивной переработки травмы, что может быть связано с их профессиональной деятельностью, опытом работы в чрезвычайных ситуациях и более активной вовлеченностью в помощь пострадавшим.

Рис. 2.2 Результаты исследования по опроснику посттравматического роста, PTGI. Ричард Тедеши и Лоуренс Калхун для психологов Красного Креста

В целом, можно заключить, что психологи как профессиональная группа характеризуются высокой адаптацией к стрессу, сохранением личностной целостности в условиях кризиса и сравнительно низкой выраженностью посттравматического роста. Это подчеркивает необходимость дальнейших исследований факторов, способствующих или препятствующих глубокой личностной трансформации у специалистов помогающих профессий.

В соответствии с результатами, представленными в таблице (см. Приложение 1, рис. 2.3), можно сделать ряд наблюдений относительно уровня базисных убеждений у психологов, работающих и не работающих в организации Красного Креста.

По шкале доброжелательности мира сорока семи процентам психологов, работающих в Красном Кресте, присуще низкое значение. Это свидетельствует о склонности воспринимать внешний мир как враждебный, опасный или непредсказуемый. Подобное восприятие может быть связано с профессиональным опытом, включающим регулярное взаимодействие с травматическими ситуациями, либо с устойчивыми личностными установками, отражающими общее недоверие к окружающей среде. Сорок процентов психологов из данной группы продемонстрировали средний уровень, что указывает на более сбалансированное и реалистичное восприятие реальности. Лишь тринадцать процентов психологов, работающих в Красном Кресте, обладают высоким уровнем доброжелательности мира, что свидетельствует о позитивной установке и уверенности в поддержке со стороны внешней среды.

Среди психологов, не работающих в Красном Кресте, тридцать три процента показали низкий уровень по данной шкале, сорок процентов – средний, а двадцать семь процентов – высокий. Это говорит о несколько более оптимистичном восприятии мира в этой группе, поскольку количество специалистов с высокими значениями по шкале доброжелательности превышает аналогичный показатель в первой группе. Такие различия могут свидетельствовать о более позитивных базисных убеждениях и, возможно, более высоком уровне устойчивости к профессиональному стрессу.

Рис. 2.3Результаты исследования по шкале базисных убеждений, WAS. Рональд Яник для психологов Красного Креста

Таким образом, можно сделать вывод о том, что психологи, не работающие в Красном Кресте, в целом демонстрируют более позитивное отношение к миру, что может быть связано с меньшим воздействием экстремальных факторов и более благоприятной профессиональной средой.

Анализ по шкале справедливости мира выявил, что двадцать процентов психологов, работающих в Красном Кресте, имеют низкий уровень веры в справедливость. Это указывает на восприятие мира как хаотичного, где усилия не всегда приводят к заслуженному результату. Средний уровень, характерный для сорока семи процентов психологов данной категории, отражает гибкую позицию, допускающую как проявления справедливости, так и несправедливости в социуме. Высокий уровень, зафиксированный у тридцати трёх процентов, говорит о наличии чёткой убеждённости в существовании закономерностей и справедливого устройства мира, что может способствовать повышенной профессиональной устойчивости, но также усиливает риск разочарований при столкновении с реальностью, не соответствующей этим ожиданиям.

В группе психологов, не работающих в Красном Кресте, сорок семь процентов продемонстрировали низкий уровень веры в справедливость, тридцать три процента – средний и двадцать процентов – высокий. В данном случае наблюдается противоположная картина: значительная часть психологов склонна воспринимать мир как несправедливый. Это может отражать наличие профессионального выгорания, накопленного скептицизма или критического мировосприятия, основанного на личном опыте.

В целом, можно заключить, что психологи, работающие в Красном Кресте, демонстрируют большую убеждённость в справедливости происходящего, что может быть связано с ориентацией на причинно-следственные связи и установкой на поиск смысла даже в трудных ситуациях. В то время как у психологов, не вовлечённых в деятельность Красного Креста, преобладают установки, свидетельствующие о более критичном восприятии социальной действительности.

По шкале «Образ Я» у двадцати процентов психологов, работающих в Красном Кресте, зафиксированы низкие значения. Это может указывать на наличие заниженной самооценки, чувства неуверенности и сомнений в собственной компетентности. Подобные установки могут негативно сказываться на профессиональной эффективности, особенно в условиях повышенной эмоциональной нагрузки. Средний уровень, выявленный у сорока семи процентов специалистов, отражает сбалансированное представление о себе. Такие психологи, как правило, осознают свои сильные стороны и ограничения, обладают способностью к саморефлексии и конструктивному восприятию критики. Высокий уровень, зафиксированный у тридцати трёх процентов психологов, свидетельствует о положительном образе «Я» – специалисты ощущают собственную значимость, компетентность и уверенность, что может способствовать устойчивости в профессиональной деятельности.

У психологов, не работающих в Красном Кресте, низкие значения по данной шкале наблюдаются у двадцати семи процентов, что указывает на незначительно более высокий уровень самокритичности в сравнении с коллегами из Красного Креста. Средние значения отмечаются у тридцати трёх процентов, а высокие – у сорока процентов. Таким образом, можно заключить, что психологи, не вовлечённые в работу в условиях гуманитарных кризисов, в целом демонстрируют более позитивное отношение к себе, что может быть связано с меньшей профессиональной нагрузкой и более стабильной рабочей средой.

Несмотря на некоторые различия, обе группы характеризуются преобладанием средних и высоких показателей по шкале «Образ Я», что указывает на наличие устойчивой самооценки и достаточной внутренней стабильности.

Результаты по шкале «Удача» демонстрируют, что сорок процентов психологов, работающих в Красном Кресте, имеют низкий уровень. Это говорит о том, что данные специалисты, как правило, не придают существенного значения случайности и фатальным обстоятельствам. Они ориентированы на личную ответственность и активное управление своей жизнью. Двадцать семь процентов психологов данной категории обладают средними значениями, что может свидетельствовать о нейтральной установке – признание влияния как собственных усилий, так и внешних обстоятельств. Высокие значения, обнаруженные у тридцати трёх процентов специалистов, указывают на значимость удачи и случайностей в их восприятии жизненных событий. Это может ослаблять чувство личного контроля, но, с другой стороны, обеспечивать адаптацию к непредсказуемым ситуациям за счёт гибкости мышления.

У психологов, не работающих в Красном Кресте, тридцать три процента продемонстрировали низкое значение, двадцать процентов – среднее и сорок семь процентов – высокое. Таким образом, в данной группе преобладают специалисты с выраженной установкой на значимость удачи. Это может отражать внешне ориентированную позицию, где результат воспринимается как производное обстоятельств, а не усилий. Такая установка может снижать уровень внутренней мотивации и личной ответственности, но также способствовать снижению уровня тревожности за счёт перекладывания ответственности на внешние силы.

Психологи, работающие в Красном Кресте, в целом демонстрируют более внутренний детерминированный подход к интерпретации жизненных событий, с акцентом на личную ответственность. Напротив, у психологов, не вовлечённых в гуманитарную деятельность, более выражена внешняя локализация контроля, что может быть следствием иной профессиональной среды и меньшего контакта с кризисными ситуациями.

Анализ шкалы убеждений о контроле показал, что у тридцати трёх процентов психологов, работающих в Красном Кресте, наблюдаются низкие значения. Это может свидетельствовать о сниженной уверенности в собственной способности влиять на события и управлять жизненными обстоятельствами. Психологи с подобными установками могут испытывать ощущение зависимости от внешних факторов, что снижает уровень их инициативности и затрудняет принятие ответственности в стрессовых ситуациях. Средние значения, зафиксированные у сорока процентов специалистов, указывают на умеренное ощущение контроля – эти психологи, вероятно, способны признавать, как значение собственных действий, так и влияние внешней среды. Высокие значения, обнаруженные у двадцати семи процентов, отражают высокую уверенность в личной способности управлять ситуациями. Такие специалисты, как правило, склонны к проактивному поведению, демонстрируют ответственность, целеустремлённость и внутреннюю устойчивость.

В группе психологов, не работающих в Красном Кресте, так же тридцать три процента, что говорит о низких значениях, что может свидетельствовать о схожем уровне ощущаемого контроля в этой подгруппе. Средние значения зафиксированы у двадцати семи процентов, а высокие – у сорока процентов специалистов. Таким образом, психологи, не вовлечённые в работу в гуманитарной сфере, демонстрируют более выраженные убеждения в возможности контролировать события своей жизни, по сравнению с коллегами из Красного Креста. Это может быть связано с меньшей профессиональной нагрузкой, отсутствием постоянного контакта с травматическим контентом и возможностью сохранять более стабильную рабочую обстановку.

Несмотря на одинаковую долю специалистов с низкими значениями по данной шкале, различия в распределении средних и высоких значений позволяют заключить, что психологи, не работающие в Красном Кресте, в целом обладают более выраженным ощущением личного контроля, что может положительно сказываться на их профессиональной активности и устойчивости к стрессовым воздействиям. В то время как среди специалистов, работающих в условиях гуманитарных кризисов, преобладают умеренные установки, свидетельствующие о гибкости, но потенциально о меньшей инициативности.

Вывод: Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о различиях в базисных убеждениях между психологами, работающими в Красном Кресте, и теми, кто не вовлечён в деятельность данной организации. Психологи, работающие в Красном Кресте, демонстрируют более рациональное и внутренне ориентированное восприятие жизненных обстоятельств, с выраженным внутренним локусом контроля, однако у них наблюдается сниженная вера в доброжелательность и справедливость мира. Это может быть следствием постоянного контакта с травматическим опытом, что формирует более пессимистичное мировоззрение.

С другой стороны, психологи, не работающие в Красном Кресте, характеризуются более позитивным и уверенным восприятием мира и себя. В то же время, у них более выражена установка на внешнюю локализацию контроля, с акцентом на значимость удачи и внешних обстоятельств. Эти особенности могут быть связаны с меньшим уровнем профессионального стресса и более благоприятной рабочей средой.

Таким образом, различия в базисных убеждениях у данных двух групп психологов позволяют предположить наличие адаптивных стратегий, характерных для разных профессиональных условий. Полученные данные могут быть использованы при разработке программ поддержки и профилактики профессионального выгорания среди специалистов, работающих в условиях повышенной психологической нагрузки.

Статистические данные:

Для математической обработки данных мы использовали критерия φ\* Фишера и χ2 критерий Пирсона.

1. Шкала симптомов ПТСР, PSS-SR.

Ответ: H0 принимается. У психологов организации Красного Креста не более выражены симптомы ПТСР, чем у психологов, которые не работают в Красном Кресте.

2. Опросник посттравматического роста, PTGI.

Ответ: H0 отклоняется. Принимается H1. У психологов организации Красного Креста более выражена оценка посттравматического роста, чем у психологов, которые не работают в Красном Кресте.

3. Шкала базисных убеждений, WAS.

Ответ: H0 принимается. Уровень значения базисными убеждениями у психологов организации Красного Креста и у психологов, которые не работают в Красном Кресте не различаются между собой.

Вывод: по статистическим данным можно сказать, что различий между психологами, работающими в организации Красного Креста и психологами, не работающими в организации Красного Креста, частично подтвердилась. Имеются различия только по опроснику посттравматического роста, PTGI.

Гипотеза о том, что у психологов организации Красного Креста в сравнении с психологами, которые не работают в Красном Кресте, более выражена травмирующая симптоматика частично подтвердилась. Но в абсолютных числах есть различия и по ним можно сказать, что у психологов организации Красного Креста в сравнении с психологами, которые не работают в Красном Кресте, более выражена травмирующая симптоматика.

## 2.3 Рекомендации на снижение психотравмирующего воздействия профессиональной деятельности у психологов Красного Креста

На основании полученных результатов можно выделить несколько направлений рекомендаций, направленных на снижение психотравмирующего воздействия профессиональной деятельности на психологов Красного Креста.

Внедрение регулярных программ психологической супервизии и интервизии, в рамках которых специалисты смогут не только делиться профессиональными трудностями, но и получать поддержку от коллег и супервизоров. Такие встречи должны быть направлены на профилактику вторичной травматизации и профессионального выгорания [34].

Рекомендуется разработка и реализация целевых программ по обучению навыкам эмоциональной саморегуляции, в том числе практикам осознанности, телесно-ориентированным техникам. Эти подходы помогут специалистам снижать уровень напряжения и тревожности, повышать устойчивость к стрессу и восстанавливать внутренний ресурс [24].

Обеспечить возможность обращения к психологу для самих специалистов, работающих с травмой для проработки собственных переживаний.

 Кроме того, рекомендуется оптимизация рабочих нагрузок и четкое распределение обязанностей, чтобы снизить уровень переутомления и многозадачности. Важно также учитывать индивидуальные особенности и уязвимости специалистов, предоставляя возможность гибкого графика и регулярного отпуска.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой работе мы проанализировали психологическую и научную литературу по проблеме психической травмы, рассмотрели понятие психическая травма, и теории, и идеи психологов, работающих с психической травмой и современные представления о психической травме. Так же мы проанализировали психологические аспекты деятельности сотрудников Красного Креста.

Мы провели эмпирическое исследование психологов, работающих в Красном Кресте и психологов, не работающих в Красном Кресте. Психологи Красного Креста работают с людьми имеющие тяжелые психические травмы такие как: посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс, травма потери и горя, комплексные травмы у детей, травма изоляции и заключения, а также острые, шоковые, хронические, вторичные, коллективные психологические травмы. Для исследования мы использовали три опросника: Шкала симптомов ПТСР, PSS–SR, Опросник посттравматического роста, PTGI, Шкала базисных убеждений, WAS. Для математической обработки данных мы использовали критерия φ\* Фишера и χ2 критерий Пирсона.

Мы предположили, что у психологов организации Красного Креста в сравнении с психологами, которые не работают в Красном Кресте, более выражена травмирующая симптоматика.

 Данные результатов мы занесли в таблицы и сделали вывод. Эмпирическое исследование выявило, что психологи Красного Креста, работающие с людьми в тяжелой жизненной ситуации, демонстрируют более выраженные симптомы ПТСР по шкале PSS–SR, а также обладают изменёнными базисными убеждениями (WAS) в сравнении с коллегами, не вовлечёнными в аналогичную деятельность. В то же время, несмотря на высокую нагрузку и эмоциональные риски, у многих специалистов наблюдается выраженный посттравматический рост (PTGI), что свидетельствует о наличии внутренних ресурсов, способности к адаптации и трансформации опыта страдания в личностное развитие.

Таким образом, можно сказать о том, что психологи красного креста, работающие с психической травмой в условиях повышенного стресса, подвержены большей эмоциональной нагрузке. Однако при наличии профессиональной поддержки и развивающей среды они способны не только справляться с травматическим воздействием, но и находить в нём ресурсы для профессионального и личностного роста.

Гипотеза о том, что у психологов организации Красного Креста в сравнении с психологами, которые не работают в Красном Кресте, более выражена травмирующая симптоматика подтвердилась в абсолютных числах. Но статистически она подтвердилась частично. По полученным данным мы предложили рекомендации на снижение психотравмирующего воздействия профессиональной деятельности на психологов Красного Креста.

В дальнейшем тему психологических травм у сотрудников помогающих профессий можно проводить исследования более детально и глубоко.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюхова, Т. Ю. Психокоррекция и психотерапия: учеб. пособие / Т. Ю. Артюхова, Т. В. Щелкунова. – Красноярск : Сиб. федерал. ун-т, 2019. – 170 с.
2. Бодров, В. А. Психологическая адаптация и стресс: теория, методы исследования и практика / В. А. Бодров. – Москва: Институт психологии РАН, 2021. – 367 с.
3. Валидизация русскоязычной версии шкалы симптомов ПТСР / А. А. Золотарева [ и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – № 4. – C. 15–20.
4. Васильева, Н. Н. Создание и обеспечение системы экстренной психологической помощи в составе психологической службы в системе образования Российской Федерации Методические рекомендации / Н. Н. Васильева, Е. А. Глазунова, А. Л. Дитерихс и др. – Москва : ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2020. – 77 с.
5. Защиринская, О. В. Исследование влияния психической травмы и степени психотравматизации личности / О. В. Защиринская, Т. Г. Сиурдаки // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – Ульяновск : Зебра, 2021. – С. 77–83.
6. Защиринская, О. В. Современные представления о психической травме [Электронный ресурс] / О. В. Защиринская, Я. В. Куус // Актуальные вопросы изучения травматического стресса и психотравмы в социальной и образовательной среде : сборник научных трудов. – Санкт-Петербург : Автономная Некоммерческая Организация поддержки социальных и культурных инициатив «СОФИЯ», 2020. – С. 9–21. – URL: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44246864 (дата обращения: 05.06.2025).
7. Караяни, А. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: руководство для врачей и психологов / А. Г. Караяни. – Москва : Практика, 2016. – 272 с.
8. Клименко, Т. Г. Психология профессионального выгорания: феномены и стратегии профилактики / Т. Г. Клименко. – Москва : Юрайт, 2018. – 312 с.
9. Краснова, М. Е. Базисные убеждения личности как фактор стрессоустойчивости / М. Е. Краснова // Психология и психотехника. – 2010. – № 5. – С. 78–84.
10. Красноярское отделение Российского Красного Креста : официальный сайт [Электронный ресурс] – URL: https://redcross24.ru/ (дата обращения: 28.05.2025).
11. Крутелёв, В. А. Профессиональное выгорание у специалистов помогающих профессий / В. А. Крутелёв. – Москва : Институт психологии РАН, 2019. – 192 с.
12. Лебедев, А. А. Психологические аспекты помощи людям, пережившим травму / А. А. Лебедев // Психологическая помощь. – 2010. – № 3. – С. 28–33.
13. Левин, П. Исцеление от травмы: уроки природы / П. Левин // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 53–69.
14. Леонова, А. А. Психологическое обеспечение деятельности специалистов кризисных служб / А. А. Леонова. – Москва : Изд-во МГУ, 2020. – 264 с.
15. Леонтьев, Д. А. Удары судьбы как стимул личностного развития // Жизнеспособность человека / Д. А. Леонтьев. – Москва : Институт психологии РАН, 2016. – С. 144–158.
16. Мазур, Е. С. Экзистенциально-соматический подход в работе с психологической травмой / Е. С. Мазур // Психология телесности. – Москва : АСТ, 2005. – С. 674–700.
17. Маслач, К. Психология выгорания / К. Маслач, С. Джексон ; пер. с англ. – Санкт-Петербург : Питер, 2016. – 240 с.

#  Мотызлевская, П. В Российский Красный Крест стали чаще обращаться за психологической помощью [Электронный ресурс] / П. Мотызлевская // Сетевое издание журнала kommersant.ru. : сайт, 2025. – URL: [В Российский Красный Крест стали чаще обращаться за психологической помощью – Коммерсантъ](https://www.kommersant.ru/doc/7549442?ysclid=mc8vip9fm8519468944) (дата обращения: 10.06.2025).

1. Николаева, Е. В. Психологическая травма и вторичная травматизация специалистов / Е. В. Николаева // Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 88–97.
2. Падун, М. А. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман / М. А. Падун, А.В. Котельникова // Психологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 98–106.
3. Помощь при актуальном травмирующем событии. Профилактика ПТСР [Электронный ресурс] // Психологическая газета. – URL: https://psy.su/feed/8632/ (дата обращения: 08.06.2025).
4. Посттравматический рост: позитивные изменения в результате борьбы с травматическим стрессом / Ричарда Г. Тедески, Канако Таку, Джейн Шекспир-Финч. – New York, 2018. – 267 с.
5. Примоченко, Н. Организация психологического сопровождения семей участников СВО [Электронный ресурс] / Н. Примоченко. – 2024. – Иркутск – URL : https://www.b17.ru/blog/436402/ (дата обращения: 22.04.2025).
6. Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой. – Москва : Смысл, 2008. – 172 с.
7. Пузырей, О. В. Вторичная травматизация в деятельности специалистов гуманитарных профессий / О. В. Пузырей, // Журнал прикладной психологии. – 2020. – № 4. – С. 61–70.
8. Работа с психологической травмой [Электронный ресурс] // Высшая школа практической психологии и бизнеса : сайт. – URL : https://psy-school.info/articles/rabota-s-psihologicheskoj-travmoj (дата обращения: 05.06.2025).
9. РБК 88 процентов обращений на горячую линию Красного Креста касаются стресса и тревожности [Электронный ресурс] // rbc.ru : сайт. – URL: https://www.rbc.ru/society/65400 (дата обращения: 10.06.2025).
10. Решетников, М. М. Психическая травма / М. М. Решетников. – Санкт-Петирбург : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 336 с.
11. Рожнов, В. Е. Психотерапия и психопрофилактика: избранные труды / В. Е. Рожнов. – Москва : Институт психотерапии, 2020. – 496 с.
12. Российский Красный Крест [Электронный ресурс] // Википедия: свободная энциклопедия. — URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Российский\_Красный\_Крест (дата обращения: 18.06.2025).
13. Российский Красный Крест : официальный сайт, 2025. [Электронный ресурс] – URL: https://redcross.ru/about/reports/ (дата обращения: 10.06.2025).
14. Сейтмулин, Р. Р. Влияние психотравмы на формирование и трансформацию жизненной перспективы личности [Электронный ресурс] / Р. Р. Сейтмулин // Молодой ученый. – 2024. – № 49 (548). – С. 213–216. – URL: https://moluch.ru/archive/548/119994/ (дата обращения: 04.04.2025).
15. Тедеши, Р. Г. Травма и трансформация: рост после страданий / Р. Г. Тедеши, Л. Г. Калхун. – Таузенд-Окс : Сейдж Пабликейшнс, 1995. – 192 с.
16. Тыщенко, А. И. Психоисцеление / А. И. Тыщенко. – Самара : Самарский Дом печати, 1994. – 480 с.
17. Фестингер, Л. Теория когнитивного диссонанса / Л. Фестингер. – Санкт-Петербург : Ювента, 1999. – 318 с.
18. Фоа, Э. Б. Когнитивно-поведенческая терапия посттравматического стрессового расстройства: практическое руководство / Э. Б. Фоа, Л. Дж. Хембли, Б. О. Ротбаум. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 448 с.
19. Фоа, Э. Б. Сравнение версии шкалы симптомов ПТСР для интервьюирования и шкалы для клинициста / Э. Б. Фоа, Д.Ф. Толин // Journal of Traumatic Stress. – 2000. – Т. 13, № 2. – С. 181–191.
20. Фролов, М. А. Психология кризиса: социальные и индивидуальные факторы / М. А. Фролов. – Екатеринбург : УрФУ, 2020. – 198 с.
21. Хохлова, А. Р. Эмоциональный труд и стрессоустойчивость в гуманитарных организациях / А. Р. Хохлова // Психологический журнал. – 2022. – № 5. – С.  38–47.
22. Цветкова, Л. М. Жизнестойкость как ресурс адаптации / Л. М. Цветкова. – Москва : Наука, 2018. – 176 с.
23. Шкала базисных убеждений [Электронный ресурс] // PsyLab.info : Энциклопедия психодиагностики. – URL: https://psylab.info/Шкала\_базисных\_убеждений (дата обращения: 22.03.2025).
24. Шкала симптомов ПТСР [Электронный ресурс] // Википедия : свободная энциклопедия. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/PTSD\_Symptom\_Scale\_–\_Self-Report\_Version (дата обращения: 19.03.2025).
25. Шойгу, Ю. С. Психология экстремальных ситуаций / Ю. С. Шойгу – Москва : Академия, 2017. – 240 с.
26. Янофф-Булман, Р. Разрушенные убеждения: к новой психологии травмы / Р. Янофф-Булман.– Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 240 с.

Приложение 1

Табл. 1, п. 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Группа А | Группа Б |
| Показатель в пределах нормы | Показатель выше нормы | Показатель в пределах нормы | Показатель выше нормы |
| Общий показатель | 60% | 40% | 80% | 20% |
| Шкала повторного переживания | 87% | 13% | 100% | 0% |
| Шкала избегания | 80% | 20% | 87% | 13% |
| Шкала повышенного возбуждения | 93% | 7% | 93% | 7% |

Сводная таблица данных Шкала симптомов ПТСР, PSS–SR

 Табл. 2, п. 1

Сводная таблица данных Опросник посттравматического роста, PTGI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Группа А | Группа Б |
| Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение | Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение |
| Шкала посттравматического роста | 33% | 47% | 20% | 47% | 40% | 13% |
| Отношение к другим | 60% | 33% | 7% | 67% | 26% | 7% |
| Новые возможности | 0% | 100% | 0% | 60% | 40% | 0% |
| Сила личности | 0% | 100% | 0% | 0% | 100% | 0% |
| Духовные изменения | 53% | 40% | 7% | 73% | 27% | 0% |
| Повышение ценности жизни | 67% | 26% | 7% | 73% | 20% | 7% |

Окончание приложение 1

Табл. 3, п. 1

Сводная таблица данных Шкала базисных убеждений, WAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Группа А | Группа Б |
| Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение | Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение |
| Доброжелательность мира | 47% | 40% | 13% | 33% | 40% | 27% |
| Справедливость | 20% | 47% | 33% | 47% | 33% | 20% |
| Образ «Я» | 20% | 47% | 33% | 27% | 33% | 40% |
| Удача | 40% | 27% | 33% | 33% | 20% | 47% |
| Убеждения о контроле | 33% | 40% | 27% | 33% | 27% | 40% |

Приложение 2

Шкала симптомов ПТСР, PSS-SR.

Каждый симптом оценивается пациентом самостоятельно на основе собственной частоты проявления за последние две недели. Оценка производится по 4-балльной шкале:

0 – Никогда

1 – Иногда

2 – Часто

3 – Очень часто

Все симптомы сгруппированы в три основные шкалы:

– Шкала повторного переживания: Навязчивые переживания (интрузии) – 5 пунктов;

– Шкала избегания: Избегание и эмоциональное онемение – 7 пунктов;

– Шкала повышенной возбудимости: Симптомы повышенной возбудимости – 5 пунктов.

Каждый пункт оценивается респондентом по 4-балльной шкале частоты.

Примеры вопросов включают:

1. Вы испытали кошмары, связанные с травматическим событием?

2. Вы избегали напоминаний о травматическом событии?

3. Вы ощущали повышенное раздражение или вспышки гнева?

Инструкция к заполнению: респонденту предлагается вспомнить конкретное травматическое событие и, отвечая на каждый пункт, указать, насколько часто за последние две недели он испытывал описанный симптом.

Подсчёт баллов: баллы всех пунктов суммируются для получения общего показателя выраженности симптомов ПТСР. Максимально возможный балл – 51.

Интерпретация: Более высокие баллы указывают на более тяжёлую степень выраженности симптоматики. При интерпретации результатов учитывается наличие клинически значимых проявлений в каждом из трёх кластеров.

Клинический диагноз: для предварительного диагноза ПТСР необходимо наличие определённого количества симптомов в каждой категории в соответствии с критериями DSM (например, минимум 1 симптом из кластера B, 3 из кластера C и 2 из кластера D).

Продолжение приложения 2

Табл. 1, п. 2

Шкала симптомов ПТСР, PSS-SR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Утверждение | Совсем не беспокоит | 1 раз в неделю / редко / однажды | От 2 д 4 раз в неделю | От 3 до 5 раз в неделю |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Испытывали тревожные мысли или образы о травмирующем событии, которые приходили вам в голову, когда вы этого не хотели. |  |  |  |  |
| 2 | Видели плохие сны или кошмары о травмирующем событии. |  |  |  |  |
| 3 | Вновь переживали травмирующее событие (будто бы оно происходило снова и снова). |  |  |  |  |
| 4 | Испытывали эмоциональную подавленность, когда вам напоминали о травмирующем событии. |  |  |  |  |
| 5 | Испытывали физические реакции при напоминании о травмирующем событии (потливость, учащенное сердцебиение). |  |  |  |  |
| 6 | Старались не думать и не говорить о травмирующем событии. |  |  |  |  |
| 7 | Старались избегать действий или людей, которые напоминали вам о травмирующем событии. |  |  |  |  |
| 8 | Были не способны вспомнить важные детали травмирующего события. |  |  |  |  |
| 9 | Проявляли гораздо меньший интерес к делам или гораздо реже участвовали в важных мероприятиях. |  |  |  |  |
| 10 | Чувствовали себя далеким или «отрезанным» от окружающих вас людей. |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Окончание табл. 1, п. 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Переживали эмоциональное оцепенение (неспособность плакать или испытывать чувство любви). |  |  |  |  |
| 12 | Ощущали, что ваши будущие надежды или планы не сбудутся. |  |  |  |  |
| 13 | Испытывали проблемы со сном или засыпанием. |  |  |  |  |
| 14 | Испытывали чувство раздражительности или приступы гнева. |  |  |  |  |
| 15 | Испытывали проблемы с концентрацией внимания. |  |  |  |  |
| 16 | Были чрезмерно бдительны. |  |  |  |  |
| 17 | Были нервны или слишком легко пугались. |  |  |  |  |

Опросник посттравматического роста, PTGI.

Опросник включает в себя 21 утверждение, отражающее разные аспекты возможного позитивного изменения. Респондент оценивает каждое утверждение по 6-балльной шкале, где:

0 = никаких изменений не произошло.

5 = произошли очень большие изменения.

Основные шкалы PTGI:

1. Отношения с другими – углубление и укрепление межличностных связей.

2. Новые возможности – осознание новых путей и возможностей в жизни.

3. Личная сила – рост уверенности в собственных силах и способности справляться с трудностями.

4. Духовные изменения – изменения в духовных или экзистенциальных взглядах (не обязательно религиозные).

5. Ценность жизни – изменение отношения к жизни, более глубокая ценность каждого момента.

Процедура проведения: Респонденту предлагается заполнить анкету, оценивая каждый

Продолжение приложения 2

пункт на основании того, какие изменения он заметил в себе после конкретного травматического

события (например, тяжелой болезни, утраты близкого человека, пережитого насилия, стихийного бедствия и т.д.).

Интерпретация результатов: Результаты подсчитываются суммированием баллов по каждой шкале и общим итоговым баллом.

Высокие баллы свидетельствуют о выраженных позитивных изменениях.

Низкие баллы могут указывать на отсутствие заметных изменений или на преобладание негативных последствий травмы.

Табл. 2, п. 2

 Опросник посттравматического роста PTGI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Утверждение | никаких перемен | произошли перемены в очень малой степени | произошли перемены в малой степени | произошли перемены в умеренной степени | произошли перемены в большой степени | произошли перемены в очень большой степени |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | У меня поменялись жизненные приоритеты |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Я гораздо лучше понимаю ценность собственной жизни |  |  |  |  |  |  |
| 3 | У меня появились новые интересы |  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Продолжение табл. 2, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4 | Я чувствую большую  |  |  |  |  |  |  |
|  | уверенность в себе |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Я стал лучше понимать духовные проблемы |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Я нахожу, что я больше рассчитываю на людей в трудную минуту |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Я направил свою жизнь по новому пути |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Я испытываю большую близость с окружающими |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Я более охотно выражаю свои эмоции |  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Продолжение табл. 2, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10 | Я лучше понимаю, что могу справляться с трудностями |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Я могу сделать свою жизнь лучше |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Я в большей степени способен принимать вещи такими, какие они есть |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Я могу больше ценить каждый день своей жизни |  |  |  |  |  |  |
| 14 | У меня появились возможности, которые не были мне доступны |  |  |  |  |  |  |
| 15 | У меня появилось больше сострадания к людям |  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Окончание табл. 2, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16 | Я трачу больше усилий на налаживание взаимоотношений |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Я с большей вероятностью попытаюсь изменить то, что нуждается в изменении |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Я стал более религиозным |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Я обнаружил, что я сильнее, чем я полагал |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Я много узнал о том, какими бывают замечательными люди |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Я стал больше признавать, что нуждаюсь в других людях |  |  |  |  |  |  |

Шкала базисных убеждений.

Методика представляет собой опросник, включающий от 30 до 50 утверждений в зависимости от конкретной адаптации. Респонденту предлагается выразить степень своего согласия или несогласия с каждым утверждением по шкале Лайкерта (например, от 1 до 6 или от 1 до 7 баллов). Далее подсчитываются баллы по каждой из 5 шкал.

Продолжение приложения 2

Каждая шкала оценивает определённый пласт базисных убеждений.

Высокие баллы указывают на устойчивое позитивное восприятие мира по

данному параметру. Низкие – на наличие когнитивных искажений, пессимизма, ощущение беспомощности или травматических последствий.

Интерпретация строится не только на абсолютных показателях по каждой шкале, но и на их соотношении между собой. Например, высокие показатели по доброжелательности мира при низком показателе Я–ценности могут указывать на внутреннюю неуверенность при общем доверии к окружающему миру.

Табл. 3, п. 2

Методика исследования базисных убеждений личности

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Утверждение | Совершенно не согласен | Не согласен | Скорее не согласен | Скорее согласен | Согласен | Полностью согласен |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Как правило, несчастья случаются с людьми из-за ошибок, которые они совершили. |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Мне часто кажется, что во мне слишком мало хорошего. |  |  |  |  |  |  |
| 3 | В общем-то, судьба ко мне благосклонна. |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Вряд ли что-то сможет помешать мне получить от жизни все, что я хочу. |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Я полагаю, что людям доверять нельзя. |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Непорядочные люди очень редко получают по заслугам. |  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Продолжение табл. 3, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7 | У меня есть основания быть о себе невысокого мнения. |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Мне кажется, что я не так удачлив(а), как большинство людей. |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Как правило, я в состоянии действовать так, чтобы получитьмаксимально благоприятный результат. |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Я опасаюсь, что человек, которому я доверюсь, может предать меня. |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Как правило, хорошим людям сопутствуют счастье и удача. |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Можно сказать, что я себе нравлюсь. |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Люди по природе своей недружелюбны и злы. |  |  |  |  |  |  |
| 14 | В моей жизни, как правило, не приходится рассчитывать на удачноестечение обстоятельств. |  |  |  |  |  |  |
| 15 | В целом, люди достойны доверия. |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Полагаю, что я в силах сделать все возможное, чтобы предотвратить неудачи. |  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Продолжение табл. 3, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17 | Меня вполне можно назвать интересным и привлекательным человеком. |  |  |  |  |  |  |
| 18 | По большому счету, людей не очень-то волнуют проблемы других. |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Вряд ли я могу полностью довериться кому-либо. |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Удача улыбается мне значительно реже, чем другим. |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Если посмотреть внимательно, то увидишь, что мир полон добра. |  |  |  |  |  |  |
| 22 | В большинстве случаев хорошие люди получают то, что заслуживаютв жизни. |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки. |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Я считаю, что в целом бессмысленно предпринимать какие-либо меры для защиты себя от неудач. |  |  |  |  |  |  |

Продолжение приложения 2

Продолжение табл. 3, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 25 | Фортуна слишком часто поворачивается ко мне спиной. |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Сомневаюсь, что я в состоянии контролировать события, которыепроисходят в моей жизни. |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Мне кажется, что, если я буду откровенен(а) с людьми, онииспользуют это против меня. |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Я считаю, что мне часто везет. |  |  |  |  |  |  |
| 29 | С достойными, хорошими людьми неудачи случаются так же часто, как и с плохими. |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Мне вполне по силам выбрать максимально выигрышную стратегиюповедения в сложных жизненных ситуациях. |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Люди в большинстве своем добры и готовы прийти на помощь. |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Оглядываясь назад, я понимаю, что случай был ко мне благосклонен. |  |  |  |  |  |  |

Окончание приложения 2

Окончание табл. 3, п. 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 33 | Доверять людям небезопасно. |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Если человек совершает хорошие поступки, то судьба, как правило, к нему благосклонна. |  |  |  |  |  |  |
| 35 | В общем-то, я ценю себя достаточно высоко. |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Я вполне везучий человек. |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Сомневаюсь, что могу быть достаточно интересным(ой) и привлекательным(ой) для многих людей. |  |  |  |  |  |  |

Приложение 3

Математическая статистика по критериям φ\* Фишера и χ2 Пирсона.

Задача 1.

Для математической обработки данных мы использовали критерия φ\* Фишера.

Табл. 1, п. 3

Сводная таблица данных Шкала симптомов ПТСР, PSS-SR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Группа А | Группа Б |
| Показатель в пределах нормы | Показатель выше нормы | Показатель в пределах нормы | Показатель выше нормы |
| Общий показатель | 9 | 6 | 12 | 3 |
| Шкала повторного переживания | 13 | 2 | 15 | 0 |
| Шкала избегания | 12 | 3 | 13 | 2 |
| Шкала повышенного возбуждения | 14 | 1 | 14 | 1 |
| Сумма: | 48 | 12 | 54 | 6 |

Сформулируем гипотезы.

H0: У психологов организации красного креста не более выражены симптомы ПТСР, чем у психологов, которые не работают в красном кресте.

H1: У психологов организации красного креста более выражены симптомы ПТСР, чем у психологов, которые не работают в красном кресте.

Продолжение приложения 3

Табл. 2, п. 3

Четырехклеточная таблица для расчета критерия φ\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы | Показатель в пределах нормы | Показатель выше нормы | Сумма |
| Количество испытуемых | % доля | Количество испытуемых | % доля |
| Группа А | 48 | 80% | 12 | 20% | 60 |
| Группа Б | 54 | 90% | 6 | 10% | 60 |
| Сумма: | 102 |  | 18 |  | 120 |

φ1(20%) = 0.927

φ1(10%) =0.644

$$φ\_{эмп}^{\*}=\left(0.927-0.644\right)\sqrt{\frac{60\*60}{60+60}}=0.283\*\sqrt{30}=1.55$$

P=0.06

$$φ\_{кр}^{\*}=\left\{\begin{array}{c}1.64(p\leq 0.05)\\2.31(p\leq 0.01)\end{array}\right.$$

φэмп =1.55

φэмп $\leq $ φкр

Ответ: H0 принимается. У психологов организации красного креста не более выражены симптомы ПТСР, чем у психологов, которые не работают в красном кресте.

Задача 2.

Для математической обработки данных мы использовали критерия φ\* Фишера.

Сформулируем гипотезы.

Продолжение приложения 3

Табл. 3, п. 3

Сводная таблица данных Опросник посттравматического роста, PTGI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Группа А | Группа Б |
| Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение | Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение |
| Шкала посттравматического роста | 5 | 7 | 3 | 7 | 6 | 2 |
| Отношение к другим | 9 | 5 | 1 | 10 | 4 | 1 |
| Новые возможности | 0 | 15 | 0 | 9 | 6 | 0 |
| Сила личности | 0 | 15 | 0 | 0 | 15 | 0 |
| Духовные изменения | 8 | 6 | 1 | 11 | 4 | 0 |
| Повышение ценности жизни | 10 | 4 | 1 | 11 | 3 | 1 |
| Сумма: | 32 | 52 | 6 | 48 | 38 | 4 |

H0: У психологов организации красного креста не более выражена оценка посттравматического роста, чем у психологов, которые не работают в красном кресте.

H1: У психологов организации красного креста более выражена оценка посттравматического роста, чем у психологов, которые не работают в красном кресте.

φ1(64.5%) = 1.855

φ1(46.7%) =1.491

$$φ\_{эмп}^{\*}=\left(1.855-1.491\right)\sqrt{\frac{90\*90}{90+90}}=0.364\*\sqrt{45}=2.44$$

P=0.00

Продолжение приложения 3

Табл. 4, п. 3

Четырехклеточная таблица для расчета критерия φ\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы | Показатель низкого значения | Показатель среднего и выше значения | Сумма |
| Количество испытуемых | % доля | Количество испытуемых | % доля |
| Группа А | 32 | 35,5% | 58 | 64.5% | 90 |
| Группа Б | 48 | 53.3% | 42 | 46.7% | 90 |
| Сумма: | 80 |  | 100 |  | 180 |

$$φ\_{кр}^{\*}=\left\{\begin{array}{c}1.64(p\leq 0.05)\\2.31(p\leq 0.01)\end{array}\right.$$

φэмп =2.44

φэмп $>$ φкр

Ответ: H0 отклоняется. Принимается H1. У психологов организации красного креста более выражена оценка посттравматического роста, чем у психологов, которые не работают в красном кресте.

Задача 3.

Для математической обработки данных мы использовали χ2 критерий Пирсона.

Сформулируем гипотезы.

H0: Уровень значения базисными убеждениями у психологов организации красного креста и у психологов, которые не работают в красном кресте не различаются между собой.

Продолжение приложения 3

Табл. 5, п. 3

Сводная таблица данных Шкала базисных убеждений, WAS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Низкое значение | Среднее значение | Высокое значение |
| Группа А | Группа Б | Суммы | Группа А | Группа Б | Суммы | Группа А | Группа Б | Суммы |
| Доброжелательность мира | 7 | 5 | 12 | 6 | 6 | 12 | 2 | 4 | 6 |
| Справедливость | 3 | 7 | 10 | 7 | 5 | 12 | 5 | 3 | 8 |
| Образ «Я» | 3 | 4 | 7 | 7 | 5 | 12 | 5 | 6 | 11 |
| Удача | 6 | 5 | 11 | 4 | 3 | 7 | 5 | 7 | 12 |
| Убеждения о контроле | 5 | 5 | 10 | 6 | 4 | 10 | 4 | 6 | 10 |

H1: Уровень значения базисными убеждениями у психологов организации красного креста и у психологов, которые не работают в красном кресте различаются между собой.

Продолжение приложения 3

*f*1 теор=12\*15/30=6

*f*2 теор=12\*15/30=6

*f*3 теор=10\*15/30=5

*f*4 теор=10\*15/30=5

*f*5 теор=7\*15/30=3.5

*f*6 теор=7\*15/30=3.5

*f*7 теор=11\*15/30=5.5

*f*8 теор=11\*15/30=5.5

*f*9 теор=10\*15/30=5

*f*10 теор=10\*15/30=5

*f*11 теор=12\*15/30=6

*f*12 теор=12\*15/30=6

*f*13 теор=12\*15/30=6

*f*14 теор=12\*15/30=6

*f*15 теор=12\*15/30=6

*f*16 теор=12\*15/30=6

*f*17 теор=7\*15/30=3.5

*f*18 теор=7\*15/30=3.5

*f*19 теор=10\*15/30=5

*f*20 теор=10\*15/30=5

*f*21 теор=6\*15/30=3

*f*22 теор=6\*15/30=3

*f*23 теор=8\*15/30=4

*f*24 теор=8\*15/30=4

*f*25 теор=11\*15/30=5.5

*f*26 теор=11\*15/30=5.5

Продолжение приложения 3

*f*27 теор=12\*15/30=6

*f*28 теор=12\*15/30=6

*f*29 теор=10\*15/30=5

*f*30 теор=10\*15/30=5

Табл. 6, п. 3

Расчет критерия χ2 при сопоставлении двух эмпирических распределений пропусков слов в тесте Мюнстерберга (*n*1=156, *n*2=85)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ячейкитаблицы частот | Эмпирическаячастота взгляда (fэj) | Теоретическаячастота (fт) | (fэj-fт) | (fэj-fт)2 | (fэj-fт)2/ fт |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1234567891011121314151617181920212223242526 | 75373465556675754364245356 | 66553.53.55.55.5556666663.53.55533445.55.5 | 1-1-22-0.50.50.5-0.500001-11-10.5-0.51-1-111-1-0.50.5 | 11440.250.250.250.25000011110.250.251111110.250.25 | 0.160.160.80.80.070.070.070.0700000.160.160.160.160.070.070.20.20.330.330.250.250.0450.045 |

Окончание приложения 3

Окончание табл. 6, п. 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27282930 | 5746 | 6655 | -11-11 | 1111 | 0.160.160.20.2 |
| Суммы |  |  |  |  | 5.35 |

ν=(5-l)\*(2-l)=4

$$χ2=\left\{\begin{array}{c}9.488(p\leq 0.05)\\13.277(p\leq 0.01)\end{array}\right.$$

χ2эмп =5.35

χ2эмп $>$ $χ\_{кр}^{2}$

Ответ: H0 принимается. Уровень значения базисными убеждениями у психологов организации красного креста и у психологов, которые не работают в красном кресте не различаются между собой.