



# **Preservation of mental health and actualization of individual resilience in conditions of uncertainty**



Opole 2024



*The Academy of Applied Sciences  
Academy of Management and Administration in Opole*

# **PRESERVATION OF MENTAL HEALTH AND ACTUALIZATION OF INDIVIDUAL RESILIENCE IN CONDITIONS OF UNCERTAINTY**

*Monograph*

Scientific editors: *Iryna Ostopolets,  
Hanna Varina  
& Olha Kovalova*

Opole 2024

ISBN 978 – 83 – 66567 – 55 – 9

**Reviewers:**

*Zhanna Bogdan – PhD, Associate Professor, Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics (Ukraine)*

*Nadiya Dubrovina – PhD., CSc, Associate Professor, Bratislava University of Economics and Management (Slovakia)*

*Sławomir Śliwa – DSc, Professor ANS-WSZiA, The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole*

**Editorial Board:**

Wojciech Duczmal – DSc, Professor ANS-WSZiA, The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole

Stanislav Filip – PhD, Associate Professor, Bratislava University of Economics and Management (Slovakia)

Yuliia Ilina – PhD, Associate Professor, National University of Civil Defense of Ukraine (Ukraine)

Maria Kazanzhi – DSc, Professor, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D.Ushynsky» (Ukraine)

Olha Kovalova – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University (Ukraine)

Tetyana Nestorenko – Professor AŚ, PhD, Associate Professor, Academy of Silesia; Berdyansk State Pedagogical University (Ukraine)

Iryna Ostopolets – PhD, Associate Professor, Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University (Ukraine)

Tadeusz Pokusa – PhD, Professor ANS-WSZiA, The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole

Nataliia Svitlychna – PhD, Associate Professor, Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics (Ukraine)

Hanna Varina – Master of Psychology, Senior Lecturer, Bohdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University (Ukraine)

Valentyna Voloshyna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Dragomanov Ukrainian State University (Ukraine)

**Preservation of mental health and actualization of individual resilience in conditions of uncertainty. Monograph.** Eds. Iryna Ostopolets, Hanna Varina & Olha Kovalova. Opole: The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole, 2024; ISBN 978-83-66567-55-9; pp. 474, illus., tabs., bibls.

**Editorial Office:**

The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole  
18 Niedziałkowskiego str., Opole 45-085, Poland  
tel. 77 402-19-00/01. Email: info@poczta.wszia.opole.pl

**Publishing House:**

The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole  
18 Niedziałkowskiego str., Opole 45-085, Poland. tel. 77 402-19-00/01

Authors are full responsible for content of the materials.

© Authors of articles, 2024  
© Publishing House ANS–WSZiA, 2024

# TABLE OF CONTENTS

<b>Preface</b>	4
<b>Part 1. Psychological determinants of mental health recovery and the activation of resilience in conditions of challenges and change</b>	7
1.1. Scientific and theoretical aspects of codependent behavior in interpersonal relationships as one of the consequences of PTSD in persons living in a traumatic situation or war	7
1.2. Features of psychological rehabilitation of internally displaced persons	28
1.3. Relationship between adaptative skills and self-destructive behavior in migrants	50
1.4. The relationship between mental health and the subjective assessment of the quality of life of an individual: psychological aspects and influencing factors	76
1.5. Resilience as a factor in the development of constructive coping strategies for internally displaced persons in war conditions	100
1.6. Model of personality behavior with preverbal injuries in the method of psychotherapy I-reconstruction	125
1.7. Development of students of institution of higher education of moral qualities	149
1.8. Integration of mindfulness approaches in the process of developing students' psychological well-being in the face of challenges and changes	165
<b>Part 2. Clinical and psychological features of preventing destructive influences on mental health and personal resilience</b>	190
2.1 Psychological determinants of overcoming emotional burnout syndrome of systems specialists special education and social work	190
2.2. Psychocorrection of teacher's frustration using the means of deep psychological cognition of the psyche	222
2.3. Development of resilience of a preschool teacher in difficult life conditions	241
2.4. Socio-perceptive distortions are the epiphenomenon of psychological defence	261
2.5. Emotional factors of somatic disorders in a neurotic state	283
2.6. Emotional significance of relationships as a determinant of mental health of marital partners	301
2.7. Psychological prevention of suicidal risks in adolescents with depressed states	322
2.8. Development of communication skills in children with disabilities in the process of integration into society	365
2.9. Stress-related maladaptation in children of the first year of education	397
2.10. Psychological determinants of the impact of kidney diseases on patients' quality of life	423
<b>Annotation</b>	465
<b>About the authors</b>	473

## PREFACE

The monograph "Preservation of Mental Health and Actualization of Individual Resilience in Conditions of Uncertainty" is a relevant issue of research in the field of psychology and social sciences. The issues of preserving mental health and forming individual resilience are gaining particular importance in the modern world, where new challenges arise every day that affect the well-being and psychological balance of a person. Not only at the personal level, but also at the level of society as a whole, mental health is an indicator of stability and the ability to adapt to complex, constantly changing conditions. In view of this, the study of the psychological determinants of preserving individual mental health and developing resilience is mainly a step towards a deeper understanding of modern problems in this area and ways to solve them.

The monograph expands the range of approaches to solving problems related to maintaining mental health and developing resilience, which are key to the adaptation of the individual to external conditions. In this publication, the authors emphasize a comprehensive study of factors that contribute to maintaining mental health and increasing human resilience in conditions of global uncertainty and crisis events. The monograph combines both theoretical principles and practical approaches aimed at reducing the negative impact of the crisis on the psyche and developing the adaptive abilities of the individual.

Particular attention is paid to the issues of codependent behavior and its connection with post-traumatic stress disorder in conditions of traumatic events, in particular war. This study is relevant in the context of modern challenges, since many people who have survived traumatic situations, for whom it is necessary to restore mental health and maintain real social stability. Important aspects of the monograph are the study of the mechanisms of codependency formation and ways to overcome it, as well as approaches to psychological rehabilitation of individuals who have experienced psychological pressure and have difficulties adapting to peaceful life.

The monograph's scientific value lies in its interdisciplinary approach, encompassing modern psychology, sociology, pedagogy, and medicine. This broad scope enables a deeper understanding of the processes of adaptation and resilience. The publication will be useful not only for psychologists, but also for social workers, medical workers, teachers and managers who seek to create favorable conditions for the mental well-being of society. The synthesis of theoretical knowledge and recommendations in the monograph will help specialists to better

understand the nature of stress, post-traumatic states and the role of special resilience in overcoming practical life difficulties.

The monograph consists of two main sections, each of which considers the issues of mental health and resilience from different angles.

The first section covers the scientific and theoretical foundations relating to the psychological aspects of mental health and maintaining resilience in conditions of change. Thus, attention is paid to the study of the phenomenon of codependency, its characteristics and impact on interpersonal relationships. The authors' research emphasizes that the problem of codependency is not limited to the aspect of personal relationships, but is also associated with large-scale social changes, such as wars, natural disasters and economic crises. The first chapter examines various approaches to the study of codependency, both from the point of view of psychological theory and from the point of view of practical psychology. It is especially important to highlight the issues of support, psychological rehabilitation of internally displaced persons and those who have suffered the trauma of social experience. This chapter is exceptionally valuable in terms of understanding how social and psychological mechanisms interact with each other and how different methods of support for affected persons can be effectively used.

The second section of the monograph focuses on the clinical and psychological features of preventing negative impacts on mental health and developing personal resilience in conditions of stress and social instability. It includes studies related to professional mental activity among social and educational professionals, support for teachers and educators working in difficult conditions, as well as issues related to the mental well-being of spouses and the impact of family relationships on mental health. Separate sections are devoted to the prevention of suicide risks in adolescents with depressive states, the development of communication skills in children with special needs and approaches to overcoming stressful situations among schoolchildren. The monograph also considers the issue of destructive impacts on mental health from society, stereotypes and social expectations. The authors raise the problem of emotional burnout as a result of social pressure and increased demands on specialists in various professional fields. Given the current socio-political context, these issues are of particular importance, however, supporting the mental health of people working in difficult conditions is becoming an integral part of overall social stability. The authors emphasize the importance of using psychological tools to overcome stress and develop resilience, which help individuals cope with difficulties and challenges.

We express our sincere gratitude to all the authors who contributed to the creation of this monograph. Their work is the result of long-term research, efforts and a creative approach to solving complex problems of modern psychology. We would also like to thank the reviewers for their professional contribution to

improving the publication. Special thanks to the publishing house of the Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole for supporting the creation of this monograph and ensuring high standards of printing quality.

We hope that this monograph will become a useful resource for scientists, psychologists, social workers, teachers and everyone working in the field of mental health support. The publication will contribute to in-depth knowledge and the development of new approaches to supporting individual resilience, as well as help specialists implement effective psychological assistance strategies in their professional activities. May this work inspire further research and new achievements in modern science.

*Authors*

## **Part 1. PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH RECOVERY AND THE ACTIVATION OF RESILIENCE IN CONDITIONS OF CHALLENGES AND CHANGE**

### **1.1. Scientific and theoretical aspects of codependent behavior in interpersonal relationships as one of the consequences of PTSD in persons living in a traumatic situation or war**

#### **Науково-теоретичні аспекти співзалежної поведінки в міжособистісних стосунках як одного з наслідків ПТСР у осіб, що перебувають в умовах травматичної ситуації або війни**

**Актуальність теми.** Проблема співзалежності набуває все більшої актуальності у зв'язку з розширенням і поглибленням масштабів різних видів адикцій. Залежність від наркотиків, алкоголю впливає на всі сфери життя не тільки залежної людини, а й на тих людей, що її оточують, в першу чергу – на її сім'ю.

Хімічна залежність одного із членів сім'ї неминуче порушує внутрішньосімейні взаємостосунки, стає проблемою всієї родини [9; 14]. Стан, що виникає, коли члени сім'ї починають залежати від людини, яка вживає психоактивні речовини, називають співзалежністю. Співзалежність – одна із найпоширеніших проблем у світі. За підрахунками зарубіжних фахівців, співзалежністю в тій чи іншій мірі, страждає не менше 90% населення [6; 12; 13].

Саме співзалежність лежить в основі таких очевидних для суспільства соціальних хвороб, як алкоголізм та наркоманія, та є причиною менш очевидних, але не менш згубних видів залежності – від грошей, влади, сексуальних стосунків, трудоголізму [5; 13; 14; 17]. Співзалежність може бути пов'язаною із подальшим розвитком ПТСР

Співзалежність може торкатися всіх сфер життя людини, усіх сторін психічної діяльності, поведінки, світогляду, цінностей, системи вірувань, здоров'я, суттєво впливати на її взаємини з навколишнім світом. Зважаючи на вищезазначене, проблема співзалежності стає у ряд вагомих та актуальних питань, що потребують подальшого опрацювання як у теоретичному, так і в прикладному аспектах.

Проблема співзалежності ще недостатньо вивчена в світі, в тому числі і в Україні. Феномен рідко згадується як безпосередній об'єкт психотерапевтичних практик, хоча фахівцями обґрунтовуються підходи до психотерапії даної категорії осіб. У той же час в психології співзалежність не класифікується як самостійна нозологія, а трактується лише як складний особистісний розлад.

Дослідження питань динаміки розвитку співзалежності залишаються фундаментальними задачами психологічної науки. Їх вирішення відкриває нові можливості для удосконалення соціально-психологічного моделювання та обґрунтування ефективної психологічної роботи. Сутність проблеми



полягає саме в тому, що розуміння фундаментальних принципів становлення феномену співзалежності, а також виявлення причин, характеру та наслідків структурних змін особистості сприяє посиленню адаптивності індивіда, його особистісних кордонів, автономії та індивідуальності.

Сьогодні в працях щодо вивчення співзалежності можна знайти різне її тлумачення переважно з відображенням адиктивного аспекту, зокрема, в роботах вітчизняних вчених – М.Є. Жидко, В.О. Крамченкової, О.М. Савчук.

Проблема співзалежності висвітлювалася низкою вітчизняних і зарубіжних учених.

Серед вітчизняних авторів її досліджували О.Ю. Ніконова (гендерні відмінності при співзалежності) [15], Д.П. Лисенко (сімейні проблеми узалежнених) [16], В.В. Хабайлюк (прояв залежності в сімейних стосунках) [17], І.Є. Корнієнко (психологічні дисфункції при алкогольному узалежненні) [9] та ін.

Серед зарубіжних авторів проблему співзалежності розглядали такі сучасні дослідники як П. Майєр, Ф. Мінірт, Р. Хемфелт, Р. Норвуд, Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд, Л. Ешнер, М. Майєрсон, С. Форвард, Е. Сміт, М. Бітті та ін.

Отже, аналіз вищезазначених психологічних досліджень робить актуальним подальший розгляд проблеми співзалежності з метою визначення її основних характеристик та шляхів подолання, а також, як одна з можливих причин для розвитку ПТСР.

Об'єктом нашого дослідження є дослідження наукової літератури за певною темою.

Предметом нашого дослідження є особливості проявів співзалежної поведінки в міжособистісних стосунках з різними типами адиктивів а також, як одна з можливих причин для розвитку ПТСР.

**Мета роботи** полягає у тому, щоб дослідити науково-теоретичні аспекти вивчення проблеми співзалежної поведінки в міжособистісних стосунках як один з наслідків перенесеного в дитинстві ПТСР.

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі завдання:

- 1) провести теоретичний аналіз та систематизацію наукових даних з проблеми співзалежної поведінки в парі,
- 2) дослідити механізми виникнення співзалежної поведінки, розглянути психологічну характеристику співзалежної поведінки в залежності від типу адикції партнера.

**Матеріали і методи дослідження:**

- теоретичний аналіз літературних джерел щодо змісту поняття «співзалежність» та «співзалежна поведінка», класифікації та методи діагностики, причин виникнення співзалежної поведінки, можливостей психологічної корекції;
- систематизація наукових літературних джерел, порівняння та узагальнення даних;

## **Наукові підходи до вивчення співзалежної поведінки, її види та причини формування.**

Визначення співзалежності. Термін співзалежності виник у 1970-х роках і описував стан людини, що живе з алкоголіком. Як зазначалося вище, на сьогодні поняття співзалежності стосується не тільки проблем, пов'язаних з алкоголізмом, а й із вживанням інших хімічних речовин, з такими видами нав'язливої поведінки, як розлади харчування (булімія, анорексія), сексуальної поведінки, трудового азарту, азартні ігри, залежність від гніву [3; 12; 13]. Слово «співзалежний» означає «залежний разом із кимось, спільна залежність» та стосується будь-кого, хто перебуває у залежних взаєминах з іншою людиною і знаходиться під контролем та маніпуляцією негативної поведінки залежної людини.

Співзалежність – це цілісна модифікація поведінки і свідомості, зумовлена присутністю в контексті з індивідом залежного суб'єкта [3]. Співзалежність є досить поширеним явищем, бо залежними є не тільки хімічно залежні, але і хворі люди, інваліди, діти та взагалі будь-хто з особливими потребами. Ця модифікація є результатом адаптації до відносин с залежним, тобто, по суті, співзалежність направлена на збереження існуючого стану за причиною страху змін.

Існують різні підходи до визначення співзалежності: «це стійка особистісна дисфункція, пов'язана з відчуженням, неприйняттям своїх особистих почуттів, думок, бажань, потреб, із стійкою потребою заповнення своєї особистості особистістю іншої людини, із повною залежністю свого настрою і душевного стану від настрою і стану іншого» [5], «емоційний, психологічний і поведінковий стан, який виникає внаслідок того, що людина довгий час була під впливом гнітючих правил – правил, які перешкоджали відкритому висловлюванню почуттів, а також відкритому обговоренню особистісних та міжособистісних проблем» [3], «співпроникнення членів сім'ї залежної людини у її хворобу з прагненням впливати на неї та відмовою від власного життя» [11], «співзалежний – це той, хто дозволив поведінці іншої людини сильно впливати нього або на неї, і хто одержимий спробами контролювати поведінку цієї людини» [3].

У сучасній психології існує кілька підходів до пояснення феномену співзалежності. Але, до цих пір не створена вичерпна і переконлива концепція його виникнення і розвитку. Відсутність єдиного теоретичного підходу призводить до того, що основна увага дослідників зосереджена на вивченні окремих аспектів розвитку співзалежної поведінки.

Психологічна складова співзалежності, на нашу думку, відображена у визначеннях S. Wegscheider-Crus та R. Subby, які розуміють співзалежність як особливий психічний стан. Так, R. Subby, у 1984 р. запропонував визначення співзалежності – це «емоційний, психологічний та поведінковий стан, що виник в результаті тривалого впливу пригнічуючих правил, які перешкоджали відкритому прояву почуттів та обговоренню особистісних і міжособистісних проблем» [7, с. 31-44].

Тоді як, S. Wegscheider-Crus, розширив дане визначення: «співзалежність – це специфічний стан, що характеризується сильною стурбованістю, а також крайньої емоційною, соціальною а іноді й фізичною залежністю від людини чи предмету. У кінцевому рахунку, така залежність від іншої людини стає патологічним станом, що впливає на всі відносини співзалежної особистості» [8, с.14 ].

Причини співзалежності. Проблема формування міжособистісної залежності розглядається як результат затримання розвитку на окремих стадіях, як результат реалізації окремих типів виховання, які містять у собі великий ризик розвитку адиктивної поведінки, чи викривлений розвиток окремих рівнів особистості як відповідь на нестабільну та незадовільняючу потреби дитини ситуацію розвитку. Як результат формується особистість, здатна формувати власну сім'ю виходячи з ситуації у дисфункційній батьківській сім'ї.

У сучасній психології сформувалися два основних підходи до вивчення співзалежності: медичний та еволюційний. Автори медичного підходу (М. Бітті, В.Д. Москаленко, О.А. Шорохова) розглядають співзалежність як первинне стійке, спадкове та прогресуюче захворювання, яке не піддається терапії. В еволюційному підході (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) співзалежність є психологічним розладом, в результаті незавершеності однієї з стадій розвитку в ранньому дитинстві (у віці 2-3 років) – стадії встановлення психологічної автономії. Прибічники даного підходу встановили, що наявність власного «Я» дозволяє знаходитися в близьких відносинах з іншими людьми не втрачаючи себе як особистість.

Однією з основних причин співзалежності низкою авторів виділено незадоволені емоційні потреби [6; 13; 14; 20]. Потреба в любові, захисті, прийнятті, безпеці – це життєво важливі потреби.

З потребою любити і бути любимою народжується кожна людина. Якщо дитина позбавлена любові, травми дитинства залишаються з нею на все життя. Виховання в дисфункційній сім'ї, де процвітає духовне, психологічне, фізичне насилля, формує ті психологічні особливості, що призводять до появи співзалежності [13; 14].

Зокрема, на думку Б. Уайнхолда та Дж. Уайнхолда, причиною співзалежності є «незавершеність однієї з найбільш важливих стадій розвитку в ранньому дитинстві – стадії встановлення психологічної автономії» [20, с. 16].

Залежність близької людини (алкоголізм, наркоманія) також є незаперечним чинником формування та підтримання співзалежних взаємин.

Християнський підхід визначає причину співзалежності як компенсацію духовної порожнечі (іншими людьми, поведінкою, речовинами) та пов'язує проблеми співзалежності з відсутністю в людини близьких взаємин із Богом, з яких витікають віра, мудрість, відчуття любові, прийняття, безпеки. Такої думки дотримуються й сучасні дослідники [17].

Співзалежним можна вважати будь-кого, хто зростав у неблагополучній сім'ї із нездоровими правилами (на кшталт «не

розмовляй», «нікому не вір», «не давай волю почуттям»), що сприяли співзалежним взаєминам й підтримували сім'ю в дисфункційному стані [2; 13; 14; 24]. Діти в таких сім'ях зазнають багато емоційних травм, різного роду насилля, переживають багато болю. Щоб вгамувати цей біль, вони вдаються до тимчасової «анестезії» – вживають наркотики, алкоголь тощо [10]. Виховання в дисфункційній сім'ї формує ті психологічні особливості, які є основою для співзалежності [14].

Підтвердженням цьому є визначення серед характеристик співзалежної людини саме виховання в дисфункційній сім'ї. Автори П. Майер та Ф. Мінірт стверджують, що співзалежна людина пов'язана тим, що відбувалося в дисфункційній сім'ї її батьків: засвоєні нею згубні правила, неправильні настанови, болісні переживання, емоційні травми здійснюють вплив на її теперішнє життя [13]. Тому більшість дослідників [3; 6; 12; 13; 19; 24] переконані, що співзалежність передається із покоління в покоління, проблеми батьків здатні переходити до їх дітей та дітям їх дітей, доки цей процес не буде зупинений.

Через сімейні правила, системи догм і моделі поведінки взаємозалежність переходить на наступні покоління, навіть коли хімічна залежність не успадковується [19; 24]. Ці форми поведінки є домінуючими протягом всього життя співзалежної людини, доки вона свідомо не змінить своєї поведінки.

Причини виникнення співзалежності досить різноманітні. З точки зору різних теорій особистості співзалежність може виникати як явище взаємного переносу чи як наслідок негативного вирішення базових особистісних конфліктів в періоди дорослості (психоаналітичні концепції), наслідок комплексу неповноцінності (в теорії Адлера), невроз, що виникає на підставі невдалої спроби вирішити конфлікт між непереборною внутрішньою залежністю і прагненням до свободи (екзистенціальна психологія), наслідок небезпеки, що супроводжує життя з адиктом (гуманістична психологія), як наслідок наявності ірраціональних настанов (когнітивна теорія). Поряд з теоретичним поясненням причин співзалежності існують і більш емпіричні висновки. Наприклад, багато авторів притримуються думки, що співзалежність – це наслідок особистісної схильності. Дослідники у США (де, власне, і з'явилося поняття “співзалежність”) до особистісних рис додають ще і стать і соціальне походження: вважається, що серед жінок та дітей залежних (наприклад, дітей алкоголіків) більш вірогідна поява співзалежності. Однак, дослідження американських вчених виявили, що соціальне походження впливає на ступінь співзалежності зовсім не так, як прийнято гадати.

Зокрема, слід зазначити дослідження Hewes та Janikowski [4], які досліджували жіночу вибірку з урахуванням фактора соціального походження. Автори очікували, що діти алкоголіків будуть мати більш високу ступінь співзалежності, тому що про це свідчить багато робіт психологів 70-80-х років (існує цілий рух “Діти алкоголіків”). Більш того, як зазначають автори, соціальне походження використовується в США для

операціонального визначення співзалежності. Висновки авторів спростовують попередні висновки: жінки діти алкоголіків у США мають менший ступінь співзалежності, ніж жінки діти звичайних батьків. Як перспективу для досліджень Hewes і Janikowski позначили порівняння чоловічої та жіночої вибірки, оскільки традиційно вважається, що жінки більш схильні до співзалежності і, більше того, більшість досліджень, присвячених співзалежності проведено саме на жінках – дружинах алкоголіків.

Отримані авторами результати вносять значне протиріччя у визначення співзалежності, тому необхідно приділити більше уваги психологічним, а не соціологічним характеристикам співзалежних.

Концепція Б. Уайнхольда і Дж. Уайнхольд визначає співзалежність як результат затримання розвитку та є похідною й результатом подальшого розроблення конкретного аспекту моделі дитячого розвитку М. Малер [5]. М. Малер описала стадії, що призводять, на її думку, до «психологічного народження». Починаються ці стадії з аутичної (0–2 міс.), головне завдання якої — фізіологічно інтегруватися в цей світ. Дитина повинна навчитися підтримувати гомеостатичну рівновагу поза утробою матері. За збільшенням чутливості до зовнішніх подразників дитина переходить до симбіозної стадії (2–5 міс.). Це стан недиференціювання, злиття з матір'ю, внутрішнє й зовнішнє тільки ще починає поступово розрізнятися. Ця фаза закладає підґрунтя для чуттєвих стосунків і прихильностей. Далі йде складна й важлива стадія диференціації, непроходження якої і є вирішальним чинником для формування залежної поведінки. Ця стадія реалізується фазами відділюваності й індивідуації. Сенс цих фаз у досягненні почуття відділюваності від матері (а далі — від зовнішнього світу) і набуття дитиною своїх індивідуальних характеристик.

Т. Сидорова [8] доповнила, що не лише застрягання на фазі симбіозу, але й занадто швидке проходження стадії диференціації, що супроводжується фрустрацією, призводить до формування залежності. Дитина є відкиданою або відчуває загрозу відкидання тоді, коли в неї ще недостатньо власних ресурсів для самостійності. У результаті закріплюються такі форми поведінки, які дозволяють їй уникнути страху повторення ситуації, тобто втримати партнера за всяку ціну. Проходження цих стадій і знаменує психологічне народження людини.

Подальший розвиток продовжується стадією навчання, на якій дитина навчається ладнати зі своєю збільшеною автономністю.

Дослідники Ц.П. Короленко й Т.А. Донських [2], виділяючи адиктивну поведінку в низці відхилювальних форм поведінки особистості, наводять типи виховання, які містять у собі великий ризик розвитку адиктивної поведінки. За цими дослідженнями, для формування адиктивної поведінки немає більш-менш чітких вікових меж (як у М. Малер), хоча її формування, на думку всіх дослідників, відбувається в дитинстві.

Є кілька типів порушеного виховання, які, на думку Ц.П. Короленка, сприяють формуванню адиктивної поведінки.

1. Гіперопіка. Поведінка батьків характеризується перебільшеною, дріб'язковою турботою про дітей. Дітей позбавляють можливості самостійно приймати рішення, самостійно діяти, справлятися з труднощами, долати перешкоди. Така поведінка батьків формує в дитини почуття невпевненості в собі, формується занижена самооцінка і страх перед життєвими труднощами.

2. Висування надмірних вимог – порядку, дисципліни, чіткого виконання своїх обов'язків. Найбільш суттєвим недоліком такого виховання є те, що дитина не відчуває батьківської любові за цими вимогами. Таке виховання є підґрунтям для виникнення адиктивної поведінки, яка зумовлена, з одного боку, відсутністю достатніх навичок спілкування, яке ґрунтується на взаєморозумінні, а з другого, – постійним страхом невдачі, поразки.

3. Непрогнозовані емоційні реакції. Неможливість прогнозувати реакцію батьків призводить до того, що діти почувають себе невпевнено, вони не відчувають батьківської любові. Поступово невпевненість у собі стає рисою характеру й надалі проектується на стосунки з іншими людьми, сприйнятими на підставі звичної батьківської моделі. Таке підґрунтя сприяє формуванню конфліктних міжособистісних стосунків. Людина не вірить у стабільність дружби, шлюбу тощо. Адиктивна поведінка використовується дитиною для зниження емоційної напруги.

4. Гіпоопіка — недостатня увага до дітей. Відсутність турботи про дитину позначається на когнітивній і емоційній сфері дитини. У підлітковому віці з'являється почуття внутрішньої порожнечі, слабо розвинена воля. На цьому фоні адиктивна поведінка сприймається як приваблива, заманлива незвичайними можливостями [1].

Особливості сімейної соціалізації, а саме стиль батьківського виховання, на думку О.П. Макушиної [4], є важливим предиктором міжособистісної залежності. Проведене автором дослідження виявило, що формуванню міжособистісної залежності сприяють такі порушені типи сімейного виховання, як «емоційне відкидання» й «потуральна гіперпротекція».

М. Боуен процес виховання визначив як формування двох рівнів особистості (Я): «тверде Я» і «Псевдо-Я». «Псевдо-Я» — захисна система, яка формується в результаті дитячої ситуації адикта. Це принципи, відповідно до яких навчається жити адикт, тому що так живе його сім'я, тому що у нього не було досвіду прийняття. Відповідно до цих принципів в емоційній сфері домінують «потрібні» емоції. Це система, яка не дає усвідомити свої природні бажання. У кожної людини «Псевдо-Я» займає більше місця в системі Я, ніж «тверде Я», допомагаючи людині оберталися в різних колах, пристосовуватися до різних ситуацій. Проте в ситуаціях, що вимагають чіткого логічного розв'язання, інтелектуального підходу на перше місце у свідомості виходить «тверде Я». Чого не відбувається в залежній особистості, оскільки «недиференційоване Я», застосовуючи термінологію М. Боуена, з переважанням емоційної залученості пригнічує інтелектуальні процеси емоційними [9].

П. Майєр і співаєт. [3], описуючи батьківсько-дитячі стосунки у співзалежних сім'ях, відзначають насильство, якого зазнають діти. При цьому маються на увазі не лише насильство в юридичному розумінні, а, у тому числі, й емоційне насильство. Батьки з дисфункційних сімей несвідомо транслюють власним дітям свої дитячі травми. Стосунки з дитиною позбавлені поваги й належної кількості уваги, що впливає на самовідчуття дитини. Недолік любові, уваги, розуміння в дитинстві залишає «діру», незаповнений простір у душі дитини. І потім, у дорослому житті, людина намагається заповнити цю порожнечу. Її поведінка підсвідомо зосереджена на пошуку благ, брак яких поранив її у дитинстві. П. Майєр і співаєт. назвали таку поведінку «поверненням примар з минулого, з нашого дитинства, дитинства наших батьків і попередніх поколінь» [цит. за 3, с. 23].

Проте спогади про дитинство рідко відображають реальний стан речей: спогади не завжди є тим, що відбувалося. Але будь-яка інформація про минуле є присутньою в сьогднішній поведінці й сьогднішніх стосунках. «...Нинішні взаємини є програванням невирішених проблем у більш ранніх взаєминах» [3, с. 87].

У рамках психодинамічного підходу [16, 17, 40, 41] формування залежної особистості розуміється як синдром патологічного розвитку особистості. На думку З. Фрейда, залежність виявляється вже в перші місяці життя, а як стійка особистісна риса формується в результаті фіксації дитини на першій, оральній стадії розвитку. Е. Фром розглядає як джерело залежності неусвідомлену, базальну потребу людини в безумовній любові, що у дитинстві задовольняється матір'ю. Це прагнення до матері – «одне з найфундаментальніших прагнень чоловіків і жінок, що містить у собі людське бажання захисту, бажання піти від ризику відповідальності, від волі, від знання; тугу за безумовною любов'ю, що пропонується без очікування любові у відповідь» [42]. Тому людина, на його думку, постійно відчуває конфлікт між бажанням зберегти безпеку залежності, з одного боку, і рівносильним бажанням незалежності й волі – з іншої.

Психологічна характеристика співзалежних осіб. Психологами визначено характеристики, спільні для всіх співзалежних людей, це: низька самооцінка, надмірна турбота про інших, заперечення та витіснення, контроль, слабкі межі особистості, невизначені уявлення про себе, відсутня чітка самоідентифікація, гнів, страх, невпевненість, самотність, сором, неконтрольована агресія, замкнутість, апатія, ігнорування своїх потреб, нехтування собою, проблеми спілкування, проблеми в інтимному житті, депресивна поведінка, суїцидальні думки тощо [3; 6; 7; 13; 14; 16; 20; 21]. Ці риси особистості, звички та форми поведінки співзалежних людей є саморуйнівними. Однак співзалежні страждають не лише самі, але й вибудовують такі взаємини, які перешкоджають одужанню залежного. Вичерпною щодо цього є думка С.В. Березіна про те, що «сім'я може виступати як чинник, що провокує вживання наркотиків; як умова фіксації психологічної залежності від наркотиків, як фактор провокуючий зрив у

період ремісії; як умова ефективності реабілітаційної та профілактичної роботи» [2].

У концепції залежної особи Б. Уайнхолда і Дж. Уайнхолд як ключові характеристики залежної особи розглядаються межі інфантильності в різних сферах життя. Подібно до дитини залежна людина не відчуває власної автономності і фокусується на іншому значущому об'єкті, з яким встановлюються залежні стосунки. «Фіксованість на іншому» – це ключова вада залежної особи, «ви дізнаєтеся про те, що ви залежна людина, тоді, коли, вмираючи, виявите, що перед вами промайне не ваше власне, а чиясь чуже життя» [6]. Нижче наведено перелік узагальнених характеристик залежної особистості:

- нездатність відрізнити свої думки і відчуття від думок і відчуттів інших людей;
- відсутність відчуття власної цінності, потрібності;
- прагнення привертати увагу і схвалення інших, щоб відчувати себе добре;
- схильність перекладати відповідальність на інших людей;
- підвищена тривожність, занепокоєння або провина, як основні регулювальники міжособових стосунків;
- зосередженість на інших людях;
- прагнення заслужити любов значущих людей;
- нездатність піклуватися про себе;
- страх бути знехтуваним іншими;
- понижена емоційна рефлексія і скрута експресії емоцій (особливо гніву) зі страху бути знехтуваним;
- схильність до ідеалізацій і розчарувань;
- прагнення брехати, щоб захистити або вигородити значущих людей;
- наявність проблем, пов'язаних з емоційною близькістю, страх інтимності;
- обтяженість існуючими стосунками і нездатність перервати ці стосунки.

У багатьох випадках вчинки близьких людей дозволяють залежному продовжувати свою поведінку, коли вони позбавляють його негативних наслідків або зменшують їх. Вчені такий тип поведінки називають «пособництвом» [11; 13]. «Пособник» виконує свою роль, коли «покриває», применшує, приховує проблему залежної людини, бере відповідальність за її вирішення.

Г. Клауд та Д. Таунсенд [7, с. 85] вважають, що коли людину позбавляють природних наслідків її поведінки, вона нездатна відповідати за свої вчинки та позбавлена можливості змінитися.

Модифікація поведінки і свідомості при співзалежності носить тотальний характер: людина змінюється на мотиваційному, емоційному, когнітивному, поведінковому рівні. Зокрема, свої потреби співзалежний адаптує до потреб залежного. У емоційно-вольовій сфері спостерігається



ригідність, пов'язана з обмеженням власних емоцій, утруднене розуміння емоцій інших, порушується можливість відкритого вираження почуттів [3]. Домінуючими є почуття провини за дії адикту, відчуття неминучості стосунків і страх бути покинутим, тривога, гнів, розпач [3]. Когнітивна сфера характеризується настановами, спрямованими на підтримку залежних стосунків, негативними змінами у Я-концепції. Уявлення про самих себе у співзалежних формується настановами, що створюють перешкоду для створення особистих кордонів, як, наприклад: “Я егоїст, якщо хочу керувати своїм життям”, “Мої потреби не такі вже й важливі”, “Я відповідальний за інших людей”, “Якщо щось не так – це моя вина”, “Я не можу не залежати від цієї людини” [1].

У співзалежних звужений рольовий діапазон, поведінка ригідна [4]. Цьому сприяють дезадаптивні установки на сімейну проблему і життєдіяльність, заперечення власних потреб, жертвність позиції, низька опірність стресу [4]. О. Кляпец підкреслює низьку самоповагу співзалежних, суперечливе ставлення до партнера [2]. Співзалежні прагнуть контролювати життя інших за рахунок маніпуляцій і нав'язування почуття провини, проявляють позицію “рятівника”. При цьому їм характерний страх зіткнення з реальністю, який є основою мотивації їх вчинків. Незважаючи на уявну доброзичливість, у співзалежних поступово посилюється толерантність до емоційного болю і негативних емоцій [3]. М. Біті підкреслює слабкість кордонів власного Я співзалежних, що виражається в підвищеній терпимості, поки вона не починає приносити страждання. Це поєднується з одержимістю чужими проблемами, недовірою до себе і оточуючих. У співзалежних спостерігається суперечливе поєднання відповідальності і безвідповідальності, жертвність і агресивність позиції, неадекватні емоційні реакції [4].

Ознаки співзалежних на думку Л.М. Зоріної наступні: схильність звинувачувати обставини в залежності, нехтування собою (аж до втрати власного Я), низька самооцінка, пошук серед інших людей або домінування або підкорення з їх боку, пошук уваги і турботи, звичка відчувати одні й ті ж почуття, схильність відкладати все “на потім”, нездатність брати участь в розвагах, включеність у драматичний трикутник С. Карпмана (“Переслідувач” – “Жертва” – “Рятівник”) [3].

Як бачимо, співзалежність поєднує два полюси: домінування та підлеглисть. Домінування при співзалежності проявляється в спробах контролювати залежного, що може супроводжуватися агресією та маніпуляціями, у жорсткій позиції неприйняття стану залежного (як то залежність при алкоголізмі чи подразлива несамостійність дитини), у прояві ролі “рятівника” (точніше її імітації для інших). Полюс підлеглисті проявляє себе у внутрішньому світі співзалежних: вони проявляють знижену самооцінку, почуття провини, низьку самоповагу і т. і. Все це зумовлює в них бажання підкоритися обставинам, бо поєднання контролю за залежним та самоконтролю є нестерпним для них за причиною виснаженості особистісних ресурсів.

Таким чином, в особистісних інтеракціях роль співзалежного має багато ознак домінування, але на рівні Я-концепції та особистості співзалежні мають всі передумови для формування покірливої поведінки. Це протиріччя між роллю і Я-концепцією можна пояснити тим, що стосунки з залежним потребують домінуючої позиції, позиції “батька” або “рятівника”, які не можуть бути слабкими за своєю суттю, але за цією необхідністю лежить страждання, самозвинувачення та бажання підтримки – що не можуть бути передумовами домінуючої поведінки.

Гендерні відмінності при співзалежності. У багатьох дослідженнях було відмічено, що жінки більш схильні до співзалежності, ніж чоловіки, тому що деякі психологічні характеристики жінок фактично збігаються з характеристикою співзалежної особистості, або, якнайменш, жінки більш схильні до особистісних рис властивих співзалежним. У дослідженні Cretser і Lombardo [3] зазначається, що згідно з даними 90-х років, приблизно 80% учасників руху “Діти Алкоголіків” – це жінки, а за відомостями однієї з популярних американських газет близько 85% читачів матеріалів, присвячених співзалежності – це жінки.

У зв'язку з цим Cretser і Lombardo провели вивчення:

- 1) обізнаності студентів з проблеми співзалежності;
- 2) поширеності і вираженості співзалежності;
- 3) гендерних відмінностей співзалежності.

Вибірка дослідження складала 165 учнів коледжу у віці 17-45 років (у середньому 19 років), з яких 58% були чоловіки і 42% – жінки. Студентам пропонувалося три завдання: анкета для самооцінки співзалежності, питання “якою мірою Ваші стосунки з близькою людиною є співзалежними” (визначення співзалежності додавалося), питання “Чи були у Вашому житті відносини (дитячо-батьківські, подружні, дружні) з залежним (алкоголь або наркотики), які тривали рік чи більше?”.

Результати перших завдань (анкета) виявилися на середньому з тенденцією до високого рівня і залежними від статі студентів. Зокрема, з'ясувалося, що співзалежність більше властива чоловікам, ніж жінкам ( $\chi^2 = 6,95$ ;  $p = 0,03$ ). Відповіді на питання другого завдання не мають залежності від статі, більша частина (41-43%) відповідають “рідко”, однак цікаво те, що кореляція відповіді на це пряме запитання з балами за анкетною (з непрямыми питаннями) складає всього 0,21, що говорить лише про тенденцію, але ніяк не про значущість взаємозв'язку. Таким чином, суб'єктивна оцінка співзалежності студентами применшується. На третє запитання 80% студентів відповіли “ніколи”, і по ньому також не спостерігається відмінностей між чоловіками і жінками. Таким чином, анкета з непрямыми питаннями показала, що чоловіки більш схильні до співзалежності, ніж жінки, суб'єктивна ж оцінка співзалежності не залежить від статі.

Cretser і Lombardo [28, 29, 30] пояснюють помилковість приписування жінкам більшої схильності до співзалежності тим, що жінки набагато частіше звертаються по психологічну допомогу з проблем співзалежності і, відповідно, частіше стають об'єктами досліджень. Також жінкам взагалі

частіше ніж чоловікам властиво переживати психологічний дискомфорт, який як самі жінки, так і психологи часто приймають за прояви співзалежності [3, 5, 10].

Таким чином, твердження про більшу вірогідність співзалежності у жінок не може бути вірним, тому що самі характеристики співзалежної особистості здебільше були побудовані на жіночій вибірці. Таким чином, вплив гендерного фактору на характеристику співзалежності як явища виявився значним.

Дослідження останніх років дозволяють виділити психологічні та соціально-психологічні характеристики співзалежних чоловіків, коли залежною є дружина [5, 8, 13, 31]. Співзалежні чоловіки бачать в дружині сильну особистість і вони бояться розриву відносин з нею, їм властиво міфологізувати роль кохання у шлюбі, що призводить до позиції всепрощення по відношенню до залежної дружини, співзалежні чоловіки імпульсивні, внаслідок чого у них відбувається психологічне спустошення, їм характерна фантазійна сексуальність, притаманна жінкам, вони сконцентровані на проблемах сім'ї та орієнтовані на психологічну допомогу ззовні (що більше властиво жінкам), мають зовнішній локус контролю. Звернемо увагу на те, що перераховані характеристики співзалежних чоловіків є здебільш характеристиками їх рольової поведінки і відображають полюс підкорення.

Таким чином, співзалежні жінки здебільшого виконують домінуючу роль при внутрішньому підкоренні, а співзалежні чоловіки виконують підлеглу роль. Вочевидь маємо маскулінізацію співзалежних жінок та фемінізацію співзалежних чоловіків.

Об'єктивно, стосунки з залежним потребують жіночого характеру (бажання зрозуміти, допомогти, стерпіти) та мужньої поведінки (контролювати, направляти, слідкувати). Маємо, по суті, закладене самими стосунками протиріччя між гендерною ідентичністю та гендерною роллю.

Маскулінізація ролі жінки у стосунках з залежним, за умови достатньої тривалості, призводить до змін у гендерній ідентичності, що також стає маскулінною. Підтвердження цьому можемо бачити в описах жінок з тривалою співзалежністю: гнівливість, слабка або відсутня емпатія, слабка диференціація почуттів та слабке їх розуміння, відсутність різноманіття проявів почуттів. На стадіях застарілої співзалежності жінки вже не відчують такого сорому, жалю, провини, як на початку становлення співзалежності – вони емоційно спустошені. Їх маскулінізована роль врівноважується маскулінізованою ідентичністю. Остання і формує їхню поведінку.

Чоловіки опиняються в дещо інших обставинах. Вони можуть проявляти в стосунках з залежною дружиною свою типову (маскулінну) рольову поведінку, але їх ідентичність входить в протиріччя з необхідністю проявляти розуміння, допомогу, терпимість – тобто фемінні якості. Таким чином чоловіки опиняються в ситуації особистісного конфлікту на рівні

ідентичності, що виснажує їх і поступово фемінізує. Звідси і різниця в описах співзалежних чоловіків та жінок.

Таким чином, ми можемо сформулювати наступні гіпотези:

1. Під впливом співзалежних відносин жінки маскулінізуються. Цей процес відбувається внаслідок розмиття фемінної ідентичності під впливом маскулінної ролі (яка неминуча в співзалежних відносинах).

2. Під впливом співзалежних стосунків чоловіки фемінізуються. Цей процес породжується суперечністю на рівні саморозуміння і самосприйняття себе у співзалежних стосунках.

На основі даних припущень, можна стверджувати, що особистісні зміни співзалежних жінок пов'язані з гомеостатичною зміною гендерної ідентичності слідом за необхідністю виконувати маскулінізовану роль, а особистісні зміни співзалежних чоловіків пов'язані з гетеростатичними процесами, викликаними протиріччям в Я-концепції.

Ґрунтуючись на вищезгаданому, ми можемо припустити, що чоловіки і жінки в однаковій мірі схильні до співзалежності, іншими словами – жінки не мають особливих рис, що сприяють виникненню співзалежності. Вплив співзалежності на гендерну ідентичність у чоловіків і жінок підпорядкований різним чинникам і має різні результати. Загальний вплив співзалежності на гендерну ідентичність можна позначити як “інверсія ідентичності”.

Цикли розвитку співзалежності. Розглянемо цикли розвитку співзалежності в рамках традиційного підходу. Так, Р. Хемфелт, Ф. Мінірт, П. Майер вважають, що динаміка співзалежності відбувається по спіралі та виокремлюють п'ять стадій [3].

На першій стадії циклу людина відчуває страждання і біль, їх причинами можуть бути проблеми дитинства (наприклад, нереалізованої потреби, бажання любові), самотність, низька самооцінка. Так як будь-яка людина прагне до позбавлення від негативних переживань, то з'являється потреба у зміні ситуації. Для цього в ряді випадків використовується співзалежна поведінка, після чого настає друга стадія циклу.

На другій стадії відбувається використання «іншої людини» для самоствердження, заповнення своїх потреб, в результаті чого співзалежна особистість відволікається від вирішення власних проблем.

Третя стадія – це результат використання співзалежних відносин, під час неї настає тимчасове полегшення страждань. Формуються стійкі механізми психологічного захисту, такі як: заперечення, раціоналізація, витіснення.

На четвертій стадії з'являються наслідки: негативні емоційні стани (депресія), психосоматичні проблеми, відбувається викривлення міжособистісних відносин, відчуття нестабільності, страждання. В результаті наступає п'ята стадія – переживання провини і сорому. Співзалежна особистість знову поринає в негативні переживання і шукає вже знайомі способи відволікання.

Далі починається нова фаза циклу. Зрештою, цикл прискорюється до того, що людина повністю втрачає контроль над своїм життям [3].

Виділяють 4 умовні фази перебігу співзалежності [4]:

1. Фаза заклопотаності. Характеризується наявністю тривоги за близьку людину, періодичною появою почуття провини, сорому, образи, жалю до себе, неспокою і гніву. Ці емоції («токсичні») стають механізмом захисту для людини, що страждає співзалежністю. Токсичні емоції для співзалежних все одно, що алкоголь для алкоголіка. Наявність проблем у житті на даній фазі заперечується.

2. Фаза самозахисту супроводжується трансформацією різних емоцій в негативні і, в той же час, заперечуються токсичні емоції. Вся увага поглинена «проблемним близьким». Існує почуття відповідальності за всі проблеми, втрачається контроль над своїм життям і над життям близьких.

3. Фаза адаптації. У співзалежних, які проходять цю фазу посилюється почуття провини і сорому, все частіше виражається гнів, з'являються докори сумління і стрес, прагнення до надмірної опіки, виражена жалість до себе, нестерпне почуття образи, почуття власної поразки, критично знижується самооцінка.

4. Фаза виснаження характеризується повною втратою почуття власної гідності, втрачається терпимість до хворого, людина духовно деградує, з'являються страхи, виражена тривога, депресія [4].

Один з варіантів моделі розвитку співзалежності пропонує Ц.П. Короленко, ототожнюючи її з хімічною залежністю. Ц.П. Короленко (1991) стверджує, що «... початок формування залежності відбувається завжди на емоційному рівні. Вихідна точка – переживання інтенсивної гострої зміни психічного стану у вигляді підвищеного настрою, почуття радості, екстазу, незвичайного підйому, відчуття драматизму, ризику у зв'язку з певними діями і фіксація у свідомості цього зв'язку» [2]. У людини, що відчула подібні емоції, з'являється розуміння того, що існують доступні способи зміни свого психічного стану. Групою ризику з розвитку залежності і співзалежності стають люди з низькими адаптивними можливостями, нестійкі перед стресорами, що проявляють постійне невдоволення собою, життям і оточенням.

Наступний етап залежної поведінки за Ц.П. Короленко (1991), «характеризується формуванням певної послідовності вдавання до засобів залежності. Встановлюється певна частота реалізації залежної поведінки, яка обумовлена наступними факторами: особливостями особистості до виникнення залежності, специфікою виховання, культурного рівня, навколишнього соціального середовища, значущих подій в житті, змін звичного стереотипу» [2]. Простежується кореляція ритму залежності з життєвими труднощами, і чим нижче поріг перенесення фрустрацій, тим швидше ритм. З почастиванням випадків вдавання до залежності міжособистісні відносини поступово відступають на другий план. Провокувати залежність починають будь-які події, що викликають душевний неспокій, тривогу, відчуття психологічного дискомфорту.

На третьому етапі залежність стає «стереотипним, звичним типом реагування». Мотивація штучної зміни свого психічного стану стає настільки

інтенсивною, що ставлення до проблем оточуючих людей, включаючи найбільш близьких, втрачає будь-яке значення.

Четвертий етап – домінування залежної поведінки. Відбувається повне занурення в залежність, остаточне відчуження та ізоляція від суспільства. Залежна особистість нічого не залишає від свого внутрішнього світу. За словами Ц.П. Короленка: «... залишається тільки зовнішня оболонка. Сама залежність не приносить колишнього задоволення, контакти з людьми вкрай ускладнені вже не тільки на глибинно- психологічному, але і на соціальному рівні. Втрачається навіть здатність до маніпуляції іншими людьми. На цій стадії довіру до залежного вже втрачено».

П'ятий етап носить характер катастрофи. Залежність руйнує і психіку, і біологічні процеси. Нефармакологічні залежності також порушують фізичний стан у зв'язку з постійним стресом, що тягне за собою захворювання серцево-судинної і нервової систем. Оскільки залежність вже не приносить колишнього задоволення і не відбувається бажаного зміну настрою, стан залежного в цілому відрізняється апатією і пригніченістю. Колишнє до-залежне «Я» зруйновано, повернення до нього неможливо, з такими людьми майже не вдається налагодити емоційний контакт. Настає період загальної кризи, духовного спустошення, що значною мірою може ускладнити корекцію або зробити її повністю безсилою.

Розглянуті нами варіанти розвитку співзалежності, позиціонували співзалежність як згубний стан, деградацію особистості і не включали в цикл співзалежності фаз позбавлення від співзалежності, початок одужання. Ми пропонуємо розглянути ще одну класифікацію, де динаміка співзалежності розглядається з іншої точки зору.

С. В. Березін (2001) у своїй монографії розглядає співзалежність як кризовий стан, але з можливим подальшим переходом на новий щабель саморозвитку, саморозуміння. Науковець виділяє чотири фази розвитку співзалежності. Для кожної з цих фаз характерні специфічні емоційні реакції, які визначають особливості співзалежних відносин [1]. Динаміку співзалежності С.В. Березін розглядає на прикладі матерів, діти яких схильні до хімічної залежності.

У першій фазі – переважання страху і розгубленості, найбільш вираженою емоційною складовою співзалежності є фобія втрати і невпевненість. У поведінці переважає невизначений неспокій, у спілкуванні співзалежні непослідовні, схильні до крайнощів в поведінці і реагуванні. Стан страху породжує складну гаму почуттів і реакцій: відчуття власної неповноцінності, відчуття безпорадності. Це приводить до різкого зниження самооцінки. На цій фазі розвитку співзалежні практично не в змозі адекватно зрозуміти реальність.

У другій фазі негативізму найбільш вираженою емоційною складовою є сором і проекція на близьких людей власних негативних рис. Негативізм часто виражається не тільки в підвищеній конфліктності, в прагненні до тотального контролю і докорів, а й в хаотичному пошуку засобів і способів допомоги, запереченні проблеми, у деяких випадках, навпаки, у

невиправданому оптимізмі щодо її вирішення. У якій би формі не проявлявся негативізм, у всіх випадках мова йде про заперечення частини реальності, що дозволяє розглядати його як механізм усунення тривоги і емоційної пригніченості.

У третій фазі – переважання депресивного стану найбільш вираженою емоційною складовою є почуття провини і печалі. У спілкуванні з близькими співзалежні пасивні, майбутнє видається їм похмурим, в оцінці перспектив переважають песимістичні висловлювання. Очевидно, що формування такого стану є результатом хронічної фрустрації надії внаслідок відсутності позитивної динаміки у вирішенні проблеми близької людини.

Нарешті, четверта фаза – збалансованих емоційних станів, характеризується готовністю співзалежних адекватно оцінювати ситуацію. На цьому етапі деструктивні емоційні реакції перетворюються в конструктивні; сором – в ухвалення; вина – у відповідальність. Людина готова почати оперативно і правильно реагувати на різноманітні події, у неї відновлюється здатність до спостереження та інтеграції нового досвіду [20].

На жаль, переважна більшість співзалежних «застрягає» на одній із перших трьох фаз циклу співзалежності. Мало хто здатний самостійно подолати страх, розгубленість, негативізм, почуття провини і сорому і досягти фази збалансованих емоційних станів. У переважній більшості випадків досягнення цієї фази, що знаменує собою початок зрілої адаптації (Л.Г. Міллер) до проблеми, є результатом тривалої і напруженої психотерапевтичної роботи. Спостереження дослідників свідчать, що тривалість окремих фаз і їх послідовність можуть змінюватися в широкому діапазоні проявів.

«Застрягання» на перших трьох фазах динаміки співзалежності може бути викликано декількома факторами різного рівня організації: типом характеру співзалежних, особливостями міжособистісних відносин і т.п. «Застрягання» означає не тільки неможливість переходу до зрілої адаптації, але і закріплення деструктивних форм поведінки, які формують певну форму співзалежності.

Відповідно з фазою циклу, на якій це відбувається можна говорити про тривожно-фобічні, маніакальні, депресивні і збалансовані форми співзалежності [18,19].

Все вищевикладене свідчить про те, що співзалежність є динамічним процесом, який розвивається циклічно і при відсутності допомоги може призводити до глибокої кризи.

Виходячи з такої схожості співзалежність лікують як хворобу за програмою 12 кроків, в якій вимагають визнання людиною безсилля перед міжособистісними відносинами і прагнення до незалежності. Однак дане положення надмірно спрощує проблеми людської залежності і взаємозалежності, ігнорує елемент людської природи, яка передбачає надання допомоги іншим, а також не враховує соціальні чинники, які заохочують особистостей (в першу чергу жінок) реалізувати свої обов'язки щодо догляду.

Підтвердженням такої гендерній дискримінації щодо співзалежності є дослідження R.F. Bornstein [21]. Науковець довів, що різниця між жінками та чоловіками за рівнем залежності вперше з'являється в дитинстві і триває до підліткового віку. Однак, використовуючи проєктивні тести серед дорослого населення, середні оцінки чоловіків і жінок виявилися однакові. R.F. Bornstein пояснює ці розбіжності ставленням суспільства, яке «запрошує» проявляти відкрито риси співзалежності лише жінок [6].

В еволюційному (сучасному) підході співзалежність розглядається як перший етап процесу індивідуального розвитку, що складається з чотирьох стадій [5].

Цей процес має бути завершений до дванадцяти років і в ідеалі відбуватися наступним чином. Коли людина народжується, вона вже перебуває на першій стадії – співзалежності, симбіотичному зв'язку між матір'ю і дитиною, при яких вони не відчують поділу. Дана стадія триває приблизно 6-9 місяців, до тих пір, поки дитина не починає повзати і ставати на ноги.

Друга стадія цього процесу – протизалежність. Завдання періоду – відділення дитини від батьків, пік якого припадає на вік приблизно 18-36 місяців. До цього часу і у батьків, і у дитини дуже сильна потреба стати незалежними людьми. У дитини виражений стимул до дослідження світу і відділенню («Я хочу це зробити сам»), тоді як батьки прагнуть витратити більше часу на свої довгострокові інтереси, такі як кар'єра і власні взаємини. Процес відділення відбувається протягом усього періоду і коливається між віком 2-3 роки.

Якщо друга стадія завершується без будь-яких ускладнень, то у віці приблизно трьох років дитина готова перейти до третьої стадії – незалежності. Протягом цієї стадії, яка триває до шести років, більшу частину часу дитина здатна діяти автономно, але все ще відчуває та здійснює дії в стані зв'язку зі своєю родиною.

Після завершення третьої стадії дитина підготовлена до переходу до четвертої стадії взаємин – взаємозалежності. На цій останній стадії, яка зазвичай відповідає 6-12 рокам, ступінь близькості взаємин між дитиною та іншими людьми коливається. Дитина то шукає більшої близькості, то раптом намагається віддалитися. Головне завдання даної стадії – придбання здатності рухатися вперед і назад між з'єднанням і відділенням, не відчуючи при цьому дискомфорту [24].

Якщо щось порушує завершення будь-який з цих стадій, то протягом усього життя людини будуть повторюватися процеси, що ведуть до завершення стадій психологічного розвитку. Результат незакінченого з'єднання та / або відділення – це співзалежність [25].

Все вищевикладене свідчить про те, що співзалежність є динамічним процесом, який розвивається циклічно і за відсутності допомоги може призводити до глибокої кризи.

Дарлін Лансер, сімейний психотерапевт і фахівець зі співзалежності, наводить 3 стадії її розвитку [26, 27]:



### Рання стадія

1. Формування прихильності до залежного. Пропозиції та надання безоплатної допомоги, підтримки, подарунків та інші поступки.
2. Постійні спроби сподобатися (виявитися «доброю», «хорошою» людиною, яка заслуговує довіри).
3. Заклопотаність поведінкою залежного, – як і що відбувається в його житті, як він поводить, чому це відбувається.
4. Раціоналізація поведінки залежного (знаходяться пояснення, чому він залежний і що у нього немає іншого вибору не бути залежним).
5. Сумніви в тому, що бачиш (навіть якщо людина п'яна, пішла явно за пляшкою, за дозою або грати в автомати – співзалежний відмовляється вірити і відганяє думку про те, що відбувається, дає собі пояснення «насправді – це ...»).
6. Заперечення залежності («Насправді, він – не алкоголік, він просто іноді випиває 7 днів на тиждень по пляшці горілки. Це тільки для зняття напруженості», «Насправді, він не залежний від комп'ютерних ігор, просто він займається улюбленою справою, відволікається від побутової сірості).
7. Відмова від власної активності (наприклад, залишатися вдома, щоб чоловік не напився).
8. Зменшення соціальних контактів (спілкуються з тими, хто розуміє, який залежний партнер бідний – нещасний і підтримує бесіду на цю тему).
9. Власний настрій співзалежних залежить від поведінки партнера і його настрою.

### Середня стадія

1. Заперечення і мінімізація хворобливих аспектів (так, вкрав гроші, але їх там все одно було мало; так, лежав під парканом, але паркан був хороший і бруду не було навколо).
2. Укривання (якщо людина займається реалізацією своєї залежності, «відмазування» її, брехня в порятунок).
3. Тривога, вина, самозвинувачення (я роблю мало або щось неправильно, – якщо він продовжує неправильно поводитися).
4. Зниження самооцінки.
5. Ізоляція від друзів і знайомих.
6. Постійний контроль за залежним.
7. «Пиляння», звинувачення, маніпуляції («Уб'ю себе, якщо ти будеш продовжувати...», «Ти мені все життя зіпсував»).
8. Гнів і замішання (після того як «все зроблено правильно»: змінено поведінку, створені умови, все куплено, все продано, задіяні фахівці, екстрасенси і чаклуни – він все одно поводить неправильно).
9. Розуміння, що по-справжньому не може контролювати життя навколо себе і підпорядковується примхам залежного.
10. Постійні коливання настрою, які вже не залежать від поведінки залежного.
11. Зняття відповідальності з залежного (він не винен, що п'є, колеться, грає).

12. Поява «сімейних секретів» (ніхто не повинен говорити за межами сім'ї, що щось відбувається «не те»).

13. Поява залежності (дружини алкоголіків можуть самі почати пити, деякі з міркування «щоб йому менше дісталось» або «щоб з дому не йшов»; часто розвиток залежності від їжі).

Пізня стадія.

1. Постійно пригнічений настрій.

2. Розвинена залежність.

3. Відчуття порожнечі і байдужості.

4. Безпросвітність.

5. Появи стрес-залежних захворювань (гіпертонія, виразка шлунка).

6. Посилення спроби контролю аж до насильства (в горілку можуть підсипати всякі психотропні, запрошувати бандитів «щоб провчити» і т.п.).

**Висновки.** Отже, вивчивши наукову літературу можна зробити висновок, що співзалежність – це цілісна модифікація поведінки і свідомості, зумовлена присутністю в контексті з індивідом залежного суб'єкта. Співзалежність є досить поширеним явищем, бо залежними є не тільки хімічно залежні, але і хворі люди, інваліди, діти та взагалі будь-хто з особливими потребами. Ця модифікація є результатом адаптації до відносин із залежним, тобто, по суті, співзалежність направлена на збереження існуючого стану за причиною страху змін та може розглядатися як один із наслідків посттравматичних стресових розладів та можливий прояв такого розладу

Як видно з вивчених літературних джерел, існують різні підходи до визначення співзалежності:

- це стійка особистісна дисфункція, пов'язана з відчуженням, неприйняттям своїх особистих почуттів, думок, бажань, потреб, із стійкою потребою заповнення своєї особистості особистістю іншої людини, із повною залежністю свого настрою і душевного стану від настрою і стану іншого;

- емоційний, психологічний і поведінковий стан, який виникає внаслідок того, що людина довгий час була під впливом гнітючих правил – правил, які перешкождали відкритому висловлюванню почуттів, а також відкритому обговоренню особистісних та міжособистісних проблем, в тому числі, які були причиною травматизації психіки людини та є в певній мір наслідком посттравматичного розладу ;

- співпроникнення членів сім'ї залежної людини у її хворобу з прагненням впливати на неї та відмовою від власного життя;

- співзалежний – це той, хто дозволив поведінці іншої людини сильно впливати нього або на неї, і хто одержимий спробами контролювати поведінку цієї людини.

*Література:*

1. Жидко М. Є. Особливості психологічної диференціації професійної дезадаптації, професійної деформації та емоційного вигорання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. Вип. 4. С. 99-103. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp\\_2015\\_4\\_28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2015_4_28)

2. Психотерапия как невербальная практика : коллективная монография / под ред. д. психол. н., проф. А. С. Кочаряна. Х.: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2014. 260 с.
3. Крамченкова В.О. Наукові підходи до дослідження тютюнової адиктивної поведінки. *Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*, 175-180
4. Лиманкіна, А. І. Сучасні підходи до розуміння дефініції феномена «співзалежність». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 2022. 62-65. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.3.12>
5. Патент України на корисну модель №150832. Пристрій для корекції психосоматичного і психофункціонального стану людини. Чухраєв М.В., Буцька Л.В., Оверчук В.А., Малина О.Г., Черняк А.В., Самсонов В.О., Чухраєва О.М., Уніченко А.В. Опубл. 27.04.2022, бюл. №17/2022
6. Lidia Butska. Clinic, approaches to classification and terminology of low back pain, modern approaches to physical therapy of men 40-60 years old with dorsalgia at the outpatient stage. Theory and methodology of innovative health care development in the national, European and global contexts. Monografia Edited by Lidia Butska. The University of Technology in Katowice Press, 2023. Katowice: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach. 520 p. doi: 10.54264/M021. Format: e-book [pdf.] P. 111-138.
7. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. Методичні рекомендації /П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. Київ, 2014. 66 с.
8. Butska Lidia et al. Modern concepts of mechanisms of occurrence and development of pain syndromes of non-visceral origin in persons working in conditions of high psychophysical loads. Literature review.12. p.535-549. Digital transformation of society: theoretical and applied approaches. Katowice Monograph 46 Publishing House of University of Technology, Katowice, 2021.
9. Буцька Л.В., Чухраєв М.В. Психофізичні методи діагностики, профілактики та корекції психосоматичних розладів у осіб, що працюють в екстремальних ситуаціях: монографія. Київ: ДП «Вид.дім «Персонал», 2017. 268 с.
10. Древіцька О., Сиропятов О., Калантай І., Буцька Л. Аналіз окремих показників завершених суїцидів серед військовослужбовців. SCIENTIA, 2021. С.37-41 <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/scientia/article/view/1711717>.
11. Буцька Л.В., Чухраєв М.В., Древіцька О.О. Психофізіологічна реабілітація при больових синдромах. Київ: ДП «Видавн дім «Персонал», 2017. 208 с.
12. Chukhraev N.V., Zukow W., Unichenko A.V., Butskaya L.V., Gres O.O. Multidisciplinary approach in the treatment of spin diseases. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019;9(1): 294-307. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2553467> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6545>, <https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/901398>.
13. Бурлака О.В., Железко О.В., Уніченко А.В., Буцька Л.В. Спосіб корекції тривожно-депресивних розладів у осіб, які постраждали внаслідок бойових дій та надзвичайних ситуацій. Номер патенту: 102217 Опубліковано: 26.10.2015.
14. Ніконова О. Ю. Гендерні відмінності при спів залежності. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2011. Вип. 27. С. 318-328. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nsspp\\_2011\\_27\\_37](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nsspp_2011_27_37).
15. Ніконова О. Ю. Запобігання насиллю в узалежненій сім'ї: з досвіду гендерної школи батьківська. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки. 2014. Вип. 44. С. 37-43. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_012\\_2014\\_44\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2014_44_8).
16. Чухраєв М.В., Буцька Л.В. МПК (2018.01) А61N 2/00 А61N 5/00 F61M 21/00 а61m 16/00. Прилад для корекції корекції психосоматичного і психофункціонального стану людини. 2021 р.

17. Хабайлюк В. Життєва та професійна компетентність студентів. Обрії. 2014. – № 2. С. 80-83. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/obrii\\_2014\\_2\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/obrii_2014_2_24).
18. Beattie M. Co-dependents' guide to the 12 steps. New York : Prentice Hall, 1990. 265 p.
19. Cermak T. Diagnosing and treating codependence. New York: Hazelden Publishing, 1998. 132 p. 3.
20. Horney K. Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis. New York: Putnam, 1945. 240 p.
21. Larsen E. Stage II Recover: Life beyond addiction. San Francisco: Harper & Row. 1985. 112 p.
22. Murray M. Prisoner of Another War: A Remarkable Journey of Healing from Childhood Trauma. Berkeley : PageMill Press, 1991. 256 p.
23. O'Brien P. Codependency: A disorder separate from chemical dependency. Journal of Clinical Psychology. 1992. Vol. 48. P. 129–136.
24. Philips R. D. Structural Symbiotic Systems. New York: Human Esteem Publ., 1987. 132 p.
25. Potter-Efron R. T. Outpatient co-dependency treatment. Alcohol. Treat. Quart. 1989. V. 6, № 1. P. 151–167.
26. Prest L. A. Family systems theory: a unifying framework for codependence. The American Journal of Family Therapy. 1993. Vol. 21, № 4. P. 352–360.
27. Subby R., Friel J. «Co-dependency: A Paradoxical Dependency» in Co-dependency: An Emerging Issue. Pompano Beach: Health Communications, Florida, 1984. P. 31–44.
28. Wegsneider-Cruse S. Choice-Making for co-dependents, adult children, and spirituality seekers. Florida: Health Communication, 1985. 238 p.
29. Weinhold B., Barry K., Janae B. Breaking Free of the Co-Dependency Trap. San Francisco: New World Library, 2006. 272 p.
30. Whitefield C. Z. Co-dependence : our most common addiction – some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcohol. Treat. Quart.* 1989. Vol. 6, № 1. P. 19–36.
31. Young E. Co-alcoholism as a disease: implications for psychotherapy. *Psychoactive Drugs.* 1987. Vol. 19, № 3. P. 257–268.

## 1.2. Features of psychological rehabilitation of internally displaced persons

### Особливості психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб

**Аналіз актуальних досліджень із даної теми.** Дослідження проблеми соціальної та психологічної підтримки вимушено переміщених осіб та біженців в Україні багаторазово відновлювалось у зв'язку з різними загостреннями конфліктів не нашої держави. В Україні з'явилися біженці із самого здобуття нашою країною незалежності – у багатьох країнах колишнього СРСР загострення національних конфліктів та громадянські війни призвели до міграції населення, у тому числі й до України. Проте відновлення досліджень у цій галузі припадає на 2014 рік. Бойові дії у Луганській та Донецькій областях, анексія Криму з боку росії – призвели до масового виїзду українців на підконтрольні Україні території. Повномасштабне вторгнення у лютому 2024 року з боку росії перетворило весь схід і частину півдня країни на постійну зону лиха, переміщення з якої на більш віддалені від бойових дій регіони – питання виживання.

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) стикаються з численними викликами, які суттєво впливають на їхнє фізичне, соціальне та психологічне благополуччя. Психологічний стан ВПО є однією з найважливіших складових, яка визначає їхню здатність адаптуватися до нових умов життя та інтегруватися в нове середовище. У сучасному світі проблема ВПО набуває все більшої актуальності. За даними ООН, кількість внутрішньо переміщених осіб у світі постійно зростає, досягаючи мільйонів людей. Це явище торкається не лише окремих індивідів, але й цілих сімей та спільнот, змінюючи їхнє життя на багато років і навіть десятиліть. ВПО опиняються у складних соціально-економічних умовах, стикаються з нестачею житла, роботи, освіти та медичної допомоги, що ускладнює їхню адаптацію та інтеграцію в нові громади.

Психологічні наслідки переміщення є надзвичайно різноманітними і можуть включати посттравматичний стресовий розлад, депресію, тривожні розлади, соціальну ізоляцію та інші форми психологічного дистресу. Ці проблеми можуть бути посилені відсутністю соціальної підтримки, економічними труднощами та культурними бар'єрами. Важливо розуміти, що кожна особа має свій унікальний досвід та реакцію на травматичні події, тому підхід до надання психологічної допомоги має бути індивідуальним та комплексним.

У цьому контексті роль психологів, соціальних працівників та інших фахівців є надзвичайно важливою. Вони повинні мати глибоке розуміння специфічних потреб ВПО та бути готовими надавати ефективну підтримку, спрямовану на поліпшення їх психологічного стану та сприяння успішній інтеграції в нове середовище. Комплексний підхід, що включає індивідуальні, сімейні та громадські інтервенції, може суттєво покращити якість життя ВПО та сприяти їхній адаптації до нових умов.

**Мета:** визначити ефективні методи та техніки психологічної реабілітації внутрішньо переміщених осіб різного віку.

**Результати дослідження.** Сучасні міжнародні документи, які описують необхідне надання гуманітарної допомоги постраждалому населенню містять не лише інформацію про евакуацію, лікування поранень та усунення наслідків катастроф. Значну увагу в них приділено питанням психологічної та соціальної допомоги постраждалим людям. Серед цих міжнародних документів найбільш широко визнаними цивілізованими державами є: «Гуманітарна хартія», «Мінімальні стандарти надання гуманітарної допомоги», «Кодекс поведінки допомоги у випадках стихійних лих та катастроф Міжнародного руху Червоного Хреста та Червоного Півмісяця». Саме на положення, що містяться в цих документах спираються національні уряди та міжнародні організації, коли стикаються з великими лихами. Надання гуманітарної допомоги сфокусовано на 4 основних сферах діяльності, таких як: водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни; продовольча безпека та їжа; забезпечення житлом, організація розміщення та непродовольча допомога; медична допомога [10, с. 31].

Для України, яка веде тривалу повномасштабну війну на своїй території, від якої страждають не лише військові та дорослі люди, а й діти, у контексті психологічної допомоги найбільш актуальним є «Індекс реакції на посттравматичний стресовий розлад», розроблений Каліфорнійським університетом у Лос-Анджелесі. Цей індекс широко використовувався в США для оцінки стану травмованих дітей після великих катастроф, таких як ураган Катріна, який зруйнував Новий Орлеан. Цей метод також може бути використаний для оцінки психічного стану дітей та підлітків не тільки після природних катастроф. Але й після вимушеного переселення, травм, завданих бойовими діями, злочинами проти особи [19]. Цей індекс має стати частиною програми оцінки та реабілітації дітей після стресового розладу.

Сьогодні в Україні Індекс реакцій широко використовується для того, щоб оцінити ступінь травми людей різного віку, культурної та гендерної приналежності. Так, дослідник Т. Титаренко вважає, що «соціально-психологічна реабілітація особистості включає досягнення якісно нового рівня її психологічного здоров'я. Хороше психологічне здоров'я забезпечує підвищення суб'єктивної задоволеності власним життям і собою, що дозволяє сприймати власне життя як вдале, щасливе» [15, с. 147].

Саме тому для того, щоб людина відчула себе щасливішою, в останні кілька років дослідники приходять до висновку, що ефективною може виявитися і непряма, а не пряма психологічна допомога. Якщо йдеться про маленьких дітей, або ж батьки з тієї чи іншої причини не хочуть або не можуть звертатися до фахівця, можна працювати тільки з оточенням постраждалої дитини. Фахівці можуть через оточення налагодити домашній комфорт або комфорт в освітньому закладі, завдяки чому дитина може швидше пройти процес реабілітації. Наприклад Т. Титаренко пише: «досить ефективна робота з тими членами сім'ї військових, які йдуть на контакт із

психологом і розуміють значущість коректної підтримки рідної людини, яка поки що відмовляється брати участь у реабілітаційних заходах» [15, с. 141]. Це стосується не лише військових, а й дітей.

Також досить хороші результати дають різні заходи не психологічної, а соціальної допомоги, завдяки яким стають комфортнішими умови життя переселених постраждалих дітей. Психологічний стан може покращуватися не від прямої дії, а від наявності смачної їжі, гарячої води та потрібних предметів гардероба. Волонтерські організації беруть на себе цю роль. При вимушеному переїзді нової сім'ї з окупованих територій або територій, на яких проходять бойові дії, волонтери найчастіше допомагають підготувати документи для здобуття освіти, надають житло, необхідний набір особистих речей, предмети начиння та побуту. Це допомагає не лише дорослим членам сім'ї у розв'язанні їхніх проблем, а й сприяє покращенню сімейного клімату та сприяє прискоренню дитячої реабілітації.

Завдяки розвиненим інформаційним технологіям психологічна допомога доступна сьогодні не лише мешканцям великих міст, а й мешканцям маленьких населених пунктів. У селищах та селах рідко бувають реабілітаційні центри та необхідна кількість фахівців, але групи підтримки в Інтернеті, зустрічі зі спеціалістами гарячих ліній допомоги доступні онлайн, що полегшує вимушено переміщеним сім'ям вибір місця проживання.

Практично кожен, у кого є комп'ютер і доступ в інтернет, може знайти необхідну літературу з психологічними порадами та рекомендаціями та координати фахівців, які готові консультувати людину в онлайн-режимі. Сьогодні таких фахівців дуже багато – фактично кожен психолог має кілька місць, для клієнтів, які постраждали в результаті війни, консультування яких відбувається безкоштовно. Спілкування в соціальних мережах, створення онлайн-товариств ветеранів, груп військовослужбовців, жителів вже зруйнованих міст, які обговорюють усі актуальні для них проблеми, спільно шукаючи способи вирішення складних життєвих завдань, – це дозволяє суттєво підвищити якість професійної психологічної допомоги [6, с. 142].

При цьому перед фахівцями, які працюють над психологічною реабілітацією дітей, стоїть ще одне завдання. Непрямої допомоги – дорослим членам сім'ї, які були змушені поміняти місце проживання через бойові дії, необхідно чітко розуміти, що їхні психологічні та фінансові ресурси мають бути вкладені не тільки в психологічну реабілітацію дітей, а й у свою особисту психологічну стабільність. Психолог за кілька сеансів може навчити дорослу особистість методикам та технікам саморегуляції, які можуть зберігати спокій знаходити мотивацію та адекватно реагувати на зовнішні подразники. Особливість незрілої дитячої особистості полягає в тому, що діти вкрай потребують наявності поряд стабільного, надійного дорослого, який упевнений у своїх діях. Якщо тільки дитяча реабілітація стане домашнім завданням сім'ї, тоді як психологічний стан дорослих не буде задовільним, результати допомоги дитині можуть виявитися мінімальними.

Також варто зазначити, що допомога в реабілітації сім'ї (оскільки робота виключно з дитиною може виявитися неефективною) має бути комплексною. Спеціаліст-психолог чи психотерапевт повинні переконати сім'ю користуватися послугами та допомогою всіх громадських організацій, які цю допомогу пропонують: соціальні педагоги, психолог навчального закладу, волонтери, вчителі, вихователі, соціальні працівники – всі мають бути включені до процесу адаптації та реабілітації внутрішньо переміщеної сім'ї. Так члени сім'ї швидше знайдуть знайомих в незнайомому суспільстві, що прискорить процес адаптації до нових соціальних (і можливо навіть культурних) умов.

Таким чином, роль і місце психологічної допомоги для сімей, які через війну стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО), повинні бути комплексними.

Внутрішньо переміщені особи – це люди, які вимушено залишили свої домівки, але залишаються в межах своєї країни [1]. Це явище, на жаль, не є новим, але набуло особливої актуальності в Україні після початку війни у 2014 році та повномасштабного вторгнення у 2022 році.

Згідно з керівними принципами ООН щодо внутрішнього переміщення, ВПО – це особи або групи осіб, які були змушені покинути своє місце проживання внаслідок або з метою уникнення наслідків збройного конфлікту, ситуацій загального насильства, порушень прав людини чи стихійних лих або техногенних катастроф, та які не перетнули міжнародно визнаного державного кордону.

Існує кілька підходів до класифікації ВПО:

- *перший підхід враховує причини переміщення*: ВПО внаслідок збройного конфлікту, ВПО внаслідок стихійних лих, ВПО внаслідок порушень прав людини, ВПО внаслідок розвитку проектів;

- *другий підхід передбачає тривалість переміщення*: короткострокові ВПО (до 6 місяців), довгострокові ВПО (понад 6 місяців);

- *третій підхід враховує місце розміщення*: ВПО які проживають у колективних центрах, ВПО які проживають у приватних помешканнях, ВПО, які проживають на вулиці або в інших неформальних поселеннях;

- *останній, четвертий підхід бере до уваги вік та соціальну вразливість*: діти ВПО, ВПО похилого віку, ВПО з інвалідністю, жінки ВПО [5].

Україна зіткнулася з безпрецедентною кількістю ВПО внаслідок російської агресії. Це створює значні виклики для держави та суспільства. Такими викликами, можна вважати: *соціально-економічні проблеми*: втрата роботи, житла, майна, бідність, соціальна ізоляція; *психологічні проблеми*: посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожні розлади; *проблеми інтеграції*: труднощі з пошуком роботи, житла, доступу до освіти та медичних послуг; *дискримінація та стигматизація*: негативне ставлення з боку місцевого населення.

Подолання зазначених викликів вимагає комплексного інституційного підходу, який включає: *забезпечення базових потреб ВПО* (житло,



харчування, медична допомога, освіта, соціальні послуги тощо), *психологічна підтримка та реабілітація* (надання психологічної допомоги ВПО, які постраждали від травматичного досвіду), *сприяння соціальній інтеграції* (створення умов для інтеграції ВПО у нові громади, включаючи доступ до ринку праці, освіти та соціальних послуг), *боротьба з дискримінацією та стигматизацією* (проведення інформаційних кампаній, спрямованих на підвищення толерантності та розуміння проблем ВПО).

Внутрішньо переміщені особи – це не просто статистика, це люди, які пережили втрату та біль. Підтримка та допомога ВПО – це не лише гуманітарний обов'язок, а й інвестиція у майбутнє країни.

Сучасні кризові події не обмежуються впливом лише на військових, але й торкаються значної частини цивільного населення. Складна та непередбачувана ситуація, що склалася в країні, створює загрозу життю.

Однією з найбільш уразливих груп є внутрішньо переміщені особи різного віку, які через переселення зазнали значних матеріальних втрат та переживають психологічні наслідки травм різного ступеня важкості.

Внутрішньо переміщені сім'ї потребують одночасно двох напрямів роботи з ними – насамперед це надання психологічної допомоги відразу після травмуючої події, а в другу – задоволення базових потреб та отримання доступу до відповідних послуг, а також допомоги у розв'язанні нових проблем. Найчастіше на новому місці сім'ї стикаються з такими проблемами як: пошук тимчасового житла, їжі, води, санозабезпечення, оновлення послуги з охорони здоров'я для людей з травмами або хронічними захворюваннями або тривалими розладами здоров'я, відновлення контакту з близькими людьми, друзями та доступ до особливого виду підтримки культури чи релігії цих людей [4].

Підвищення рівня психологічного здоров'я людей і суспільства загалом має стати не лише завданням гуманізації соціальних відносин та нормалізації якості життя внутрішньо переміщених осіб, а й взагалі умовою національного буття та перспектив державного розвитку.

ВПО втратили не тільки матеріальні блага, але й рідних та близьких, що є найтяжчими втратами. Основним завданням психологів є надання своєчасної допомоги постраждалим та сприяння їхній психологічній реабілітації та соціальній адаптації. Психологічна реабілітація та соціальна адаптація є взаємопов'язаними, оскільки мають спільну мету – допомогти особі адаптуватися до нового середовища та відновити психічне здоров'я.

ВПО часто залишають своє житло, роботу та соціальні зв'язки, що робить процес адаптації до нових умов життя особливо складним і психологічно важким. Жінки, які часто виїжджають на контрольовану Україною територію, зазвичай беруть на себе всю відповідальність за догляд за сім'єю. Психологічна допомога ВПО часто зводиться до забезпечення базових потреб, але психологічна підтримка також є критично важливою. Перед початком психологічного супроводу необхідно забезпечити базові потреби осіб у безпеці, після чого можна приступати до вирішення завдань психологічного супроводу.

Основна мета психологічної допомоги – це допомогти людям пристосуватися до змінених умов життя та впоратися з негативними ефектами, що виникли в результаті пережитих психологічних травм [13].

Центральне значення в психологічній реабілітації має поняття якості життя. Фокус на якість життя осіб, що переселилися, визначає наповнення та глибину реабілітаційних заходів. Психологічна реабілітація передбачає різноманітність підходів, що враховують як тип травми, так і індивідуальні особливості особи, її життєвий досвід, значущі відносини та наявні можливості.

Психологічна підтримка є ключовим елементом реабілітації, оскільки вона спрямована на осіб, які, незважаючи на деякі симптоми психологічного травмування (наприклад, низька самооцінка, відчуття соціальної ізоляції, проблеми зі сном), зберігають здатність до ефективної діяльності і потребують обмеженої, але висококваліфікованої допомоги психолога. Початковий етап психологічної підтримки для осіб, які пережили травматичні події, – це *етап стабілізації*, який включає застосування методів релаксації, медитації та активації внутрішніх ресурсів.

Наступний етап – *обробка травматичних переживань* – включає використання різних методів емоційної корекції подій. Третій етап – *інтеграція здобутого досвіду* – полягає в рефлексії пережитого, пошуку особистісного значення та місця в життєвому шляху. Важливо пам'ятати, що якщо клієнт або група виявляють підвищену тривожність чи емоційну нестабільність, слід повернутися до етапу стабілізації [13].

Психологічна підтримка повинна бути адаптована до індивідуальних потреб кожної особи. Комплексний підхід до психологічної підтримки, що включає діагностику, планування та проведення інтервенцій, сприяє поліпшенню психологічної адаптації. У контексті воєнного стану актуальним є питання соціально-психологічної адаптації. Адаптація включає різні фактори, що впливають на успішне включення в нове середовище. Основним завданням у процесі соціально-психологічної адаптації є подолання психологічного стресу, що виникає в результаті переїзду [12].

Це може включати відчуття невизначеності, страху, тривоги, втрати ідентичності або відчуття віддаленості від дому та оточення. Важливим є розвиток стратегій подолання стресу, встановлення нових соціальних зв'язків та формування позитивного самосприйняття. Це включає усвідомлення умов проживання, пошук роботи чи можливостей для заробітку, доступ до освіти, медичних послуг, соціальної підтримки та інших ресурсів, необхідних для задоволення основних потреб. Використання цих ресурсів допомагає створити стабільні умови життя та забезпечує успішну адаптацію. Швидкість та якість адаптації залежать від адаптаційного потенціалу, психологічних ресурсів та життєвої стійкості, які дозволяють подолати стресові фактори.

Відомий австрійський психотерапевт Віктор Франкл вважав, що мотивація до виживання та відновлення залежить від наявності у людини сенсу життя. Він стверджує, що немає ситуацій без сенсу, оскільки навіть негативні аспекти життя, такі як страждання, провини та смерть, можуть бути

перетворені на позитивні, якщо підійти до них з правильною позицією. Мотивація людини є ключовим фактором у реабілітаційній діяльності психолога, а ефективність реабілітаційних заходів залежить від внутрішньої активності та бажання до відновлення [16].

На практиці, стимулювання та підтримання мотивації до реабілітації зазвичай відбувається на особистісному рівні, тому важливою є здатність психолога встановлювати довірливі взаємини з клієнтом.

Головна роль психолога у роботі з мотивацією полягає у відновленні внутрішнього бажання клієнта до змін, оскільки це є ключовим для успішної реабілітації. Одним з основних завдань психологічної реабілітації є спонування до самостійного вирішення проблем, активізація внутрішніх ресурсів для відповідального ставлення до власного життя та життя сім'ї. На ранніх етапах, коли основна потреба в безпеці ще не задоволена, важливо сприяти переходу від позиції «жертви» до позиції «відповідальної особи». Зацикленість на ролі жертви може призвести до фіксації на втраті та пасивному сприйнятті життя. В той же час, перехід до активної життєвої стратегії, яка передбачає відповідальність за власне життя, дозволяє сприймати вимушене переселення як складне завдання, що вимагає творчого підходу та може мати позитивний результат.

Психолог повинен дотримуватися принципу реалістичності та не обіцяти неможливого, оскільки розчарування може стати для клієнта не меншим стресом, ніж сам переїзд. Робота над формуванням відповідальності починається з аналізу наявних ресурсів, для чого може бути корисною «ресурсна карта». Вона допомагає оцінити матеріальні, психологічні, соціальні та духовні ресурси, дозволяючи клієнту бачити ситуацію не тільки через призму пережитих травм, але й з точки зору відповідальності за власне життя, можливостей соціально-психологічної адаптації та особистісного розвитку [8].

Ресурси життєстійкості є фундаментом для реабілітації, оскільки вони допомагають зменшити вплив стресу та дозволяють особистості будувати життєві перспективи. Розвинена життєстійкість сприяє вибору стратегій, які оптимізують використання особистісних ресурсів для досягнення життєвих цілей, таких як освіта та кар'єра, та допомагають утримувати баланс між завданнями та часом на їх виконання. Ці стратегії мають реабілітаційний потенціал, особливо в умовах високого рівня травматизації.

Життєстійкість також дозволяє ефективніше використовувати ресурси для планування та моделювання майбутнього. Недостатність ресурсів може перешкоджати самореалізації, викликаючи зростання тривожності та страху перед змінами. Обмеженість у прогнозуванні майбутнього може утримувати особу в минулому або теперішньому, гальмуючи її розвиток. Різні життєві ситуації вимагають застосування різних стратегій, і здоров'я та адаптація до складних обставин можливі завдяки правильному розподілу ресурсів. Відновлювальний ефект досягається завдяки таким ресурсам, як діалогічне спілкування, підтримуюча поведінка та здатність управління ризиками. Життєстійкість як інтегральна особистісна характеристика є ключовим

ресурсом для успішного подолання життєвих труднощів та стресових ситуацій, зберігаючи внутрішню впевненість та збалансованість [13].

Таким чином, ресурси для реабілітації життєздатності особистості слугують внутрішнім джерелом енергії кожної людини, які допомагають знизити ризик розвитку негативних посттравматичних реакцій, підтримують стабільність та цілісність життєвого простору, сприяють оптимістичному ставленню до збереження психічного здоров'я та надії на благополуччя в майбутньому.

Травматичний стрес особливо впливає на емоційну сферу особистості, що може порушити звичний ритм життя. В таких умовах володіння методами підтримки емоційної стабільності, управління власними емоціями та збереження спокою під час стресу позитивно впливає на продуктивність та психологічне благополуччя особи [3].

Відновлення емоційної рівноваги може бути досягнуто за допомогою дихальних вправ, тілесно-орієнтованої терапії, різноманітних арттерапевтичних методів. Однак, працюючи з травмованими особами, необхідно бути обережними щодо можливості виникнення інтенсивних негативних емоцій, спричинених усвідомленням незворотності подій, відчуттям власної безпорадності та самозвинуваченнями.

У контексті реабілітації ВПО, арттерапія займає важливе місце. Вона відрізняється від інших видів психологічної допомоги тим, що не має протипоказань. Творчі заняття, такі як малювання, ліплення, створення колажів, допомагають інтегрувати роз'єднані частини переживань та активізувати усвідомлення через всі сенсорні канали. Крім того, артметоди можуть бути застосовані в роботі з великими групами, що є доцільним при обмежених ресурсах часу та спеціалістів [14].

Необхідно пам'ятати, що багато переселенців переживають втрату близьких через розлуку або фізичну втрату. Надаючи допомогу в таких ситуаціях, слід враховувати комунікативні особливості, вік особи та етап горювання.

Під час психологічної реабілітації важливо враховувати етап горювання, який проходить особа: від первинної взаємодії з втратою до одужання. Спосіб переживання втрати залежить від обраної стратегії виживання, яка може бути орієнтована на активне подолання життєвих труднощів або пасивне прийняття обставин.

Ефективні реабілітаційні інтервенції можуть включати підтримку від близьких, когнітивно-поведінкові методи, духовно орієнтовану підтримку, арттерапію, методи активного слухання та сімейне консультування.

Профілактика вторинної травматизації повинна базуватися на психоедукації, яка включає інформування про природу травми та її вплив на різні сфери життя особи. Психоедукація має на меті надати знання про психічні розлади, їх симптоми, причини та фактори, що впливають на психічне здоров'я, а також допомогти у розпізнаванні ранніх ознак психічних порушень [13].

### ***Психологічний стан внутрішньо переміщених осіб.***

Переміщення з рідних місць, втрата майна, розлука з рідними та близькими, а також невизначеність майбутнього суттєво впливають на психологічний стан внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Психологічні проблеми, з якими стикаються ВПО, є складними та багатогранними. Розглянемо детальніше основні аспекти їх психологічного стану:

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** є одним із найпоширеніших психологічних розладів серед ВПО. Основні симптоми ПТСР включають:

- нав'язливі спогади (постійні, неприємні спогади про травматичні події, які можуть виникати у вигляді флешбеків або нічних кошмарів);
- підвищена тривожність та збудливість (ВПО можуть бути надмірно настороженими, легко лякаються, відчувають постійну напругу та труднощі з концентрацією);
- уникання (бажання уникати ситуацій, місць або людей, які нагадують про травму, що може призводити до ізоляції та соціальної відчуженості);
- емоційна анемія (відчуття емоційної відчуженості, труднощі у встановленні близьких стосунків, відчуття безнадійності та втрати інтересу до життя) [13].

**Депресивні стани та тривожні розлади** є також поширеними серед ВПО. Основні прояви цих розладів включають: *депресію* (відчуття постійного смутку, безнадійності, втрати інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, що часто супроводжується фізичними симптомами, такими як втома, порушення сну та апетиту) та *тривожні розлади* (постійне відчуття тривоги, занепокоєння про майбутнє, страх перед невідомістю, що може супроводжуватися фізичними симптомами, такими як серцебиття, пітливість, тремтіння) [20].

Через **втрату соціальних зв'язків та підтримки** багато ВПО відчувають себе соціально ізольованими. Це може виражатися у *відчутті самотності* (відчуття відчуженості від суспільства, відсутність близьких стосунків та підтримки) та *труднощах у встановленні нових соціальних зв'язків* (відчувають труднощі у соціальній інтеграції, що може призводити до почуття відторгнення та ізоляції) [5].

Адаптація до нових умов життя є складним процесом для ВПО, що включає такі аспекти:

- *культурні бар'єри* (стикатикаються з культурними відмінностями, що ускладнює інтеграцію у нове середовище);
- *економічні труднощі* (втрата роботи, майна та фінансової стабільності може призводити до стресу та відчуття безнадійності);
- *проблеми з житлом* (невирішеність житлового питання може стати додатковим фактором стресу та занепокоєння) [1].

Діти та підлітки є однією з найбільш вразливих категорій серед ВПО. Вони стикаються з втратою доступу до освіти, зміною школи та труднощі з адаптацією до нових умов навчання. Також діти можуть переживати ті ж симптоми ПТСР, депресії та тривожних розладів, що й дорослі. Вони можуть

мати труднощі з вираженням своїх емоцій та потребувати додаткової допомоги та підтримки.

Психологічний стан ВПО, часто відображається на їх фізичному здоров'ї. Це може проявлятися через: **соматичні симптоми** (часті головні болі, шлунково-кишкові розлади, хронічна втома та інші фізичні симптоми, які можуть бути наслідком стресу та тривоги), **порушення сну** (безсоння або, навпаки, надмірна сонливість, нічні кошмари, що впливають на загальне самопочуття та працездатність ВПО), **зниження імунітету** (дистрес може призводити до зниження імунної системи, що підвищує ризик інфекційних та хронічних захворювань) [5].

Психологічний стрес та травматичний досвід можуть суттєво впливати на міжособистісні відносини ВПО, через **конфлікти у сім'ї** (підвищений рівень стресу може призводити до частих конфліктів, відчуженості та непорозумінь між членами сім'ї) та **труднощі у підтримці дружніх стосунків** (через переїзд та втрату соціальних зв'язків багато ВПО можуть відчувати труднощі у підтримці старих та встановленні нових дружніх стосунків) [6].

Попри всі труднощі, багато ВПО демонструють високий рівень психологічної резиліентності – здатності адаптуватися та справлятися із стресовими ситуаціями. До основних стратегій, які використовуються для подолання стресу, відносять:

- **соціальну підтримку** (звернення за допомогою до друзів, родичів, громадських організацій та волонтерів);

- **пошук необхідної інформації** (активне збирання інформації про наявні ресурси, можливості працевлаштування, житлові програми та інші форми підтримки);

- **залученість до суспільно-корисної діяльності** (участь у волонтерських проектах, громадських ініціативах, що дозволяє відчути себе корисним та знайти нові соціальні зв'язки);

- **ведення здорового способу життя** (заняття спортом, правильне харчування, релаксаційні техніки, що допомагають знизити рівень стресу та покращити загальне самопочуття) [12].

Для надання ефективної допомоги ВПО необхідно враховувати комплексність їхніх проблем та використовувати індивідуальний підхід. Основними рекомендаціями можуть слугувати:

- **встановлення довірчих відносин** (створення безпечного та підтримуючого середовища, де ВПО можуть відкрито виражати свої емоції та думки);

- **запровадження комплексного підходу** (використання різних методів та технік, що враховують індивідуальні потреби та особливості кожного клієнта);

- **розширення доступу до ресурсів** (інформування ВПО про доступні ресурси та можливості, надання допомоги у вирішенні юридичних, соціальних та економічних питань);

- *підтримка сімей* (робота з усіма членами сім'ї, включаючи дітей та підлітків, для покращення сімейних відносин та створення підтримуючого середовища) [10].

Окремою категорією ВПО, що зазнали травматичного досвіду і на психологічні проблеми якої слід звернути пильну увагу, є діти внутрішньо переміщених осіб.

Розвиток дитини є цілісним та безперервним процесом, у якому виділяють фізичні, психологічні та соціальні фактори. Ці фактори тісно взаємопов'язані: фізичний розвиток залежить від характеру харчування та тілесної стимуляції дитини, що підтримує своєю чергою здатність до гри; психічні процеси, емоції залежать від зрілості центральної нервової системи та мозку дитини, отже, для розумового розвитку необхідне фізичне здоров'я; соціальний, емоційний та інтелектуальний розвиток залежать від взаємодії між дитиною та навколишнім середовищем. У дітей з травматичним досвідом і тих, хто живе в обмежених умовах евакуаційного центру, страждають всі ці три сторони. Діти не отримують необхідного харчування, для розумового розвитку недостатньо інформації та доступу до культурних цінностей, для соціального розвитку дитина обмежена у просторі та взаємодії з навколишнім середовищем [10].

У атмосфері війни діти страждають непропорційно і це страждання мають довгострокові наслідки. Крім того, вплив збройного конфлікту на майбутні покоління може стати основою для продовження конфліктів або їхнього повторного відродження. В результаті травматичних переживань під час війн діти стають найбільш уразливою частиною населення, що наражається на небезпеку, і тому вимагають додаткової, професійної допомоги психологів [10].

Психологічним проблемам дітей вимушених переселенців приділяється недостатньо уваги в усьому світі. Зокрема, не досліджуються належною мірою зміни в їх емоційній та поведінковій сферах, але при цьому: «Скарги на соматичну та психосоматичні симптоми можуть бути ознаками дитячого емоційного розладу» [7].

Для вимушених переселенців травмуючою ситуацією, крім вже пережитої війни, є важке, не облаштоване життя, з багатьма наслідками, що впливають звідси, у тому числі – відставання в розвитку дітей, їх хвороби, страхи перед сьогоднішнім і майбутнім та ін. Більшість вимушених переселенців не сформували адекватного психологічного захисту, їхній негативний минулий досвід не дає можливості орієнтуватися на майбутнє, спираючись на свій творчий потенціал та внутрішні резерви; це посилює складність ситуації виховання та адаптації дітей до нової соціальної ситуації [10].

Дослідження, проведене з 2015 до 2017 року. у наметових таборах для вимушених переселенців у Сирії виявило досить складну психологічну картину. Діти дошкільного віку народилися в період війни або післявоєнний період, вони обмежені у своїх уявленнях про мирне життя, тому вони не сформувалися чіткі, ясні уявлення про життя без війни, що існує за межами

наметового табору. Неспецифічні та важкі умови наметового мікроклімату значно знижують рівень оптимального спілкування та взаємодії в діаді «батько – дитина», оскільки і дорослі перебувають у стані стресу, переживають власні проблеми; гнітючими для них є складні ситуації адаптації до нових умов наметового табору; можливості батьків задовольнити потреби дітей обмежені, і вони самі потребують спеціально організованої психологічної допомоги [17].

Звісно, українське суспільство не схоже на сирійське та настільки страшний досвід діти внутрішньо переміщених осіб не проходять. Але наявність їжі, медичного догляду, хороші санітарні умови та правильне харчування не повинні заспокоювати фахівця – біг від війни, незалежно від зовнішніх умов – завжди травмуючий досвід, який не контеїнується у період втечі. Так, у батьків часто відзначається зниження соціального статусу зі втратою колишніх значущих соціальних ролей, вони можуть переживати «соціальну смерть». У дорослих фрустрована потреба у професійній діяльності, самореалізації, що провокує зростання тривожності у представників обох статей та агресивності у чоловіків. Досить важко адаптуватися до нової ситуації людям із вищою освітою та успішною кар'єрою, коли на новому місці втрачено безліч соціальних зв'язків [11].

Для вимушених переселенців можуть бути характерні ностальгія, почуття самотності та бажання повернутися, але неможливість повернення лише посилює ситуацію, призводячи до стресу акультурації, маргінального конфлікту, психічних розладів та психосоматичних захворювань. Криза ідентичності та пошук себе нового можуть стати тривалим та болючим процесом. Тому часто батьки займають оборонну позицію, їх виражені екстернальність та ескапізм не дозволяють сприймати нові можливості. Особистісна деградація, зростання сімейних конфліктів, дія захисних механізмів (заперечення, проєкція, що відчужує і т.д.) [11, с. 65], не сприяють об'єктивному сприйняттю дійсності та тільки погіршують становище дітей. Таким чином, батькам складно забезпечити сприятливі умови для розвитку дітей, у тому числі безпеку, турботу про здоров'я, забезпечення можливості навчання у школі, ігри тощо [9].

Негативний вплив на дитину мають такі фактори, як втрата близьких (батька, або батьків), нещасні випадки, бідність і відсутність власного звичного житла, необхідність змінювати орендовані квартири або кімнати (жити в державному житлі для внутрішньо переміщених осіб), зруйнована сім'я та ін. Це ті фактори, які завдають психологічної травми й негативно впливають на розвиток дитини, на її поведінку, емоції. Дитина, у якого порушено емоційний розвиток, відчуває труднощі у повноцінному проходженні всіх стадій інтелектуального розвитку. Наприклад, сум, пригнічений настрій дитини не дають можливості засвоїти необхідні знання, зосередитися на головному та сконцентрувати увагу на необхідному [9].

У пост конфліктний період діти потребують спеціальної короткострокової та довгострокової допомоги: розшук членів сім'ї, компенсація збитків, соціальна реінтеграція, програми соціальної та фізичної



реабілітації та ін [7; 10]. У подоланні емоційного нещастя дітей провідна роль належить дорослим, які організують взаємодію світу з ними. Постає питання професіоналізму тих, хто зайнятий наданням психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, позбавленим можливості повноцінно реалізувати себе в діяльності, через що відчувають повторний стрес.

Працюючи з дітьми – внутрішньо переміщеними особами, важливо пам'ятати, що всі вони перенесли травматичний стрес і потребують високопрофесійного підходу. Нестабільність та небезпека середовища, сприяють посиленню стресового стану та пролонгуванню його травматичного впливу, створюючи особливу потребу у професійній допомозі психологів та педагогів.

На закінчення відзначимо, що з основних психологічних проблем в дітей різного віку внутрішньо переміщених осіб можуть відзначатися [7; 9; 10; 11]:

1. Порушення в емоційній сфері: зниження емоційного тла, емоційна напруженість, дратівливість, страх смерті, тривожність когнітивної (деформації ціннісних орієнтацій як елемента когнітивної структури особистості, погіршення пам'яті, зниження розумової працездатності;

2. Порушення у поведінковій сфері (агресивність, жорстокість), зниження рівня домагань, несформованість соціально значущих мотивів та порушення у комунікативній сфері особистості: деформації соціальних установок, зростання конфліктів із членами сім'ї;

3. Виявляються симптоми психосоматичних захворювань та психічних розладів (невротичні розлади).

Своєю чергою, дезадаптація батьків, що виявляється у млявому типі реагування або хаотичному характері активності, що надає несприятливий вплив на дітей і вимагає додаткової психологічної допомоги всім членам сім'ї. Таким чином, соціальна ситуація внутрішнього переміщення може бути охарактеризована як кризова і навіть екстремальна для дітей вимушених переселенців, що спричиняє необхідність надання їм кваліфікованої психологічної допомоги. Але варто пам'ятати, що справа не в факторі зміни проживання (що для дітей, є травмуючою подією, навіть у нормальних умовах) а в причині, яка змусила сім'ю поміняти регіон проживання.

### ***Психологічні підходи до реабілітації внутрішньо переміщених осіб.***

Реабілітація ВПО вимагає застосування різноманітних психологічних підходів, які враховують індивідуальні потреби та специфічні виклики, з якими стикаються ці особи. Важливо забезпечити комплексний підхід, що включає індивідуальні, групові, сімейні та громадські інтервенції. Нижче наведені основні психологічні підходи до реабілітації ВПО.

1. ***Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)*** є одним із найефективніших підходів для роботи з ВПО, які страждають від тривожних розладів, депресії та ПТСР. Основні компоненти КПТ включають: ***когнітивна реструктуризація*** (допомагає ВПО ідентифікувати та змінити негативні думки та переконання, що сприяють їхньому дистресу), ***експозиція***

(використовується для поступового зниження страху та тривоги через контрольоване підходження до травматичних спогадів або ситуацій), **навички подолання** (навчання ефективним стратегіям подолання стресу та управління емоціями).

**2. Екзистенційна терапія** зосереджується на пошуку сенсу життя та прийнятті особистої відповідальності за власне існування. Це особливо важливо для ВПО, які можуть відчувати втраченість та розчарування через зміну життєвих обставин. Основні аспекти включають: **пошук сенсу** (допомога ВПО знайти новий сенс та цілі в житті після втрати домівки та звичного оточення), **ауθενтичність** (сприяння самопізнанню та вираженню справжніх почуттів та бажань), **прийняття невизначеності** (робота з прийняттям невизначеності та непередбачуваності майбутнього).

**3. Терапія, орієнтована на травму** спеціалізується на роботі з посттравматичним стресовим розладом та іншими наслідками травматичних подій. Основні методи включають: **EMDR** (метод, що допомагає переробити травматичні спогади та знизити їх емоційний вплив), **травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія** (інтеграція КПТ з фокусуванням на травматичних досвідах та їхньому впливі на поточне функціонування), **соматичні методи** (використання технік, що допомагають працювати з тілесними відчуттями та реакціями, пов'язаними з травмою).

**4. Групова терапія** є важливим компонентом реабілітації ВПО, оскільки вона надає можливість отримати підтримку від осіб, які пережили подібні труднощі. Основні переваги групової терапії включають: **соціальна підтримка** (відчуття підтримки та приналежності до групи), **обмін досвідом** (можливість ділитися власним досвідом та дізнаватися про стратегії подолання інших учасників), **покращення соціальних навичок** (практика комунікативних та соціальних навичок у безпечному середовищі) [18].

**5. Сімейна терапія** є важливою для ВПО, оскільки сімейні відносини можуть бути значно порушені через переміщення та травматичні події. Основні цілі сімейної терапії включають: **поліпшення комунікації** (навчання членів сім'ї ефективним комунікативним навичкам для більш відкритого та підтримуючого спілкування), **відновлення довіри** (робота над відновленням довіри та підтримки всередині сім'ї після пережитих травматичних подій), **сімейні ролі** (допомога у визначенні та перерозподілі сімейних ролей та обов'язків, що можуть змінитися внаслідок переміщення), **емоційна підтримка** (забезпечення емоційної підтримки для всіх членів сім'ї, включаючи дітей, які можуть особливо страждати від травматичних подій).

**6. Арт-терапія** використовує творчі засоби, такі як малювання, живопис, скульптура та інші форми мистецтва, для вираження емоцій та переживань, які важко передати вербально. Це може бути особливо корисним для ВПО, які мають труднощі з вербалізацією своїх почуттів. Основні переваги включають: **емоційне вираження** (надання безпечного простору для вираження складних емоцій через творчість), **креативний процес** (сприяння самопізнанню та розумінню власних емоцій через процес

створення мистецтва), **релаксація** (використання мистецтва як засобу для зниження стресу та тривоги).

**7. Терапія, орієнтована на тіло** включає різні техніки, що допомагають ВПО розуміти та опрацювати свої тілесні відчуття та фізичні реакції на стрес. Основні методи включають: **майндфулнесс** (практики усвідомленості, які допомагають зосередитися на поточному моменті та знижувати рівень тривоги), **тілесна терапія** (використання технік, таких як дихальні вправи, йога та інші форми руху, для зниження фізичного напруження та стресу), **соматична експериментація** (робота з тілесними відчуттями та реакціями, що виникають у відповідь на травму).

**8. Психоедукація** є важливою складовою реабілітації ВПО, оскільки вона допомагає їм зрозуміти природу свого стресу, тривоги та інших психологічних проблем. Основні компоненти включають: **інформація про стрес та травму** (освіта ВПО щодо того, як стрес та травма впливають на їхній розум та тіло), **навички самодопомоги** (навчання технікам саморегуляції та подолання стресу, таким як релаксаційні техніки та здоровий спосіб життя), **ресурси та підтримка** (надання інформації про доступні ресурси та підтримку, включаючи місцеві служби та громадські організації).

**9. Соціально-психологічна підтримка** включає створення мережі підтримки для ВПО, що сприяє їхній інтеграції в нове середовище та зменшенню соціальної ізоляції. Основні заходи включають: **підтримуючі групи** (організація груп підтримки, де ВПО можуть поділитися своїм досвідом та отримати емоційну підтримку), **менторські програми** (залучення місцевих жителів або інших ВПО як менторів для новоприбулих, щоб допомогти їм адаптуватися до нового середовища), **громадські заходи** (організація заходів та активностей, що сприяють інтеграції ВПО в місцеву спільноту).

**10. Психофармакологічна підтримка** може бути необхідна у деяких випадках, особливо при важких формах депресії, тривоги або ПТСР. Основні аспекти включають: **оцінка потреб** (професійна оцінка психічного стану ВПО для визначення необхідності медикаментозного лікування), **медикаментозна терапія** (використання антидепресантів, анксиолітиків або інших психотропних препаратів для зменшення симптомів та поліпшення загального психічного стану), **супровід та моніторинг** (регулярний моніторинг ефективності та побічних ефектів медикаментозної терапії, а також забезпечення підтримки під час лікування).

**11. Культурно-чутливий підхід** враховує специфіку культурного та соціального контексту ВПО. Це особливо важливо для забезпечення ефективної та етично правильної допомоги. Основні елементи включають: **культурні цінності та переконання** (врахування культурних цінностей, переконань та традицій ВПО при плануванні та проведенні терапії), **мова та комунікація** (забезпечення доступу до психологічної допомоги на рідній мові ВПО або з використанням перекладачів), **культурна компетентність**

(підвищення обізнаності та компетентності психологів та інших фахівців у питаннях культурного різноманіття).

**12. Інтеграція психологічної та соціальної підтримки** є важливим аспектом реабілітації ВПО, оскільки багато їхніх проблем мають як психологічний, так і соціальний характер. Основні компоненти включають: **соціальні послуги** (співпраця з соціальними службами для забезпечення доступу до житла, роботи, освіти та інших необхідних ресурсів), **психосоціальні інтервенції** (комбінування психологічної підтримки з соціальними заходами, такими як навчання новим професійним навичкам або сприяння соціальній інтеграції), **комплексний підхід** (розробка індивідуальних планів реабілітації, що враховують як психологічні, так і соціальні потреби ВПО).

**13. Підтримка дітей та підлітків** є особливо вразливою групою серед ВПО, і їхні потреби можуть значно відрізнятися від потреб дорослих. Основні аспекти підтримки включають: **ігрова терапія** (використання ігрової терапії для допомоги дітям виразити свої емоції та переживання в безпечному та підтримуючому середовищі), **підтримка в освіті** (забезпечення доступу до освіти та підтримка в адаптації до нових навчальних умов), **сімейна підтримка** (робота з батьками та іншими членами сім'ї для забезпечення стабільного та підтримуючого середовища для дітей).

**14. Профілактика вигорання у фахівців.** Робота з ВПО може бути виснажливою для фахівців, які надають психологічну та соціальну підтримку. Профілактика вигорання включає: **супервізія** (регулярна супервізія та консультації для фахівців, щоб підтримувати їхнє психічне здоров'я та професійний розвиток), **підтримка колег** (створення підтримуючих мереж серед колег для обміну досвідом та взаємної підтримки), **самодопомога** (навчання фахівців технікам саморегуляції та управління стресом для запобігання вигоранню).

**Особливості адаптації дітей – вимушених переселенців із зон воєнних дій**

Результатом реабілітації дітей – внутрішньо переміщених осіб є їх адаптивність до нових умов проживання, що характеризується здатністю особистості задовольняти свої потреби у тій чи іншій ситуації у конкретному соціальному середовищі, а також виконувати такі функції:

- адекватно сприймати себе та навколишню дійсність;
- вибудовувати адекватну систему відносин та спілкування з навколишніми людьми;
- бути здатною до навчання, організації дозвілля та відпочинку.

Зазначимо, що на процеси реабілітації впливають соціальні установки, ціннісно-мотиваційні утворення, стратегії поведінки дітей внутрішньо переміщених осіб, сприйняття місцевим соціумом (особливо якщо йдеться про маленький населений пункт), відповідність самооцінки та рівня домагань дітей-школярів їхнім реальним можливостям та умовам соціального середовища.

Однією з важливих умов реабілітації є свідома діяльність дітей внутрішньо переміщених осіб, яка передбачає безперервний обмін із новим соціальним оточенням.

Подібна діяльність можлива лише за умови усвідомлення себе як суб'єкта такого процесу, бажання стати частиною суспільства, що приймає. Водночас процеси психологічної реабілітації у новому соціальному середовищі мають відбуватися без втрати власної індивідуальності [2].

Варто наголосити, що успішність входження в нове оточення залежить від обраних адаптаційних стратегій, а ті, своєю чергою, ведуть до різних типів адаптації й, відповідно, до різних її наслідків.

Необхідно також враховувати, що адаптації до певного соціального середовища є двостороннім. Тобто адаптація є взаємозумовленим впливом дитини та її соціального оточення, а отже, успішність адаптації залежить не тільки від індивідуальних та психологічних особливостей особистості дитини, а й від готовності нового соціального оточення до її сприйняття.

Слід враховувати всі фактори, які впливають на успішність процесу реабілітації на новому місці проживання та можуть призвести до проблем у дітей у цей період. На успішність реабілітації дітей внутрішньо переміщених осіб значною мірою впливає попередній досвід та характер отриманої психологічної травми. Важлива величезна кількість факторів: їхнє рідне місто/село перебуває під окупацією або повністю зруйноване, або ракетною знищено будинок не поблизу бойових дій. Чи загинули рідні, чи живі свійські тварини, чи взяли їх із собою, чи багато особистих речей смолі перевезли, чи втратили батьки стабільну роботу. Чи було достатньо їжі, води та ліків в будинку перед переїздом/евакуацією, які сцени війни дитина спостерігала, чи стикалася з солдатами нападника, переїхали спокійно, евакуйовані волонтерами чи військами, чи виїхали замінованою дорогою. Всі ці фактори мають різний вплив на дітей різного віку та типу особистості [6].

Діти з низьким рівнем стресостійкості значно складніше переживають кризову ситуацію, небезпеку, особливо якщо були втрати з-поміж знайомих чи близьких. Пережитий стрес перебування у зоні військових дій спричиняє порушення адаптаційних процесів. Подолати негативні наслідки стресових ситуацій та підвищувати стресостійкість особистості допомагають адаптивні ресурси людини.

Під ресурсами варто розуміти внутрішні та зовнішні змінні, що сприяють психологічній стійкості у стресогенних обставинах. Важливим ресурсом збереження психологічної стійкості особистості в стресових ситуаціях є соціальна підтримка. Тому позитивне соціальне оточення може бути одним із найважливіших факторів збереження стресостійкості внутрішньо переселеної особи дитячого віку.

Ця категорія дітей, очевидно, потребує психологічної та педагогічної підтримки, яка дозволить задовольнити потреби в близькості, захисті, інформації, розрядці, заспокоєнні. Така підтримка позитивно впливатиме на характер поведінки дитини після впливу стресогенних факторів.

Таким чином, показниками реабілітації та адаптації внутрішньо переселених осіб дитячого віку є: ступінь задоволеності собою, соціальним оточенням (новими знайомими, класом), а також різними сторонами своєї життєдіяльності; активне залучення у діяльність оточення що приймає дитину; активність у досягненні поставлених завдань; соціальний комфорт; розуміння можливості реалізації своїх цілей у майбутньому, наскільки добре прийняли люди на новому місці.

У висновках варто визначити головні функції фахівця, який надає дитині психологічну допомогу:

1) психологічна адаптація:

- опрацювання важких стресових станів;
- допомога у сприйнятті змін та повернення до життя;
- допомога в асиміляції та інтеграції набутого досвіду та створення нових життєвих перспектив;

2) соціальна адаптація: допомога дітям в адаптації до нових соціальних умов. Зрозуміло, що українські міста та села мало відрізняються одне від одного, українці – досить гомогенна нація, однак, в усіх регіонах є свої культурні особливості, традиції, метафори, приказки, сленгові слова, особливість діалекту української мови [11].

Діти специфічно переживають травматичну ситуацію. Нерідко через відсутність навичок обговорення своїх переживань, вікових особливостей, сильного емоційного потрясіння вони не висловлюються відкрито про свій непростий психологічний стан, почуття тривоги та дискомфорту. Водночас спостерігаючи за ними, можна виявити дітей, які погано справляються зі стресовою ситуацією. Наслідки стресу помітні у тому числі в емоційних, поведінкових проявах чи представлені на тілесному рівні. Тому, навіть якщо дитина або її батьки не звернулися до фахівця самі: психолог, який працює в навчальному закладі (дитсадку, школі, училищі, коледжі) повинен сам звернути увагу на дитину, яка втекла від війни.

Компенсаторні механізми психіки дитини досить гнучкі, й у значній кількості випадків наслідки стресових обставин долаються природним чином. Діти та підлітки схильні долати стрес за допомогою гри з однолітками, фантазування, малювання, емоційної реакції на ситуації. Варто пам'ятати про природні механізми захисту дітей, проте чим старша дитина, чим більше вона рефлексує, чим сильніше травмована, тим слабше працюють природні компенсаторні функції. При цьому буває так, що дорослі мимоволі блокують доступ дитини до її природних механізмів саморегуляції – через страх за її безпеку не пускають грати/гуляти з іншими дітьми, не дають занурюватися в ескапічний світ комп'ютерних ігор, нікуди не відпускають одну. Тому потрібна якісна робота з батьками.

Роботу з батьками краще починати будувати з первинного інтерв'ю, дотримуючись наступної схеми:

1) перше враження внутрішньо переміщеної особи;

2) скарги та проблеми клієнта; певні ситуації, у яких вони проявляються;

3) позитивні сторони життя клієнта, які приносять йому радість, задоволення; соціальне оточення, яке може чи здатне надати емоційну підтримку, його склад та доступність (наприклад, сім'я, спільнота людей з одного міста, професійне оточення);

4) як клієнт сам сприймає свої проблеми, як їх оцінює соціальне оточення; ідеї щодо того, що було причиною або спровокувало проблеми клієнта;

5) травматичний досвід, пережитий внутрішньо переміщеною особою;

6) стресові чинники, під впливом яких перебуває клієнт. Наприклад: майно без нагляду, що довелося залишити; неспокій, пов'язаний із родичами, яких довелося залишити;

7) ознаки ймовірної наявності психіатричних симптомів;

8) вид допомоги, на яку очікує клієнт, або причини її відторгнення (наприклад, невдала зустріч із психологом у пункті приймання переселенців евакуйованих через наступ ворога) [6].

Психологічна допомога цієї категорії дітей та батьків має бути комплексною і стратегічно продуманою.

Таким чином, розглянувши особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб дитячого віку, у тому числі в умовах освітніх установ, як складний багатосторонній процес, ми приходимо до висновку, що основним вектором адаптації дітей, які прибувають зі східних областей України як переміщені особи, має бути психологічний вектор, який охоплює як роботу безпосередньо з дитиною, так й взаємодію з її законними представниками. При цьому слід враховувати попередній життєвий досвід дитини та її сім'ї, а саме перебування в зоні ведення військових дій. Успішність надання психологічної допомоги багато в чому залежить від правильно обраної стратегії та комплексності підходу.

Щодо дітей внутрішньо переміщених осіб, та їх соціального оточення необхідно проводити роботу за такими напрямками та тематичними блоками.

- отримання дітьми знань про емоційну сферу, можливість правильного вираження своїх емоцій;

- формування емпатії, дружності, взаємної довіри;

- формування вміння конструктивно виходити із конфліктних ситуацій, засвоєння ефективності безпосереднього спілкування;

- створення сприятливого фону в класному колективі, групі, секції, зміцнення групової згуртованості,

- формування основних уявлень про здоровий спосіб життя;

- пробудження творчого інтересу, активне включення до спільної творчої діяльності;

- формування знань про різні культури, навички міжособистісної взаємодії [1].

Виходячи з наявних проблем, при психологічній реабілітації внутрішньо переміщених осіб дитячого віку необхідно також продовжувати роботу з батьками (законними представниками) психологами та соціальними працівниками освітньої установи або реабілітаційного центру у напрямку

толерантного ставлення до переміщених дітей, навчання навичок комунікації та допомоги у формуванні.

Для визначення результативності програми психологічної роботи із внутрішньо переміщеними особами дитячого віку необхідно проводити порівняльний аналіз за параметрами обраного діагностичного інструментарію. Крім того, ефективність отриманих результатів необхідно перевіряти за допомогою використання T – критерію Вілкоксона, який дозволяє зіставити показники, що вимірюються в різних умовах на одній і тій же вибірці, а також дає можливість встановити виразність цих змін.

Таким чином, в результаті діагностики та на базі даних рекомендацій варто наголосити, що зараз потрібна розробка та адаптація методик, шкал із вивчення психологічних травм дітей, які були вимушено переміщені на нове місце проживання у зв'язку з війною на українському досвіді. Існує кілька науково доведених ефективних методів терапії комплексних стресових розладів, які отримують переміщені діти, такі як когнітивно-поведінкова терапія, сфокусована на травмі, EMDR-терапія, а також як досить ефективна тілесно-орієнтована (сенсомоторна терапія) та арт-терапія. цьому немає єдиного, універсального методу, який можна застосувати для реабілітації та відновлення психічного комфорту дітям вивезених із зон окупації та бойових дій. Реабілітація має бути різнобічною, що зачіпає різні сфери життєдіяльності, інакше в процесі роботи не будуть перероблені всі рівні травматизації [13].

У цей час для реабілітації та адаптації внутрішньо переміщених дітей застосовують насамперед фазовий, орієнтований на травмі підхід, що включає: встановлення безпеки, стабілізації та зниження опрацювання та інтеграція травматичних спогадів; інтеграція досвіду психічної травми та реабілітація наслідків стрессового впливу

Крім цього, серед закордонних дослідників існує неоднозначна думка щодо вибору форми проведення терапії (індивідуальна або групова). Слід зупинитися на тому, що частина дослідників повідомляє про ефективність індивідуальної форми роботи, тоді як інша наголошує на тому, що поєднання даних форм між собою принесе найефективніший результат. Таким чином, подальші дослідження мають орієнтуватися на вивчення психотерапії травмованих дітей внаслідок воєнних дій та переміщення як на Україні, так і за кордоном для створення бази актуальних для сучасного суспільства методів реабілітації. Тому я у своїх рекомендаціях використовувала і групові та особисті методи роботи з дітьми. Щоб надалі забезпечити ефективну та оперативну допомогу дітям, які внаслідок травм (бойових дій, вимушеного переїзду, ракетних атак, зміни оточення) опинилися під постійним впливом стресу та не можуть адаптуватися до нових умов.

**Висновки.** Внутрішньо переміщені особи стикаються з численними психологічними викликами, які потребують особливої уваги та спеціалізованої реабілітації. Основними аспектами психологічної реабілітації ВПО є робота з травматичним досвідом, соціальною ізоляцією, адаптацією до



нових умов, потребою в довготривалій підтримці та індивідуальний підхід. Травматичні події, пов'язані з втратою домівки та соціальних зв'язків, можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів. ВПО часто відчують ізоляцію в нових громадах, що посилює почуття самотності та тривоги. Адаптація до нових житлових, економічних і соціальних умов також є значним викликом, який вимагає комплексного підходу до реабілітації.

Психологічна реабілітація ВПО повинна бути довготривалою і включати не лише психологічну підтримку, а й соціально-економічну допомогу. Важливо забезпечити індивідуальний підхід до кожного, враховуючи унікальний досвід переміщення та особисті потреби. Групова терапія та підтримка спільноти можуть зменшити почуття ізоляції та сприяти соціальній інтеграції, як дітей так і дорослих ВПО. Психоедукація, яка включає навчання навичкам саморегуляції та управління стресом, є важливим елементом реабілітації. Ефективна реабілітація потребує співпраці з соціальними службами, медичними закладами, освітніми установами та іншими організаціями.

Подальші перспективи дослідження психологічної реабілітації ВПО полягають у розробці більш індивідуалізованих підходів, які враховують різноманітність досвіду та потреб ВПО. Необхідно вивчати ефективність різних методів реабілітації, зокрема психотерапевтичних технік, групової терапії та психоедукаційних програм. Дослідження також повинні зосереджуватися на довготривалих результатах реабілітаційних програм, визначаючи, які методи найкраще сприяють психологічному відновленню та соціальній інтеграції. Інтеграція технологій, таких як онлайн-консультування та мобільні додатки для психологічної підтримки, може стати перспективним напрямком для покращення доступності та ефективності допомоги.

#### *Література*

1. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи.* Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. 158 с.
2. Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі: монографія. Вид. 2-ге, переробл. та допов. Луганськ: РВВ ЛДУВС ім. Е.О. Дідоренка, 2012. 487 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до одужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
4. Дуб В. Соціокультурні характеристики ціннісних орієнтацій вимушених переселенців. *Проблеми гуманітарних наук. Серія «Психологія».* Вип. 49. 2021. С. 61–71.
5. Лазос Г.П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями із Криму). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». 2015. С. 26 – 46
6. Левченко К.Б., Панок В.Г., Трубавіна І.М. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник. Київ: Агентство «Україна», 2015. 168 с.
7. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості : наукова монографія. Київ: ТОВ «КММ», 2006. 240 с.

8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : начальний посібник / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. Том 2. 240 с.
9. Панок В.Г. Соціально-педагогічна діагностика дітей та родин, які опинились в складних життєвих обставинах. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. 68 с.
10. Панок В.Г., Левченко К.Б. та ін. Правила безпеки та можливості отримання допомоги в період конфлікту в Україні: метод. рек. Київ: Агентство «Україна», 2014. 48 с.
11. Панок В.Г., Ткачук І.І., Острова В.Д. та ін. Науково-методичні засади надання психосоціальної допомоги дітям, котрі опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій. *Педагогіка і психологія*. № 2. 2019. С. 64–71.
12. Плєскач Б.В., Уркаєв В.С. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Актуальні проблеми психології*. Вип. 13. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія. 2017. С. 74–91.
13. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія. Київ: «Видавництво Людмила», 2020. 392 с.
14. Степаненко Л.В. Особливості взаємозв'язку адаптивних властивостей та механізмів психологічного захисту у переселенців. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: збірник наукових матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3-4 червня 2021 р.* Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 206–210.
15. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
16. Франкл В. (2022) Людина у пошуках справжнього сенсу. Харків : КСД, 160 с.
17. Bohus M., Schmahl C., Fydrich T. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 6 (1). 2019. P. 1-16.
18. Green E. Treating Complex Trauma in Adolescents: A Phase-Based, Integrative Approach for Play Therapists. *International Journal of Play Therapy*. Vol. 23. № 3. 2014. P. 131-145.
19. Schwartz A. The Complex PTSD. Workbook A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole. Albany: Althea Press, 2017. 190 p.
20. Toorenburg M. Do emotion regulation difficulties affect outcome of intensive trauma-focused treatment of patients with severe PTSD? *European Journal of Psychotraumatology*. 11 (1). 2020. P. 1-11.

### **1.3. Relationship between adaptative skills and self-destructive behavior in migrants**

#### **Взаємозв'язок адаптаційних здібностей та аутодеструктивної поведінки у мігрантів**

**Вступ.** На сучасному етапі розвитку суспільства міграція українців має вимушений характер та має власну специфіку. Переселення в інші регіони України та інші країни відбувається спонтанно, воно не було запланованим заздалегідь, що негативно впливає на психічний стан та дезорганізує особистість, перевантажує адаптаційні системи, викликає дезадаптацію. При зміні місця проживання більшість українців вимушені виживати, зосереджуватися на можливості пристосуватися до нових умов, житла, роботи, оточення тощо. Якщо мова йде про іншу країну, міграція супроводжується кризою ідентичності, вимушеною психологічною адаптацією до соціокультурного та мовного середовища, яке суттєво відрізняється від звичного.

До основних проблем біженців внаслідок війни в Україні належать: значне роліве навантаження; підвищені тривожність, агресивність, конфліктність, апатія; наявність психологічних травм, які пов'язані із перебуванням у зоні бойових дій, обстрілами [18]. В новому місці перебування біженці мають проблеми соціальної, культурної і професійної адаптації, утруднення із пристосуванням до життя в громаді, прийняттям рішень в стані стресу та емоційного виснаження, керуванням власними станами, побоюваннями за близьких, які залишилися у небезпечних умовах.

Науковцями вже доведено, що війна негативно позначається на психіці українських вимушених мігрантів. У них фіксуються когнітивна, емоційна, соціальна та професійна дезадаптація; панічні напади тривоги та страху; психологічна «травма свідка»; психосоматичні розлади тощо. Біженці, що перебувають в інших країнах, мають високий рівень тривожності, конфліктності, фрустрації, провини, страху, депресивних станів; мовні проблеми, утруднення у міжособистісній взаємодії; зниження самооцінки та впевненості у собі; ригідність поведінки, переконань, звичок [15].

Слід відмітити, що українці демонструють високий рівень резильєнтності та життєстійкості, що значно полегшує процес адаптації до нових умов життя. Важливим ресурсом для мігрантів є професійна компетентність, працьовитість, мотивація, бажання повернутися до гармонійного існування, впоратися із проблемами, зберегти родинні зв'язки, забезпечити якісне майбутнє дітям, повернутися додому [3].

#### **I. Теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної адаптації особистості**

Традиційно адаптацію та адаптаційні механізми розглядають як такі, що здатні забезпечити можливість існування організму в умовах середовища, що постійно змінюються. А. Кузьмін визначає адаптацію як процес обопільної зміни суб'єкта і ситуації, поступове накопичення цих змін для

досягнення оптимального співвідношення між ними, урівноваження завдяки отриманню нової системної якості [13]. Адаптація – це складова частина пристосування системи до змін умов існування, що виражається в тому, що система, реагує на ці зміни та перебудовує структурні зв'язки для збереження функцій, які забезпечують її цілісність. Адаптаційні здібності залежать від психологічних особливостей особистості, які визначають можливість регуляції функціонального стану організму в різноманітних умовах життя і діяльності. Ця інтегральна характеристика є особистим адаптаційним потенціалом, який сприяє психологічній адаптації кожної людини.

Психологічні аспекти життєдіяльності людини розглядають у взаємозв'язку із зовнішнім середовищем, об'єкти і явища якого впливають на людину, визначають умови здійснення її активності. Параметри зовнішнього середовища мають обмежений інтервал характеристик, в межах яких людський організм може нормально функціонувати. Впродовж життя людина постійно стикається з різними ситуаціями, що обумовлені природними явищами, діяльністю та/або поведінкою. Виживання людини як виду обумовлюють чинники, які пов'язані із здатністю організму регулювати параметри внутрішнього середовища і опосередковано віддзеркалювати оточуючий світ. Саме вони забезпечують адаптацію людини до умов середовища.

Механізми адаптації людини вироблені в процесі еволюції, вони забезпечують оптимальне та збалансоване існування організму в мінливих умовах зовнішнього середовища. Людський організм має можливість зберігати сприятливі для існування параметри внутрішнього середовища завдяки тому, що всі системи і процеси знаходяться у рівноважному стані, який називають гомеостазом. На думку К. Андросович гомеостаз – це рухливий врівноважений стан будь-якої системи, що зберігається завдяки її протидії внутрішнім або зовнішнім чинникам, які намагаються порушити цю рівновагу [1]. Коли організм отримує сигнали про небезпеку, він включає механізми захисту, які працюють до тих пір, поки не повернуть рівновагу. Тому що при порушенні рівноваги, стан внутрішнього середовища погіршується, виникають розлади, хвороби тощо. Будь-який живий організм потребує постійного отримання необхідних компонентів для життя із зовнішнього середовища, ізоляція призводить до загибелі, тому організм, прагне досягнення внутрішньої рівноваги та повинен одночасно пристосовуватися до умов середовища, в якому він знаходиться. Це визначає зміст поняття «адаптація».

Основною відмінністю існування людини є те, що вона стикається не тільки з фізичним, але і з соціальним середовищем, оскільки людських якостей і властивостей індивід набуває тільки в соціумі. Адаптація людини протікає на більш високому рівні та здійснюється завдяки складним механізмам фізіологічної, психічної і соціальної адаптації. Адаптація людини розглядається як сукупність динамічних перетворень, співвідношення між нерівноважними системами.

Сучасне уявлення про адаптацію особистості ґрунтується на роботах І. Павлова, І. Сеченова, П. Анохіна, Г. Сельє та інших. Сучасні визначення феномену адаптації включають розуміння того, що це властивість організму; процес пристосування до змінних умов середовища; результат взаємодії в системі «людина – середовище»; мета існування організму. Адаптація людини здійснюється на таких функціональних рівнях: фізіологічному, психологічному, соціальному і психофізіологічному, роботу яких забезпечують певні фізіологічні та психічні механізми. Всі рівні адаптації взаємопов'язані між собою, безпосередньо впливають один на одного і визначають функціонування всіх систем організму.

Адаптація протікає нормально до тих пір, поки вимоги зовнішнього середовища не досягнуть адаптаційного бар'єру, який є умовною межею параметрів зовнішнього середовища, за якими адаптація неможлива. Характеристики адаптаційного бар'єру суто індивідуальні, вони залежать від біологічних чинників середовища, конституціонального типу людини, соціальних чинників та індивідуально-психологічних особливостей особистості та визначають адаптаційні можливості кожного.

М. Блажівський вважає, що адаптація – це стан, в якому потреби індивіда і вимоги середовища повністю задоволені; та процес, за допомогою якого цей гармонійний стан досягається. Адаптація як процес приймає зміни середовища і зміни в організмі завдяки застосуванню дій, що відповідають умовам ситуації, ці зміни є біологічними [6]. Соціальну адаптацію він розуміє як процес фізичних, соціально-економічних або організаційних змін у груповій поведінці, соціальних взаєминах або культурі. Мова йде переважно про адаптацію груп, особистісні зміни в процесі адаптації він не розглядає.

На думку біологізаторів, адаптація особистості – це різновид адаптації живих організмів, коли особистість відповідає вимогам і очікуванням суспільства. Адаптованість проявляється прийняттям та відповідністю соціальним очікуванням; гнучкістю та ефективністю у нових та потенційно небезпечних умовах. Подолання проблемних ситуацій можна вважати процесом соціально-психологічної адаптації особистості, в ході якого вона використовує опановані навички і механізми поведінки або відкриває нові способи вирішення завдань.

У вітчизняній психології соціально-психічна адаптація розглядається як взаємодія особистості та групи, коли особистість без зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує діяльність, задовольняє основні потреби, відповідає рольовим очікуванням, які пред'являє еталонна група, має можливість самореалізації і прояву творчих здібностей. Проблема ситуації сприяє виникненню у людини певного динамічного психічного стану, який змінюється одночасно з активізацією і використанням адаптивних механізмів. А. Борисюк вважає, що адаптацію потрібно розглядати як перехідний процес між існуванням в минулих і нових умовах [8].

О. Деменко вважає, що процес адаптації активізується, коли в системі «організм – середовище» виникають значущі зміни [10]. Організм і середовище знаходяться в динамічній рівновазі, їх співвідношення постійно змінюється, що викликає необхідність у постійному здійсненні й процесу адаптації. Для людини вирішальне значення має психологічна адаптація, як процес встановлення оптимальної відповідності особистості та середовища в ході здійснення діяльності, яка дозволяє задовольняти актуальні потреби і досягати цілей, забезпечувати адекватність функціонування психічних процесів людини, її поведінки вимогам середовища.

На думку науковців, психологічна адаптація включає: підтримку психічної рівноваги, задоволення потреб; оптимізацію взаємодії людини із середовищем; встановлення відповідності між психічними і фізіологічними характеристиками. Адаптивний потенціал особистості залежить від її здатності пристосувати середовище до себе, розширення можливостей самореалізації. Загальна модель адаптації містить: активаційний компонент, що пов'язаний з органічними і функціональними витратами, які спрямовані на досягнення значущих цілей та компенсацію чинників, що перешкоджають їх досягненню.

Когнітивний компонент адаптації включає перебудови в когнітивних системах діяльності для вироблення найбільш ефективних способів переробки інформації, що сприяє ефективній адаптації. Емоційний компонент визначається динамікою емоційних переживань, є суб'єктивним індикатором ефективності адаптації. Мотиваційно-вольові процеси забезпечують координацію всіх компонентів для досягнення значущих цілей і додають стійкості і безперервності процесу адаптації.

О. Ємішянць виділяє такі компоненти адаптації: психофізіологічний компонент обумовлює процес врахування всіх умов, необхідних в процесі діяльності; соціально-психологічний компонент сприяє включенню особистості в систему взаємин із спільнотою з її традиціями, нормами і ціннісними орієнтаціями; навчальний компонент забезпечує необхідний рівень оволодіння знаннями, вміннями та навичками для формування необхідних якостей особистості, розвиток стійкого позитивного ставлення до діяльності [11]. Всі компоненти пов'язані між собою.

Для адаптації людини в повсякденному житті необхідне використання різних адаптивних механізмів. Адаптивні механізми це ті процеси, за допомогою яких людина досягає стану адаптованості. Вони можуть бути: захисними – ті дії особистості, які здійснюються за допомогою захисних механізмів, якщо ці механізми не стали патологічними; незахисними – ті дії особистості, які для досягнення адаптованості використовують пізнавальні процеси, процеси цілеутворення, спілкування і обміну інформацією тощо. Відповідно до адаптивних механізмів умовно виділяють дві групи людей: орієнтовані на стан; орієнтовані на дію. Ті люди, які орієнтовані на стан, використовують захисні адаптивні механізми, їм характерно не вирішувати проблеми, а відсовувати їх. Результат використання таких стратегій призводить до накопичення стресу, внаслідок чого адаптація може набутися

патологічного характеру, особистість зазнає негативних змін, які перешкоджають її самоактуалізації і самовдосконаленню. В цьому випадку мова йде скоріше про пристосування, а не про адаптацію. Люди, орієнтовані на дію, використовують незахисні механізми адаптації, застосовують внутрішні ресурси: підвищують рівень активності пізнавальних процесів.

Одним із компонентів адаптивних механізмів є захисні механізми, як схеми психічних дій, що призводять до певних ступеня і форми адаптованості особистості. Вони формуються у ситуаціях фрустрації, закріплюються в психіці при потраплянні до подібних ситуацій, актуалізуються в них і забезпечують адаптацію особистості.

Тип захисту, інтенсивність і тривалість адаптаційних процесів залежать від значення фрустраційного чинника для особистості, а його індивідуальне усвідомлення – від структури мотиваційної сфери та рівня домагань особистості. Особливості характеру, тип особистості багато в чому визначають те, що стає фрустраційним чинником для людини, які захисні процеси у неї при цьому активізуються.

Опис захисних механізмів першими зробили фахівці, які працюють у психоаналітичній парадигмі. Відповідно до їхніх поглядів, захисні механізми включають придушення і витіснення. Придушення – це процес, який сприяє виключенню із свідомості думок, почуттів, бажань, що викликають переживання болю, сорому або провини. Витіснення – це свідоме перенесення уваги людини з фрустраторів на інші форми активності. Ці захисні механізми не завжди сприяють адаптації особистості, іноді їх застосування призводить до зниження рівня загальної інтелектуальної активності. У подальшому були виділені та описані інші механізми психологічного захисту, такі як інтелектуалізація, утворення реакції, проекція, ідентифікація, інтроєкція, ізоляція, раціоналізація, сублімація та інші.

Інтелектуалізація при переживанні тривоги та страху змушує людину, замість реальних дій з розв'язання складної ситуації, застосовувати абстрактні думки і уявлення щодо неї, щоб звільнитися від фрустрації. У своїх помірних проявах може виявлятися корисною для психологічного здоров'я людини, у надмірних – сприяє позбавленню повноцінного емоційного життя, стає дезадаптивним механізмом.

Утворення реакції застосовується у випадках, коли людина має соціально несхвальні бажання, що викликають внутрішній конфлікт, почуття провини та сорому. Засобом позбавлення від цих почуттів є механізм утворення реакції: у свідомості формуються такі установки, які вступають у протиріччя з асоціальними підсвідомими бажаннями і відчуттями. Утворення реакції є не лише механізмом, який дозволяє збалансувати нові й старі установки: новоутворена штучна установка часто буває надмірно сильною і активною, викликає нетерпимість і фанатизм.

При застосуванні проекції людина власні небажані риси приписує іншим і таким шляхом захищає себе від усвідомлення цих рис в собі. Негативні емоції, які могли б бути спрямовані проти себе, проявляються до

інших і людині вдається таким чином зберігати високий рівень самоповаги. Основною функцією проєкції є перешкоджання усвідомленню власних небажаних властивостей. Якщо проєкція спрямована на прийняття певної соціальної ролі, вона стає адаптивним механізмом.

Ідентифікація сприяє ототожненню себе з іншими, групою, соціальним зразком. Вона є важливим механізмом соціалізації людини, формування особистості, але вона також може виконувати захисну функцію. З ідентифікацією тісно пов'язана інтроєкція, коли риси та установки іншої людини вбудовуються в структуру особистості без психічної переробки, в незмінному вигляді. Цей механізм діє підсвідомо, і призводить лише до ілюзії розв'язання проблемної ситуації, яка об'єктивно не вирішується.

Ізоляція сприяє відтворенню в свідомості травмуючого спогаду, враження, думки, проте емоційний компонент їх розділяє, ізолює від когнітивних процесів та пригнічує. Внаслідок цього емоційні складові вражень не усвідомлюються. Така форма захисту поєднується з ізоляцією спогадів інших подій, асоціативні зв'язки руйнуються, що пов'язано із бажанням максимально утруднити відтворення травмуючих почуттів.

Самообмеження застосовується в випадках, коли людина розуміє, що її досягнення менш значущі, ніж досягненнями іншої людини, її самоповага знижується, тому діяльність заміщається спостереженнями за діяльністю. Фрустрацію викликає конкуренція з іншими, що призводить до розвитку пасивного характеру. Формується стратегія адаптації і стиль життєдіяльності, поведінка набуває стереотипності. Цей механізм забезпечує ситуативну адаптованість.

Раціоналізація як захисна аргументація полягає у продукуванні логічних думок і висновків для помилкового пояснення, виправдання фрустрацій, невдач, безпорадності. Раціоналізація є засобом збереження самоповаги особистості в ситуації, коли ця складова «Я – концепції» знаходиться під загрозою. Основним способами раціоналізації є дискредитація мети, дискредитація жертви, самодискредитація, самообман.

Сублімація в своїй основі може мати будь-яку інстинктивну або соціогенну потребу, задоволення якої затримується, блокується в певній проблемній ситуації. Вона є одним з основних адаптивних механізмів, що забезпечують адекватну соціально-психологічну адаптацію особистості.

Взаємодія особистості із соціальним середовищем може призводити до адаптації або дезадаптації. На адаптацію до соціального середовища впливають очікування і вимоги людини. Вона завжди виражається в певних когнітивних, емоційних, мотиваційно-вольових процесах. При адаптації до власної особистості об'єктом стає внутрішній стан, характерологічні властивості, недоліки, переваги, вибір і рішення. Особистість формує щодо себе конкретні очікування і вимоги, які повинні відповідати поставленим завданням і меті. Дезадаптованість виражається в неприйнятті себе, відсутності поблажливості до себе, непослідовності обраної стратегії дій, невпевненості, почуття сорому і провини. Соціальна дезадаптація це складний психологічний стан, симптомами якого можуть бути: неприйняття



індивіда групою; соціально-психологічна ізоляція; фрустрація; недосконалість комунікативних навичок; соромливість тощо. Деадаптованість може проявлятися у вигляді соціально-психологічної ізоляції; прагнення особистості до порушення стану соціально-психологічної рівноваги в міжособистих взаєминах.

Аналіз теоретичних досліджень проблеми адаптації показав, що існують різні варіанти перебігу адаптаційного процесу: успішна адаптація без використання захисних механізмів; адаптація із застосуванням комплексу захисних механізмів, а також способів поведінки, що ускладнюють взаємодію з оточуючими. Вибір адаптивних механізмів, способів поведінки залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, соціального оточення, взаємин у родині і багатьох інших чинників. Тобто адаптація це завжди в певній мірі захист від себе, ситуації, оточуючих. Отже, успішність адаптації визначається оптимальним функціонуванням систем фізіологічного і психологічного рівня.

## **II. Особливості соціально-психологічної адаптації мігрантів**

У сучасному світі спостерігається зростаюча мобільність різних верств населення, соціальних груп, родин, що сприяє виникненню нових форм культурних, міжособистісних контактів і міграцій. Під час економічної, політичної кризи міграція стає стратегією поліпшення і, навіть, збереження життя для українців. Масштабна міграція є небезпечним явищем для держави, тому що значна частина населення не може реалізувати свій професійний та особистісний потенціал, що призводить до суттєвих економічних, політичних, соціальних, культурних, психологічних і моральних втрат.

Науковці розглядають питання, що пов'язані із соціально-психологічною адаптацією особистості в новому для неї середовищі, та кризу соціальної й особистісної ідентичності, як її наслідок. Міграція, в будь-якому разі є психотравмуючим чинником для людини, що негативно відображається на її психологічному здоров'ї. Серед вітчизняних науковців, які займаються розв'язанням цих питань, слід відмітити Л. Анищенко, Л. Бахмутову, М. Бірюкову, О. Блінову, О. Брацюнь, С. Григор'єву, І. Леонову, Н. Ляшенко, А. Неска, Л. Орбан-Лембрик, В. Педоренко, О. Ровенчак, І. Рущенко, Г. Солдатову, О. Тімченко, І. Трубавіну та інших. Вони доводять, що сутністю соціально-психологічної адаптації мігрантів є прагнення зберегти ідентичність, пристосуватися до нових умов життя, сформувані нові стратегії взаємодії з оточуючим світом, що потребує активізації адаптаційних механізмів психіки.

Соціально-психологічна адаптація мігрантів починається із входження, облаштування в новому для них суспільстві, яке має певні організаційні, правові, політичні, культурні, психологічні властивості, традиції, норми та правила. Якщо мова йде про переїзд в іншу країну, додаються проблеми етнокультурної та мовної адаптації. Це складний, багатошаровий процес пристосування до нових умов життя, взаємодії представників різних культур. Життя в іншому культурному середовищі примушує мігрантів відмовитися

від звичного способу життя, прийняти нові соціальні норми, правила, моделі поведінки, традиції, звичаї, ритуали та цінності. Іноді у новому місці перебування суттєво відрізняються природні, кліматичні умови, що також навантажує адаптаційні механізми особистості. У будь-якому випадку соціально-психологічна адаптація мігрантів це складний та стресогенний процес.

Адаптацію мігрантів вважають успішною, якщо людина здатна реалізувати свій професійний, особистісний потенціал, використовувати можливості, здібності та успішно вирішувати соціально-психологічні проблеми. Адаптація характеризується активним прагненням інтегруватися у середовище. Критеріями успішної соціально-психологічної адаптації мігрантів є: формування конструктивних взаємин із новим середовищем, успішне вирішення щоденних проблем; участь у соціокультурному житті громади; переважання позитивних психічних станів над негативними; задовільне фізичне та психологічне здоров'я; толерантність взаємодії у міжкультурних стосунках; збереження цілісності особистості, її інтегрованість. Вирішальними ознаками є психологічне благополуччя та внутрішня гармонійність особистості [15].

Науковці розглядають соціально-психологічну адаптацію мігрантів як процес переживання змін, усвідомлення культурних відмінностей, ізоляції, депривації, аутодеструктивних думок та поведінки. У ХХ столітті в США було виявлено, що нервово-психічне здоров'я мігрантів, які працюють, краще ніж у місцевого населення, що пояснювалося впливом чинника селекції, тобто лише мігранти з високим рівнем нервово-психічного здоров'я показують достатню адаптацію до нового середовища. Але сам факт міграції негативно впливає на всі складові здоров'я людини, це: погіршення або втрата соціального статусу, матеріального положення, повна зміна оточення, відірваність від родини тощо. Фахівці виділяють види нервово-психічних розладів, які характерні саме для мігрантів, це специфічні різновиди неврозів, депресій, психосоматичних розладів тощо. Чим більшим є розрив між культурами, тим більш шкідливий вплив на психіку мігрантів фіксується.

Соціально-психологічна адаптація мігрантів до нових умов існування може викликати фрустрацію, депресію, агресивність, що є закономірним кризовим процесом на шляху до набуття особистістю нової ідентичності. Соціально-психологічна дезадаптація мігрантів виражається в неспроможності задовільнити власні потреби, реалізувати бажання і домагання. Крім того, особистість із порушеннями адаптації не здатна відповідати соціальним вимогам та очікуванням, коректно виконувати соціальні ролі, взаємодіяти із спільнотою, ефективно здійснювати професійну діяльність. Ознаками соціально-психологічної дезадаптованості мігрантів є довготривале переживання внутрішніх і зовнішніх конфліктів без здійснення психічної та фізичної активності щодо їхнього розв'язання.

Самосвідомість мігрантів, всі її складові зазнають впливу хронічного, довготривалого стресу та внутрішнього конфлікту, люди усвідомлюють власну цілісність, але зазнають великого тиску з боку середовища,

трансформацію критеріїв власної самоідентифікації, до яких належать мова, культура, традиції, звичаї тощо. Все це призводить до соціальної, рольової, особистісної кризи.

Перебування у чужій країні викликає дезадаптивний психічний стан, так званий «культурний шок», який є дезорганізуючим переживанням. Це конфлікт старого та нового, культурних норм, цінностей, орієнтацій, установок. Культурний шок – це конфлікт різних культур на рівні індивідуальної свідомості. Він пов'язаний з тим, що мігранти нездатні зрозуміти та передбачити поведінку оточуючих, що призводить до ускладнення контролю над ситуацією та прогнозування майбутнього. Наслідком є виникнення тривожності, апатії, депресії, соціальних страхів, аутодеструктивної поведінки. Це може тривати довгий час, доки не сформується нові когнітивні механізми для розуміння іншої культури і вироблення відповідних стратегій поведінки.

О. Ровенчак вважає, що характерними для мігрантів є недостатня впевненість у собі, недовіра до оточуючих, безпорадність, психосоматичні розлади, відчуття втрати контролю над ситуацією, некомпетентності, неможливості задовольнити потреби, здійснити бажання, які виражаються у почуттях гніву, агресивності і ворожості по відношенню до оточуючих [16]. В. Педоренко визначає, що мігранти переживають так званий «стрес акультурації» [15]. Це почуття втрати звичних норм та цінностей, які супроводжуються депресивними та тривожними симптомами. Також дослідники вивчають феномен ностальгії, як почуття туги за батьківщиною. Проявами стресу акультурації є соціальна дезінтеграція, криза соціальної та особистісної ідентичності. Мігранти переживають втрату звичного соціального світоустрою, культурних норм, розгубленість. Крім того, у новому для них соціальному середовищі інакше працюють схеми владних взаємин, суспільного порядку і економічних стратегій, на індивідуальному рівні можуть виникати ворожість, невпевненість, депресія й сплутаність самоідентифікації. Ускладнення у самоідентифікаційних процесах є закономірним наслідком перебування в змінних, невизначених ситуаціях. Особистісна ідентичність це інтегративна, цілісна, динамічна система, що має здатність до трансформацій під впливом зовнішніх та внутрішніх перетворень. Криза самоідентичності призводить до структурних змін, сама є їхнім механізмом, сприяє трансформації ідентичності. Кризою самоідентичності це повторюване протягом життя гостре, нетривале переживання неможливості реалізації життєвих цілей, завдань, планів, яке тимчасово блокує можливості та ресурси особистості, що призводить до втрати контролю над ситуацією, власними почуттями, поведінкою та діяльністю.

Подолання кризи самоідентичності може здійснюватися конструктивним або деструктивним шляхом. Вибір варіанту подолання кризи залежить від ступеню неузгодженості між реальною та ідеальною ідентичністю; змістом та глибиною конфлікту між самоідентичністю та оточуючим світом; ступенем відповідності поведінки особистості

нормативним вимогам середовища; цілісністю сприйняття себе як тотожної собі особистості; фактів власної біографії. Треба наголосити, що будь-яка криза стимулює рух, розвиток, зміни; є критичним періодом сензитивності зростаючого потенціалу, джерелом формування пристосованості до соціального середовища. Внаслідок переживання та проходження кризового етапу життя, особистість приймає важливі рішення, виробляє нові життєві стратегії на тривалий час.

Криза самоідентичності мігрантів сприяє визначенню та реалізації нових поглядів на життя, усвідомлення відповідальності за власну активність, розвитку внутрішньої незалежності від думок та оцінок оточуючих, подоланню жорсткої історично-культурної детермінації життя. Цей процес супроводжується переживаннями трансформації цінностей, уявлень, інтересів і пов'язаних з цим розчарувань, страхів, невизначеності, безпорадності. Наслідками кризи самоідентичності у мігрантів стають подолання стагнації особистості, що виражається у набутті змісту, визначенні цінностей та їх реалізації, можливість зміни ситуацій, особистісне зростання, культурне оновлення, прогрес у розвитку. Соціальна ідентифікація є однією із базових потреб людини, задоволення якої сприяє побудові життєвого світу особистості. В основі кризи самоідентичності лежить блокування, фрустрація базових потреб людини.

Внутрішньо-особистісний конфлікт є показником наявності кризи самоідентичності як неузгодженості між бажаним та реальним; криза самоідентичності може проявлятися в різних сферах – культурній, етнічній, професійній, міжособистісній; негативними наслідками внутрішньо-особистісного конфлікту є: психологічна дезорганізація особистості, зниження активності та продуктивності діяльності; підвищений рівень тривожності; залежність людини від оточення та обставин; знижений емоційний тонус; негативні психічні стани; фрустрація основних потреб; почуття неповноцінності та безпорадності; втрата життєвих цінностей та сенсу життя. Ускладненість позитивного конструктивного виходу із кризи супроводжується розвитком деструктивних переживань невдачі, незадоволених потреб, недосягнення цілей тощо. Внутрішньо-особистісний конфлікт може бути вирішений конструктивно та мати позитивний ефект, сприяти мобілізації ресурсів особистості для подальшого розвитку; сприяти адаптації та самореалізації у складних умовах та підвищенню стресостійкості; допомагати самопізнанню та формуванню адекватної самооцінки. Саме тому стрес акультурації та криза самоідентичності, яку він стимулює, має різний ступінь проявів у мігрантів. Тобто, стресогенність міграції та соціально-психологічної адаптації людини до нових соціальних і культурних умов вимагає глибокого теоретичного аналізу та сучасних емпіричних досліджень.

Соціально-психологічна адаптація мігрантів супроводжується зростанням напруги, як результату зусиль, що необхідні для адаптації; почуттями втрати звичного світу, залишеного у минулому; почуттям занедбаності, що виникає через неспроможність встановити глибокі

психологічні взаємини з новим оточенням; усвідомленням міжкультурних відмінностей в цінностях та стереотипах поведінки; неконтрольованою тривогою при усвідомленні суттєвих відмінностей старого та нового життя; почуттям неповноцінності, невідповідності новому середовищу.

Одночасно з зусиллями, які спрямовані на соціально-психологічну адаптацію, мігрантам доводиться долати певні психічні травми, які мають постійний та рецидивуючий характер, множинність тригерів, супроводжуються психологічною регресією, актуалізують дитячі травми, захисні механізми психіки тощо. На думку дослідників, які спеціалізуються на роботі з міграційною травмою, ця психічна травма притаманна всім мігрантам без винятку, і процес її терапії, усвідомленість і прийняття мають велике значення для успішної адаптації мігрантів.

Соціально-психологічна адаптація мігрантів характеризується прагненням до збереження цілісності особистості та самореалізації, задоволення основних потреб, продуктивної взаємодії з навколишнім середовищем у конкретних умовах існування. Вимушена міграція українців під впливом соціально-політичної ситуації в Україні впливає на перебіг їхньої соціально-психологічної адаптації. Дослідники вказують на те, що для ефективної соціально-психологічної адаптації вимушених мігрантів необхідно задовольнити ті потреби, які неможливо компенсувати на новому місці існування; відсутність негативного впливу факторів міграційного переміщення. Факторами ефективної соціально-психологічної адаптації мігрантів є зовнішні та внутрішні. Під зовнішніми факторами мають на увазі різноманіття зовнішніх впливів та умов. Головним внутрішнім фактором є психологічне здоров'я та благополуччя мігранта. Основний висновок, який можна зробити із зробленого аналізу цієї проблеми, соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів буде успішною, якщо, особистість реалізує власний психологічний потенціал, можливості, здібності та подолає проблеми, які зумовлені вимушеною зміною умов життя.

### **III. Психологічні особливості аутодеструктивної поведінки особистості**

Проблема аутодеструктивної поведінки особистості досліджувалася такими вітчизняними та зарубіжними фахівцями, як О. Дроздов, О. Дьоміна, О. Вдовиченко, О. Ільяшенко, С. Максименко, Н. Максимова, А. Олійник, Г. Пілягіна, Є. Харченко, В. Герасимова, А. Калашнікова, В. Комлев, Г. Лобов, А. Сисоєв, Д. Вассерман, Дж. Манн, М. Оквендо, Д. Олдрідж, А. Амбрумова, В. Закодиріна, О. Бондарчук, В. Рибальська, Д. Ривман, О. Хархан та ін. Вони розглядали аутодеструктивну поведінку як особистісну здатність, чинники її формування, критерії та прогнозування аутодеструктивних вчинків. При цьому більшою мірою вивчалися окремі аспекти аутодеструктивної поведінки – суїцидальної, ризикованої, віктимної.

Зарубіжні науковці для опису аутодеструкції частіше використовують поняття «суїцидальна поведінка», «приховані суїциди», «саморуйнівні акти». Але більшість фахівців сходяться в тому, що розглядають аутодеструкції як певну активність особистості, що спрямована на заподіяння собі фізичної чи

психологічної шкоди. Серед загальних причин аутодеструкції виділяють нормативні та ненормативні кризи, втрату сенсу життя, складності в усвідомленні та прояві почуттів, порушення міжособистісної та внутрішньої комунікації, ригідність, низьку самооцінку, почуття провини тощо.

Аналіз психологічних досліджень показав, що раніше аутодеструкцією вважалися лише суїциди, парасуїциди та суїцидальні думки, а інші прояви саморуйнівної активності розглядали як ситуативний прояв аутоагресії. У сучасній психології в аутодеструкції розрізняють психологічну аутоагресію, яка включає самозвинувачення, почуття ненависті, відрази, злості до себе; фізичну аутоагресію: активність, яка призводить до болю, страждань, самоушкоджень; приховану аутоагресію: тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків, порушення харчової поведінки, сексуальні перверсії, заняття екстремальними видами спорту, схильність до ризику тощо. Аутодеструктивна поведінка завжди включає дії, вчинки, думки, які відхиляються від норми.

Складність, багатогранність феномену аутодеструктивної поведінки, а також поєднання індивідуального та соціального рівнів аутоагресивних проявів обумовлює різноманітність підходів до їх пояснення. Антропологічний підхід представлений «конституціональними» поглядами Е. Кречмера і У. Шелдона, які розглядають конституціональні або характерологічні особливості людини як основу суїцидальної поведінки. Психологічний підхід до проблеми був розпочатий З. Фрейдом в його концепції «потягу до смерті», що властивий індивіду, а також в описах особистості невротика. Чинником формування суїцидальної (аутодеструктивної) поведінки психоаналітики вважають амбівалентний внутрішній конфлікт, що проявляється у вигляді самозвинувачень за втрату об'єкту кохання. Для патологічної особистості самокатування може бути насолодою, задовольняти садистичні тенденції і ненависть, які належать об'єкту кохання, але спрямовані на себе. Самогубство це несвідоме бажання вбити іншу людини, якщо це неможливо, енергія цього імпульсу спрямовується на себе.

У гештальт-психології життєву активність людини розглядають як безперервний процес утворення та руйнування гештальтів, ланцюг контактів з навколишньою дійсністю. Контакт, тобто усвідомленню, перешкоджає ряд феноменів, що виникають на його межі. Людина використовує їх, щоб, чинити опір, не допустити усвідомлення. Ці феномени є захисними механізмами інтроекції, проекції, ретрофлексії і конфлюенції. Кожна аутодеструктивна дія є реалізацією їх представленості в конкретній особистості. Людина, яка використовує інтроекцію, поводить себе так, як хочуть інші, тому зазвичай їй притаманні альтруїстичні самогубства, які здійснюються в випадках, коли суспільство або група пригнічує ідентичність людини, і вона жертвує собою заради інших або якоїсь соціальної, філософської або релігійної ідеї. Використання проекції призводить до того, що людина щось, що реально належить їй приписує навколишньому середовищу. Це зазвичай стосується бажань або емоцій, за які вона не хоче

відповідати сама або не бере відповідальності за їх прояв. Таким чином, відбувається відкидання частини власного «Я», що призводить до деструкції або аутоагресії. Ці невизнанні в собі частини, людина починає знаходити в інших людях, поступово відсторонюється від людей, які здаються їй байдужими, бажаними зла або небезпечними, ізолює себе від навколишнього середовища і в результаті відчуває пригніченість або депресію. Більшість видів проекції формує суїцидальний вектор. При ретрофлексії людина зупиняє свою активність на рівні конкретної дії. Її відчуття або бажання не проявляються ззовні, залишаються всередині: вона сама починає себе любити, ненавидіти або вести нескінченний внутрішній діалог. Зазвичай така людина не дозволяє собі проявити агресію щодо реальних об'єктів, вона відчуває провину і сором, тому обертає її проти себе. Злиття, або конфлюенція, вважається станом, в якому психічна реальність людини представлена фоном. Вона рятується від переживань розчиненням власної особистості, повною втратою ідентичності в якомусь «ми». Такі люди часто скоюють самогубства у молодому віці, коли виникає потужне злиття з групою, яка є деструктивною. Конфлюентні самогубства характеризуються заразливістю, оскільки один суїцид призводить до виникнення наступного, виникає так звана «суїцидальна хвиля». В стані злиття людина не усвідомлює своїх почуттів і потреб, тому дуже сприйнятлива до аутодеструктивних дій. Застосування заснованої на гештальт-підході типології суїцидальної поведінки сприяє виробленню сучасних ефективних стратегій психологічного консультування і психотерапії кризових станів з аутодеструктивними тенденціями.

До аутодеструктивної поведінки частіше приводить депресія, що суб'єктивно переживається як пригнічений настрій, стан безнадійності, безпорадності, провини тощо. Щоб діагностувати дійсну депресію у людини, потрібно спостерігати протягом мінімум двох тижнів за появою трьох або більше наступних симптомів: зниження інтересів або задоволення від діяльності, яка зазвичай була приємною; відсутність реакції на події, які в нормі її викликають; ранні пробудження без необхідності; психомоторна загальмованість або активація; помітні зміни апетиту; зниження ваги; зниження лібідо; апатія; підвищена стомлюваність. Серед психологічних ознак треба звернути увагу на надмірне і неадекватне почуття провини; думки про смерть, що повторюються, суїцидальна поведінка; нерішучість; порушення ясності та/або ефективності мислення, знижену самооцінку.

Психічно здорова людина під впливом психотравмуючої ситуації може здійснювати аутодеструктивну активність, що потребує надання термінової соціально-психологічної допомоги. Одним з основних чинників аутодеструкції є екзистенційна криза, втрата сенсу життя, що переживається як жах перед безнадійністю, відчуття порожнечі і безглуздя, страх провини і засудження. Іншим значущим чинником є соціально-психологічна дезадаптація як наслідок внутрішнього конфлікту особистості. Конфлікт, що перевищує поріг дезадаптації особистості, є кризовим.

Таким чином, аналіз сучасних досліджень показав, що аутодеструктивна поведінка є різновидом деструктивної поведінки, коли людина здійснює руйнівні дії спрямовані на себе. Аутодеструкція об'єднує багато поведінкових проявів: самоушкодження, самогубство, адиктивна та ризикова поведінка, екстремальні види активностей, самообмеження, самозвинувачення тощо. Науковці по-різному визначають, класифікують та описують аутодеструктивну поведінку. Виходячи з теоретичного аналізу феноменології поняття «аутодеструкція», вважаємо доцільним розглядати це явище системно, як з боку особистісних особливостей людини, її самооцінки, характеру, комунікативних властивостей, так і з боку соціальних детермінант: взаємин з батьками, виховання, впливів оточення у дитинстві та підлітковому віці, досвіду взаємин із суб'єктами приязні тощо. Визначаємо аутодеструкцію як зовнішню або внутрішню активність, що спрямована на заподіяння собі шкоди.

#### **IV. Емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку адаптаційних здібностей та аутодеструктивної поведінки у мігрантів.**

Традиційно адаптація розглядається як процес і як результат. При розгляді адаптації як процесу виділяють його тимчасові характеристики, стадії адаптації, розглядають їх тривалість, виявляють основні елементи адаптаційного процесу, що пов'язані в єдину логічну і часову послідовність. Результативний аспект адаптації використовується як основний елемент для оцінки успішності адаптаційних процесів в цілому.

Соціально-психологічна адаптація це процес встановлення оптимальної відповідності особистості і навколишнього середовища в ході здійснення людиною діяльності, яка дозволяє їй задовольняти актуальні потреби і реалізовувати значущі цілі (при збереженні психічного, психологічного і фізичного здоров'я), забезпечує відповідність психічної діяльності людини, її поведінки вимогам [1]. Критеріями успішної соціально-психологічної адаптації є успішність діяльності, коректне виконання професійних завдань, підвищення кваліфікації, конструктивна взаємодія із представниками спільноти, професійна ефективність; здатність уникати ситуацій, що створюють загрозу для процесу діяльності, ефективно усувати загрозу, запобігати травмуванням, аваріям, надзвичайним ситуаціям; виконувати діяльності без значущих порушень фізичного здоров'я.

Загальним показником соціально-психологічної адаптованості особистості є відсутність ознак дезадаптації. Дезадаптація може виникнути унаслідок короточасних і сильних негативних впливів середовища на людину або під впливом менш інтенсивних, але тривалих дій. Дезадаптація виявляється в різних порушеннях діяльності: у зниженні продуктивності праці та її якості, порушеннях дисципліни, підвищенні аварійності та травматизму. Фізіологічні і психологічні ознаки дезадаптації відповідають ознакам стресу. Професійна адаптація виражається в певному рівні оволодіння професійними навичками і вміннями, формуванні професійно необхідних якостей особистості, стійкому позитивному ставленні до своєї професійної діяльності. Соціально-психологічна адаптація полягає



в усвідомленні особливостей організації, інтегруванні в систему відносин, що склалася в ній, позитивній взаємодії з її членами.

Об'єктом дослідження є соціально-психологічна адаптація особистості.

Предметом – взаємозв'язок адаптаційних здібностей і ризику суїцидальної поведінки в українських мігрантів.

Метою – дослідження особливостей взаємозв'язку між адаптаційними здібностями і ризиком виникнення аутодеструктивної поведінки в українських мігрантів.

При побудові програми дослідження ми виходили з припущення про те, що зниження або недостатній розвиток адаптаційних здібностей особистості може призводити до формування аутодеструктивної поведінки у мігрантів.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Дослідити рівень розвитку адаптаційних здібностей українських мігрантів.

2. Проаналізувати рівень суїцидального ризику в українських мігрантів.

3. Визначити особливості взаємозв'язку адаптаційних здібностей і суїцидального ризику в українських мігрантів.

У дослідженні брали участь українські мігранти (чоловіки та жінки), які перебувають в Україні та в інших країнах (Польща, Німеччина, Італія, Нідерланди), кількістю 58 осіб. Виходячи з завдань емпіричного дослідження, ми розділили досліджуваних на дві групи: до 1 групи увійшли мігранти, які перебувають в інших країнах, кількістю 27 осіб, в 2 групу – мігранти, які перебувають в Україні, кількістю 31 особи.

Було використано такі психодіагностичні методики:

1. Багаторівневий особистий опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) А. Маклакова, С. Чермяніна призначений для оцінки адаптаційних можливостей особистості з урахуванням соціально-психологічних і деяких психофізіологічних характеристик, що відображають узагальнені особливості нервово-психічного і соціального розвитку. Опитувальника містить 165 питань і має такі шкали:

- «достовірність» (Д);
- «нервово-психічна стійкість» (НПС);
- «комунікативні здібності» (КЗ);
- «моральна нормативність» (МН);
- «особистий адаптаційний потенціал» (ОАП).

2. «Опитувальник для оцінки проявів професійної дезадаптації» О. Родіної. Призначений для оцінки робочого стану професіоналів різних галузей. Містить 64 твердження, відповіді на яких оцінюються відповідно до ключа. В результаті виділяються такі ознаки дезадаптації:

- погіршення самопочуття;
- сомато-вегетативні порушення;
- порушення циклу «сон – неспання»;
- особливості соціальної взаємодії;
- зниження мотивації до діяльності.

Також підраховується загальна кількість балів, яка вказує на загальний рівень професійної дезадаптації.

3. «Опитувальник суїцидального ризику» (модифікація Т. Разуваєвої). Метою методики є експрес-діагностика суїцидального ризику; виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження спроб самогубства. Виділяють такі субшкальні діагностичні концепти: демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, часова перспектива, антисуїцидальний чинник.

Для статистичної обробки результатів використовувалися t-критерій Стьюдента і коефіцієнт кореляції Пірсона.

При побудові програми дослідження ми виходили з уявлень про те, що країна перебування може викликати зміни в різних сферах психічного життя особистості мігрантів, а саме – люди, які залишилися в Україні мають знижений адаптаційний потенціал, що робить їх більш вразливими по відношенню до дії стресогенних чинників різної природи. Тому спочатку ми провели дослідження адаптаційних здібностей досліджуваних за допомогою багаторівневий особистий опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) А. Маклакова, С. Чермяніна. Отримані результати представлені в таблиці 1.

*Таблиця 1. Показники адаптаційних здібностей українських мігрантів (у стенах)*

Шкали	1 група n=27	2 група n=31	t	p-рівень
Нервово-психічна стійкість	6,8	4,6	2,1	≤ 0,05
Комунікативні здібності	7,1	3,8	2,4	≤ 0,05
Моральна нормативність	8,4	5,3	2,4	≤ 0,05
Особистий адаптаційний потенціал	7,4	4,6	2,3	≤ 0,05

Отримані результати вказують на те, що у досліджуваних 2-ої групи в порівнянні з досліджуваними 1-ої групи значно знижені адаптивні здібності. Отримано значущі відмінності в показниках по всіх шкалах опитувальника. За шкалою «Нервово-психічна стійкість» показники значно вище у досліджуваних 1 групи ( $p \leq 0,05$  за t-критерієм Стьюдента). Це вказує на те, що мігранти, які переїхали в іншу країну, мають достатньо високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції, високу адекватну самооцінку і реалістичне сприйняття дійсності. Мігранти, які залишилися в Україні, мають знижений рівень поведінкової регуляції, певну схильність до нервово-психічних зривів, деяку неадекватність самооцінки і сприйняття дійсності.

За шкалою «Комунікативні здібності» показники досліджуваних 1-ої групи значущо вище, ніж показники досліджуваних 2-ої групи ( $p \leq 0,05$ ). Це означає, що мігранти, які переїхали в іншу країну, мають високий рівень розвитку комунікативних здібностей, достатньо легко встановлюють

контакти з оточуючими, не конфліктні. Мігранти, які залишилися в Україні, виявляють утруднення в побудові взаємодії з оточуючими, можуть проявляти агресивність, підвищену конфліктність.

За шкалою «Моральна нормативність» досліджувані 1-ої групи так само мають значно вищі показники, ніж досліджувані 2-ої групи ( $p \leq 0,05$ ). Це свідчить про те, що мігранти, які переїхали в іншу країну, реально оцінюють свою роль в колективі, орієнтуються на дотримання загальноприйнятих, загальногрупових норм поведінки. А у мігрантів, які залишилися в Україні, спостерігається зниження здатності до загальногрупової ефективної діяльності, вони часто не можуть адекватно оцінити своє місце і роль у спільноті, не прагнуть дотримувати загальноприйнятих норм поведінки.

Показник особистого адаптаційного потенціалу відповідно значно вище у досліджуваних 1-ої групи в порівнянні з досліджуваними 2-ої групи ( $p \leq 0,05$ ). Мігранти, які переїхали в іншу країну, входять до групи високої і нормальної адаптації. Вони достатньо легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять в новий колектив, достатньо легко і адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки. Як правило, не конфліктні, мають високу емоційну стійкість.

Мігранти, які залишилися в Україні, входять до групи задовільної адаптації. Більшість осіб цієї групи мають ознаки різних акцентуацій, які в звичних умовах частково компенсовані і можуть виявлятися при зміні життєдіяльності, тому успіх адаптації залежить від зовнішніх умов середовища. Ці люди, як правило, мають невисокий рівень емоційної стійкості. У них можливі асоціальні зриви, прояви агресії та конфліктності. Досліджувані цієї групи вимагають індивідуального підходу, постійного спостереження, коректувальних заходів.

Таким чином, дослідження адаптаційних можливостей українських мігрантів, які відрізняються країнами перебування показало, що у тих, хто не виїхав за межі України, помітно знижений адаптаційний потенціал, це проявляється в різних порушеннях поведінки, емоційній нестійкості, напруженій взаємодії з колегами й оточуючими. Напевно, у довготривалій перспективі це може стати одним із чинників, які сприяють розвитку аутодеструктивної поведінки особистості, що у свою чергу може призводити до підвищення ризику суїцидальної поведінки. Тобто, зниження здібності до адаптації робить особистість більш вразливою щодо руйнуючих впливів психотравмуючої ситуації. Для того, щоб визначити в яких саме сферах психічного життя наслідки цих дій виявляються в першу чергу далі було проведене дослідження рівня професійної дезадаптації і суїцидального ризику в українських мігрантів виділених груп.

Рівень професійної дезадаптації мігрантів досліджувався за допомогою «Опитувальника для оцінки проявів професійної дезадаптації» О. Родиної. Результати представлені в таблиці 2.

*Таблиця 2. Показники професійної дезадаптації українських мігрантів  
(у балах)*

Ознака	1 група n=27	2 група n=31	t	p- рівень
I. Погіршення самопочуття				
1. Емоційні зрушення	5,3±1,7	9,4±2,7	2,2	≤ 0,05
2. Особливості окремих психічних процесів	2,1±0,4	4,4±1,5	1,3	> 0,05
3. Зниження активності	3,8±1,4	6,7±2,5	1,6	> 0,05
4. Відчуття втоми	4,6±1,9	8,3±2,2	2,1	≤ 0,05
II. Сомато-вегетативні порушення	17,6±4,8	31,7±5,9	2,3	≤ 0,05
III. Порушення циклу «сон-неспанья»	4,6±1,3	8,7±2,6	2,2	≤ 0,05
IV. Особливості соціальної взаємодії	7,8±3,1	13,4±3,7	2,4	≤ 0,05
V. Зниження мотивації до діяльності	2,2±0,5	4,6±2,1	1,4	> 0,05
Загальний показник	48,0	87,2	2,4	≤ 0,05

Представлені результати свідчать про те, що у мігрантів, які переїхали в іншу країну, фіксується помірний рівень професійної дезадаптації (48 балів), а у мігрантів, які залишилися в Україні, – виражений рівень професійної дезадаптації (87,2 балів). Крім того, виявлено значущі відмінності між показниками досліджуваних по таких ознаках: емоційні зрушення значущо частіше спостерігаються у досліджуваних 2-ої групи ( $p \leq 0,05$  по t-критерію Стьюдента). Це означає, що у мігрантів, які залишилися в Україні, відбулися негативні зміни в емоційній сфері, підвищилися тривожність, спостерігається знижений фон настрою, відчуття неспокою, депресивні стани.

Відчуття втоми значущо частіше фіксують у себе досліджувані 2-ої групи ( $p \leq 0,05$ ), тобто мігранти, які залишилися в Україні, мають знижений рівень працездатності, активності, швидше втомлюються при однакових навантаженнях у порівнянні з іншими.

Сомато-вегетативні порушення спостерігаються значущо частіше у досліджуваних 2-ої групи ( $p \leq 0,05$ ), що указує на руйнуючий вплив психотравмуючої ситуації на фізіологічні процеси організму.

Порушення сну також частіше відзначають у себе досліджувані 2-ої групи ( $p \leq 0,05$ ), тобто мігранти, які залишилися в Україні, мають розлади циклу «сон-неспанья», які, зокрема, можуть бути пов'язані з обстрілами та загальним рівнем небезпеки. Розлади сну можуть призводити до розвитку більш серйозних нервово-психічних розладів.

Порушення соціальної взаємодії більшою мірою властиві мігрантам, які залишилися в Україні, у з тими, хто виїхав закордон ( $p \leq 0,05$ ). Ці порушення є одним з проявів синдрому емоційного вигорання, які у свою чергу є одним з симптомів професійної деформації.

Таким чином, проведене дослідження рівня адаптаційних здібностей і професійної дезадаптації дозволяє стверджувати, що у мігрантів, які залишилися в Україні, знижується адаптаційний потенціал і наростають

ознаки дезадаптації, які призводять до порушень в емоційній, соціальній, фізіологічній сферах. Одним з проявів дезадаптації є суїцидальна загроза, тому далі був діагностований рівень суїцидального ризику у досліджуваних виділених груп. Рівень суїцидального ризику досліджувався нами за допомогою «Опитувальника суїцидального ризику» Т. Разуваєвой. Отримані результати представлені в таблиці 3.

*Таблиця 3. Показники рівня суїцидального ризику в українських мігрантів (у балах)*

Субшкальні діагностичні концепти	1 група n=27	2 група n=31	t	p-рівень
Демонстративність	2,4±1,2	3,8±1,6	1,2	> 0,05
Афективність	3,2±1,7	2,7±1,5	1,3	> 0,05
Унікальність	4,7±1,8	3,2±1,7	1,3	> 0,05
Неспроможність	2,5±1,6	4,6±1,8	2,2	≤ 0,05
Соціальний песимізм	3,3±1,4	5,2±2,2	2,1	≤ 0,05
Злам культурних бар'єрів	1,3±0,9	3,3±1,5	2,1	≤ 0,05
Максималізм	3,5±1,4	4,1±1,9	0,4	> 0,05
Часова перспектива	2,9±1,1	4,3±1,7	1,2	> 0,05
Антисуїцидальний чинник	5,1±1,7	4,9±2,1	0,1	> 0,05

У досліджуваних 1-ої групи найбільш вираженими показниками є: антисуїцидальний чинник (5,1 балів), унікальність (4,7 балів) і максималізм (3,5 балів). Достатньо високий показник антисуїцидального чинника вказує на те, що у мігрантів, які переїхали в іншу країну, глобальний суїцидальний ризик відсутній. Але при цьому виражені сприйняття себе, ситуації, і власного життя в цілому як явища виняткового, не схожого на інших. Це тісно пов'язано з феноменом «непроникності» для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій та чужий життєвий досвід. Так само для них характерні: інфантильний максималізм ціннісних установок і афективна фіксація на невдачах.

У досліджуваних 2-ої групи найбільш вираженими показниками є: соціальний песимізм (5,2 балів), антисуїцидальний чинник (4,9 балів) і неспроможність (4,6 балів). Це вказує на наявність у мігрантів, які залишилися в Україні, негативної концепції навколишнього світу, тобто сприйняття його як ворожого, що не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини взаємини з оточуючими. Але при цьому – на відсутність глобальної суїцидального ризику, що пов'язане з відчуттям відповідальності за близьких, негативну концепцію власної особистості, уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність, «вимкненість» зі світу.

Виявлено значущі відмінності між показниками досліджуваних груп по таких параметрах: показники шкал «неспроможність», «соціальний

песимізм» і «злам культурних бар'єрів» значно вище у досліджуваних 2-ої групи ( $p \leq 0,05$  відповідно за кожною шкалою).

Тобто, можна констатувати, що у мігрантів, які залишилися в Україні, загальне сприйняття власної особистості, світу, суспільства, професійної діяльності і спілкування в цілому більш негативне, песимістичне, неадекватне, чим у тих, хто переїхав в іншу країну. Вірогідність збільшення суїцидального ризику згодом для них істотно зростає.

Таким чином, дослідження адаптаційних здібностей і рівня суїцидального ризику показало, що у мігрантів, які залишилися в Україні, істотно знижені адаптаційні можливості, потенціал і зростає загроза виникнення суїцидальної поведінки.

З метою дослідження особливостей взаємозв'язку між адаптаційними здібностями і ризиком суїцидальної поведінки в українських мігрантів використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона. Отримані результати відображені в таблицях 4, 5.

*Таблиця 4. Показники взаємозв'язку адаптаційних здібностей і суїцидального ризику в українських мігрантів (r)*

Адаптаційні здібності	Нервово - психічна стійкість	Комунікативні і здібності	Моральна нормативність	Особистий адаптаційний потенціал
Суїцидальний ризик				
Демонстративність	0,22	0,34*	0,08	0,15
Афективність	0,09	0,22	0,07	0,14
Унікальність	0,33*	0,21	0,09	0,12
Неспроможність	0,06	0,20	0,31*	0,09
Соціальний песимізм	- 0,09	- 0,37*	0,06	- 0,35*
Злам культурних бар'єрів	- 0,06	- 0,13	- 0,09	0,05
Максималізм	- 0,05	- 0,21	0,36*	- 0,27*
Часова перспектива	- 0,27*	- 0,17	- 0,08	- 0,33*
Антисуїцидальний чинник	0,38*	0,41*	0,27*	0,36*

Примітка: \* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ .

Отримані результати вказують на те, що існує пряма лінійна залежність між такими показниками адаптаційних здібностей і суїцидального ризику в українських мігрантів: комунікативні здібності і демонстративність, тобто чим більше розвинені у людини комунікативні здібності, тим вище вірогідність прояву демонстративності як чинника суїцидального ризику, яка

в даному контексті виявляється як бажання повернути увагу оточуючих до своїх нещасть, добитися співчуття і розуміння.

Таблиця 5. Показники взаємозв'язку професійної дезадаптації і суїцидального ризику в українських мігрантів (r)

ПД	I.1	I.2	I.3	I.4	II	III	IV	V	ЗП
СР									
Дем.	0,33*	0,12	0,05	0,16	0,07	0,19	0,41*	0,07	0,14
Аф.	0,45**	0,09	0,12	0,15	0,08	0,33	0,16	0,08	0,17
Ун.	0,19	0,14	0,13	0,09	0,11	0,13	0,35*	0,36*	0,20
Неспр.	0,37*	0,12	0,11	0,16	0,09	0,11	0,42*	0,33*	0,17
СП	0,44**	0,09	0,14	0,08	0,11	0,06	0,31*	0,11	0,15
ЗКБ	0,11	0,33*	0,16	0,07	0,16	0,02	0,14	0,15	0,19
Макс.	0,33*	0,11	0,14	0,14	0,41*	0,37	0,17	0,09	0,21
Час.П	0,06	0,12	0,33*	0,42*	0,35*	0,14	0,09	0,12	0,13
АСЧ	-0,33*	-0,07	-0,16	-0,17	-0,27*	0,16	0,17	-0,11	-0,35*

Примітка: ПД – професійна дезадаптація, I.1 – емоційні зрушення, I.2 – особливості окремих психічних процесів, I.3 – зниження активності, I.4 – відчуття втоми, II – соматовегетативні порушення, III – порушення циклу «сон-неспанья», IV – особливості соціальної взаємодії, V – зниження мотивації до діяльності, ЗП – загальний показник професійної дезадаптації, СР – суїцидальний ризик, Дем. – демонстративність, Аф. – ефективність, Ун. – унікальність, Неспр. – неспроможність, СП – соціальний песимізм, ЗКБ – злам культурних бар'єрів, Макс. – максималізм, Час.П – часова перспектива, АСЧ – антисуїцидальний чинник.

\* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$

Нервово-психічна стійкість і унікальність, тобто чим вище рівень нервово-психічної стійкості особистості, тим з більшою ймовірністю вона сприймає себе, ситуації, і, можливо, власне життя в цілому як явище виняткове, не схоже на життя інших. Моральна нормативність і неспроможність, тобто, чим вище в особистості схильність підкорюватися нормам і правилам суспільства, тим вище вірогідність виникнення негативної концепції власної особистості, уявлень про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність, невідповідність вимогам дійсності й оточуючих. Моральна нормативність і максималізм, тобто, чим вище прагнення особистості дотримуватися існуючих норм і правил, тим з більшою вірогідністю розвиватиметься схильність до афективної фіксації на невдачах. А також всі адаптаційні параметри і антисуїцидальний чинник, тобто, чим краще адаптована особистість, тим менше вірогідність виникнення суїцидальної поведінки.

Крім того, виявлений лінійний негативний кореляційний зв'язок між такими адаптаційними здібностями і чинниками суїцидального ризику в українських мігрантів: комунікативні здібності, особистий адаптаційний потенціал і соціальний песимізм, тобто чим вище рівень розвитку комунікативних здібностей і адаптаційного потенціалу, тим менше вірогідність виникнення соціального песимізму, як негативної концепції

навколишнього світу, сприйняття його як ворожого, такого, що не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини взаємини з оточуючими. Особистий адаптаційний потенціал і максималізм, тобто чим вище особистий адаптаційний потенціал, тим з меншою вірогідністю виникає схильність до афективної фіксації на невдачах. Нервово-психічна стійкість, особистий адаптаційний потенціал і часова перспектива, тобто чим вище у особистості нервово-психічна стійкість і особистий адаптаційний потенціал, тим менша вірогідність виникнення такого порушення, як неможливість конструктивного планування майбутнього, глобального страху невдач і поразок у майбутньому.

Виявлено пряму і зворотною кореляційні залежності між показниками професійної дезадаптації і суїцидального ризику. Пряма залежність спостерігається між показником «погіршення самопочуття» – емоційні зрушення і такими параметрами суїцидального ризику: демонстративність ( $p \leq 0,05$ ), афективність ( $p \leq 0,01$ ), неспроможність ( $p \leq 0,05$ ), соціальний песимізм ( $p \leq 0,01$ ), максималізм. Особливості окремих психічних процесів і злам культурних бар'єрів ( $p \leq 0,05$ ); зниження загальної активності, відчуття втоми і часова перспектива ( $p \leq 0,05$ ).

Сомато-вегетативні порушення пов'язані з максималізмом і часовою перспективою ( $p \leq 0,05$  відповідно). Порушення циклу «сон-неспанья» – з афективністю ( $p \leq 0,05$ ) і максималізмом ( $p \leq 0,05$ ). Особливості соціальної взаємодії – з демонстративністю ( $p \leq 0,05$ ), унікальністю ( $p \leq 0,05$ ), неспроможністю ( $p \leq 0,05$ ), соціальним песимізмом ( $p \leq 0,05$ ). Зниження мотивації до діяльності – з унікальністю ( $p \leq 0,05$ ) і неспроможністю ( $p \leq 0,05$ ).

Зворотна кореляційна залежність виявлена між антисуїцидальним чинником і емоційними зрушеннями ( $p \leq 0,05$ ), сомато-вегетативними порушеннями ( $p \leq 0,05$ ) і загальним показником професійної дезадаптації ( $p \leq 0,05$ ).

На основі отриманих результатів емпіричного дослідження була створена програма соціально-психологічного тренінгу, яка спрямована на запобігання формування та розвитку аутодеструктивної поведінки в українських мігрантів, які залишилися в Україні. За змістом програма має такі складові: когнітивна – сприяє обізнаності мігрантів щодо причин формування аутодеструктивної поведінки, конструктивних життєвих цінностей та смислів тощо; афективна – спрямована на зниження тривожності, актуалізацію потреби у самопізнання, саморозвитку, саморегуляції та самоконтролю; поведінкова – спрямована на формування навичок асертивної поведінки, ефективних прийомів спілкування тощо.

Програма тренінгу розрахована на 40 годин, складається з п'яти взаємопов'язаних частин:

1. «Підготовча. Освоєння технік релаксації» спрямована на створення сприятливої атмосфери в групі учасників, визначення пріоритетів, зниження тривожності та емоційної напруженості, формування позитивного ставлення до себе, опанування прийомів релаксації, медитації. Також перша частина



тренінгу включає організацію певних процедур, під час виконання яких учасники тренінгу мають можливість познайомитись один з одним, зняти емоційну напругу, налаштуватися на інтерактивну діяльність в процесі тренінгу, виробити правила взаємодії в групі. На цьому етапі доречним використання дихальних вправ, наприклад, вправа з дихальної гімнастики «Привіт сонцю» сприяє зняттю напруги, зниженню емоційної нестабільності в учасників процесу. Інструкція: «Станьте зручно, вдихніть глибоко та прикрийте обличчя руками. Пальці повинні знаходитися на верхній межі лоба. Очі під руками прикриті. Затримуємо подих на одну-дві секунди. Повільно видихаємо повітря через рот (губи складено трубочкою). Повільно, наче знімаємо з обличчя павутиння, проводимо руками по обличчю. Коли пальці торкнуться підборіддя, вільно та розслаблено опускаємо руки вздовж тулуба. Одночасно робимо розслаблюючі рухи для ший, плечей, спини...Пауза з закритими очима 1-2 секунди... Починаємо повільно піднімати руки вгору, потім проводимо по обличчю, глибоко вдихаємо. Коли пальці торкнуться нижніх повік, очі відкриваємо та спрямовуємо погляд вгору «до сонця». Руки піднімаємо вгору, пальці тримаємо наче віяло. Затримуємо подих на 2-3 секунди... Робимо видих, розслаблюючи рухи руками».

2. «Робота з агресією» передбачає дослідження мігрантами власних мотивів агресивної та аутодеструктивної поведінки, зниження почуття провини та образи, формування позитивного мислення, що сприяють у подальшому становленню асертивної поведінки. Включає оволодіння техніками правильного вираження агресії, роботу з почуттям провини, образи, використання прийомів релаксації та арт-терапії. Приклад рекомендованої вправи: Візуалізація «Галерея» сприяє зниженню агресії, тривожності, дозволяє подивитися на конфліктні ситуації з іншого боку. Інструкція: «Сядьте зручно, розслабтеся, глибоко вдихніть 3-4 рази та закрийте очі. Уявіть себе на виставці. На ній всі фотографії людей, на яких ви розгнівані, які були з вами несправедливі. Прогуляйтеся по цій виставці, роздивіться портрети. Виберіть з них будь-який та зупиніться біля нього. Згадайте конфліктну ситуацію, яка пов'язана з цією людиною. Уявіть себе у цій ситуації. Подивіться цей сюжет від початку до кінця як кіно. Коли дійдете до неприємної ситуації – зупиніть кадр. Уявіть цей кадр як фотокартку на склі, візьміть цю картку та вийдіть на вулицю. Підійдіть до будинку, сядьте у ліфт та підніміться на дах. Підійдіть до самого краю, подивіться на фотокартку та киньте її вниз. Прослідкуйте за її польотом до самої землі, до того моменту, коли вона вдариться об землю та розлетиться на дрібні шматочки. Потім йдіть назад тим самим шляхом: зійдіть з даху, спустіться на ліфті... та поверніться до галереї. А тепер знову спробуйте подивитися цей сюжет. Зверніть увагу: що змінилося в цій ситуації. Повторіть вправу 3-4 рази, вдихніть та відкрийте очі. Поділіться з групою своїм досвідом». Учасники повинні відмітити зниження напруги та агресії.

3. «Життєві цінності та смисли» спрямована на формування цінностей здорового способу життя, гуманістичних цінностей, визначення свого

призначення в житті тощо. Приклад вправи: Вправа «100 смислів». Вправа спрямована на усвідомлення власних життєвих смислів. Учасники отримують аркуш паперу та виписують максимальну кількість смислів, чому вони прийшли у цей світ. Потім аналізують написане. Питання до аналізу:

– Скільки на початку ви думали, що зможете написати смислів свого існування?

– Чому їх вийшло більше?

– Які з них викликали сумніви?

– Чому?

– Чи дійсно варто наносити шкоду своєму здоров'ю? Група обговорює отримані результати.

4. «Формування асертивної поведінки» сприяє формуванню конструктивної поведінки, зниженню ригідності, оволодінню ефективними прийомами спілкування, розвитку вміння планувати дії та життя в цілому на основі розуміння себе й прагнення до саморозвитку. Приклад вправи: Вправа «Звернення до минулого досвіду». Мета вправи – розуміння стану безпорадності, який притаманний особам із аутодеструктивною поведінкою, усвідомлення власних почуттів у кризові періоди; пошук внутрішніх ресурсів й основних напрямів психологічного супроводу особистості. Вправа виконується як візуалізація, що пов'язана із зверненням до минулого досвіду переживання кризового періоду й думок про безглуздість життя. Після звернення до безпечного місця учасникам пропонується згадати важкий період у власному житті й поміркувати над питаннями «Що утримувало від самогубства?», «Що допомагало у збереженні себе?», «У чому мали потребу тоді?», «Що допомагало в той життєвий період й сьогодні?». Інструкція: «Спробуйте згадати найсумніший день Вашого життя. Пам'ятаєте, що Ви відчували? Відчай, безнадійність, невіру в те, що Ви зможете ще коли-небудь бути щасливі. Можливо, в якійсь момент вам захотілося померти. Можливо, Ви замислилися про те, щоб накласти на себе руки. Можливо, навіть придумали план самогубства. Якщо коли-небудь з вами відбувалося щось подібне, Вам має бути знайоме почуття самотності й страху від того, що Ви хочете зробити щось недозволене. Ви знаєте, як це буває, коли хочеться розповісти про те, що відчуваєш, друзям або рідним, але боїшся, що тебе не зрозуміють або визнають божевільним. І Ви знаєте, як хочеться, щоб поряд з Вами виявилася людина, здатна вислухати і зрозуміти Вас; здатна допомогти Вам». Обговорення після візуалізації має бути спрямоване на пошук відповіді на питання: «Якої допомоги потребує людина, яка хоче накласти на себе руки?».

5. «Підсумок. Рефлексія тренінгу в цілому» спрямована на усвідомлення результатів тренінгу, постановку завдань саморозвитку та самовдосконалення у майбутньому. Пропонована вправа: «Подарунок собі і групі». Учасникам пропонується подумки проаналізувати всі заняття і позначити «подарунок собі» – отриманий особистий результат в символічному вигляді і розповісти про це групі – «подарунок групі». Підведення підсумків. Ведучий пропонує кожному з учасників написати на

невеликих аркушах те важливе і необхідне, що вони отримали від тренінгу; якими новими знаннями та ідеями збагатилися. Потім учасники по черзі коментують їх. Наприкінці ведучий звертається до учасників із пропозицією висловити свої зауваження та рекомендації. Він дякує групі за спільну роботу.

Підводячи загальний підсумок тренінгу, кожний член групи складає угоду (контракт) з самим собою, відповідає на такі питання:

1. Що нового про себе я узнав під час занять групи?
2. Що нового я дізнався про інших людей?
3. Що я хотів би змінити в собі у майбутньому?
4. Яким чином я буду це робити?

Записи вкладаються в конверт, на якому вказується поштова адреса автора. Всі конверти здаються психологу. Через місяць він розішле їх за вказаними адресами. В учасників буде ще одна можливість побачити себе таким, яким він бачив себе в кінці роботи тренінгової групи.

Висновки. Проведене дослідження особливостей взаємозв'язку адаптаційних здібностей та аутодеструктивної поведінки в українських мігрантів показало, що із збільшенням симптомів дезадаптації зростає ризик формування аутодеструктивної поведінки. Мігранти, які перебувають в Україні, потребують уваги з боку професійних психологів, психотерапевтичної та психокорекційної допомоги з метою зменшення симптомів та проявів аутодеструкцій, підвищення якості життя та психологічного благополуччя.

### *Література*

1. Андросович К. А. Феномен соціальної адаптації як предмет наукового аналізу. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. №3 (46). 2016. С. 20–24.
2. Анищенко Л. О. Поранені реальністю: особливості надання психологічної допомоги вимушено переміщеним особам з України в Нідерландах. *Психологія російськоукраїнської війни: внутрішній погляд: матеріали Всеукраїнського круглого столу, м. Київ 7 квітня 2022 року*. Київ: Талком. 2022ю С. 5–6.
3. Бахмутова Л., Неска А. Професійна життєстійкість – головний особистісний ресурс українських біженців у Польщі. *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: матеріали III Науково-методичного семінару (м. Київ, 26 вересня 2022 року)*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. С. 3–5.
4. Бахмутова Л., Неска А. Особливості психологічних порушень серед українських біженців у Польщі. *Актуальні проблеми психології. Т. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*. Вип. 22. 2022. С. 3–18.
5. Бірюкова М., Рущенко І., Ляшенко Н., Григор'єва С. Біженці і внутрішньо-переміщені особи російсько-української війни: соціальні характеристики й практики. *Науково-теоретичний альманах Грані*. Том 25. № 6. 2022. С. 143–156.
6. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Вип. 1. 2014. С. 234–242.
7. Блінова О. Є. Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. *Науковий вісник Херсонського держ. ун-ту. Серія: Психологічні науки*. Вип. 3(1). 2016. С. 111–117.

8. Борисюк А. С. Особливості соціальної адаптації молоді в сучасних умовах. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика: монографія. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка. 2017. С. 335–356.
9. Брацюнь О. П. (2022). Соціально-демографічна та емоційно-психологічна характеристика українців, які покинули Україну внаслідок російської військової агресії. *Терапевтика*. Т. 3. № 4. 2022. С. 56–61.
10. Деменко О. Ф. Соціальна адаптація в сучасних умовах. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства: матеріали III Всеукраїнського науково-практичного круглого столу*. 2018. С. 336.
11. Ємішянць О. Б. (2016). Психологічні проблеми соціальної адаптації особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Вип. 5. Т. 2. 2016. С. 150–154.
12. Коллі-Шамне А., Старцева В. Google-форма як інструмент дослідження соціально-психологічних проблем українців – вимушених мігрантів у перші місяці війни 2022 року. *Трансформаційні процеси в умовах війни та післявоєнного періоду: матеріали Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Чернігів, 10 червня 2022 року)*. Чернігів: ГО «Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій». 2022. С. 234–238.
13. Кузьмін А. П. Соціальна адаптація в сучасних умовах. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства: матеріали III Всеукраїнського конгресу*. 2018. С. 17.
14. Леонова І. М. Теоретичний аналіз проблеми соціально-психологічної адаптації вимушених переселенців в Україні. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. №4 (29). 2015.
15. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини) *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія*. Вип. 5. 2022. С. 5–10.
16. Ровенчак О. А. Особливості соціокультурної адаптації українських іммігрантів у США. *Наукове пізнання: методологія та технології*. №1. 2018. С. 118–144.
17. Тімченко О. Обпалені війною (психологічна пам'ятка для роботи з внутрішньо переміщеними особами). *Проблеми екстремальної та кризової психології*. № 1(3). 2022. С. 159-166.
18. Трубавіна І. Спектр проблем біженців в Україні в війні 2022 року: акценти і спостереження. *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: матеріали II Міжнародної наукової конференції (м. Тернопіль, 21-22 квітня 2022 року)*. Тернопіль. 2022. С. 29–13.

#### **1.4. The relationship between mental health and the subjective assessment of the quality of life of an individual: psychological aspects and influencing factors**

The problem of mental health of an individual is one of the most important modern socio-psychological and medical problems. It covers a wide range of issues related to a person's psychological well-being, his emotional state, ability to adapt in society, effective coping with stress and maintaining harmony between internal needs and external demands. The modern world faces a large number of stressful factors that affect a person's mental health. Pandemics, economic crises, wars, environmental disasters and social instability lead to an increase in the number of cases of depression, anxiety disorders, stress states and other mental disorders [4].

According to the World Health Organization (WHO) 2022 report, mental health is a critical area that needs special attention worldwide, but currently high mental health needs are not adequately met to an extent, since the methods of diagnosis, treatment and prevention of mental disorders still have a large number of shortcomings [28]. A report by the Lancet commission showed that the number of mental disorders is increasing worldwide and could cost the global economy up to 16 trillion dollars between 2010 and 2030 if appropriate measures are not taken [20]. In response to global challenges, a wide range of changes is taking place in modern clinical psychology, the relevance and significance of which are associated with the development of technologies, the constant growth of interest in mental health, the conduct of interdisciplinary research, as well as with the increasingly digitalization of psychology. According to official documents, in Ukraine, this problem is extremely acute. In the "Concept for the Development of Mental Health Care in Ukraine for the Period Until 2030" (approved by order of the Cabinet of Ministers of Ukraine in 2017), it is noted that as of January 1, 2017, 1 million 673,328 residents of Ukraine were registered in the due to mental and behavioral disorders, including 694,928 residents – due to disorders related to alcohol and drug use (or 3.9 percent of the population) ("Concepts for the development of mental health care in Ukraine for the period until 2030", 2021) [8]. Therefore, understanding the problem of mental health and finding ways to solve it is one of the important tasks for scientists of various fields, including psychologists [1].

Mental illness is a serious burden on society, affecting not only individuals, but also their families, social environment, and work capacity. Despite increasing awareness of the importance of mental health, many people still face discrimination and stigmatization because of their mental health problems. This limits their ability to get the help they need, contributes to social isolation and deepens emotional distress. It is important to change societal attitudes about mental disorders so that people can seek help without fear of being misunderstood or rejected. Mental health and physical health are interconnected. Chronic mental disorders, such as anxiety or depression, can have a negative impact on physical health, lowering immunity, increasing the risk of cardiovascular diseases and worsening the general condition of the body. In turn, serious physical illnesses can

impair mental health, causing emotional distress and anxiety. Mental health largely determines how a person evaluates his quality of life. People who have stable emotional well-being are able to better adapt to life circumstances, they more often have positive self-esteem and life satisfaction. In turn, mental health disorders often lead to a negative subjective assessment of the quality of life, isolation, loss of motivation and social activity [5].

In many countries, including Ukraine, access to quality psychological and psychiatric care is limited. The insufficient number of specialists, the low level of funding of mental health care systems and the lack of public awareness of available services reduce the possibility of timely treatment and prevention of mental disorders.

An individual's mental health is a key component of their overall health and well-being. The urgency of the mental health problem is due to the increase in the number of mental disorders, their impact on physical health, social factors and the unavailability of quality psychological help. Solving this problem requires a comprehensive approach that includes prevention, timely diagnosis, access to psychological services, and support at the level of public policy and society [13].

The development of psychological well-being and maintenance of mental health are extremely important not only for the individual, but also for society as a whole. Good mental health promotes productivity, creativity and social integration. In addition, it is the basis for resistance to stress, the ability to adapt to changes and solve life's difficulties.

Thus, increasing attention to mental health, improving the quality of life and developing programs aimed at improving the subjective assessment of the quality of life are extremely relevant in modern conditions. It is important to create comprehensive approaches to maintaining mental health, which would combine psychotherapeutic support, social assistance and measures to prevent mental disorders.

Mental health is a state of the mental sphere and general mental comfort, which ensures an adequate behavioral response; harmonious development of the psyche, corresponding to the age, age norm of a given person [14].

Mental health (spiritual or mental health, sometimes mental health) is a state of well-being in which a person can realize his own potential, withstand ordinary life stresses, work productively and fruitfully, and also make a contribution to the life of his community (according to the definition World Health Organization) [29]. The content of the concept of "mental health" is not exhausted by medical and psychological criteria, it always reflects social and group norms that regulate a person's spiritual life.

Mental health (spiritual or mental health, sometimes mental health) is a state of well-being in which a person can realize his own potential, withstand ordinary life stresses, work productively and fruitfully, and also contribute to the life of his community (according to the definition World Health Organization). The current state of the mental health problem is, first of all, connected with the introduction of the very term "mental health" into scientific life (WHO report, 1979), which is considered as a state of "mental well-being" (well-being), which is not the same as

the absence diseases The criteria of mental health have traditionally been considered to be the awareness and feeling of continuity, stability and identity of one's physical and mental "I"; a sense of constancy and identity of experiences in similar situations; criticality towards oneself and one's own mental production (activity) and its results; correspondence of mental reactions (adequacy) to the strength and frequency of environmental influences, social circumstances and situations; the ability to self-govern behavior in accordance with social norms, rules and laws; the ability to plan one's own life activities and implement plans; the ability to change the way of behavior depending on changes in life situations and circumstances [11; 22; 28].

In "Health Psychology" the concept of "health" is defined as well-being in the broadest sense (well-being). M. Marks, M. Murray, V. Evans and others. It is indicated that "wellbeing is a multifactorial construct representing a complex interrelationship of cultural, social, psychological, physical, economic and spiritual factors. This is a complex product – the result of the influence of genetic predisposition, environment and features of individual development" [17]. The universal health formula for them is integrity, competence and responsibility. A. Ellis attributes self-interest, social interest, self-governance (self-control), high frustration resistance, flexibility, acceptance of uncertainty, orientation to creative plans, scientific thinking, self-acceptance, risk-taking ability, long-term hedonism to the criteria of mental health, nonutopianism and responsibility [18].

In the scientific psychological literature, the concept of "mental health" is defined as the successful realization of a person in professional activities and his social adaptation that corresponds to living conditions. This realization is based on mental harmony and the absence of mental illnesses.

In psychological science, mental health is the most detailed within such directions as behaviorism, psychoanalysis, and humanistic psychology. From the standpoint of behaviorism, mental health is presented as a state in which behavioral reactions meet the requirements of the environment. In this, the role of a person in the process of recovery is passive and reduced to the development of behavioral skills.

Within the psychoanalytic direction, mental health is perceived as a sociocultural variable, the characteristics of which are determined by specific social conditions. In order to preserve it, it is necessary to maintain the balance between the conscious and unconscious, the inner world of a person and his social environment, during the transition from one stage of the life cycle to another.

This problem is considered most fully in the works of representatives of humanistic psychology. Mental health is defined here as the full self-realization of a person, the achievement of which is possible only with the help of a person finding harmony between the socio-economic conditions of life and his own inner nature [25].

Given the high importance of mental health for the quality of human life, this problem occupies a central place in the research of authors from various fields: medicine, psychology, pedagogy, philosophy, sociology. Such a complex approach to study is due to the fact that society is forced to cyclically experience various

crises: cultural, moral, economic. Thanks to this interdisciplinary approach to the study, the meaning of the concept of "mental health" is quite broad and includes medical and psychological criteria, as well as social, group norms and values [19].

The analysis of literary sources showed that mental health can be interpreted as a stable mental state of an individual in which vital forces, mental functions and mood are in balance. This state allows a person to be satisfied with himself, socially adapted and successfully implement his professional qualities and skills [10]. A comparative analysis of the views of different researchers on the problem of mental health allows us to conclude that they are of the opinion that the study of this phenomenon requires an integrative approach.

The lack of an unambiguous definition of the concept of "mental health", as well as the request of psychologists and teachers, which determine the high relevance of this problem in modern society.

Summarizing scientific data, it is possible to note the main criteria of mental health according to WHO:

- awareness and feeling of continuity, stability and identity of one's physical and mental self;
- Feeling of constancy and identity of experiences in similar situations;
- Criticism of oneself and one's own mental activity and its results;
- Correspondence of mental reactions to the strength and frequency of environmental influences, social situations;
- the ability to self-govern behavior in accordance with social norms, rules, and laws;
- the ability to plan one's own life activities and implement it;
- the ability to change behavior depending on changing life situations and circumstances [4; 28].

The study of the concept of mental health remains relevant and is the subject of scientific discussions. Different interpretations of the concept of "mental health" are due to the presence of several approaches to their understanding.

Mental health – a person's ability to fully function in the main social roles (functional definition of health based on the approach of T. Parsons and the idea of dysfunction ascending to the evolutionary theory).

3 consequences of this approach for practice:

1. limited approach to socio-cultural norms of society or social group;
2. the relativity of health, which implies the absence of "absolute" mental health (there is no person who can maintain his mental health in any social roles or situations);
3. functional understanding of mental health does not imply the complete absence of symptoms of a mental disorder, but only states that such symptoms, if present, do not cause social or behavioral dysfunction [15].

Mental health is the successful performance of a mental function, the result of which is productive activity, establishing relationships with other people and the ability to adapt to changes and cope with adverse circumstances.

According to the norm-centered approach (K. Jaspers, B. Bratus), mental health is characterized as a set of developed norms of mental properties of a



person, which allow him to optimally carry out his life activities. Considering the fact that the formulation of the definition of mental health is at the intersection of medicine and psychology, any violation at the level of physiology can be the reason for the development of mental disorders. With a norm-centered approach, significant deviations from the norm are considered as a disease state. A norm-centered approach defines mental health as the absence of symptoms, pathological conditions, and disturbances in the functioning of body systems. Within this approach, mental health research focuses on the manifestation of mental and functional disorders. A person's behavior can be considered abnormal if it is completely inconsistent with social values and habits. It should be emphasized that approaches to the assessment of norms may also differ in medicine and psychology.

The negative side of this approach can be that the presence of some mental characteristics of an individual can be interpreted as a deviation from the accepted norm. On the other hand, attempts to explain these features only from the point of view of psychology may lead to disdain for the use of drug therapy [24].

Socially oriented and cross-cultural approaches (representatives P. Barger, T. Lukman) characterize mental health as an unstable state that completely depends on socio-cultural changes in society and other factors. Thus, according to this approach, such phenomena as national cultural traditions and the way of life of people in a particular state significantly affect the stability and quality of mental health. Authors [15] believe that the maintenance of normal mental health of each individual depends entirely on the cultural, historical and everyday conditions of his residence. When characterizing mental health within the framework of a cross-cultural approach, external factors are taken into account, but attention is paid to the personal feelings and experiences of a person. With a good state of mental health, a person feels energetic and able to withstand stressful situations. Such a state can be achieved by constantly maintaining internal harmony and balance of mental functions with the environment.

Other authors [26] consider mental health as a state that has developed as a result of social, political and economic situations at the moment.

Considering mental health within the framework of a holistic approach (representatives G. Allport, K. Rogers), it should be noted that the basis of mental health is the true physical and mental self. The holistic approach implies an integral approach to studying the concept of mental health as parts of the whole system, as well as the influence of other components of this system on its quality. Mental health is an important component of general human health and its problem is studied in close relationship with other problems of human health. When studying the concept of mental health, attention should be paid to its relationships with other characteristics of a person. When solving the problem of deviations in mental health, it is necessary to consider the human body as a whole and to correct not the signs of mental disorders, but to look for their causes. It should be noted that changes in mental health, which are significantly beyond the norm, can cause serious disturbances in the functioning of body systems [5].

In the axiological approach (representatives A. Maslow, A. Kempinski), mental health is regarded as one of the values that occupies an almost leading position in the hierarchy of human values. Followers of this approach believe that mental health as a component of general health is an important basis for the realization of one's higher abilities [4].

The dominance of certain values, as well as their overestimation, crisis are considered as factors that determine the health of an individual or negatively affect it. In his theory of self-actualization, A. Maslow considered the highest values as a kind of determinants of healthy and full-fledged development of an individual. Within the framework of psychiatry, a similar approach was applied by A. Kempinski, who interpreted various forms of psychopathology as violations of the moral order or dysfunction of the value system of the individual. Currently, there are more and more works devoted to the understanding of mental health and as the main value of culture, and as a value orientation that determines the social and mental existence of a specific individual.

With the phenomenological approach (representatives V. Didtey, L. Binswanger), the central position is occupied by the feelings, experiences, and ideas of the individual. The study of mental health is carried out from the point of view of scientific knowledge. In the phenomenological approach, it is very important to characterize mental health not by objective indicators, but by describing the subjective feelings and thoughts experienced by a person. The characteristics of the concept of mental health can be given only on the basis of deep understanding and empathy. Mental health is presented as a system of its components. However, this system is studied separately from the functional state of the human body [17].

Modern researchers focus on the integrity of mental health. An important criterion of mental health here is mental balance, which is manifested in the harmonious interaction of the emotional, volitional and cognitive spheres of the individual. The ability to self-regulate is also an important characteristic of mental health, which is regarded as a person's ability to adapt to the environment and the ability to adapt circumstances to his mental state.

According to this definition, the norms distinguish 3 levels of mental health: creative, adaptive and maladaptive.

Thus, the creative (higher) level is characterized by a person's ability to adapt well to environmental factors, which is manifested in the presence of a sufficient amount of strength to overcome stressful situations and a high creative potential for self-realization in society. People are characterized by a stable psyche.

The adaptive (medium) level is characterized by good adaptation to environmental factors. However, such people have a high level of anxiety and their psyche does not have the required level of stability.

The maladaptive (lower) level is characterized by a violation of the balance of mental functions, which leads to a low ability to adapt to the environment.

The phenomenological approach involves the study of mental health separately from physiological health, because a mentally and psychologically healthy person can have somatic diseases.

Within the framework of the evolutionist approach (representatives K. Lorenz, V. Vernadskyi), mental health is studied as a state that changes during a long general species evolution. According to this approach, any deviations in the state of mental health are assessed taking into account the degree of species-wide adaptation to environmental conditions [25].

Mental health in the aspect of a complex approach (representatives M. Murray, V. Evans) is considered as a system of interacting heterogeneous components. Mental health is influenced by cultural, social, genetic, economic, and spiritual factors. Mental health is inextricably linked with physical and social health. According to this approach, mental health has a rather general formulation as a state of comfort and general well-being of an individual, which allows him to realize himself as much as possible [18; 19].

All of the approaches listed above are complementary to us, which allows us to explore the concept of mental health at once within the framework of several aspects.

Summarizing the positions of representatives of the phenomenological, humanistic and existential-humanistic trends, the following conclusions can be drawn:

1. Mental health is an ideal concept based on the creative principles of freedom, spirituality, individuality, and social integration. This is not a fixed state of being, not a state of virtue, contentment, happiness. This is not the end point, but the direction in which a person moves, adhering to his true nature. And the very essence of human nature is constructive, realistic, intelligent, active and trustworthy.

2. The cause of mental health disorders is the incorrect distribution of tension in the internal structure of the individual. The most significant of them is the tension between what a person is and what, in his opinion, he should be.

3. Indicators of a person's mental health are:

- Accepting responsibility for one's life;
- Self-understanding and self-acceptance;
- Ability to live now;
- Consciousness of individual existence;
- Ability to understand and accept others

Three groups of factors affecting health (in health psychology):

1. independent (preceding) factors – independent correlations with health and disease are the strongest:

- factors leading to health or disease:
  - behavioral patterns; behavioral factors of type A (ambition, aggressiveness, competence, irritability, muscle tension, accelerated type of activity; high risk of cardiovascular diseases) and B (opposite style);
  - supportive dispositions (eg, optimism and pessimism);
  - emotional patterns (eg, alexithymia);
- cognitive factors – ideas about health and illness, about the norm, establishment, value, self-assessment of health, etc.;

- social environment factors – social support, family, professional environment;
- demographic factors – gender factor, individual coping strategies, ethnic groups, social classes;
- 2. transmitting factors:
  - coping with multilevel problems;
  - substance use and abuse (alcohol, nicotine, eating disorders);
  - types of behavior that promote health (choice of the ecological environment, physical activity);
  - compliance with the rules of a healthy lifestyle;
- 3. motivators:
  - stressors;
  - existence in the disease (processes of adaptation to acute episodes of the disease).
- 1. the level of mobilization of adaptation reserves and the ability for such mobilization, which ensure adaptation to various environmental factors;
- 2. level of mental and physical development;
- 3. level of mental and physical training;
- 4. the level of functional readiness to perform loads.

Generally accepted in international practice, a highly effective, sensitive method of assessing social well-being is such a concept as "quality of life", which is a comprehensive description of the factors and conditions of an individual's existence in society, as well as the assessment of these factors by the individual himself.

QOL (Quality of Life) – in the English-language literature, the international abbreviation of the concept of quality of life. Problems of quality of life are discussed by specialists of various scientific fields. The quality of life becomes the goal of the development of an individual, the state, and the world community in general. Many branches of science study the quality of human life. In medicine, special attention is paid to physical health, in economics – to the level of well-being and security, in ecology – to the state of the environment, psychology examines the needs of the individual, man's search for the meaning of life, his desire for happiness [23].

The study of quality of life problems began in the mid-1960s, when the transition to the post-industrial stage of society's development began in the highly developed countries of the West, which led to humanity's interest in the humanitarian content of economic progress.

The theoretical foundations of the concept of quality of life were studied in the works of such foreign scientists as JK Galbraith, A. Sen, A. Campbell, H. Uusitalo, H. Noll, R. Habich and others. Among foreign authors, the German sociologist W. Zapf deserves special attention, who, based on the synthesis of objectivist and subjectivist concepts, proposed a promising approach to assessing the quality of life based on the classification of society in terms of states of quality of life "well-being", "deprivation", "resignation" and "dissonance" [27].

For the first time, the concept of "quality of life" was introduced into scientific circulation by John Gelbert and Forrester in the 1960s in connection with an attempt to model the trajectory of industrial dynamics.

Until now, there is no unanimity in the understanding of which phenomena should be denoted by the term quality of life, and the question remains debatable.

On the one hand, there are extended explanations of this category, which include all processes of human and social life. On the other hand, indicators of the quality of life introduce only a narrow part of the life support processes of people. Most often, close terminology is used, identifying with the quality of life category: standard of living, way of life, standard of living, lifestyle, etc. Sometimes these categories are identified, which makes it difficult to understand the content of the quality of life [2].

The quality of life should be interpreted as the level of development and the degree of satisfaction of the complex of highly developed needs and interests of people. Such a concise definition, in his opinion, does not in the least contradict numerous concepts that are in the literature, because happiness, freedom, equality, opportunities, abilities of people, etc. – all these are the needs and interests of people. He considers the quality of life as a socio-economic category and notes its following features. First, the quality of life is an extremely broad, multifaceted, multifaceted concept, incomparably wider than the standard of living. Secondly, the quality of life has two sides: objective and subjective. The objective components of the quality of life are as follows: standard of living, level of employment, development of the service sector, social security and guarantees; subjective – reflect the emotional attitude of the individual, the degree of satisfaction with various areas of his life: satisfaction with work, living conditions, a sense of comfort, stability and confidence in the future. In a narrow sense, the quality of life category reflects only qualitative characteristics (as opposed to the standard of living) [12].

Quality of life includes all aspects of existence. Scientists define the quality of life as a system of spiritual, material, sociocultural, ecological and demographic components of life. This system reveals the level of a person's ancestral forces, the creative content of his life. Researchers distinguish three blocks of quality of life:

- subject matter, which allows to consider the biological, physical and material aspects of the quality of life;
- functional, with its help you can evaluate life from the point of view of human needs and abilities in interaction with socio-economic, cultural and ecological "spaces";
- systemic and social, reveals the quality of the "spaces" themselves (economic, spiritual and social) [3].

In accordance with these blocks, the individual and public (system-social) quality of life, the diversity of human needs, the potential of its comprehensive, harmonious, creative development are revealed.

Thus, the category of quality of life is the central qualitative characteristic of people's lives, which reveals both life activities, life support, and the viability of society as a whole social organism.

American economist D. Foster believes that the quality of life depends on the level of stressful situations (and in general "difficulties of life"), when the number of stressful situations increases, the quality of life decreases [9].

The most common interpretation of quality of life is its definition as a sociological category. "Quality of life" – as a sociological category expresses the quality of satisfaction of material and cultural needs of people (quality of food, clothing, comfort of housing, quality of health care, education, service sphere, environment, leisure time, degree of satisfaction in meaningful communication, knowledge, creative work, level of stress, settlement structure, etc.). However, this understanding of the "quality of life" category cannot be considered sufficient. Quality is a fragmented integrity, is a structural education, therefore the quality of life must be considered in the integral unity of material, natural, social and spiritual life factors [6].

Abroad (primarily in the USA and Western European countries) over the past three decades, a huge number of works, both theoretical and applied, have been devoted to the study of quality of life. However, there is still no comprehensive definition of this concept with clear boundaries of its scope of application. A very common interpretation of the quality of life is as a conceptual concept that draws into its orbit a wide range of ideas about well-being, well-being, freedom of modern man, his interaction with the surrounding world.

In the 1970s, J. Telbraith and his followers gave the concept of quality of life an interpretation related to ridding society of some excesses of consumption, which arise due to society's orientation to exclusively quantitative growth of material goods, which leads to the deformation of needs. According to their views, in modern conditions, the growth of productivity is not directly related to the improvement of people's standard of living. The need to "give a person's life a human-worthy quality" comes to the fore. Life, in my opinion, puts society in front of the necessity of a choice: whether quantity – increase in the level of wages, increase in the production of goods; or quality – education, health care, culture, ecology, etc.[16].

Historically, the measurement of the quality of life was produced in two ways: the measurement of objective conditions of life and the measurement of subjective assessments of life.

People's needs and interests are individual and the degree of their satisfaction can only be assessed by the subjects themselves. They are not fixed by any statistical values and practically exist only in the minds of people, and, accordingly, in their personal thoughts and assessments. Thus, the assessment of the quality of life appears in two forms:

- ✓ Degree of satisfaction of objective needs and interests;
- ✓ Subjective satisfaction with the quality of life of an individual.

It is obvious that a person can function physically and socially adequately, but at the same time feel unhappy, and vice versa [7].

Keijiro Suruga defines the field that studies the quality of life – philosophical anthropology. George Morris Pearsall, Flanagan, Kottke, Tarlov, Johnsen with co-authors, Murray Fried, Zvirlein define quality of life as subjective

satisfaction expressed or felt by an individual in physical, mental and social situations, even in the presence of some deficits [21].

At the same time, objective achievements and skills that are highly valued in society are not excluded: intelligence, physical capabilities, characterological stability, as well as the ability to form social relationships and derive satisfaction from it. Low quality of life, therefore, occurs with a severe deficiency of mental and physical health, patho-characteristic deviations and disruption of social relations. Kottke emphasizes that every person cares not only about the duration of life, but also about its fullness and meaning; the latter, he associates with the quality of life. George Morris Pearsall defines quality of life rather as satisfaction of needs and optimal functioning, rather than ephemeral satisfaction with life and a sense of well-being.

The concept of subjective well-being is very ambiguous, E. Diner singled out the following signs of subjective well-being:

- ✓ Subjective well-being exists only within individual experience.
- ✓ Positivity of measurement. Subjective well-being is simply the absence of negative factors inherent in most definitions of mental health. It is necessary to have certain positive indicators.
- ✓ Global dimension. Subjective well-being usually includes a global assessment of all aspects of an individual's life over a period of several weeks to tens of years [12].

The psychological indicator of the quality of life is the degree of satisfaction with various spheres of life and positive agreement with the mental adequacy of the individual. Quality of life is an integral characteristic of a person's physical, psychological and social functioning, based on his subjective perception.

An important indicator of the quality of life is the individual experiences of a person regarding the social situation around him. Whether he feels healthy, able to use various social and technical achievements freely, without difficulty, whether he feels positive or negative emotions in life situations, this is an indicator of a subjective attitude to the quality of his own life.

It is natural to associate subjective satisfaction with the quality of one's life with subjective well-being. The definition of subjective well-being contained in the works of various authors can be grouped into three categories:

- ✓ Normative definition. A person feels well-being if he has some socially desirable qualities; The criteria for well-being is the value system adopted in this culture.
- ✓ A definition where well-being is a global assessment of a person's quality of life according to his or her own circumstances. This definition implies that well-being is the harmonious satisfaction of human desires and aspirations.
- ✓ The meaning of the concept of subjective well-being, with the everyday understanding of happiness, as the preference of positive emotions over negative ones. This definition emphasizes pleasant emotional experiences, which either objectively prevail in life, or a person is subjectively prone to them [21].

Given that people's needs are constantly changing and developing, it is very difficult to assess the qualitative and quantitative aspects of quality of life. In

addition, some characteristics of the quality of life, such as health, satisfaction of spiritual goods, security can only be evaluated conditionally. Therefore, it is possible to find a relative measure of the quality of life at a certain moment only with the help of a system of psychological indicators that orient.

The analysis of scientific literature on the problem of quality of life shows that the variety of definitions is based on two oppositions: objective conditions of existence and subjective assessments of conditions of existence [6].

There are seven types of definitions of quality of life: the first type – objective conditions of existence at the level of society in general; the second type – subjective assessments of the conditions of existence only at the level of society in general; the third type – objective conditions of an individual's existence; the fourth type – subjective assessments of the conditions of an individual's existence; the fifth type – objective conditions of existence and its assessment only at the level of society; the sixth type – objective conditions of existence and its assessment only at the level of the individual; the seventh type – objective conditions of existence and its assessment only at the level of society and the individual [23].

The use of different types of definitions of quality of life shows that their evolution came from the level of society to the individual and from objective conditions of existence to subjective assessments of conditions of existence.

For a person, not only a certain level of well-being is important, but also a spiritually oriented life. If the growth of material well-being is achieved at the cost of the loss of physical and mental health of an individual, its spiritual and moral deformation, then such an orientation towards the development of society contradicts the quality of life.

Subjective quality of life indicators are divided into: cognitive (rational) and affective (emotional) components.

The cognitive component consists of an assessment of overall satisfaction with various spheres of life. Assessment of overall satisfaction with life and assessment of satisfaction with different areas of life are two relatively independent psychological realities, as they are formed by different mechanisms of human information processing.

The affective component is a balance of positive and negative affects. Balance means the ratio of negative and positive affects. Positive affects include feelings of happiness, social support, and personal competence. Negative affect manifests itself in feelings of depression, anxiety, and stress.

There is also no unanimity among foreign researchers. Usually, their definition includes mainly subjective variables characterizing the individual's self-sensitivity, satisfaction with freedoms, human rights, and security of existence. For example, J. Van Gig understands the quality of life of the population in an extremely broad way, considering it as a component of well-being, and connecting this category with the goals that determine state policy aimed at meeting social, economic and other needs, increasing the general level of well-being of the population, supporting such conditions, in which man and nature could lead a harmonious existence. In this case, it is an interdisciplinary approach to the



problem of the quality of life, the subject of research in which is a set of conditions that ensures the existence of a person, including the relationship between a person and nature [16].

Thus, quality of life in modern concepts of quality is understood as a complex characteristic of socio-economic, political, cultural-ideological, environmental factors and conditions of existence of an individual, a person's position in society.

The quality category becomes a symbol of progress and survival of civilization. At the same time, traditional ideas about quality, which are widely used in quality management systems, are being overcome. Concepts of human quality, quality of life, quality of social intelligence, quality of management, quality of human-technology systems, and quality of information appear.

The analysis of different interpretations of the category "quality of life" could be continued. In general, it should be noted that most researchers, in the end, in one or another context, understand the quality of life as a complex characteristic, a defining socio-economic situation and a set of conditions that ensure human life. It is important to understand that it should not only be about economic well-being.

For a person, not only a certain level of well-being is important, but also a spiritually oriented life. If the growth of material well-being is achieved at the cost of deterioration of ecological conditions and loss of health of the population, then this orientation towards the development of society contradicts the quality of life.

Thus, we can say that the quality of life acts as a kind of global system, which includes the quality of culture, the quality of ecology, the quality of education, the quality of the social, economic and political organization of society, and the quality of a person.

The quality of life is perceived as an integral indicator that comprehensively characterizes the level of development and complete satisfaction of the entire complex of people's needs and interests.

Thus, researching the quality of life as an integrative characteristic of objective and subjective indicators of a person's living conditions reveals the special significance for mental health of the subjective assessment of the quality of life, which is manifested in the perception and attitude of the individual to collisions and changes in life, which determines mental and moral satisfaction with one's own life, even in the case when objective characteristics say otherwise. Different interpretations of the concept of quality of life reveal the tendency of most researchers, in different contexts, to understand the quality of life as a complex characteristic, an integral indicator that comprehensively characterizes the degree of development and complete satisfaction of the entire complex of needs and interests of an individual. In this regard, in our study, we chose the angle of consideration of the concept of quality of life in the key of health psychology, as a psychological category, that is how a person subjectively feels, perceives, evaluates the quality of his life, and to what extent the created quality of life contributes to strengthening the mental health of the person.

Theoretical analysis of the problem of mental health and quality of life allows:

✓ to reveal the degree of development of mental health issues, to ascertain the eclecticism of views in determining the criteria and norms of various psychological and psychotherapeutic approaches, to dwell on the definition of mental health as a socio-cultural phenomenon;

✓ determine the determinants of the most common abnormal manifestations of mental illness, including psychological factors;

✓ consider the concept of quality of life as a psychological category [2].

In order to analyze the peculiarities of the relationship between mental health and the subjective assessment of the quality of life of an individual, a confirmatory empirical study was conducted on the basis of Melitopol State Pedagogical University named after Bohdan Khmelnytskyi during June – September 2024. The total sample consisted of 150 students majoring in 053 Psychology, who were distributed according to the criterion of employment. The research was organized by the comparative method. The following psychodiagnostic methods were used within the framework of the study: semantic differential, method of researching frustration reactions (adapted version of S. Rosenzweig's picture association test), J. Rotter's scale of responsibility, Shmishek's "character accentuation" test.

Among the criteria capable of revealing the level of mental health of subjects, the following were chosen:

1) locus of control, determining level of responsibility and degree of internality of the individual;

2) adaptability, which ensures plasticity of behavior;

3) presence/absence of character accentuations, consideration of the normativity of characterological characteristics;

4) type of partnership – choice of interaction strategy, behavior patterns.

Statistical analysis procedures made it possible to identify the correlations of the studied meaningful parameters of ideas about a mentally healthy personality with indicators of J. Rotter's responsibility scale.

It was possible to establish that the highest indicators on the scale of internality regarding mental health and illness correspond to the semantic scales "self-control/self-regulation", "openness", "autonomy/independence", "non-aggressive", "developed intelligence", "Responsible" in working subjects, which corresponds to the factors "Self-actualization" and "Obligation".

In the group of students, according to the scale of internality, the highest indicators were obtained by the scales "adequate", "sociable / sociable", "healthy lifestyle", "open", "creative", that is The factors "Adequacy" and "Prosociality" are presented most prominently on the scale of internality.

Thus, the locus of control of the tested different groups "corrects the behavior" in different directions. Among students who do not work, internality is manifested and, accordingly, the greatest specific weight of responsibility is aimed at maintaining adequate behavior and socially desirable prosocial forms of it. Most likely, it is these factors that seem important for this group of subjects, but they require increased control from the individual.

Among working respondents, the manifestation of responsible behavior is refocused on the area of "self-actualization" and "obligation", which reflects their dominant sociogenic need to "be a person" in this context.

The hypothetical "sociogenic need" to be a person is realized in the subject's desire to be ideally represented in other people, to live in them by searching for means of self-realization.

The need to "be a person", the need for personalization ensures the active inclusion of the individual in the system of social relations and at the same time is determined by these social relations. Characteristic relationships were also found when correlating the data on the "semantic differential" scales with the indicators of S. Rosenzweig's method of researching frustration reactions.

By revealing the frustration tolerance of the respondents, a research task aimed at determining the adaptive capabilities of the test subjects was solved. Frustration tolerance means a person's ability to withstand various life difficulties without losing their psychological adaptation. It is based on a person's ability to adequately assess the real situation, on the one hand, and the possibility of predicting a way out of the situation, on the other.

It was possible to establish in the group of students that the highest indicators of GCR (%) have a negative correlation coefficient with such semantic scales as "capable/active", "confident", "autonomy/independence", "creative", "responsible", "spiritual" / spiritualized". These semantic scales are the "Prosociality" and "Dominance" factors, "empathy /sympathy", "subjectivity/possibility" were also found in the working subjects to manage, "moral values/morality", which corresponds to the factors "Duty", "Self-actualization", "Prosociality", "Cooperativeness". We note that the selected factors can be combined on the basis of the function of integrability, which, as mentioned earlier, ensures the reliability of the situation and the stability of social functioning necessary for a person. However, this fact clearly and clearly revealed the contradiction between the individual's desire for prosocial behavior (including among students), spiritual development, and the requirements of normative behavior in society.

We tend to interpret this fact as the presence of unfavorable legal, socio-economic, socio-psychological, etc. conditions in society, which not only do not contribute, but rather hinder the formation of pro-social values and legal behavior. The declaration of the importance of moral qualities in the personal structure of a mentally healthy person in practice, in real life, may turn out to be a factor of maladjustment.

In the group of students, this contradiction is further strengthened by the mutual repulsion of the "Dominance" factor and the level of adaptability, which can be interpreted as the reluctance to display such personal characteristics as "able-bodied / active", "confident", "active", "social", because they can become a tangible obstacle to adaptation and, in general, the success of the individual. The person is once again faced with a banal choice: "to be" or "to have".

As a result of further correlation analysis of indicators of the scales of the semantic differential "mentally normal person" and the results of Shmishek's

"Accentuation of character" test, negative correlation coefficients were found in the group of working respondents with such scales as: "adequate", "balanced", "harmony", "correspondence of the "I-real" to the "I-ideal", "optimism", "reflection", "openness", "knowledge and observance of social norms", "autonomy / independence", "non-aggressiveness", "developed intelligence". As a result of statistical processing, these scales of semantic differential were combined into the factors "Cooperativeness", "Self-actualization", "Confidence", "Typicality", "Obedience". The largest number of scales were included in the "Cooperativeness" and "Self-actualization" factors.

It can be assumed that the accentuation of certain character traits is an obstacle to the full development and adequate mental functioning of the individual, and the working respondents tend to see the causes of many problems and conflicts, which lead to the deterioration of mental health, especially the character of the individual. That is probably why the most correlations were found in this plane at this stage of our research.

As for the student group, no significant correlation coefficient was found here. It can be assumed that for this group of subjects it is not typical to see the causes of mental illness or health in character traits, which are a projection of an individual's relationship to various spheres of life, including to himself.

The next stage was the analysis of the results of statistical processing of the statements of aggregate subjects regarding the real and desired quality of life. Having psycholinguistic grounds, the statistical procedure made it possible to identify "natural categories" that reflect the subjects' perceptions of the quality of their lives through the prism of determining conditions, indicators and requirements for this phenomenon. As a result of this research procedure, the attitude and subjective assessment of the tested different groups towards the quality of their life was revealed.

All subjects were asked to write an essay on the topic "How do I evaluate myself and my life?" and the topic "A good life or the future I want."

In the group of working respondents, 33 texts were selected from each essay topic (67 texts in total). In terms of content, the received "natural categories" of the group of working subjects from both subjects can be divided into: a) categories indicating the subject's belonging ("I", "me", "myself");

b) categories defining the "environment" of the subject ("friends", "parents", "children");

c) categories denoting significant spheres of the subject's life ("house", "work", "health", "apartment", "people", "material");

d) categories-movements, dynamics ("to live", "to strive", "to want");

e) abstract-philosophical categories ("life", "man").

The analysis of the content side, which was formed as a result of the correlation analysis of the correlation constellation of the ideas of the working subjects about the subjective assessment of the quality of their real life ("How do I evaluate myself and my life?") states the predominance of categories describing significant areas of the subject's life.

The closest correlation was found between the categories "I" and "me" (0.39), somewhat weaker "I" and "myself" (0.3). In our opinion, this difference is indicative, because the pronouns me and myself have different semantic colors. "Self" expresses a certain subjective representation (himself), a source of will. "Me" implies a passive semantic color that feels influenced by the outside, does not dispose of itself, does not belong to itself. This correlation reveals the fact of a certain desubjectivation of the personality, its externality. With this in mind, the correlation constellation was divided into two parts. The first half combined the categories related to the categories "I" – "me", the second "I" – "myself". This fact can be interpreted as the presence in the real life of working respondents of two levels: material and ideal.

The material level is directly related to everyday life needs. This sphere of life of the subjects united the categories "work", "people", "apartment", "children", "material", "I would like" and is directly related to the categories "I" – "myself". The subjectivity of the individual is realized in this sphere of life. An interesting relationship was found between the three categories "apartment", "children", "no". It can be assumed that the subjects, having modest material resources, do not consider it possible to have children in the absence of an apartment, and are faced with a choice: children – an apartment.

The ideal level is based on the connection between the categories "I" – "me" and the categories "life" and "man" that joined them. The categories "life" and "man" by their content belong to the categories defined by us as abstract-philosophical. Thus, this part of the correlation galaxy reveals the connections of the individual with the value-semantic, spiritual-philosophical layer of existence. The closest category "life" does not have a close correlation with the categories underlying this ideal sphere "I" – "me" (0.26), which probably indicates the remoteness and low ability of the subjects to manage their own lives. Rather, the subjects are in a passive position regarding their "life", they have little influence on it.

The most separated category was the category "person", which has a single, weak correlation (0.28) with the category "self", which looks paradoxical and natural at the same time. Subjects may aspire to the acquisition of the fullness of human existence, personal integration and harmony, but this is prevented by a certain order and laws that have developed, which are expressed by the category of "life". In assessing their real quality of life, working respondents reveal a contradiction between the material, everyday level of their existence and the need to be a "Man".

According to the results of the correlation analysis of the data obtained on the basis of the written answer of the working subjects "A good life or the future I want", a correlation analysis was carried out. In terms of content, the correlation galaxy is represented by three spheres. The first sphere combined the categories "live", "future", "aspire"; second – "home", "children", "I", "me", "work"; the third – "health", "people", "life". The only link connecting all these three spheres is the "want" category, which can be interpreted as a projection of three different, but desirable for working tested components of "good life".

The categories "home", "children", "I", "me", "work", "want" are closely interconnected and form a strong alliance of components important for maintaining material, social and personal stability.

The categories "to live", "future", "to strive" have been combined into a single sphere and express the dynamics of desires, striving for the future. The future seems to be desirable, many of the respondents' aspirations, building plans and perspectives are connected with it. This part of the galaxy is autonomous from other categories and is connected with them only through the "want" category, so we assume that the field of the future for the tested is actualized and there is a great desire to create it, to bring it to life. However, the category of "future" has no correlation with the category of "life", moreover, a separate sphere of the correlation constellation consists exclusively of rejected categories: "health", "people", "life". The "want" category is contrasted with the "health" category with a significant negative correlation coefficient (-0.3). In turn, the "health" category repels the "people" category (correlation coefficient -0.3), and the "people" category repels the "life" category (-0.3). Meanwhile, the categories "health" and "life" have a small relationship of mutual influence (0.26), which is obvious, and can be considered as an understanding of the subjects' understanding of the impossibility of a full, "good" life with poor health. Consideration of the dynamics of "natural" categories in the "present – future" plane seems important to us, due to the identification of subjectively significant signs of the quality of life and their impact on the mental health of working respondents.

In the second group of students who are not working 83 texts were analyzed. 30 texts were obtained as a result of a written answer to the question "How do I evaluate myself and my life?" and 53 essays, The Good Life or the Future I Aspire To. In terms of content, it is possible to distinguish:

- a) categories indicating belonging to the subject ("I", "me", "own");
- b) categories denoting significant spheres of the subject's life ("people", "parents", "friends", "material", "family");
- c) categories of movement, dynamics ("was", "will be", "want", "live", "suits");
- d) abstract-philosophical categories ("life", "man");
- e) categories of subjective-emotional relationship ("very", "a lot", "good", "quite").

Analysis of the content side, which was formed as a result of the correlation analysis of the correlation constellation of the ideas of the studied students about the subjective assessment of the quality of their real life ("How do I evaluate myself and my life?") states the predominance of categories describing significant areas of the subject's life and categories of subjective-emotional relation.

The correlation constellation was conditionally divided into parts. The first half of the galaxy consists of the categories "friends", "person", "is", "I", and the categories "people", "self", "everything" are adjacent to them. The other half included the categories "parents", "satisfies", "quite", "very", "a lot", "life".

The content side of the configuration of the first part of the pleiad can be considered as evidence that the target component of the source of satisfaction is the

category "friends", which is located in the center of the pleiad and acts as an affiliative category. It is not by chance that the test subjects chose the definition "friends", because it indicates closeness, closeness of relations, intimacy of communication, many comfortable, emotional connections are made through friends. The category "person" seems abstract, more general, so having friends is the main value, a sign of a person. The category "I", like the category "person", is defined through the category friends and me through the category "people". This connection can be considered as integrity in the consciousness of the category "I", it is united with the category "people". Such a state of affairs indicates that the subjects belong to a certain age period. This is confirmed by the desire of the respondents to be in close relationship with others (I am people, I am like most people, I am like everyone), indicates a reaction of grouping, the need for social unity, which is caused by living together with the trauma of war. Most likely, this phenomenon is facilitated by existing social and psychological conditions.

It was also established that in this group of respondents, the words indicating the ego position were most often used – I, me, me, myself, myself, etc. This can be interpreted as a process of active ego awareness. However, the category "I" is not defined in the student group through ego-positions, it is defined through the categories "people" and "friends", which emphasizes the absence of egocentricity. In the social conditions of the social accommodation of war trauma, the respondents demonstrate group identity.

The second half of the pleiad is divided into the isolated category "life", which is significantly different from the entire pleiad and the categories "father", "suitable", "quite", "very", "a lot". The three categories of the correlation galaxy refer to the categories of subjective-emotional relationship ("very", "a lot", "quite") and are related to the category "satisfies". These three categories give an expressive assessment of the event, which is characterized by a high degree of emotionality, unawareness, non-differentiation, non-separation, cognitive simplicity – complexity, discreteness – fusion.

The categories "life" and "parents" are anticategories (correlation coefficient -0.4). "Life" acts as a specific category, is an isolate and is equal in content to the entire correlation galaxy. The repulsion of this category from the category of parents is indicative, that is "parents" act as a kind of obstacle to children's development of the living space. Most likely, the "parents" chose the strategy of "escape" from life, which was observed in the study of correlation constellations of working respondents, or the strategy of warning about the dangers that "adult" life brings with it. We tend to interpret this fact as an ineffective mechanism of socialization, which is widespread in the public space. This mechanism demonstrates the situation of confusion, disorientation of the translators of social experience themselves. As a result of the prevalence of the "intimidation" strategy in real life and the desire to protect children, a favorable ground for strengthening infantile forms of behavior was formed.

Based on the results of the correlation analysis of the data obtained on the basis of the students' written answer "A good life or the future I aspire to", correlational relations were analyzed.

The semantic center of the pleiad is the categories: "I", "me", "want", "live", "family", "children", which reflect the desire to improve the present. The level of the quality of life of the future is implicitly measured by the degree of "denial", its dissimilarity to the present. The desire to change the quality of one's life is determined by the desire to do differently, "everything will be as I want". The category "to live" is associated with the allocation of a fairly independent sphere of future life. These are linearly related categories "good", "people", "live", "person", "own", which can be interpreted as "living with good people and being a person". The low correlation coefficient (0.26) between the categories "person" and "own" can be regarded as a desire to acquire ego-identity (I – own – self – subject), although the strongest connection remains (characteristic and for subjects working) "I" – "me", reflecting the passivity of "I".

The analysis revealed a contradiction between the categories "family" and "people" (negative correlation coefficient -0.3). Implicitly in the minds of the respondents is a conflict between the interests of the family and social interests, which was confirmed by the weak correlation between the categories "family" and "children" (0.29).

The semantic pair "I" – "me" has a direct connection with the category "children" (0.34), with the category "family" – indirectly. The category "children" is related to the category "material", and "material" is the only category that collides with the category "life" (0.29). Thus, the last specified category "life" turned out to be "on the edge of the future life" of the subjects of this group. We consider this fact as a manifestation of the tendency to "avoid difficulties", obvious personal desubjectivation.

As a result, the fact of the lack of a source of livelihood and the creation of the quality of future life seems natural. Trying to create the quality of their life, the respondents, in fact, reject the category of "life", which demonstrates their inability to manage their lives, they choose the strategy of "hiding from life", or make attempts to passively adapt to new socio-economic conditions.

Therefore, the analysis of "natural" categories made it possible to determine the most significant spheres of life of the respondents of both groups, the quality of life as a whole depends significantly on their presence and content. In addition, a number of hidden, implicitly existing contradictions were discovered, without solving which it is hardly possible to create the optimal desired quality of life.

The most complex and difficult problem to solve is the problem that appeared in the respondents of both groups – it is personal desubjectivation, which manifests itself in the inability (inability) to manage one's internal resources, one's life in general. This aspect of the research exposed complex both individual and psychological, but primarily social and psychological problems. Respondents, analyzing the ideal model of the future life, automatically project the functioning of the personality onto the system of social relations.

For a more detailed consideration of the specifics and features of the subjective assessment of the respondents' quality of life at the level of sub-spheres, the spheres of psychological and social relations were considered. In the group of working respondents found such significant correlation coefficients.



Satisfaction with your life has a large number of correlations with various spheres of quality of life. The maximum indicator of the correlation coefficient was found with the sphere of social relations (0.89), followed by the psychological sphere (0.70) and the spiritual sphere (0.38). With an objective and subjective assessment of the quality of life of 0.60 and 0.53, respectively.

The subjective assessment of the quality of life turned out to be maximally dependent on the state of the spiritual sphere of working subjects (0.54), then on the degree of well-being in the sphere of social relations (0.45) and then on the psychological component (0.40).

No direct correlation was found between the subjective assessment of the quality of life (QOL) and satisfaction with one's health (including the state of the physical sphere), but a high correlation coefficient with the objective assessment of the quality of life (QOL) – (0,64) allows us to draw a conclusion about the influence of the state of health on SOYAZH. The objective assessment of the quality of life has a significant statistical relationship with the indicator of satisfaction with one's health (0.63).

In the group of working subjects, significant statistical relationships were found between the level of mental health and the subjective assessment of the quality of life:

- the internality of the individual positively correlates with satisfaction with the quality of life (-0.43), that is, the higher the externality indicator, the lower the degree of satisfaction with the quality of life and has a significant statistical relationship with the level of independence (0.39);

- the most personally mature partnerships oriented towards cooperation are significantly correlated with the level of independence (0.31),

- the level of personal adaptability is associated with negative correlation coefficients with the emotional component of the psychological sphere of quality of life and the level of personal independence;

- a high level of adaptation can be considered as an obstacle to increasing the level of independence.

- the degree of accentuation of the personality is interconnected with the psychological and social spheres of the quality of life at the level of evaluating one's body image, appearance;

- the advantage of partnership cooperation correlates with a higher level of independence and social support of the individual. In addition, the subjective assessment of the quality of life of working respondents turned out to be most dependent on the state of the spiritual sphere ( $r=0.54$ ) and the degree of well-being of significant social relationships ( $r=0.45$ ).

In the group of students who do not work, statistically significant relationships between the level of mental health and the subjective assessment of the quality of life were found. The greatest number of connections was found with the locus of control indicator:

- personality externality positively correlates with the level of emphasis on character characteristics (0.28);

- internality is interconnected with a higher objective assessment of the quality of life (-0.34), with the level of independence (-0.43), with the physical sphere (-0.43), with the psychological sphere (-0.39), with life satisfaction (-0.28).

- significant correlations were found between indicators of mental health and sub-spheres of quality of life (psychological and social relations). There are no statistically significant connections with the level of adaptability.

- personality internality has a statistically significant relationship: with positive emotions (-0.41), with the level of self-esteem (-0.31), with the level of social support (-0.46).

- accentuation of characterological traits has a negative coefficient (-0.29) with the indicator of social support.

Thus, the level of subjective assessment of the quality of life of the tested students is influenced by their level of mental health. This is revealed in the detection of statistically significant relationships.

The optimal level of internality of the individual affects:

- stability of character and, accordingly, causes less tendency to accentuation of character traits; a higher objective assessment of the quality of life;

- internals are more satisfied with their lives;

- reveal the necessary level of independence;

- take care of their health;

- feel more positive emotions;

- demonstrate positive self-esteem;

- have a stronger resource as social support.

Significant correlations of test indicators that reveal the level of mental health of aggregate subjects (working and students) indicate that there is a relationship between the level of mental health of an individual and the subjective assessment of the quality of life.

In the group of students who do not work, it was found that a high level of internality of the personality causes a lower tendency to accentuate character traits; a higher objective assessment of the quality of life and the degree of satisfaction with one's life; manifestation of the necessary level of independence; taking care of your health and fitness; high level of positive emotions; adequate self-esteem and necessary resources as social support. Character accentuations hinder the strengthening of interpersonal relations and the level of social support, and tested non-socially oriented (dependent) types of relationships demonstrate higher sexual activity. An unexpected result was also revealed, reflecting the contradiction between the level of adaptation and the spiritual sphere of a person ( $r = -0.35$ ). This fact revealed the presence of unfavorable social and psychological conditions for the formation of prosocial and legal behavior of an individual.

Thus, in the course of the study, statistically significant correlation coefficients were found, which indicate the existence of a relationship between the level of mental health of the individual and the subjective assessment of the quality of life. Accordingly, the concept of mental health within the framework of various approaches allows interpreting it as a multifaceted phenomenon. The use of different approaches explains the ambiguity, the presence of contradictions in the

interpretation of the concept of mental health, and even the mechanism of its influence by various factors (social, cultural, biological, spiritual, and medical, etc.). The same phenomena that relate to the sphere of human health can be successfully analyzed both as stable characteristics of the personality, and as ways of its philosophical or scientific description, established within the framework of a given culture, and as components of a subjective self-concept.

*References:*

1. Аналіз законодавства й політики у сфері психічного здоров'я України. URL:<https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/01/mh4u-mh-law-analysis-report-21122020-withannexes.pdf>
2. Віговська О.О. Якість життя як умова конструктивного самозбереження особистості. Автореф.дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук: 19.00.01. Луцьк, 2016. 23 с.
3. Вірна Ж.П. Аксиологія якості життя особистості. *Психологія особистості*.2013. № 1(4). С.104-112.
4. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. К.: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
5. Карамушка Л.М., Дзюба Т.М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 1(16). С. 22–33.
6. Кирпенко Т.М. Сучасний стан та перспективи вивчення взаємозв'язку здоров'я та суб'єктивного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019. Том VII. Екологічна психологія. Випуск 47. С. 166– 17
7. Мельниченко О.А. Підвищення рівня та якості життя населення. Харків: Магістр, 2010. 260 с.
8. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року.URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017>
9. Campbell A. The scense of Well-being in America: Recent patterns and trends. N.Y., 1981.
10. Cattell R. Psychological definition and measurement of anxiety. *Journal Neuropsychiatry*. 2008. Vol. 5. P. 396-400.
11. Di Fabio A. Positive Healthy Organizations: Promoting Well-Being, Meaningfulness, and Sustainability in Organizations. *Frontiers in Psychology*. 2017. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01938>.
12. Diener E. Subjective Well-being. *Psychol. Bull.* 1984. V. 95. № 3. P. 542–575.
13. Elderkin V. Silver R.C., Waitzkin H. Narratives of Somatizing and nonsomatizing Patients in Primary Care Setting. *Journal of Health psychology*. 1998, volum 3, number 3. P. 62 – 71.
14. European Commission. «European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing (Brussels,Belgium,2016):URL:[https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides\\_for\\_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-frameworkforaction\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-frameworkforaction_en.pdf).
15. Flick U. Qualitative Inquiries into Social Representaion of Health. *Journal of Health psychology*, July 2000, volume 5, number 3. P. 101 – 107.
16. Furnham A., Brewin C. Personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11, 1990. 1093-6.

17. Marks D., Murray M., Evans B., Willing C. Health psychology: Theory, Research and Practice. London: Sage, 2000. P. 7 – 28.
18. Marshall G. The five factor model of personality as a framework for personality-health research. *Journal of personality and Social Psychology*. 2014. Vol. 7. P. 278-286.
19. Murray M., Chamberlain K. Qualitative Research in Health psychology. Developments and Directions. *Journal of Health psychology*, 1998, volume 3, number 3. P. 99-116.
20. Patel V., Saxena S., Lund C. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018. Vol. 392, No 10157. P. 1553–1598.
21. Ruff C. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 7. P. 719-727.
22. Schou K.C., Hewison J. Health psychology and Discourse: Personal Accounts as Social Texts in Grounded Theory. *Journal of Health psychology*, 1998, volum 3, number 3. P. 18- 29.
23. Stappen L. Happiness and Quality Of Life. *An empirical study for the EU-25. MSc Thesis*. Wageningen University, 2012. 51 p.
24. Westen D. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001. Vol. 6. P. 875-899.
25. Wilkinson S. Focus Groups in Health psychology: Exploring the Meaning of Health and Illness. *Journal of Health psychology*, volume 3, number 3, 1998. – P. 123 – 137.
26. Winefield A. H. A bio-psycho-socio-cultural approach to couple relationships. *Psychology at the Turn of the Millennium*. Stockholm. 2002. Vol. 2. P. 361-393.
27. Winnicot D. W. Deprivation and delinquency. New York and London, 1994. P. 25-52.
28. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. 2014. <https://iris.who.int/handle/10665/131056>

## **1.5. Resilience as a factor in the development of constructive coping strategies for internally displaced persons in war conditions**

**Analysis of current research on the topic.** At present, there are various trends in the study of coping strategies of personality (L.I. Antsiferova, I.V. Vachkov, T.L. Kryukova, R. Lazarus, R. Moss, S.K. Nartova-Bochaver, N. Haan, R. White, S. Folkman, J. Schaeffer, etc.) The circle of domestic and foreign studies of psychological phenomena accompanying the experience of life and professional stress, activation of personal resources of counteraction is expanding (K.O. Abulkhanova, N. L. Karpova, L.O. Kitaev-Smyk, A.B. Leonova, D.O. Leontiev, V.I. Morosanova, A.O. Prokhorov, etc.), the relationship of psychological resources with proactive behavior (E.S. Starchenkova, E.R. Greenglass, C. Ouwehand, D.T. de Ridder, J.M. Bensing). The concept of resilience is studied in various fields of psychology: developmental and child psychology, occupational and organizational psychology, clinical and gerontopsychology, and psychiatry. Ukrainian scientists (B. Tkach, V. Olefir) studied the phenomenon of resilience in the context of neuropsychological correction of deviant behavior and in the study of the concept of coping as a mediator between personal resources and psychological burnout in students; E. Kuchuk covered the process of resilience in stress research. Scientists such as S. Kravchuk and O. Khaminich characterized resilience as psychological resilience of the individual in the study of the peculiarities of psychological resilience and resilience as factors in preventing the negative consequences of military conflict and in the study of resilience.

**This article aims** to analyze and identify the peculiarities of the influence of resilience on the development of coping strategies of internally displaced persons in war conditions.

**Results of the study.** Since the outbreak of the full-scale war with Russia, more than 7.7 million Ukrainians have become internally displaced persons (IDPs). According to the International Organization for Migration, the share of IDPs in the total population of Ukraine has increased to 17.5%, meaning that every sixth person in the country is an internally displaced person. The number of temporarily displaced persons continues to grow. Recent studies show that at least 60% of IDPs are women. More than half of the displaced report various motivations for displacement, such as lack of food, lack of shelter, or constant shelling, as well as difficulties in adapting to new conditions. This mass migration has significant implications for the country, affecting its economic, social and political life. IDPs face a variety of challenges, including economic, socio-psychological, and institutional and legal ones. One of the most important areas of assistance to IDPs is the development of constructive coping strategies that help them adapt to new realities, reintegrate into a new socio-cultural environment and overcome stress factors that affect their psychological health and well-being. This situation emphasizes the need to study the psychological aspects of resilience and coping strategies of IDPs.

The psychological, social and cultural factors that influence the consequences of forced migration are quite diverse. One of the problems that arises in the process of displacement is the problem of adaptation and identification of IDPs. Migration of people to another territory, change of the way of life is perceived by IDPs as a life crisis, destruction of internal stability, resilience, reduction of resources, and living with trauma. The problem of psychological adaptation to new living conditions and the psychological state of IDPs, which, even if all priority social problems are solved, still makes itself felt for a long time and affects the well-being, behavior, communication, and relationships of IDPs, requires the search for systematic psychological support and assistance. In this context, resilience and constructive coping strategies are resource vectors for IDPs' adaptation to new socio-cultural conditions.

### **1. Analysis of scientific views on the concept of resilience.**

The term “resilience” comes from the Latin word “resilire”, which translates as the ability to overcome or adapt to extremely difficult conditions [25].

The term “resilience” comes from physics, where it refers to the ability of solid and elastic bodies to regain their shape after mechanical deformation or damage. In psychology, the term is used to describe a person's ability to function and recover effectively under stress and shock. Resilience is associated with hope, optimism, and adaptability [1].

From a medical point of view, this term reflects a set of characteristics that make a person more resilient and able to constructively overcome stress and difficult periods of life. In ecology, the term “resilience” was introduced in 1973 by K. Holling, who defined it as the ability of systems to absorb changes and obstacles while maintaining the stability of relations between their components.

The concept of “resilience” also finds application in biology (scientific works of I. Schmalhausen, who was the first to substantiate the need for homeostasis between risk factors and factors of viability), in philosophy (K. Popper, E. Durkheim), as well as in history (A. Achieser, A. Nazarethian, A. Toynbee), where the conditions and factors of society's viability were studied [8; 19].

In sociology, resilience is seen as a set of potential qualities of an individual that affect his or her life chances, including physical and mental health, knowledge, skills, and ability to cope with life challenges.

In the pedagogical literature, resilience is defined as the presence of positive behavioral patterns and functional competence of both the family as a whole and its individual members. It manifests itself in stressful situations and unfavorable conditions, contributing to stress resistance and recovery by improving the well-being of each family member.

The concept of resilience is studied in various fields of psychology, including developmental and child psychology, occupational and organizational psychology, clinical and gerontopsychology, and psychiatry.

Ukrainian scientists have used the following concepts to adapt this term in national science:

1. resilience – B. Tkach in studies of neuropsychological correction of deviant behavior [21] and V. Olefir in studying the concept of coping as a mediator between personal resources and psychological burnout in students [18];

2. resilience – in stress research (E.A. Kuchuk) [12];

3. psychological resilience – in the study of the peculiarities of psychological resilience and resilience as factors in preventing the negative consequences of military conflict (S.L. Kravchuk) [9; 10], and in the study of resilience and resilience (O.M. Khaminich) [28].

I. Illinsky provides a more precise definition of this concept, noting that this ability is a characteristic of entire generations and helps them survive, not to degrade even in deteriorating social and environmental conditions. It allows not only to develop and achieve spiritual elevation, but also to reproduce and educate a new generation that remains viable both biologically and socially.

K.M. Connor and J.R.T. Davidson believed that resilience is the ability to withstand difficulties, and those who possess this quality cope better with problems and overcome life traumas more easily [10].

The American Psychological Association defines resilience as the process of successfully adapting to difficulties, trauma, tragedy, or stressful situations caused by family, work, financial, or health problems. It is the ability to recover from difficult life experiences.

The term “resilience” is related to the process of mental health recovery after difficult and unfavorable situations. The study of resilience is important because understanding how people are able to withstand, respond positively to, and overcome difficulties can help professionals create psychological techniques and recommendations. This, in turn, will allow people to learn how to develop their resilience, vitality, and ability to cope with stressful situations independently and effectively, as well as to grow and strengthen psychologically.

An analysis of the results of the study of this phenomenon has revealed several main areas:

The first direction focuses on the study of internal and external characteristics that help a person cope with difficult life situations and recover from them [21; 23].

The second direction qualifies resilience as a dynamic process that occurs as a result of frequent adverse changes and reintegration. In this process, an individual demonstrates positive adaptation despite the difficulties experienced (V. Chaboyer, B. Gillespie, S. Luther, M. Rutter, M. Wallis, D. Cicchetti, I. Yushchenko, S. Yatselon, etc.) and uses these experiences to access the resources necessary to overcome or recover from adversity (O. Bogucharova, O. Khaminich, etc.) [22; 28].

O. Khaminich uses the term “resilience” to describe a dynamic process within the study of the concepts of “adaptation” and “self-regulation”. In this conceptualization, resilience is viewed not only as a set of characteristics inherent in individuals, but also as a dynamic process of access to resources that helps to overcome or recover from stressful situations [28].

According to researchers G.M. Wagnild and H.M. Young, who studied people affected by major disasters and losses, resilience is associated with psychological and biological factors such as social support and cognitive abilities [12].

These studies also noted many of the characteristics or protective factors that have been identified previously. Although associations between hope, coping, self-efficacy, and resilience were statistically confirmed, specific characteristics that define the unique traits of each survivor were not identified.

A different perspective is provided by I. Yushchenko, who considers resilience as a positive opposite of vulnerability, which allows avoiding painful reactions and their destructive consequences in difficult life conditions [3].

Drawing on the ideas of I. Yushchenko and S. Knizhnikov, we can determine that resilience helps not only to resist negative environmental conditions, but also to effectively overcome life's difficulties, turning them into opportunities for development. Unlike previous researchers, the author argues that these concepts describe resilience as the psychological resilience of an individual, without taking into account the influence of the family and its members, although this influence is significant for the development of this ability [32].

E. Werner and his colleagues define resilience as a property of an individual that allows him or her to find a homeostatic balance between risk factors and protective factors [24].

L. Aleksandrova focuses on the adaptive mechanisms that underlie the adaptation of the individual and his or her further socialization. She considers resilience as psychological stability (flexibility), which is an integral ability of the individual [2].

The definition of A. Makhnach and A. Laktionova complements the views of previous scholars by expanding the concept of resilience. They emphasize the ability of a person to effectively manage their own resources, such as health, emotional state, motivational and volitional qualities, and cognitive abilities in the context of social and cultural norms and environmental conditions. This definition is less abstract and more practical, reflecting both satisfaction with one's own life and possible helplessness [20].

O. Rylska expanded the concept of personality resilience by identifying the following components: the ability to self-development, adaptation, self-regulation, and meaningfulness. She notes that these components, interacting with each other, create a synergistic effect [13].

The author also identifies factors of resilience, including the potential for self-actualization and spiritual involvement.

The first factor relates to openness as the ability to exchange information, which is inherent in self-actualization even in the case of individual rigidity.

The second factor is based on spirituality and communication and can be viewed as a system of human abilities that contribute to the realization of resilience. According to E. Pomytkin and V. Shadrikov, spirituality is defined as virtue, adherence to the principles of faith, love, altruism, meaning of life, and optimism. This characteristic of a personality contributes to the development of its resilience [13; 14; 15].



The approach initiated by K. Abulkhanova-Slavskaya has become widespread and focuses on the study of resilience as a special modality of consciousness. According to this concept, resilience is determined by the functional role of the individual and characterizes it as a vital ability in a broad sense. In an unstable and disharmonious society, it is the individual and his or her life that retain their continuous value. Therefore, a special role is played by consciousness, which not only reflects social reality and helps an individual to adapt to it, but also strengthens his or her position, supports self-expression and self-realization, and ensures stability throughout the life course. The stability of consciousness ensures the protection of the individual and preserves his/her inner balance in times of life difficulties, failures and disappointments [1].

To summarize, we understand resilience as a personal quality that emphasizes attitudes that motivate a person to turn stressful life circumstances into new potential opportunities. A person's perception of the changes that occur to them as opportunities allows them to take advantage of the available internal resources while maintaining internal balance. Resilience as a personality trait, characterized by the degree of overcoming given circumstances and, ultimately, the degree to which a person overcomes himself or herself, determines the effectiveness of the efforts made by the subject to work on himself or herself and on the circumstances of his or her life. The main components of resilience are the individual's conviction in his or her readiness to cope with the situation and openness to everything new [13].

Resilience includes three components: involvement, which regulates the person's enjoyment of the activity; control, which enables a person to maintain an active life position, to choose their own trajectory of life formation and development; risk taking, which stimulates justified risk and helps to integrate life experience into the process of solving current problems [9]. Resilience is associated with successful adaptation, personal self-efficacy, life creativity, psychological well-being, and is positively correlated with coping strategies focused on effective life tasks [10].

According to Sh. Heshmat [8], resilience is defined as the psychological ability to adapt to stressful circumstances and recover from adverse events. The researcher notes that resilience is the process of creating resources to find a better future after potentially traumatic events.

The concept of resilience implies a positive outcome that is achieved despite a high risk, the preservation of basic personality traits during danger, and full recovery from trauma and success afterwards. There are also different approaches to what personal characteristics make a person resilient.

We can say that the development of resilience depends on the search for internal resources that open up new opportunities. Resilient people in a situation of uncertainty strengthen flexible thinking, emotional regulation, and discover their own strengths. The ways to achieve this are very individual. A person cannot be prepared for stressful or uncertain situations, but he or she can develop a relatively optimal response to events.

People with a pronounced healthy optimism look to the future with confidence; resilient people are able to create and use a network of personal contacts, i.e. a system of human relationships and act on the basis of their own project for their future and the implementation of life plans; resilient people have an understanding of the world and themselves, provide forecasting of their social effectiveness and the attitude of others, and regulate interpersonal relationships. Such people plan their future prudently and consciously, choosing appropriate goals to achieve a specific objective, find a vocation and devote themselves to what gives them purpose and meaning in life. The sense of commitment to a meaningful cause gives courage, determination and vitality.

Thus, explaining the components of personal resilience, we can say that people with a pronounced healthy optimism look to the future with confidence; have the ability to create and use a network of personal contacts, i.e. a system of human relationships; are able to act on their own project for their future and the implementation of life plans; have an idea of the world and themselves, provide forecasting of their social effectiveness and the attitude of others towards them, regulate interpersonal relationships; are judicious.

Thus, the model of personality resilience is a system of stable positive personality traits, understood as a personality resource that contributes to the successful return of a person to normal mental and physical states after stressful and traumatic events. It should be noted that a person with a high level of resilience will adapt well to stress factors that arise at work, in personal life, in a pandemic, and especially in wartime. Resilient people often have various characteristics that help them overcome life's difficulties.

## **2. Psychological features of the state of uncertainty in internally displaced persons.**

Given the topic of our study, we consider it appropriate to distinguish the consideration of such a person's status as an "internally displaced person". An internally displaced person (IDP) is a citizen of Ukraine, a foreigner or a stateless person who is legally on the territory of Ukraine and has the right to permanent residence in Ukraine, who was forced to leave or abandon his or her place of residence as a result of or in order to avoid the negative consequences of armed conflict, temporary occupation, widespread violence, human rights violations and natural or man-made emergencies [12]. The initial intrapersonal conflict between the lack of positive motivation to move and the physical inability to stay at home, being in an extreme life situation, and difficulties in adapting to a new place determined the formation of a specific IDP experience that goes beyond the ordinary and everyday.

When making the decision to leave their places of residence, people found themselves in a situation where their living space was being destroyed: their life guidelines were being destroyed, and they had no clear and precise ideas about the future course of events. The duality of the situation was the need to make a choice, which in any of its variants was accompanied by anxious uncertainty, a sense of guilt over missed opportunities, and the inability to predict the outcome of events. Accordingly, the state of internally displaced persons is accompanied for some

time by intense emotional experiences, a state of shock (related to coming under fire, seeing the dead, losing loved ones and housing, etc.), and severe stress associated with a long-term stay in conditions that threaten the life of a person or his or her loved ones. Bagheri Masood notes that the situation of forced migration contributes to high dissatisfaction with life changes and contributes to the development of depression, psychasthenia, paranoia, and schizoid disorders.

The phenomenon of forced displacement (migration) is a complex and multifaceted process. The concepts of “migration” and “forced migration” encompass a number of terms. These primarily include “refugees” and “internally displaced persons”. According to the UNHCR Guiding Principles on Internal Displacement, internally displaced persons are defined as people or groups of people who have been forced to flee or leave their homes or places of residence because of or in order to avoid the consequences of armed conflict, situations of generalized violence, human rights violations or natural or man-made disasters, and who have not crossed an internationally recognized state border of a country [2, p. 31].

Forced resettlement is one of the most difficult life situations. Traumatization of the psyche in the past, caused by the history of migration, traumatization of the psyche in a new socio-cultural environment, caused by the requirements of adaptation and other difficulties arising after the move. It can rightfully be classified as extreme, when a person faces the problem of survival and a constant struggle with extremely difficult life circumstances. In addition to the inconveniences associated with living in a foreign territory, moving to a new environment affects the mental and physical health of IDPs. Social disenfranchisement and mental vulnerability, a heavy burden of material problems, constant fear for the future, undermined health and increased risk of disease, conflict with oneself and others, and finally, a feeling of being a “stranger” and a “second-class” person in the country [3, p. 56].

The analysis of psychological problems and mental disorders of IDPs shows that they are systemic in nature, affecting all major areas of personality: communicative, emotional, behavioral, cognitive, and motivational. Violations in various areas of IDPs' mental health, overlapping with each other, can lead to profound psycho-traumatic consequences for the individual. Under the influence of hostilities since 2022, hundreds of thousands of Ukrainians have been forced to seek refuge in other regions of our country, adapting to new socio-cultural conditions. Adaptation to new socio-cultural conditions is a complex process, which, if successfully completed, allows a person to achieve compatibility with the new cultural environment, accepting its traditions while maintaining their own and acting in accordance with them. In the process of adaptation, IDPs undergo significant personal changes, which are reflected in a decrease in self-esteem and the level of claims, deformation of value orientations and social attitudes.

According to the results of the conducted research, it was determined that the majority of IDPs (85%) are maladapted, which is manifested in a hypothetical type of response, chaotic nature of activity, a tendency to take a defensive position, externalization and escapism. The emotional background of IDPs is lowered, with

emotional tension and a tendency to unreasonable concern about minor problems, irritability, and anxiety. The situation in which IDPs find themselves radically changes the entire structure of their motives and needs, which are the most important regulators of human behavior, and makes it difficult to meet the needs of different levels – from basic to higher ones – for self-respect and self-realization. Changes in the motivational sphere begin for IDPs even before they leave, when obstacles to meeting needs of different levels lead to increased reactions of fear, anger, and aggression, and gradually become permanent determinants of behavior. The social situation of forced migration can be characterized as a crisis and even extreme (i.e., threatening health and life) [8].

During a survey of IDPs from the territory of hostilities conducted by Ukrainian researchers (L. Ivanova and others), they expressed the following opinions: “there is no confidence in the future”; ‘there are no job prospects’; ‘you need to have strong nerves to at least survive’. In turn, the analysis of the results of the IDP survey revealed that 65% of IDPs have “survivor syndrome”. Survivor's syndrome is an incredibly strong feeling of guilt, shame and regret when a person manages to save his or her life or if his or her life is easier and simpler than that of friends and family. Feelings of guilt and shame can be experienced by those who have decided to leave the country, as well as those who have remained in a peaceful region where it is quiet. In other words, the survivor syndrome is felt as follows: “I survived – I am guilty”; ‘I could not help – I am ashamed’; ”I am not enough and my help is always not enough. This does not stop the war overnight. The feeling that others are doing more, and I am just useless”; ‘I am safe here, and therefore ashamed of those who are hiding in a bomb shelter and hear all the horror on the contact line’; ”guilt if you do not feel pain at loss. And also if there are no tears or they are “not enough”; “guilt and shame if you try to live as before, if you want to smile and respond to jokes”; “to continue working and earning money when ‘others have lost their jobs and are struggling to make ends meet’; ”I was more fortunate than others. And it is undeserved”.

When IDPs find themselves in a new social environment, some of their personal qualities, behavioral patterns, attitudes, views and values are rebuilt. The social environment, which we define as the “host population”, in turn, while meeting the adaptation needs of forced migrants, must also adjust and adjust the existing social cultural and functional system. In other words, along with the peculiarities of IDPs, their social environment is also changing. Among the main indicators of the success of migrants' socio-cultural adaptation, H. Soldatova names the establishment of positive ties with the new social environment, solving everyday life problems (school, family, work, life) [8].

Thus, in November 2022, a sociological analysis and SWOT analysis were conducted in the Kyiv region to study the problems of internally displaced persons. The questionnaire data of 600 Ukrainian citizens over the age of 18 were analyzed. The SWOT analysis revealed the strengths, weaknesses, opportunities and threats to internally displaced persons. Among the weaknesses of IDPs were identified:

- 1) Low level of public awareness of the problems of internally displaced persons.

2) Uneven distribution of assistance to internally displaced persons between different regions of Ukraine.

3) Lack of coordination between governmental and non-governmental organizations involved in the support and integration of internally displaced persons.

4) Insufficient housing for internally displaced persons, and insufficient discrepancy between the cost of housing and the income of internally displaced persons.

5) Psychological rehabilitation of IDPs is not systematic.

6) Employment and retraining of IDPs is insufficient due to the weakness of the Ukrainian economy.

7) Technical problems with electronic systems and their limited functioning.

8) The role of regional state administrations in the IAS system is limited to consolidating reports from territorial communities.

9) Insufficient number of programs and projects that provide psychological rehabilitation for internally displaced persons.

10) Limited accessibility of the labor market for internally displaced persons and low wages [31].

Today, Ukrainian scholars are actively studying the problems and needs of individuals and families affected by the war and forced to leave their homes. Most of the studies are aimed at examining the problems of internally displaced persons related to housing, employment, finances, and the need for humanitarian assistance, socio-pedagogical problems and difficulties in enrolling children in schools and kindergartens, socio-medical, legal and psychological problems (Liutii, Alekseienco, Zhylenko, et al.) [1; 16].

A study by B. Zhukov, N. Artemenko, S. Kravets, and O. Zinchenko substantiates a list of eight basic needs of internally displaced persons: security; shelter and warmth; food and water; medical care; mental stability; hygiene and sanitation; communication and awareness; and infrastructure [17].

Describing the problems of internally displaced persons, T. Semygina, N. Husak, and S. Trukhan note that displacement disrupts the social ecology of a person, causes deprivation, social exclusion, increases the risk of violence and the emergence of a psychological “poverty trap [16]. The loss of housing, work, ties with family and friends, and the change of place of residence causes post-traumatic stress disorders and stress in internally displaced persons, and this complicates the process of their adaptation to new conditions. Therefore, most of these persons need social rehabilitation and social adaptation to the environment in which they are currently living [21].

According to a number of authors (T. Verbytska and V. Nikitina), internally displaced persons may experience discrimination or unfair treatment, which causes problems with employment, renting housing, receiving administrative services, interacting with the local population and health care [7]. On the other hand, V. Nikitina draws attention to the phenomenon of positive discrimination, when employers, *ceteris paribus*, hire displaced persons because of sympathy for the

experiences of displaced persons or their own status as internally displaced persons [33].

Studying the problems of internally displaced persons and the peculiarities of social work with them, most authors (V. Kerdivar, V. Khrystenko, I. Trubavina, V. Nikitina, I. Melnyk, etc.) argue that priority should be given to the most vulnerable categories of internally displaced persons (children, persons with disabilities, the elderly and large families). They are the ones who suffer the most from the stress associated with leaving their places of residence, disruption of stability and habitual way of life, loss of breadwinners, friends, and parental care. That is, those who cannot independently protect their rights, take care of their lives and health and are at risk of finding themselves in a crisis situation [22].

I. Trubavina's work identifies the main problems inherent in IDPs – a sense of uncertainty about their own future as a result of psychological trauma, often due to the fact that they witnessed destruction and various types of violence. Hence, other layers of problems: forced to leave their homes, IDPs faced feelings of guilt, helplessness and victimization, aggression, fear and anxiety of change, grief and loss, and identity crisis. Within the families that were forced to move, each family member could experience their own personal crisis, i.e., experience these events in their own way, which only complicated the possibility of mutual understanding and mutual support [25]. I. Trubavina distinguishes two categories of IDPs: people who were able to buy or rent new housing, find a job and settle in a new place on their own, who do not need or ask for help, but were left with psychological trauma and adaptation problems; those who are completely dependent on state, international, public, charitable assistance, have many problems and are unable to solve them on their own due to lack of their own resources [21].

In her dissertation research, V. Lazarenko, a researcher at the Laboratory of Mass and Community Psychology of the Institute of Social and Community Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, proposed the concept of “resettlement identity”, as the social situation of resettlement significantly affected the self-perception of displaced persons. The qualitative analysis of IDPs from Donbas also revealed that they are characterized by “existential alienation”, which is seen as a symptom of a personal crisis [23].

The situation of hostilities and forced displacement is an extreme stressor, which becomes chronic in the face of uncertainty about the timing of the situation's resolution. Changes in stereotypical lifestyles, breakdown of habitual relationships, loss of work, domestic and material problems lead to a strain on the person's adaptive systems, emotional and psychological problems, and the formation of mental disorders. Mental disorders cover all major areas of the personality: emotional, cognitive, behavioral, motivational, needs, and communication.

As a result of traumatic experience, a person experiences states that cause instability and loss of control over the situation and their own life:

- Loss of autonomy (“I'm not in control of the process. I'm being carried somewhere”).

- Loss of subjectivity (“It's not me who makes decisions in my life. Someone else decides”).

- Violation of identity.
- Confusion (at the level of thoughts, they cannot concentrate and perform mental tasks to which they are accustomed). Regression.
- Fear of rejection (that they will be identified with the enemy).
- Feeling of insecurity.
- The state of a victim.
- Anger and search for an “external enemy” (someone has to pay for it).
- Lack of ability to predict the future.
- Shame, low self-esteem, feelings of guilt.
- Functional symptoms, psychosomatic disorders, substance abuse.
- Reactions to severe stress and maladjustment, including post-traumatic stress disorder (PTSD).

In general, for all IDPs, the most acute contradictions in the area of correlation between the value and accessibility of significant areas are the following: the discrepancy between the level of aspirations and the level of achievements; the need for independence and the need to be dependent, the need to receive assistance and care; the discrepancy between norms and internal aggressive tendencies (inability to express feelings).

Socially, economically and psychologically, the experience of migration becomes a great burden for an individual and is accompanied by personal experiences, including instability and loss of control over the situation and one's own life, identity disorders, confusion, feelings of insecurity and lack of ability to predict one's own future.

The emotional states and peculiarities of internal migrants' response to the stress of uncertainty, reinforced by the narratives of media political manipulation, have a significant impact on their adaptive capacities, provoking a number of negative psychological phenomena. Feelings of otherness, isolation from the community in which they find themselves, loneliness and inability to receive support are potential risks to the well-being of IDPs, who make up a significant proportion of our country's population.

The scientific literature and international documents provide a detailed theoretical and methodological justification for social support for IDPs. It is based on the fact that displacement disrupts the social ecology of a person, causes deprivation, social exclusion, increases the risk of violence and the emergence of a psychological “dependency trap,” etc. Therefore, social support for displaced people should be aimed at overcoming dependence on humanitarian aid, restoring labor potential, restoring socio-cultural and social ties, and effective self-management, i.e., activation and empowerment.

Research has also shown that IDPs are characterized by self-doubt, distrust of the environment, people, and psychosomatic manifestations. Feelings of loss of control over the situation, incompetence, and unfulfilled desires are expressed by IDPs in feelings of anger, aggressiveness, and unmotivated hostility.

The primary state of stress that arises when life is threatened, which a moment ago was well-established, peaceful and not threatening, can be characterized as a reaction of the psyche with progressive disorders of vital functions: understanding,

perception, thinking, etc., when a person does not understand what happened, why and why exactly to him or her. The state of psychological shock is maintained and intensified by the escapist effect of denial of reality, escape from it, when a person not only does not perceive the misfortune that has fallen, but is unable to integrate objective facts into his or her consciousness. Such an imbalance of state very quickly leads to a state of affect, which has either aggressive or apathetic forms, depending on the gender and emotional characteristics of the individual. Usually, the states of aggression and apathy are sinusoidal, i.e., they replace each other. Only the instinct of self-preservation and involvement in the family saves a person in this state from deep depression with suicidal tendencies. Fear, uncertainty, despondency, increased anxiety, decreased activity, difficulties in adapting to the new environment, guilt, a sense of “destruction of inner harmony and peace,” unwillingness to start over, aggressiveness – these are the dominant states and experiences experienced by IDPs at different stages of adaptation to the new socio-cultural environment. Accordingly, it is important from the socio-cultural point of view to have a systematic and comprehensive approach to organizing psychological support for IDPs and helping them integrate into the new realities of life.

Given that the current martial law in Ukraine causes a situation of uncertainty, loss of meaning, understanding and the inability to plan for the near future, it is advisable to study the phenomenon of uncertainty and the tolerance of the individual to situations of uncertainty. In modern science, uncertainty is seen as a state that reflects the absence of any order, whether material or ideal. It reaches its peak during periods of crisis in the development of society and culture, as well as in critical, unpredictable or emergency situations. Uncertainty is closely related to the probability, openness and unknown of the future caused by the instability and rapid change in modern society and culture, which generates a sense of fear.

In national psychology, the phenomenon of uncertainty is studied from several perspectives. In particular, a detailed philosophical and methodological analysis of the uncertainty principle is carried out, behavioral strategies of people in situations involving uncertainty are studied, as well as the relationship between personal traits and behavior in such conditions. In addition, the role of uncertainty in the creative process, tolerance to uncertainty, and the development of dependent behavior as a reaction to uncertainty are analyzed.

In foreign psychology, two terms are used to describe the concept of “uncertainty”: “uncertainty” and ‘ambiguity’. Although these terms are close in meaning and refer to similar phenomena, there is a difference between them.

“Ambiguity” refers to situations where there are known alternatives but several possible interpretations. This concept is comparable to the Ukrainian term “unclear”.

Instead, “uncertainty” describes situations where alternatives are unknown and there are no interpretations, and is similar to the Ukrainian term “uncertainty” [6].



In Ukrainian psychology, E. Belinska attempted to systematize different views on uncertainty. According to her, uncertainty in psychology can be viewed as:

1. Absence, contradiction or vagueness of information (information models of behavior).
2. Mismatch or incompatibility of cognitions and behavior (general psychology).
3. Inability to control actions by the subject (engineering psychology).
4. The multitude of possible outcomes that increases risk in decision-making (organizational psychology).
5. Multiple choices underlying self-determination [1].

Situations of uncertainty can have both positive and negative effects on a person's life. The positive aspect is that uncertainty can be an opportunity for freedom, creativity and personal development. It is a source of new ideas and changes. The negative side of uncertainty is that it can cause anxiety and anxiety without the ability to clearly understand its causes. S. Kierkegaard called this state melancholy, which is a disease of modern society [4].

One of the most pressing issues in modern research is the definition of the content of uncertainty, which covers various aspects of mental functioning. T. Albrecht and M. Adelman interpret uncertainty as a mental state in which a person is not sure of the causes of certain phenomena and the consequences of their further development. Uncertainty causes psychological discomfort, which stimulates an individual to actively communicate and interact with other people. When such communication processes reduce uncertainty, they help people adapt their coping strategies, which, in turn, increases the sense of control over the situation and the ability to manage stress. Thus, T. Albrecht and M. Adelman believe that supportive communications facilitate coping processes by reducing uncertainty about stressors [33].

Since the second half of the twentieth century, tolerance has been associated in the general consciousness with tolerance of other people's thoughts, beliefs, and behavior. However, there is currently no single and generally accepted definition of this concept in scientific circles.

In the works of national philosophers of the XIX-XX centuries, tolerance is analyzed through the prism of spirituality, which includes morality, the value-oriented sphere of the individual and meaning-making. N.A. Berdyaev noted that “communication is difficult because individuals represent different and mysterious worlds that only partially intersect and open up to each other. In the world of a spiritual person, they enter into a single, related atmosphere of the Kingdom of God.” Thus, in the philosophy of N.A. Berdyaev, tolerance can be understood as an expression of interpersonal spirituality of a person.

O.V. Bryukhovetska emphasizes that kindness is a key factor in tolerant attitude towards others: “the true essence of pity or compassion is not direct identification with another person, but recognition of his or her own value – the right to exist and possible well-being” [1].

The study of tolerance is also reflected in the works of foreign psychologists of the twentieth century, where attention is focused on interpersonal interaction. In this context, two main approaches can be distinguished: cognitive-behavioral and existential-humanistic.

According to the behavioral approach, tolerance is developed through the creation of appropriate conditions, such as repetition, exercises, and transfer of methods of influence to different situations, i.e. through the formation of certain behavioral patterns. Tolerance is studied through the relationship between aggressiveness and non-aggressiveness. Some of the principles and mechanisms developed by representatives of behavioral psychology are still used in programs to teach tolerant behavior.

Cognitive psychologists study tolerance through the prism of social attitudes, stereotypes and cognitive dissonance that can cause aggressive behavior. Thus, A.I. Gusev argues that social perceptions form the reality of social groups, which, in turn, affects the individual behavior of their members and their subjective attitudes towards “strangers” [2].

In existential-humanistic psychology, tolerance is seen as a person's desire for self-realization. According to K. Rogers, a harmoniously developed personality is characterized by openness, sociability, sociality, as well as independence (self-sufficiency), tolerance of others and self-confidence. Humanity, in turn, is the basis for the formation of healthy interpersonal relationships [2; 6].

E. Fromm divides human social orientations into barren and fruitful ones. To the unfruitful ones he refers receptive orientation (satisfaction from the outside world), exploitative (satisfaction through the use of force and violence), selfish (satisfaction concentrated only in oneself) and market orientation (perception of oneself as a commodity).

E. Fromm considers a fruitful social orientation to be the goal of human personality development, which can be achieved by every person who does not have serious mental or emotional disorders. According to E. Fromm, a person is fruitful and tolerant when he or she is responsible, impartial, shows active and reasonable love for others, trusts others, and is active and free [3; 11].

Among the works of domestic psychologists, it is necessary to mention the studies of the nineteenth and twentieth centuries, which formulate the essential characteristics of a tolerant personality.

In the works of domestic researchers, morality (tolerance) is considered as an important component of interpersonal relationships. He describes human life as a sequence of changing phases caused by changes in lifestyle and system of relations, where the morality of the individual is central. His research has led to a socio-psychological understanding of tolerance as tolerance for differences and empathy [1].

In their research, scientists emphasize that tolerance is inherent in a full-fledged personality that has its own values and interests while respecting the positions of others. He defines tolerance as a norm that establishes “the limits of preserving differences between populations and communities in a changing reality.” In his understanding, tolerance means resilience, tolerance and acceptance

of certain deviations. Emerging in the course of life, tolerance becomes an important value for an individual and is manifested in his or her interaction with other people [17].

Tolerance is also seen as the ability to actively interact with the external environment in problematic and crisis situations. This allows you to restore your neuropsychological state, successfully adapt, avoid confrontation, and develop positive relationships with both yourself and the world around you [21].

According to A.V. Kurova, the introduction of the term “tolerance for uncertainty” (UT) into psychology became necessary to explain the peculiarities of individual behavior in uncertain and ambiguous situations, in particular, the readiness of a person to either accept these situations or avoid them [11].

In many scientific works, uncertainty tolerance (UT) is considered as a personality trait. Some researchers expand this concept by emphasizing the importance of taking into account external factors. They consider TN to be a specific construct for a particular area that cannot be directly transferred to other areas, i.e., they consider it as a situation-specific attitude. In this context, TN can be seen as a one-dimensional or multidimensional phenomenon.

Other authors believe that uncertainty tolerance (UT) is a skill or a metacognitive process, rather than a stable and little-changing personality trait. This approach allows them to explore ways to develop UT.

As A. Lakhana, the English-language literature uses terms such as tolerance of ambiguity, tolerance for ambiguity, intolerance of ambiguity, intolerance for ambiguity, ambiguity tolerance, ambiguity intolerance, and tolerance-intolerance of ambiguity. It is important to note that along with the term ambiguity, authors often use the term “uncertainty”. At the same time, they either consider these concepts synonymous or emphasize that “ambiguity” is a broader concept that covers all phenomena of uncertainty, ambiguity and ambiguity, while “uncertainty” refers only to inaccuracies and uncertainty [31].

Despite the different approaches to interpretation, the authors' objectives remain similar: to explain how people perceive and cope with uncertainty and unstructured situations in life; to develop a model of the phenomenon that allows classifying people according to their ability to accept uncertainty; to study the mechanisms of overcoming such situations; and to describe ways to develop tolerance to uncertainty.

The terms “uncertainty intolerance” and “uncertainty tolerance” were first introduced by E. Frenkel-Brunswik in 1948 and 1949, while researching ethnic stereotypes and anti-Semitism. In the 1948 article titled “Intolerance of ambiguity as an emotional perceptual personality variable,” the author notes that prejudice is usually manifested in clear distinctions in the field of sex-role behavior, parent-child interaction, and interpersonal relationships in general. People who are prone to prejudice are characterized by a tendency to unambiguous categorization (e.g., weak – strong, clean – dirty, moral – immoral) when evaluating others; refusal to consider probabilities; difficulty in abandoning established attitudes when solving intellectual problems; and a tendency to seek out authorities and rely on their opinions [17].

In the 1949 paper “Tolerance towards ambiguity as a personality variable” E. Frenkel-Brunswik characterizes tolerance to uncertainty as an emotional and perceptual personality variable. The author explores the role of motivational factors in the process of perception, relying on the psychoanalytic concept of “emotional ambivalence”, which describes the presence of opposing emotions, feelings and attitudes towards a certain object in one individual.

For the scientific validation of the psychoanalytic construct E. Frenkel-Brunswik needed to find factors that could be formalized. She suggested that displaced ambivalence can manifest itself at the cognitive level as a rigid and inadequate perception of reality. In her work, she describes a personality type with a high level of intolerance for uncertainty, who tends to make decisions based on dichotomies (black and white), draws hasty conclusions, ignoring important factors and the real state of affairs, and tends to unconditionally accept or reject in interactions with other people [18].

D.T. Kenny and R. Ginsberg note that in many studies conducted after the publication of the “Study of the Authoritarian Personality” by T. Adorno et al. considered tolerance for uncertainty as a basic personality trait, although there were insufficient arguments to confirm or refute this assumption. The researchers also did not take into account that E. Frenkel-Brunswik herself expressed concern about the hasty generalization of her construct [17].

R.J. Hallman defines uncertainty tolerance as “the ability to cope with conflicts and tensions that arise in situations of ambiguity, to confront discrepancies and contradictions in information, to accept the unknown and not to feel uncomfortable with uncertainty. A.P. MacDonald, after analyzing the research on uncertainty tolerance, found that although there is considerable overlap in the different approaches to this topic, a single definition has not been reached” [12].

R.W. Norton describes uncertainty tolerance as a personality trait that is associated with numerous behavioral phenomena, such as an unwillingness to analyze problems in terms of probabilities and a preference for clear and understandable situations. He defines uncertainty tolerance as “the tendency to perceive uncertain information as a source of psychological discomfort or threat.” J. Sidanius considers tolerance for uncertainty to be a core personality trait.

N.G. Rotter and A.N. O’Connell interpret tolerance to uncertainty as a personality boundary. J.J. Ray proposes to consider tolerance to uncertainty as a situation-specific variable, taking into account the features of the tools used. C.M. Ely questions the appropriateness of considering personality variables and cognitive style characteristics, including TN, as stable or actualized depending on the situation.

S.M. Anderson and A.H. Schwartz propose to understand tolerance for uncertainty as a situation-specific trait that is a predictor of depression only in the context of thinking about negative aspects of life [19].

D.L. McLain, considering uncertainty tolerance as a boundary, notes a wide range of reactions – from denial to attraction – when perceiving unknown, complex, dynamically uncertain or contradictory stimuli. He identifies three main aspects of uncertainty tolerance:

1. The perception of new, complex or intractable situations as a source of threat.
2. The connection of uncertainty tolerance with authoritarianism and prejudice.
3. Avoidance of recognition of uncertainty and judgment of probable events in case of insufficient clarity of conditions, based on previous experience [14].

The state of uncertainty is one of the most serious psychological problems faced by IDPs during war. This condition is associated with instability, lack of clear information about the future, and difficulty in making decisions in conditions of constant danger. The psychological features of this condition include high levels of anxiety, stress, feelings of helplessness and difficulties in adapting to the new challenges of the present.

Based on the above, we can distinguish the following psychological features of the state of uncertainty among IDPs, namely:

1. High level of anxiety and stress. The state of uncertainty during war is often accompanied by a significant increase in anxiety. IDPs do not know what the future holds, which creates constant stress. This stress is exacerbated by the fact that many of them have lost their homes, their way of life, their social ties, and the ability to control their lives.

2. Loss of control and feelings of helplessness. Loss of control over one's own life is another important characteristic of the state of uncertainty. Forced migrants often have no influence on the events that determine their future. This can lead to feelings of helplessness, which in turn can lead to depression.

3. Difficulties with adaptation. Adapting to new living conditions is a difficult process for IDPs. Uncertainty about the future makes this process even more difficult. Lack of stability and constant changes in their lives can make it difficult to adapt to new conditions, find new social connections and maintain mental health.

4. Emotional instability. A constant state of uncertainty can also lead to emotional instability. Forced migrants may experience sudden mood swings, from irritation and anger to fear and despair. This emotional instability can prevent them from responding effectively to stressful situations and making rational decisions.

5. Psychosomatic manifestations. The state of uncertainty can also affect the physical health of IDPs. Prolonged stress and high levels of anxiety can lead to the development of psychosomatic disorders, such as headaches, sleep disorders, digestive problems, and cardiovascular diseases.

### **3. Coping strategies to overcome uncertainty and develop resilience in internally displaced persons.**

In accordance with the research topic, it is also worth considering possible strategies to overcome the state of uncertainty, namely:

1. Social support. One of the most important factors in overcoming uncertainty is social support. Having support from family, friends, or communities can significantly reduce the level of stress and anxiety among IDPs. It is also

important to be involved in social assistance programs that can provide IDPs with access to necessary resources and information.

2. Psychological assistance. Psychological assistance can be an important tool in overcoming the state of uncertainty. Therapists and psychologists can help IDPs develop effective coping strategies, learn to cope with anxiety, and develop contingency plans.

3. Developing resilience. Developing resilience is a key aspect of coping with uncertainty. This may include developing positive thinking, self-control skills and the ability to adapt to changing circumstances. Psychological trainings and support groups can help increase resilience among IDPs.

The state of uncertainty is a serious psychological problem for IDPs during war. It affects their mental and physical health, makes it difficult to adapt to new conditions and reduces their quality of life. It is important to provide social and psychological support, build resilience and implement programs aimed at reducing uncertainty and improving the mental health of IDPs.

Thus, the theoretical analysis shows that uncertainty is a universal phenomenon inherent in both nature and human society, while it takes on specific features in different contexts. Uncertainty is often viewed as a generalized scientific category, and in research, it is usually specified at the initial stage. Usually, situations of uncertainty cause significant emotional reactions in humans. However, the spectrum of specific uncertainty situations has not been sufficiently studied.

In the context of our research topic, we should also pay special attention to coping strategies and the concept of “coping” itself. So, the concept of “coping” comes from the English “to cope” (to cope, to overcome). The term “coping” was first used by L. Murphy in 1962 in a study of ways children overcome developmental crises. Later, the study of coping mechanisms was closely related to the study of psychological stress.

The psychological literature shows two approaches to the definition of coping. Supporters of the first approach consider coping as a broad concept that consciously transforms the situation into strategies and mechanisms of psychological protection. In foreign sources, the following concepts are used: “active coping”, ‘transformational coping’, ‘regressive coping’, ‘avoidance coping’ [18].

Coping, according to S. Folkman and R. Lazarus, is a dynamic interaction of a person with a difficult situation, a certain level of cognitive, behavioral and emotional effort aimed at eliminating external or internal contradictions. The authors of this definition talk about attempts, about human efforts, i.e. the very process of overcoming life's difficulties [14]. Scholars of the second approach distinguish between coping and defense as specific forms of behavior. N. Haan determines that coping and defense are based on identical processes but have opposite directions.

A person uses coping strategies based on past experience and their own resources. Thanks to coping strategies, an individual is able to respond to stress and manage the current stressor [17]. The main coping strategies include:

1. “Problem solving” is a rational strategy for finding additional solutions, which is made possible by a high level of cognitive and emotional processes. This coping strategy is impossible without the use of analysis, synthesis, and forecasting.

2. “Seeking social support” – is realized through a person's need for social interaction, which is exacerbated when seeking support in difficult situations. The peculiarity of this strategy is the person's sense of need, the ability to trust others, receive support and feedback.

3. “Avoidance is a strategy that aims to completely abstract from the problem situation in order to preserve one's own emotional and physical strength [6].

In the modern scientific psychological literature, coping is interpreted as a variable, dynamic process, the stable patterns of which form different behavioral strategies or personal styles of response to stressors. Studies of coping behavior allow us to distinguish two types of coping behavior:

1) problem-oriented (coping strategies are aimed at overcoming a specific source of stress);

2) emotionally oriented (coping strategies are aimed at overcoming anxiety caused by a stressor) [7].

Both types of coping behavior are more often considered in the context of emotional regulation, meaning that the trigger for active actions is always emotional arousal caused by a stressor.

Later, the concept of proactive coping emerged in the structure of other types of coping strategies:

1) reactive coping, aimed at counteracting stressors;

2) anticipatory coping, focused on overcoming a threat that is likely to occur in the near future;

3) preventive coping, aimed at accumulating resilient resources that can reduce the severity of stressful events that may occur in the future or reduce the likelihood of current stressful situations;

4) proactive coping, aimed at creating resources that are designed to manage future stressful situations, it is not chosen in response to a specific stressor, but determines readiness for potential stressors in general [1].

This approach is being actively studied within the framework of the resource-based approach to stress management, in which the theory of “Conservation of Resources” (COR), proposed by S. Hobfoll, is widely known. The essence of the resource approach is the efficiency of the distribution of available resources in terms of the presence of core resources that perform the function of control and organize the distribution of other resources. Therefore, the loss of resources is considered to be the cause of ineffective adaptation, which in turn leads to a secondary loss of resources, which, according to the feedback principle, intensifies the subsequent maladaptation [25].

K. Matheny proved that the essence of the preventive coping strategy is to prevent the impact of stressors, either by transforming the cognitive assessment when perceiving the conditions of the situation, or by increasing resistance and

resilience to the impact of stress factors [18]. Based on the resource-based approach, we present a system of mechanisms for developing constructive coping strategies for individual behavior in difficult life circumstances. Modern psychology considers coping as an important condition and process within the framework of social adaptation of an individual, which can be characterized by three components: the ability of the body and psyche to produce the most adequate reactions to external psychological stimuli; the ability of the body and psyche to quickly adapt to new environmental conditions; the ability to constantly maintain psychological stability and balance [11]. Accordingly, constructive coping strategies for internally displaced persons in the process of overcoming stressors are aimed at actively transforming a stressful situation, overcoming traumatic circumstances, resulting in a sense of growth of their own capabilities, self-confidence, and strengthening themselves as a subject of their own life.

Based on the theoretical analysis and empirical data, we propose to pay attention to the following ten points that will help to increase the level of resilience, regardless of its current level [7].

This will be especially useful for people who have an initial level of resilience and are working on developing psychological resilience. So, let's look at the resilience development plan, i.e., how to develop resilience in the face of uncertainty.

1. Visualization of success. A key characteristic of resilient people is that they create their own vision of success. It is the possession of this vision that helps them achieve their goals, as it gives them a clear idea of where they are headed and allows them to subconsciously work towards it; their internal programs take over. It's vital to create a vision of the future that is as clear and vivid as it can be. And it should be based on what is possible to do right now, because resilient people don't waste time on impossible dreams or aspirations for things they will obviously never do. In the current situation in the country, where circumstances are constantly changing, part of the process of building resilience may include redefining success and changing its parameters.

2. Increase self-esteem. Self-esteem is important if a person is going to demonstrate a high level of resilience. Some people are naturally endowed with high self-esteem. Others need to work on developing it.

Many people take their strengths for granted and tend to underestimate their own abilities. It is important for each person to identify what they are good at, what they like about themselves, what other people value about them, and what they contribute to their work, home, and society.

3. Increasing self-efficacy. Control of the situation. Self-efficacy is another key characteristic of resilient people. To demonstrate self-efficacy, a person must take control of life situations, thoughts and emotions of varying complexity. This ability is a key characteristic of resilient people in the face of uncertainty. Sometimes, it is necessary for someone else to help a person to assess their strengths. It is important to listen to any praise that a person receives and to appreciate, listen to, and accept it. It is interesting to note that in challenging situations, many people barely acknowledge the positive feedback they receive



because they are focused on the criticism. However, you should use positive feedback on your performance to build confidence in your actions, while any negative feedback should be viewed as an opportunity for self-improvement and development.

4. Become more optimistic. Resilience is the ability to rethink things, mainly by moving from a sense of disappointment to a vision of opportunity. Optimism is one of the most important characteristics of resilient people. It is very important to look at negative or uncertain life situations from a positive perspective in order to have confidence in one's own ability to solve problems and save what can be saved. Even if a person is inclined to think that “the glass is half empty,” one can learn to be optimistic. In this case, it is worth considering Martin Seligman's concept of “learned optimism” [13].

5. Managing your stress. Resilience is the ability to continue to act in stressful situations without allowing oneself to be overwhelmed and to motivate other people to do the same. Resilience enables a person to cope with any adversity in uncertain situations while maintaining confidence, balance, and control. A person may experience stress, but knows that they can cope with it.

6. Improved decision-making. This means the ability to change your thinking about any of the stressors, look at things from a better perspective, or simply react differently.

Resilience requires action. Taking action means making decisions, not avoiding them. Resilient people don't avoid decisions: they are proactive and firmly believe in their strengths and capabilities, trust their judgment, and are not afraid to change their minds. It can be assumed that this is one of the reasons why resilient people find it easy to make decisions – experience tells them that decisions are rarely unchangeable. According to J. Clarke and J. Nicholson [7], there is a two-step analysis process that helps a person determine their own decision-making style. The first involves determining the degree of problem avoidance. The second concerns the approach that a person uses when making decisions. Gaining experience, trusting one's own judgment, and seeking support from others can help increase confidence in decision-making, which can also help develop resilience in uncertain situations.

7. Asking for help. Psychologically stable people always know when to ask for help from others. They also have a clear idea of who to turn to in a given situation.

8. Learning. As noted by J. Clarke and J. Nicholson [7], resilient people are constantly learning throughout their lives. They learn from their own experience and achieve as much as they can, realizing this. Resilient people analyze what happens to them every day and what life lessons can be learned from their own experience, developing their resilience to uncertain situations.

9. Being yourself. One of the main reasons why people do not change is that the “new, improved version” of themselves does not really fit their perceptions and does not align with their identity or values. Therefore, if a person wants to increase their resilience, they need to remain true to themselves in their views, values and beliefs.

10. Conflict resolution. If a person wants to increase the level of resilience, it is also important to take into account the opinions of other people and learn to accept the views of others. It is important to understand your communication style and realize whether it is appropriate for certain situations. Thus, we can say that flexibility of behavior is also necessary to establish contact with others, which in turn makes it possible to feel accepted by a certain circle of people.

It should be noted that the response to and experience of uncertain life situations differs significantly in each individual case, as each person experiences the same event differently and has different resources and capabilities to cope with it. Of course, it is impossible to avoid stress in such difficult life circumstances as Ukrainians are facing now, but it is possible to try to protect mental health.

Challenges and tasks are an integral part of life. The more a person tries to shield himself or herself from them, the more difficult it is to overcome various obstacles in life. To develop and increase resilience, it is important to train such personal qualities as self-awareness, self-efficacy, and self-regulation. Through self-awareness, you can get to know yourself and your lifestyle better, which lays the foundation for successful work on and with yourself. Self-efficacy is an important component of optimism. The ability to believe in oneself and one's own strengths, the ability to create and change something is a good basis for developing resilience [5].

Some scholars believe that life experience increases a person's ability to be resilient: the more experience a person has, the more likely he or she is to feel confident in new difficult life situations [7]. Resilience development is a complex personal process. It involves a combination of internal strengths and external resources, and there is no universal formula for becoming more resilient. One person may experience symptoms of depression or anxiety after a traumatic event, while another may not report any symptoms at all.

**Conclusions.** War and related displacement pose significant challenges to the mental health of internally displaced persons. Resilience plays a key role in the choice of coping strategies and successful adaptation to new life conditions. Increasing the level of resilience through special psychological support programs can be an effective way to facilitate the adaptation of IDPs. Changes in the paradigm of existence and interpersonal interaction of modern society have a direct impact on the state of psychological well-being and resilience of the individual. The analysis of the literature allowed us to identify resilience as a system of beliefs of a person that can contribute to the development of a person's readiness to choose to participate in situations of increased complexity, to keep control over them and manage them, to be able to perceive even negative events as experience and successfully cope with them. Resilience is the ability to possess resilient beliefs (namely, engagement, control, risk taking), to lead a resilient lifestyle (maintaining one's physical and mental health), and to use resilient coping to overcome stressful and difficult life situations.

The analysis of research on psychological coping allowed us to consider coping as a form of adaptive behavior of an individual in a stressful situation in order to achieve such goals as minimizing the negative effects of external

circumstances and maintaining emotional balance by adapting or transforming situations. In the context of overcoming stressors, scientists distinguish between reactive coping, which is aimed at counteracting stressors; anticipatory coping, which is aimed at overcoming a threat that is likely to occur in the near future; preventive coping, which is aimed at accumulating resilient resources that can reduce the severity of stressful events that may occur in the future or reduce the likelihood of current stressful situations; proactive coping, aimed at creating resources that are designed to manage future stressful situations, it is not chosen in response to a specific stressor, but determines readiness for potential stressors in general. All coping strategies perform two main functions, one of which is related to the regulation of behavioral actions, the other is related to the regulation of the emotional sphere. In the course of the theoretical analysis, it was determined that constructive coping strategies of behavior of internally displaced persons in the process of overcoming stressors are aimed at actively transforming the stressful situation, overcoming traumatic circumstances, resulting in a sense of growth of their own capabilities.

The theoretical analysis has shown that uncertainty is a universal phenomenon inherent in both nature and human society, while it takes on specific features in different contexts. Uncertainty is often viewed as a generalized scientific category, and in research, it is usually set at the initial stage. Usually, situations of uncertainty cause significant emotional reactions in humans. However, the range of specific situations of uncertainty has not been studied sufficiently.

Prospects for further research include analyzing current approaches to organizing systematic support for IDPs, as well as developing recommendations for professionals aimed at increasing the resilience, vitality, stress resistance, adaptability and social competence of IDPs; developing a system of support for IDPs in the context of reintegration in the post-war period.

*Reference:*

1. Wagnild G. M., Young H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1(2). 1993. P.165-178.
2. Tobin D. L., Holroyd K. A., Reynolds R. V., Wigal J. K. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 13(4). 1989. P. 343-361.
3. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 44(3). 1989. 513 p.
4. Панько Т. І. Психологічні особливості копінг-стратегій у вимушено переміщених осіб. *Актуальні проблеми психології*. 12(3). 2020. С. 245-256.
5. Григорович О. М. Резильєнтність як фактор психологічної адаптації особистості до стресових ситуацій. *Вісник Харківського національного університету*. 23(2). 2018. С. 98-106.
6. Зварич Р. О. Копінг-стратегії в умовах кризи: Роль резильєнтності. *Наукові записки Національного університету «Києво-Могилянська академія»*. 15(1). 2017. С.112-121.
7. Мартинюк А. В. Вплив резильєнтності на подолання стресу у вимушено переміщених осіб. *Український соціологічний журнал*. 34(2). 2019. С. 33-42.

8. Бойчук М. П. Психологічні аспекти адаптації внутрішньо переміщених осіб в Україні. *Соціальна психологія*. 19(1). 2021. С. 67-75.
9. Коломієць В. В. Вимушена міграція та її вплив на психосоціальну адаптацію: Роль копінг-стратегій. *Журнал соціальної роботи та психології*. 11(3). 2016. С. 89-97.
10. Корнєєва І. П. Адаптація внутрішньо переміщених осіб в Україні: психологічні проблеми та шляхи вирішення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 26(3). 2018. С. 134-142.
11. Белік Ю. М. Резильєнтність як ключовий чинник у подоланні стресу. *Вісник психології та соціальної роботи*. 28(2). 2020. С.58-66.
12. Шаповал В. С. Резильєнтність і копінг-стратегії: сучасні підходи до вивчення. *Психологічний журнал*. 22(1). 2019. С. 44-52.
13. Соловей Л. В. Вплив психологічних чинників на адаптацію вимушено переміщених осіб. *Науковий вісник Чернівецького національного університету*. 17(4). 2018. С. 99-108.
14. Коваль О. П. Роль соціальної підтримки у формуванні резильєнтності. *Український журнал психології*. 36(2). 2017. С. 23-30.
15. Макарова Ю. А. Копінг-стратегії у подоланні стресу в умовах війни: теоретичний аналіз. *Психологічний вісник*. 10(2). 2016. С. 75-82.
16. Дмитренко А. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Журнал психології та соціології*. 25(1). 2018. С.53-61.
17. Полякова Т. М. Соціально-психологічна підтримка внутрішньо переміщених осіб: досвід України. *Вісник Національного університету «Острозька академія»*. 45(3). 2020. С. 77-84.
18. Іванченко Л. М. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам: стратегія і тактика. *Актуальні проблеми психології та педагогіки*. 15(2). 2019. С. 134-142.
19. Харченко С. І. Резильєнтність та її вплив на психологічну стійкість особистості. *Психологічний журнал*. 21(3). 2018. С. 55-62.
20. Чорна Н. В. Вплив війни на психологічний стан внутрішньо переміщених осіб. *Український медико-психологічний журнал*. 29(4). 2021. С. 123-131.
21. Матвієнко О. О. Роль резильєнтності у подоланні стресових ситуацій у вимушено переміщених осіб. *Соціальна психологія*. 20(3). 2020. С. 88-96.
22. Василенко Т. І. Психологічні проблеми внутрішньо переміщених осіб та шляхи їх вирішення. *Психологія і суспільство*. 8(2). 2017. С.34-42.
23. Лозінський В. В. Резильєнтність як фактор ефективної адаптації до нових умов життя. *Журнал соціальної роботи та психології*. 14(1). 2016. С. 101-109.
24. Зайцева К. О. Соціально-психологічні чинники адаптації вимушено переміщених осіб. *Науковий вісник Національного університету імені Тараса Шевченка*. 11(2). 2019. С. 45-53.
25. Мельник І.Г. Резильєнтність і стресостійкість у контексті військових конфліктів. *Психологічний огляд*. 16(2). 2018. С. 88-96.
26. Савченко О. В. Копінг-стратегії як механізм подолання стресу у вимушено переміщених осіб. *Вісник психології та соціальної роботи*. 32(1). 2020. С.71-79.
27. Марченко А. П. Вплив соціального середовища на резильєнтність внутрішньо переміщених осіб. *Психологічні дослідження*. 19(3). 2017. С. 63-71.
28. Кузьменко Н. М. Психологічні особливості розвитку резильєнтності у вимушено переміщених осіб. *Актуальні проблеми психології*. 13(4). 2019. С. 47-55.
29. Бондаренко О. В. Вплив соціальних факторів на копінг-стратегії у вимушено переміщених осіб. *Психологічний вісник*. 18(1). 2016. С. 92-100.
30. Поліщук М. М. Роль резильєнтності в процесі соціальної адаптації внутрішньо переміщених осіб. *Вісник Національного університету "Києво-Могилянська академія"*. 18(3). 2021. С. 134-142.

31. Гриценко С. М. Адаптація вимушено переміщених осіб: вплив резильєнтності. *Психологічні перспективи*. 22(1). 2020. С. 76-84.
32. Сіренко Т. В. Психологічні проблеми внутрішньо переміщених осіб: аналіз досліджень та практичних підходів. *Науковий вісник Одеського національного університету*. 26(2). 2018. С. 49-57.
33. Титаренко Н. О. Соціально-психологічні аспекти підтримки внутрішньо переміщених осіб. *Вісник Львівського національного університету*. 15(2). 2019. С. 63-71.

## **1.6. Model of personality behavior with preverbal injuries in the method of psychotherapy I-reconstruction**

### **Модель поведінки особистості з довербальними травмами в методі психотерапії Я-реконструкція**

Аналіз актуальних досліджень. Щоб краще зрозуміти природу довербальних травм, спочатку варто звернути увагу на те, що собою становить психічна травма. Цієї темою займалися такі дослідники як Д. Єнікеєва, А. Захаров, І. Мамайчук, С. Соловйова, А. Осипова, Ю. Зінченко та інші. Відповідно до словників, травма розуміється як ушкодження в організмі людини, що викликане зовнішнім середовищем. Проте, це розуміння не поширюється на розуміння психічних травм.

Психічна травма – переживання високої інтенсивності, які можуть стати причиною неврозів, депресії та інших хворобливих проявів. Зазвичай, травму пов'язують з негативними емоціями, напруженням, викликаним з ними. Проте, травматичними можуть бути і позитивні переживання високої для особистості інтенсивності [10].

У психологічному словнику В.В. Синявського, психічна травма визначається як подія, що призвела до глибокого емоційного переживання. Г.М. Лялюк та О.С. Мороз дали більш широке визначення, зазначаючи, що психічна травма – це результат дії не тільки події на психіку, а і значущої інформації, і здатна через недостатність механізмів психологічного захисту та за наявності певних рис особистості призвести до розвитку психічного захворювання [7; 16].

Деяке інше визначення психічної травми надає Т.М. Титаренко. Феномен визначається як залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість [19].

Багато сучасних дослідників визначають психічну травму як стан сильного страху, що переживається людиною під час зіткнення з раптовою подією, яка є потенційно загрозливою для її життя. Страх настільки сильний, що особистість не може його опрацювати та інтегрувати, а тілесні можливості не дозволяють ефективно відреагувати на ситуацію [15; 25; 33].

А. Венгер у своїй книзі «Психологічна допомога дітям та підліткам після Бесланської трагедії» виокремлює типові для постраждалих від травматичних ситуацій етапи переживання психологічної травми:

1) Шоковий етап. Цей стан може проявитися у різних формах: патологічного гальмування чи патологічного збудження. В першому випадку ми спостерігаємо малорухливість, слабку міміку, сумний, наляканий або нейтральний вираз обличчя. Особистість майже не використовує мову, або може відмовлятися від неї. Зовнішні потрази викликають слабку реакцію.

При патологічному збудженні ми спостегіємо протилежну крайність. Особистість активно рухається, але цей рух не має цільового направлення. Зазвичай цей біг, головний крик, рунування оточуючого середовища.

Під час шокового стану знижена реакція на будь-які зовнішні впливи. Досить часто патологічне збудження та патологічне гальмування в однієї і тієї самої дитини чергуються: гальмування змінюється збудженням, потім знову розпочинається гальмування [20].

Етап стабілізації включає в себе комплекс технік направлених на регуляцію стану особистості, а також формування навичок емоційної регуляції. При недостатній роботі на цьому етапі, особистість може зіштовхнутись з наслідками ПТСР у майбутньому.

Етап відновлення. Саме на цьому етапі починається пролонгована допомога, яка може тривати від року і більше і закінчується соціальною інтеграцією. Для роботи використовуються техніки для роботи з формування ставлення до себе, свого досвіду, стосунків.

Етап особистісної та соціальної інтеграції відбувається на підставі використання вербальних і/або невербальних засобів вираження досвіду.

Таким чином, ми можемо говорити, що психічна травма – це потрясіння, яке має сильний вплив на особистість, та її подальших розвиток та функціонування в світі. Важливо також звертати увагу на вік людини, так як одна і та сама подія може бути травмаючої для дитини, але не викликати переживань у дорослого. Тобто, важливим також є фізіологічний аспект (Т. Павленко) [10].

Опираючи на вище зазначено, метою нашого дослідження є визначення місця довербальних травм в загальному розумінні травм особистості, формування власного погляду на це явище та розробка моделі поведінки особистості з довербальними травмами.

Результати дослідження. Єдиним дослідником, який до нашого часу сформував погляд та надав класифікацію довербальних травм є С. Гроф. Автор сформулював теорію Базових Перинатальних Матриць (БПМ), що постулювала існування гіпотетичних динамічних матриць, які відносяться до перинатального рівня несвідомого і керують розумовими та поведінковими процесами людини після народження, завдяки чому, ми маємо можливість отримати уявлення, що відбувається з малюком в різні довербальні періоди, та як це може відобразитись у дорослому житті особистості.

Автор виділив 4 перинатальні матриці залежно від часу їх формування: БПМ1 – вагітність, БПМ-П – 1-й період переймів, БПМ-Ш – 2-й період пологів, БПМ-1v – народження дитини і відділення від матері. Матриці включають враження, отримані в кожному з цих періодів, і в подальшому можуть визначати долю людини, так як людина може відтворювати травматичний досвід, навіть не усвідомлюючи його [22]. Основна тема розвитку – це відчуття безпеки існування, права на життя, на своє місце у цьому світі, право бути разом з іншим [8].

Опираючись на вже наявну класифікацію, нами було запропоновано власну, які більш цітко окреслює межі деяких періодів [11; 13]:

- ✓ від зачаття до переймів;
- ✓ перейми;
- ✓ безпосередньо пологи та народження.
- ✓ період від народження до 3-х років

Період від зачаття до переймів досліджували такі психологи Як Дж. Боулбі, Д.В. Віннікот, С. Гроф, М. Кляйн, О. Ранк, З. Фрейд та інші. Цей період є важливим для становлення психіки особистості, так як саме під час вагітності, у плода закладаються всі системи організму, а стан матері має значний вплив на протікання вагітності.

Ю.В. Александров, визначав пренатальний розвиток як дородовий, утробний розвиток індивіда, під час якого відбувається розгортання успадкованого ним потенціалу [1]. Вчений вважає що індивідуальна історія людини починається не від народження, а від її зачаття. За період перебування в утробі матері у дитини відбувається інтенсивний фізичний і психічний розвиток. Практично з моменту зачаття дитина стає елементом ситуації, що формується в навколишньому середовищі. Радість і побоювання, добробут і нестачі, стабільність і потрясіння, здоров'я і хвороби у сім'ї, яка очікує дитину, впливають на її пренатальний розвиток [1].

З. Фрейд порівнював внутрішньоутробний період зі станом сну. І саме сні можуть повертати нас в переживання та досвід, який стався, коли немовля було в животі у мами, що робить їх важливим інструментом у роботі з клієнтами [21].

Було доведено, що ставлення матері до майбутньої дитини має значний вплив на формування травматичного досвіду. Бажана дитина, краще розвивається до народження і з'являється на світ міцнішою. Невротичні матері народжують невротичних дітей, і, живучи з такими батьками, діти стають ще більш невротичними [2].

В цей період значний вплив на розвиток психіки особистості може мати ембріональна травма. Це стається коли життя матері чи дитини зазнало негативного впливу, серед яких бажання зробити аборт, депресія вагітної жінки та інше. По інтенсивності ці переживання можна прирівняти до шокової травми.

Наступним етапом довербального періоду розвитку особистості ж перейми. В цей період відбуваються мимовільні скорочення матки і є стимулом для наступного етапу – пологових потугів для виштовхування плоду. Тривалість може складати від 8 до 12 годин, в залежності від здоров'я жінки, повторності вагітності та інше. Етап характеризується закінченням статичного періоду та початком динамічних процесів внаслідок порушення внутрішньоматкового гомеостазу на хімічному й фізичному рівнях. В цей період малюк та мати вперше відчувають один одного як джерело біологічного дискомфорту та болю. У дитини повністю змінюються умови перебування, перестаю вистачати поживних речовин та кисню, маленький світ стає агресивним, починає вбивати, а виходу немає. Дитина стикається зі смертельною небезпекою. Малюк починає відчувати агресію, страх, стрес, паніку, що фіксується на тілесному рівні. При довготривалих переймах, уже



доросла людина може мати клаустрофобію, як наслідок переживання в цей період.

На цьому етапі довербального періоду формуються такі важливі людські риси як терпіння та вміння приймати рішення. Так як вважається, що саме дитина запускає пологи, посилаючи організму матері перший гормальний імпульс. Не дивлячись на те, що це природний процес, для маляти перейми надтяжке випробування, адже йому потрібно покинути улюблений світ і піти болючим для тіла шляхом в невідомому напрямку.

В цей період можливе втручання в процес з боку лікарів, що несе в собі різні психологічні наслідки та їх прояви. Серед них можна виділити:

- Кесарів розтин, який на думку С. Грофа формує такий сценарій «як я не зможу сам, мені потрібна допомога», «я не зможу довести до кінця». На нашу думку, це також формує у особистості не віру у власні зусилля і бажання щось починати самостійно, так як у період переймів, коли дитина мала потенціал щось почати і завершити самостійно, її з первних причин позбавили цієї можливості. Окрім того, дитина лишається сама зі своєю проблемою, так як мама не переживає процес разом з дитиною. Безвихідь сформована в цей період може супроводжувати людину на протязі всього життя [22].

Перебуваючи в животі у матері, дитина сприймає світ як велику матку, і цьому світі вона здобула уявлення «Я центр цього всесвіту, світ крутиться навколо мене» і якщо не відбулось природного процесу пологів, де дитина мала змогу сформувати психологічні навички, характерні для цього етапу. Вже доросла людина може зіштовхнутись з важкістю побудови стосунків з оточуючими, так як вони вже своєю присутністю заперечують досвід та ідеї сформані на його основі.

У випадках, коли рішення про кесарів розтин було ухвалено неочікувано, дитина все ж таки встигає отримати певний досвід пологів, що може виражатись у сценарії «Рішення я приймати можу, проте рухатись далі, ні».

- Використання наркозу. Особистість уникає прийняття рішень і загалом складних для неї ситуацій. Вважається, що саме в такий спосіб відбувається переривання звязку «мати-маля».

Наслідками сильної травматизації в цей період можуть такі емоційні проблеми як затяжні депресії, класустрофобія, хронічне відчуття самотності, безпорадності та приниження, зраженості, покинутості, фізіологічні – задуха, мігрені, закрепи, тахікардія, порушення роботи гормональної системи. На оральнольму рівні ми можемо спостерігати проблеми з відчуття голоду, спраги, хронічні нудоти та хворобливе роздратування рота; на анальному – закрепи; уретральному – болі в сечовому міхурі, дизурія. Говорячи про сексуальну симптоматику, вже доросла особистість зіштовхнутись з надмірним сексуальним напруженням, страхами повязаними зі своєю статтю, менструальними болями та інше. На рівні фантазій це буде супроводжуватись з думками про себе як грішника, погану людину та

супроводжуватись захопленням напрямків, які пропагують віру у власну всемогутність, силу Всесвіту та ін.

Не менш важливим є сам процес пологів. З. Фрейд говорив, що саме пологи викликають у дитини первинну тривогу, так як акт народження представляє собою першу загрозу життю [21]. Попри те що пологи є генетично запрограмованою послідовністю подій, особливості появи на світ кожної конкретної дитини обумовлюються і культурними, історичними та сімейними умовами.

Пологи (потуги) – це природний фізіологічний рефлекторний процес, що починається з моменту регулярної родової діяльності (появою регулярних переймів) і закінчується народженням дитини. В нашій роботі перейми ви виділяємо в окремий період довербального розвитку, так як в цей час відбувається формування психологічних процесів, відмінних від безпосереднього проходження плоду по родовому каналу, а в період включатимемо саме потуги. В залежності від того, як пройде процес пологів, у дитини формується такі якості як прагнення до перемоги, здатність переносити навантаження, у тому числі і психоемоційні, стійкість характеру [9]. Особливістю цього періоду є спільна боротьба матері та дитину за спільну мету. Це перший шлях на свободу, який проходить людина у своєму житті, який споснений протиріч, від відчуття надії, до агресії та огиди.

С. Гроф виділяє два основних сценарію розвитку подій в цьому періоді і як наслідок різний вплив на психіку людини [22]:

- «Стрімкі пологи» – людина вирішує життєві ситуації дуже швидко, навіть там де це не потрібно, а моменти, які вимагають уваги на протязі довгого періоду, викликають безвихідь, людина не вміє з цим справлятися і тому їх уникає.

- «Довготривалі пологи» можуть бути причиною виникнення сценарію жертви, так як ще в період пологів особистість відчуває пресинг, страждання і подальшому житті це стає для неї нормою. В наслідок подібного сценарію виникає високий рівень «базальної тривоги», що в дорослому віці проявляється невротичними симптомами, що особливо актуалізуються у критичних ситуаціях.

Щоб зменшити рівень травматизації під час довготривалих пологів, молодим матерям рекомендують годувати малюка груддю, що допоможе дитині адаптуватися до нових умов. В протилежному випадку ми можемо спостерігати проблеми особистості з установленням контактів, прийняттям себе, екзистенційною самотністю та хронічними тривожними станами.

Окрім того, травми, отримані під час пологів, загрожують формуванням несвідомих амбівалентних тенденцій одночасного прагнення повернутись в утробу матері та жаху перед нею, що потенційно загрожує розвитком психопатологічних станів [17]. Ми можемо спостерігати, як доросла людина, навіть перебуваючи «на людях» буде тілесно скручуватись калачиком і накриватись зверху простиратлом, або підсвідомо ховатись в темні місця (павленко, акти).

Вважається, що один зі способів підсвідомої боротьби з «базальною» тривогою під час пологів є статевий акт. В такому випадку ми можемо говорити про суто тілесне повернення. Про те, цей спосіб ніяк не можемо компенсувати травматизацію отриману внаслідок складних травм, такий як гіпоксія. Не маючи змоги повернутись в утробу матері, використовуючи так званий «замінник» людина може зіштовхнутись з масою проблем, пов'язаних з реалізацією своєї сексуальності [22; 30].

В наслідок травм отриманих на цьому етапі ми можемо спостерігати наступне:

- ✓ на рівні фантазій: образи кривавих жертвопринесень, страт, убивств, тортур, звалтувань;

- ✓ на рівні емоцій: часті регресивні стани, банальні життєві конфлікти розцінюються як титанічна боротьба, в центрі якої перебуває сама особистість;

- ✓ на фізичному рівні: порушення рухової активності (людина підсвідомо використовує моторику, які відтворює руки немовляти під час просування пологовим каналом, незалежно від того, в якій ситуації перебуває), схильність до сексуальних контактів, які супроводжуються болем, агресією, формування розладів, пов'язаних з констромом сексуального об'єкта (садизм, мазохізм, некрофілія);

- ✓ на поведінковому рівні: суїцидальність, асоціальність [12; 17].

О. Ранк, К. Юнг, С. Гроф наголошували, що не менш важливе значення має акт народження. Перебуваючи у несвідомому стані, дитина тим не менш має можливість відчувати пологи всім своїм тілом та вже скласти певне уявлення про себе та світ. Розробляючи категорію травми народження, об'єктом наукових досліджень О. Ранка, був факт травматичності переходу із внутрішнього до зовнішнього середовища. Травма, отримана при народженні, може бути однією з причин виникнення неврозів, а «провал цих зусиль є його причиною» [31]. Травма народження і пов'язаний з нею страх, згідно з дослідженнями О. Ранка, можуть виступати основними чинниками розвитку людини.

Тим не менш, першим хто прийшов до висновку, що смертельний страх у людини є наслідком родової травми був Зигмунд Фрейд. Він вважав, що саме цей страх є джерелом всіх страхів, з якими людина зіштовхнеться в майбутньому. Проте автор надалі не надавав уваги розвитку цієї теми в своїх роботах.

Ф. Лабуайє вважає, що саме в період народження стається перша криза в житті людини [24].

Факторами ризику під народження є:

- 1) Стреси матері під час вагітності, до яких відносять хронічні негативні стани вагітної жінки та сильні, шоківі емоційні потрясіння. Відомо, що в момент переживання жінкою емоційних стресів плід починає швидше рухатись і має проблеми з травленням (К. Флейк-Хобсон).

- 2) Страхі матері під час вагітності. Найбільш розповсюдженими страхами вагітності є: боязнь викидня, страх народити дитину з фізичними

чи психічними розладами, страх перед пологамі, страх перед рухами плода або, навпаки, перед їхньою відсутністю, страх за здоров'я та долю майбутньої дитини, стурбованість можливим погіршенням матеріального стану сім'ї та можливим зменшенням особистої свободи і, насамкінець, переживання своєї тілесної метаморфози і зменшення у зв'язку з цим привабливості.

3) Негативне ставлення матері до вагітності. Небажана дитина буде майже завжди відрізнятись у фізичному й психічному розвитку від бажаної. При негативному ставленні до вагітності мати не прагне її зберегти, уникати шкідливих впливів, немає радісного, піднесеного очікування дитини. Самі пологи сприймаються з острахом, як дамоклів меч, а вагітність – як прокрустове ложе. У матерів небажаних дітей пологи найчастіше бувають передчасними, за принципом "геть з очей", й маса тіла новонароджених, як правило, нижче норми.

О.І. Захаров розділяє небажаних дітей на такі групи:

- випадкові – небажані у цей час діти (такі діти з'являються у дуже молодих батьків або в сім'ях, де вже є кілька дітей і ця вагітність не була запланована);
- вимушені – діти, які з'являються також випадково і, можливо, є причиною взяття шлюбу;
- передчасні – в принципі, бажані діти, але з'являються вони передчасно, коли батьки ще не готові психологічно;
- небажані за статтю – коли народжується дитина не тієї статі, яку чекали. Такі діти мають проблеми у зв'язку з неадекватним ставленням до них батьків. Частіше такими дітьми бувають єдині діти або другі за народженням [1].

Отто Ранк продовжує теорію про те, що після народження людина прагне повернутись назад в утробу матері, а народження є однією з шоківих травм. Всі наступні події, які відбуваються в житті людини інтерпретуються виходячи з цього досвіду.

Задля кращого розуміння впливу акту народження на подальше життя особистості, нами було введено поняття «досвід першої опори» [13]. Це явище, коли дитина, отримує первне враження про світ (зазвичай на основі тілесного досвіду) та на основі нього формує певні опорні механізми, які впроваджує в життя. Формування цього досвіду відбувається від народження до перших трьох днів життя. Так, якщо перші три дні в пологовому будинку супроводжувались самотністю, страхом, покинутістю, то дитині, щоб вижити, потрібно «придумати собі» щось, що захистить в даній ситуації. Наприклад, відмова від фізичних потреб, зокрема в харчуванні, бо хотіти то боляче. Недивлячись на те, що через кілька днів дитина потрапляє в комфортні, безпечні умови, вона все одно буде пам'ятати первинний досвід, бо це все, що в неї було на час народження. Ті умовні три дні і бути цілим життям для малюка. Вже позитивний досвід буде сприйматись через призму досвіду першої опори.

Щоб сформувані конструктивний досвід першої опори, рекомендовано використовувати технологію бондінга. Це підтримка емоційно-тілесного

контакту батьків з новонародженим, метою якої є подолання відчуття самотності та незахищеності малюка, що виникли внаслідок зміни середовища існування. Батькам рекомендовано пригортати дитину, дати їй змогу почути серцебиття, залишити біля себе після пологів. Якщо мати по якійсь причині не може виконати ці функції, рекомендовано запросити батька. Загалом батьки разом можуть реалізовувати технологію бодінгу.

Період від народження до 3 років. Згідно з Д. Ельконіним, провідною діяльністю цього періоду є безпосередньо-емоційне спілкування дитини з дорослим. На цьому етапі онтогенезу діти знаходяться в симбіотичному зв'язку з матір'ю і утворюють із нею діаду. Мати й немовля розглядаються як частини однієї системи, а взаємини з матір'ю є гарантією безпеки для дитини. У випадку тривалої відсутності такого спілкування порушується подальший нормальний розвиток дитини.

Д.Н. Штерн говорив, що між сьомим та дев'ятим місцем у дитини відбувається пізнання «інтерсуб'єктивності», коли дитина правгне бути незалежною, проте не може відірватись від об'єкта своєї залежності.

Безпека дитини та задоволення необхідних потреб є основою для подальшого нормального розвитку дитини та створюється матір'ю та її оточенням у цей період. Через руки матері дитина дізнається про те, який навколишній світ для неї: безпечний або небезпечний. Вона отримує перші тілесні імпринти через дотики, навколишні звуки, наявність своєчасної їжі, тепла, турботи, допомоги тощо. Характер цих взаємодій дає дитині тілесні знання добре чи погано, що вона є.

Трохи пізніше, через вираз обличчя матері чи опікунів, тон голосу немовля дізнається: воно – радість для інших чи біда, його присутність бажана для оточуючих чи заважає, воно хороше чи погане. Дитині погано, вона плаче, і мама до неї одразу підходить – «Світ хоче, щоб мені було добре. Я є». Або немовля довго плаче, поки знесилене не заспокоїться, а нікого поряд немає. Світу все одно, що зі мною. Мене немає».

Утрата особи, що піклується (особливо матері), відсутність адекватного догляду є одними з найскладніших травмуючих факторів для дитини такого віку. Це призводить до емоційної та сенсорної депривації, сприймається як загроза життю та здоров'ю дитини. Характерними ознаками переживання травми в цьому віці є сомато-вегетативні розлади, пов'язані з системою травлення. Варто також підкреслити, що у дітей такого віку можуть виникати симптоми через травматизацію матері. Так, діти матерів із ПТСР теж мають порушення, котрі можна охарактеризувати як посттравматичні (за МКБ-10). Переважно спостерігається така симптоматика:

- наявність в анамнезі інтенсивної стресогенної ситуації, в яку потрапила дитина разом із матір'ю; у випадку, якщо травму отримала мати без дитини, дитина індукує переживання матері;

- постійне повернення разом із матір'ю до переживань травмуючої ситуації; – стійкий підвищений рівень збудливості, негативні реакції на будь-які зміни, боязнь незнайомих предметів, звуків;

- порушення режиму, сформованого до моменту травми;

- втрата інтересу до іграшок (як до нових, так і до тих, які раніше цікавили дитину), труднощі у зосередженні уваги на них;
- різке зниження проявів позитивних емоцій, комплексу поживлення;
- поява труднощів діалогу з близькими та знайомими людьми, з якими дитина охо-че контактувала;
- нав'язливі емоційні переживання, що виявляються у дитини на сомато-вегетативному рівні у вигляді порушення активності;
- стереотипні реакції, що виникають несподівано (без очевидних причин);
- виплески негативних емоцій, що з'являються у випадках, коли дитина знаходиться в умовах, що нагадують психотравмуючу ситуацію (або чує звуки, що можуть асоціюватись із травмою) [5].

Саме в цей період може сформуватись рання травма – це те, що сталося з нами, коли ми були дітьми. Подія або ряд епізодів, що змінили нашу психологічну структуру та визначили, як надалі будуватиметься наше доросле життя, навіть якщо сама травма вже давно забута і похована під великою кількістю нових, ніби зовсім не пов'язаних з нею подій. Вона виявляється у беспорядності і нездатності дитини до емоційного контакту із матір'ю, який дав би їй опору. Любов дитини до матері існує завжди, однак любов матері до дитини може розвинути лише якщо мати не травмована. Травматичні переживання є основною причиною недостатньої любові батьків по відношенню до дитини.

Ознаками травмованих частин при травмі відносин є: виснажлива боротьба за контакт із батьками, ідеалізація матері чи батька, ідентифікація з батьківськими механізмами виживання, фузія з травмованими частинами батьків, заперечення і витіснення власних травм [32].

Додатково, в період від народження до трьох років, можуть статись події, які стануть причиною розвитку наступних травм [20]:

Травма покинутості. Дитина була обмежена або зовсім позбавлена контакту з матір'ю. Так як власне «Я» ще не сформувалось, а мати не надає своє тіло як опору, дитина відчуває сильну тривогу та страх, і як наслідок, в дорослому житті буде схильна до залежностей, симбіотичних стосунків, щоб хоча якось компенсувати свої травматичні переживання [12, с.19].

Травма «відкидання». Це травма характерна для дітей, матері яких не бажали мати дитину, перебували після вагітності у депресії та загалом не були залучені у життя дитини з моменту її народження. Внаслідок цього, вже дорослі люди живуть з хронічним почуттям непотрібності, бояться виражати свої почуття та будувати близькі стосунки, самореалізуватись.

Травма «позбавлення» є наслідком ігнорування потреб дитини. Ця травма яскраво виражена у людей, яких виховували по методології Б. Спока [18], де було рекомендовано залишати дитину на одинці, не заспокоювати її під час плачу та інші. Вже дорослі особистості живуть з постійним відчуттям нестачі уваги та роблять все, щоб її отримати. Ці люди мають «бездонну діру», яка нажалі неможливо заповнити через травму. Для таких людей

характерний розвиток травми володіння (книга, Я–реконструкція»), зміст якої буде висвітлено в наступних розділах.

Травма «зради». В сонові цього переживання знаходиться розчарування в батьках. А. Адлер говорив про неї як про «травму позбавлення трону», коли в ще маленької дитини народжується маленький брат чи сестра, і більшість уваги направляється на догляд новонародженого. Особливо обтяжуючими обставинами в цій травмі є коли старшій дитині загалом приділяли мало уваги по різних причинах, а от для молодшої дитини час для пестоців знаходиться. В таких випадках ми можемо бачити глибоке горе в дитини, так як до цього вона виправдовувала батьків, вірила що вони не можуть по іншому, а новий досвід демонструє, що це не правда. Для людей з описаною травмою характерне замкнутість в собі, недовіра до людей і щира віра в те, що їх можна любити тільки тоді, коли вони приносять користь.

Травма «сексуальної спокуси» є наслідком використання дорослими дитини з метою задоволення своїх сексуальних потреб. Серед основних наслідків варто відзначити проблемо з сексуальною поведінкою та хвороби пов'язані з цим, неприязня своєї статті, шкірні хвороби та хвороби ЖКТ, психогенна блювота, хронічне відчуття огиди, сорому, вини, атка на своє право бути та свою ідентичність [12].

Травма «насильства» розвивається при системому жорстокому ставленні до дитини, нанесені тілесних ушкоджень. Наслідками такої травми є виникнення психопатії або формування психопатичного асоціального характеру.

Травма «приниження», або так звані нарцистичні травми характеризуються наявністю досвіду зневаги, заниження самооцінки, ударам по самолюбству дитини, руйнування її «Я-концепції». Психічні травми приниження, насильства, відкидання, зради відбуваються також і у дорослому житті, але, як правило, за “повторним” дитячим сценарієм.

Всі ці травми можуть існувати комплексно та відтворюватись в болючих для клієнта психосоматичних станах, емоційних реакціях, патернах поведінки та супроводуватись фантазіями про свою ненормальність.

Додатков можна розглянути наступні причини розвитку довербальних травм:

1. Матері хотіли зробити аборт (ускладнюється, якщо дитині все життя про це ще й розповідали). Особистість отримує посил "Тебе не хотіли". Щоб якось змиритися з болем, пов'язаним із цими знаннями, особистість починає заслужувати на своє право на життя. У поведінці ми бачимо жінку чи чоловіка, який готовий у всьому догодити своєму партнерові, навіть якщо це неприємно, повна відмова від задоволення та бажань, адже це у його фантазіях може створювати труднощі для близьких. Додатково може розвиватися співзалежність, адже розрив відносин дорівнюватиме відчуттю смерті “мене вбивають”.

2. Ускладнення під час пологів. Сценарій розвитку подій тут дуже схожий на перший варіант, але тут додатково формується відчуття “життя – це біль”, і відповідно ми отримуємо мазохістично-садистичну особистість,

яка будуватиме драми у своєму житті, або віддаватиме перевагу хворобливим відчуттям у стосунках.

3. Емоційна ізоляція. За такого сценарію ставлення до дитини, він розуміє, що емоції загалом не важливі, а якщо їх хотіти, пережити, знову ж таки, стикаєшся з болем. При описі такої травматизації ми можемо зустрічати термін "Холодна мати". Тут ми можемо бачити розвиток кількох типів поведінки:

- секс без кохання та уникнення кохання в цілому;
- невротична гонитва за відчуттям кохання та її вибивання.

В останньому випадку ми можемо спостерігати, як особистість готова на все, щоб "вибити" кохання з партнера. Дуже часто так відіграється агресивність на батьків, а партнер постає як об'єкт помсти.

4. Позбавлені матері після народження. Одним із посилом такого досвіду є "Ти не гідний виживання". Для такого клієнта завжди чуїк бажання важливі, а свої сприймаються як тягар. Серед симптоматики ми можемо зустрічати аноргазмію, імпотенцію, нав'язливе бажання мати дитину (щоб задовольняти її бажання та дозволити собі право на життя") та інші.

5. Віддали бабусі у перші роки життя. Особистість розуміє, що "її вже кидали", тому будь-яким способом бажає цього уникнути. Отримуємо жінку або чоловіка з купою страхів з цього приводу, фантазіями що він у всьому винен, що сексом можна заслужити все, що завгодно, а також порушений зв'язок з реальністю (тобто, віра в те, що він причина всього, і може якось вплинути на те, що відбувається).

6. Діти дитячого садка до трьох років. Вже з народження малюк розуміє, то за все треба боятися. Іграшки, вихователь – це ресурси яких на всіх не вистачає. Виростаючи, особистість не може почуватися без конкуренції [12; 14; 29].

Враховуючи все вище зазначене, довербальні травми – це порушення в нормальному розвитку дитини від зачаття до 3 років після народження, тобто в той період, коли дитина не може відокремити своє від чужого та позначити це словами.

Низка травмуючих подій створює такий рівень стресу, який дитина не може самотужки переробити. Як наслідок, вона втрачає якийсь важливий аспект у структурі своєї особистості. Це відсутність відчуття базової безпеки, внутрішнього права на життя, на контакт з іншою людиною, на свої потреби.

Важливу роль в переживанні травми грає реакція дорослих на інтерпретацію психотравмуючої ситуації. Характерні ознаки переживання травми: регресивна поведінка; компульсивне переїдання як засіб подолання тривоги сепарації; спроба повернути діадні відносини з матір'ю; енурез; енкопрез; страх розлуки з батьками; дратівливість, сплутаність почуттів; надмірна активність або замкнутість, пасивність; агресивність; порушення в спілкуванні (небажання спілкуватися, уникнення контакту, елективний мутизм); низька концентрація і стійкість уваги; складності в процесі навчальних занять; порушення гри (діти не грають з задоволенням або ігри неемоційні) почуття провини (як наслідок егоцентризму дитини); знижений



фон настрою; порушення сну (труднощі засинання, нічні кошмари). У дітей цього періоду переважаючим рівнем нервово-психічного реагування разом з соматовегетативним виступає психомоторний рівень реагування [5].

Наслідком сильних переживань довербального періоду, може бути так звана амнезія дитинства, або амнезія немовлят. Це нездатність дорослих людей пригадати своє раннє дитинство, а іноді і період до досягнення 10 років. Часові рамки амнезії дитинства часто визначають як вік найранішого спогаду, який у середньому датується віком 3,5 роки, хоча може коливатись від 2 до 5 років залежно від методу пригадування та віку респондента. Однак, коли рамки амнезії дитинства визначають як вік, коли більшість спогадів є особистими, а не про відомі події, то мова йде про час у 4,5 роки.

Амнезія дитинства особливо важлива при розгляді несправжніх спогадів та розвитку мозку у ранньому дитинстві. Запропоновані пояснення феномену включають теорію травми Фрейда (деякими вченими оскаржується), неврологічний розвиток, розвиток когнітивного себе, емоцій та мови [21].

Довербальні травми мають певні закономірності:

1. Травма завжди несподівана. До неї не можна підготуватися. Вона застає зненацька і занурює дитину у відчуття безпорадності, нездатності захиститися. Дуже часто в момент травми дитина впадає в емоційний ступор, не відчуваючи сильних почуттів, не маючи можливості позлитися або дати відсіч. Лише пізніше емоційність почне працювати, а дитина може пережити біль, жах, сором, страх тощо. Сильна, така що не перетравлюється психікою, травма може бути витіснена і не згадуватиметься роками. Але її післядія продовжує працювати і визначати поведінку людини в уже дорослому житті.

2. Травма стається в ситуації, коли дитина мало чим могла управляти. У момент травми дитина раптово втрачає контроль над ситуацією, тому що вся влада і контроль в цей момент у дорослого, який так чи інакше має відношення до травми. Дитина виявляється абсолютно беззахисною перед тими змінами, що привносить в її життя травма. І з тих пір вона практично не переносить можливої непередбачуваності, намагається організувати свій світ, ретельно продумуючи можливі кроки і наслідки, майже завжди відмовляється від найменшого ризику і болісно реагує на будь-які зміни. Тривога стає її постійним супутником, бажання контролювати світ навколо – нагальною потребою.

3. Змінює розуміння світу дитиною. Малюк до травми вважає, що світ влаштований певним чином: її люблять, завжди захистять, вона хороша, її тіло чисте і прекрасне, люди їй раді. Травма може внести свої жорсткі корективи: світ стає ворожим, близька людина може зрадити або принизити, свого тіла треба соромитися, вона дурна, негарна, не гідна любові.

4. У подальшому житті такої людини відбувається постійна ретравматизація. Тобто дитина, навіть виростаючи, несвідомо «організовує» і відтворює події, що повторюють емоційну складову травми. Якщо в дитячому віці вона була не прийнята однолітками, то в своєму подальшому

житті в кожному колективі вона буде так впливати на поле навколо себе, що неодмінно викличе зневагу оточуючих і сама ж буде від цього страждати.

5. Травмовані діти, виростаючи, не можуть дозволити собі бути щасливими. Бо щастя, стабільність, радість, успіх – це те, що було з ними до того, як травма трапилася. Вони були радісні і задоволені, як раптово їх світ змінюється, і змінюється він катастрофічним чином для їхньої дитячої свідомості. З тих самих пір щастя і спокій для них – це відчуття неминучої катастрофи, що насувається.

6. Травма – це не завжди одна ключова подія. Це може бути постійний психологічний тиск на дитину, спроба її переробити, критика, в якій вона живе щодня, її відчуття непотрібності батькам, постійне почуття провини за те, що вона є і все, що вона робить. Часто дитина виростає з якимось іноді погано усвідомленим посланням: «Я повинен догоджати», «Усе навколо цінніше, ніж я», «Нікому немає до мене діла», «Я всім заважаю» і будь-якими іншими, калічать її психіку і створюють ретравматизуючу дійсність. Працювати з такими посланнями, які в дорослому житті міцно прилаштувалися до психічного каркасу, непросто. Ще й тому, що немає навіть пам'яті про те, як жити без цих послань, немає досвіду життя до травми.

7. Чим більш рання травма, тим важче процес лікування (З. Фрейд). Ранні травми погано пам'ятаються, рано вбудовуються в психологічні конструкції дитини, змінюючи їх і задаючи нові умови, на яких ця психіка потім функціонує. Така рання «інвалідизація» призводить до того, що світ здається саме таким, яким його з раннього дитинства сприймала дитина. І неможливо просто знайти і висмикнути травмуючий конструкт з психіки, щоб не піддати ризику обвалення всієї психічної конструкції. У клієнтів є психологічні захисти, які в значній мірі захищають психіку від подібних операцій. Тому робота з ранньою травмою швидше схожа на археологічні розкопки, ніж на хірургічну операцію.

Робота з довербальними травмами є однією з найскладніших у психотерапевтичній роботі. Це відбувається з різних причин, зокрема:

Певні обмеження використання лише вербальних методів. Коли в процесі психотерапії з клієнтом вдається дійти до переживань раннього віку, він починає регресувати: актуалізуються почуття, відчуття, переживання з дитинства. У цьому віці діти ще не вміють говорити, і клієнту стає важко розуміти та називати те, що з ним відбувається. Він може не відповідати на запитання, мовчати або говорити, що я не знаю, не розумію, порожньо, нічого не хочу, все безглуздо.

Для переробки та інтеграції травматичного досвіду необхідно зібрати в єдине ціле розщеплені частини свідомості – думки, почуття, відчуття, імпульси. У довербальному регресі зробити це неможливо. Але тут може бути й інша причина, чому клієнт перестає говорити та реагувати на слова терапевта: він потрапив у вирву шокової травми. Це визначається за зовнішніми тілесними ознаками: вираз очей, міміка та колір обличчя. Якщо в першому випадку ми можемо продовжувати працювати, використовуючи

крім словесних методів ще й тілесні, то в другій ситуації людину потрібно виводити з вирви травми та шокової реакції, щоб уникнути ретравматизації.

Бажання клієнта перервати терапію. Це може бути викликано тим, що часто у людини довербальна травма не є поодиноким епізодом, а початком травматичного життєвого шляху з множинними випадками ретравматизації. При торканні одного хворобливого досвіду можуть відкритися і активізуватися інші травми. Такого матеріалу стає забагато. Це може досить сильно дестабілізувати клієнта, який мав уже свою, нехай і нездорову, точку рівноваги.

Людина може злякатися і перервати терапію, побоюючись, що може зруйнуватися. Тут постає питання нестачі ресурсу у клієнта, щоб продовжити роботу. Щоб мінімізувати ймовірність, що це станеться, психотерапевти можуть пропонувати провести певні дії з клієнтом на стадії передконтакту. Це методи створення тілесного ресурсу клієнта, що дозволяють знизити тривогу та зберегти стійкість у ситуаціях високої інтенсивності.

Прагнення клієнта контролювати терапевта та терапевтичний процес. У клієнтів це добре здійснюється за допомогою подвійних послань. З одного боку, вони говорять про свою зацікавленість та бажання співпрацювати у опрацюванні заявленої теми. З іншого боку, клієнт всіляко обмежуватиме, зупинятиме інтервенції терапевта, не підпускаючи його близько до того, що може викликати напругу, тривогу. Як тільки на сесії ви наблизитиметеся до якогось болючого досвіду, клієнт буде щось робити, говорити, щоб цей досвід став недоступним для опрацювання. Через кілька сесій терапевт опиниться у пастці, коли він номінально мав багато терапевтичних можливостей, але реально він у безсиллі.

Враховуючи вище наведені данні, нами було вирішено розробити модель поведінки особистості з довербальними травмами, що в майбутньому дозволило б більш якісно розуміти поведінку клієнтів в терапії та розробити більш ефективні шляхи роботи з проблемою. Перше явлення про роботу з травмами народження виникло під час роботи з дітьми психотиками. Міллер, Ф. Пайном та А. Бергман проводили своє дослідження на дітях та їх матерях [27]. Дослідниками було вивчено 38 дітей та 22 матері. Вивчались моторні, кінестетичні та жестові довербальні форми поведінки, а також характер стосунків з матерями. Саме ці процеси, на думку М. Міллер, є основними для пояснення симбіотичних процесів дозрівання та розвитку Я. Проте автор завжди наголошує про складності перекладу явищ, які спостерігаються в довербальних та ранній період на мову, зрозумілу для сприйняття аналітика. Вона намагається спостерігати форми поведінки в патологічних та регресивних проявах немовлячого віку та інтрепретувати їх в цьому контексті. Саме тому в своїх роботах вона досліджує саме психотичних дітей (явище дитячого аутизму).

Н. Мак-Вільямс говорить, що спостереження за дітьми дозволяє зрозуміти, що вони в задоволенні свої потреб керуються емоційними та інтуїтивними реакціями, що також характерно для новонароджених дітей. Опираючись на аналітичну теорію, автор говорить, що кожного разу, коли ми

вже дорослі задовольняємо свої бажання, ми завжди опираємось на досвід раннього дитинства, і все потім можемо їх проявляти враховуючі досвід який ми отримали до дорослогот віку. Проте, не всі дорослі можуть звиряти свою поведінку з реальністю всього віку, та в задоволені своїх бажань опиратись на травматичний досвід та регресувати в більш безпечні стани дитинства. Тобто, ми можемо спостерігати дорослу людину, яка емоціонує, рухається як немовля, використовую дитячі захисні механізми та форми задоволення (сосання груді = заїдання) [28].

Якщо ми звернемось до теорії психоаналізу З. Фрейда, то побачимо, що одна зі структур особисті «Ід», або воно дещо схожа в описі на особливості поведінки особистості з довербальними травмами. Давайте більш детально розглянемо цей компонент.

Ід – це частина психіки, яка вміщає в себе примітивні бажання, імпульси, бажання та страхи, пов'язані з ними, а також фантазії. Вона шукає швидкої розрядки та абсолютно «егоїстична» та в когнітивному плані є довербальною. Вона знаходить вираження в образах та символах. Говорячи про Ід, ми не говоримо про логіку, мораль чи час. З. Фрейд назвав це первинним процесом мислення. В нашій роботі ми схиляємось до тілесного рівня, так як саме воно (так само З. Фрейд називає свою структуру) є первинним каналом переробки інформації про себе та світ, яка надходить від матері [21].

Виходячи з цього, ми можемо припустити, що первинним каналом інформації, та який опирається людина є тіло, а саме той болючий досвід, який людина отримала в період перебування в організмі матері та перші роки народження.

Переживання отримані в довербальний період глибоко залягають у нашій психіці, формуючи мозок і допомагаючи нам створювати «свої» реальності. В результаті пережитих довербальних травм у особистості формується «Хибне», або «помилкове Я». Так особистість хоче зберегти ілюзію безпеки, сили та незалежності. Сподіваючись, що це “хибне Я” сподобається оточуючим більше, ніж її “Істинне Я” і допоможе виживанню в сім'ї. І в дорослому віці зберігаються елементи цього “хибного Я”, які заважають особистість у стосунках з собою та в побудові стосунків з іншими. Люди, які побудували собі таку структуру «Я» зазвичай схильні до співзалежної поведінки, депресії, а з протизалежною поведінкою більше схиляються до грандіозності, щоб не відчувати депресії. Цей досвід може переживатися як смерть чи розривання на частини. Протилежна сила – сепарація може породжувати сильний страх екзистенційної самотності, вигнання, відторгненості. Управління цими сильними переживаннями вимагає духовної мужності. Карл Юнг говорив, що такий досвід необхідний для того, щоб завершити процес, який називається індивідуацією [3].

Лейкерт визначив, що в довербальний період може формуватись 2 крайньо протилежні структури особистості: шизоїдна, або Ментальна та істерична або Емоційна.

Шизоїдна структура або ментальна (за Л. Марчер). Коли поряд неемпатична, холодна мама, яка не може зрозуміти, що дні потрібно, дитина потрапляє в стан ізоляції без можливості задовольнити свої потреби. Стан, коли людина не може кудись піти, щось зробити, покликати на допомогу, а може лише лежати в безвиході, це про немовля, у якого не було іншого виходу, як відключити свої тілесні відчуття і почуття, відключити своє тіло. Щоб не було болю.

У психіки є завдання будь-яким способом зберегти людині життя. І для цього вона занурює її в так званий шизоїдний притулок. На цьому етапі розвитку це єдиний спосіб, який є у дитини. Відключення контакту з реальністю у дорослої людини відбувається тоді, коли немає контакту із собою. Коли сталося падіння у довербальну травму. Які відносини людини із самою собою, такі її відносини та з іншими людьми.

Все, що загрожує існуванню дитини, викликає у неї страх і формує перманентний стан тривоги. Причиною може бути небажана вагітність матері, перебування її у хронічному стресі чи небезпечних ситуаціях, фізична хвороба, депресія, хімічна залежність тощо.

Вимикання почуттів та емоцій, втрата контакту з тілом, відбувається у дитини: коли мама хотіла зробити аборт; навіть якщо мама дитину хотіла, але батько та інші близькі родичі наполягали на аборті; коли мама емоційно холодна (мертва) або нестабільна; якщо немовля було позбавлене матері в перші дні після народження; якщо дитину віддали бабусі, дідусеві у перші три роки після народження; коли дитину віддали до дитячого садка до трьох років, особливо у перший рік життя; яка пережила емоційне насильство, зокрема у школі; через емоційний стрес у період статевого дозрівання.

Такій маленькій людині нема чим пережити небезпеку небуття, її психіка і розумовий апарат ще не сформовані. Тоді внутрішнє Я рятується за допомогою розщеплення, витіснення зі свідомості того, що не можна пережити. Нестерпність перебування в тілі призводить до того, що основна енергія концентрується в голові та кістках.

У дорослому віці цей механізм продовжує діяти, розділяючи стресові переживання на частини: думки окремо, відчуття, почуття, імпульси окремо. Всі ці аспекти подій зберігаються у різних, закритих для доступу, файлах та папках пам'яті дитини.

У дорослої людини з такою травмою життєва енергія міститься в думці та концепції. Це – основна опора у небезпечному просторі життя. "Я мислю – значить існую". Без розумової роботи виникає відчуття спустошеності, здійсмається тривога. Людина живе з відчуттям самотності, небажаності, нелюбові до себе, відсутності для неї місця у цьому світі. Присутність інших викликає почуття небезпеки. Тривога присутня перманентно. Людина хоче бути у контакті і водночас боїться цього на рівні існування. Багато сил витрачається на підтримку контакту з людьми, тож збільшує дистанцію [4].

Істерична (Структура Істеричної втечі в контакт) або Емоційна (Л. Марчер) структура особистості характеризується сильною емоційною

включеністю в процеси взаємодії з людьми, прагненням постійно бути у контакті. Найстрашніше – це бути на самоті, бути покинутим.

У тілі багато енергії, особливо в грудній клітині, а в голові мало. Великий рівень емоцій заважає добре розуміти і будувати у голові реалістичні причинно-наслідкові зв'язки. Перманентна сепараційна тривога не дозволяє розуміти інші свої потреби, крім прагнення бути разом з кимось. Будь-яка дія партнера, спрямована на збільшення дистанції або інтерпретована так, викликає підняття тривоги, відчуття болю та емоційний сплеск. Людина не має внутрішнього права бути разом з іншим. Віддалення викликає жах. Це життя у страху залишитися одному. Люди з травмою цього періоду не мають відчуття безпеки, де б вони не знаходилися. Практично завжди є певний рівень фонові тривоги. Тіло людини має свої специфічні характеристики, якими можна діагностувати цю травму.

Враховуючи все вище сказано, ми розробили графічну модель поведінки особистості з довербальними травмами, опираючись на яку, психологи та психотерапевти зможуть краще зрозуміти що відбувається з клієнтом та обрати способи роботи з ним (рис.1).



*Рис 1. Графічна модель особистості з довербальними травмами  
(Т.В. Павленко).*

Ми бачимо, що в моделі є чотири елементи, основним серед яких біль, тобто деструктивний досвід, отриманий під час довербального періоду. Вище ми вже говорили, що на кожному з етапів довербальної травми ми здобуємо той чи інший досвід, розглянули, які можуть бути варіанти

травматизації та їх наслідки. В першу чергу ми маємо на увазі тілесний досвід, який в подальшому відображаться в тілесних блоках в дорослої особистоті.

Наступним елементом, або рівнем є бажання, яке пов'язане зі страхом. Наприклад, бажаючи жити, бути окремо від матері, дитині потрібно втратити щось, що теж є цінним (безпечний світ утроби), та пройти невідомий болючий шлях. Тілесно ми отримуємо досвід «бажання=страх невідомого, можливо болючого». І вже маючи з бажаннями в свідомому рівні, ми маємо страх, який супроводжує це переживання. В залежності від травматичного досвіду, отриманого в довербальний період, страх може мати різну інтенсивність та супроводжуватись різними тілесними реакціями.

Щоб уникнути болю, страху, захистити психічну реальність, включаються захисні механізми. Говорячи про особистість, з високим рівнем травматизації, ми маємо на увазі саме прості, або так звані захисні механізми, тобто ті, які характерні для маленьких дітей. Робота з характером проявів цих механізмів дозволить також проаналізувати, характер травматичної події, яка сталась в довербальний період. Ненсі Мак-Вільямс висуває гіпотезу, що самі ці механізми пов'язані з довербальними травмами [28].

Більш детально прості захисні механізми описані в таблиці нижче (Таблиця 1). В ній ми об'єднали більш класичний підхід Ненсі Мак-Вільямс, а також додали захисні механізми, які було визначено нами під час терапевтичної роботи з клієнтами.

*Таблиця 1. Захисні механізми, найбільш виражені під час довербальної травми за Ненсі Мак-Вільямс*

<b>Назва</b>	<b>Визначення</b>	<b>Особливості прояву</b>
Дисоціація	Все, що відбувається з людиною, вона сприймає як те, що відбувається з кимось іншим. Це дозволяє захиститись від набірних емоцій, які неможливо витримати.	В нормальному прояві, перебуваючи в травмі, людина може оцінити все якби «зі сторони», та контролювати власні емоції та діяти. Але, особисті з високим рівнем вираженості довербальних травм, а також іншими шоківими травмами, не можуть витримати сильний емоційний біль (будь-яка емоція це біль), тому відмовляються від сприйняття ситуації в якій перебувають. Зазвичай їх називають «емоційно холодними», гіпер логічними, пояснюючи свою унікаючу поведінку або наприклад деструктивну поведінку. Часто про це говорять як про феномен «подвійної моралі». Часто у таких людей діагностується низький рівень здатності до рефлексії і самоаналізу.

Заперечення	виявляється в ігноруванні потенційно тривожної інформації, ухилянні від неї. А що для особистості є такою інформацією, визначається людиною самостійно, на основі травматичного досвіду.	увага особистості переключається на щось інше, а сфери, які потребують уваги, включення в якісь питання та їх вирішення ігноруються. Людина робить вигляд, що інформації та умов які її хвилюють не існує. Відбувається так звана селекція інформації.
Інтроєкція	Особистість переймає судження та поведінку іншої, зазвичай близької або авторитетної людини. В дитинстві вона вважається нормою, проте в дорослому віці, коли людина не може критично оцінювати інформацію від авторитетної людини, це є проблемою [6].	Зазвичай цей захисний механізм характерний для людей, які мають заборони пов'язані з правом бути та існувати, про які ми поговоримо в наступних розділах. Все що відбувається зовні, особистість оцінює так, наче це відбувається з нею і не усвідомлює це. Людина боїться бути залежною та втратити самоповагу в присутності інших, тому уникає власного досвіду та інтегрує в себе інший, таким чином ніби створюючи собі захисника ззовні. З. Фрейд вважав, що саме цей механізм є в основі явища, коли потерпілий піддається впливу агресора та згодом ідентифікується з ним, присвоюючи собі його якості.
Примітивна ідеалізація	Виявляється у несвідомій ідеалізації людини, уяві про неї як всемогутньому захисникові. В той же час, якщо ця людина не відповідає вимогам, висунутим до неї, особистість її знецінює.	Це зазвичай особистості з високим рівнем безпомічності і відсутністювміння контролювати своє життя. Щоб знизити напруження, яке виникає у зв'язку з цим, вони завжди шукають собі «всемогутнього» покровителя, щоб будучи в залежності від нього, мати змогу відчувати себе в безпеці. Коли настає розчарування, так як жодна людина не може в повній мірі відповідати очікуванням іншої, особистість відчуває сильну агресію, ненависть до свого об'єкта. Це схоже на реакцію малюка, який дуже вірив в маму, проте вона не змогла підтримати його безпеку, задовольними базові потреби і розчарувала його. Це постійний пошук «ідеальної» мами в світі, якої так ніколи і не буде [10].
Проективна ідентифікація	Виявляється в несвідомій спробі вплинути на людину таким чином, щоб ця людина вела себе,	Дуже часто цей механізм зустрічається у людей, з розладами особистості, які вірять, що все навколо відбувається тільки тому, що вони цього попражали.



	<p>так як хочеться особистості. Вперше цей механізм було опиано Мелані Кляйн [23].</p>	<p>Також цей варіант захисту характерний для людей з так званим «магічним мисленням». Іноді цей механізм використовується свідомо, для маніпуляції та завдання школи іншій людині, хоча ця мета може реалізуватись і не свідомо.</p> <p>Ще одним розладом, який пов'язують з цим захисним механізмом, є параноїдальна шизофренія, де людина фантазує що її весь час переслідують, в зв'язку з чим, вона є центром якоїсь спільноти, є для них цікавою, спонукає їх до дії.</p> <p>В побутовому житті ми можемо спостерігати так званий абьюз, коли одна людина намагається викликати у іншої відчуття провини, сексуальне збудження, тощо.</p> <p>В терапевтичному процесі з такими клієнтами відчуваєш велику кількість стимулів та процесів, які не можеш пояснити [12].</p>
<p>Психологічна проекція</p>	<p>Все що відбувається у внутрішньому світі, людина помилково сприймає як події зовнішнього світу. Свої думки, переживання, якості характеру особистість приписує іншим людям. Так всі люди стають зрозумілими, так як всі відчувають одне і те ж, а світ безпечним. Також не потрібно переживати свій емоційний біль.</p>	<p>Всі неприйнятні почуття, мотиви, приписуються іншій людині, і звичайно, засуджуються. Таким чином людина знімає з себе психологічне напруження перед мораллю та відмовляється від планої відповідальності. Тобто, те, що засуджується в комусь є в самій особистості, проте не приймається.</p> <p>Бачачи як би неприйнятні вчинки в інших людях, особистість намагається виправити їх, якби зробивши їх краще. Проте об'єкти проекції можуть не мати нічого спільного з покраденими на фантазіями.</p> <p>Часто подібний механізм характерний для людей, які мають межові або нарцисичні розлади.</p>
<p>Соматизація</p>	<p>Термін, який позначає захисний механізм було запропоновано Вільгельмом Штекелом в 1943 році для позначення конверсійних розладів. Зараз цей термін</p>	<p>При сильних емоційних переживаннях, ситуаціях, в яких людина не готова приймати відповідальність чи в стресі людина починає проявляти надмірну увагу до свого здоров'я. Це може бути надмірне захоплення дієтами, системами харчування, як наслідок</p>

	застосовується психосоматичних хвороб. Цей механізм називають «втеча в хворобу» [26].	виникають додаткові розлади, наприклад, анорексія. Люди тримаються за хворобу як за опору, тому їх дуже важко переконати звернутись до лікаря, або хоч якимось чином змінити погляди.
Всемогутній контроль	Виявляється у вірі в людини в те, що вона може все контролювати. Як наслідок, людина відчуває себе гіппервідповідальною та винною за все що відбувається навкруги. Така віра характерна для періоду, коли особистість є малюком і мама є центром всесвіту, який можна контролювати плачем. При нормльному розвитку, таке відчуття зазвичай проходить з дорослішання, проте, довербальній травмиції в період від 0 до 3 років, цей механізм залишається.	Відчуття всемогутнього контролю захищає малюка від сприйняття своєї беззахисності, неможливості контролювати своє життя. В дорослому житті, ці відчуття виявляються у магачних ритуалах або прямих спробах контролювати оточуючих людей. Людина щиро вірить у вміння повністю контролювати свій, або уникнути свого стану безпомічності яке є хронічним у звязку з якоюсь довербальною травмицією. Якими б сильними не були фантазії, з часом людина помічає, що не всі відбувається так, як їх хочеться, і щоб якось компенсувати цю «втрату контролю», людина починає себе винуватити в тому, що якось «не додивилась» свою поведінку чи дії і стала причиною того, що щось сталося.

Окремо хотілось виділити такий захисний механізм як розщеплення Его, адже вважається, що він формується саме в довербальний період, коли людина ще не може усвідомити що люди навколо володіють як хорошими, так і поганими якостями (Н. Мак-Вільямс, А. Адлер). Будучи слабкою і беспорядною, дитина наділяє близьких людей силою і могутністю, це дозволяє їй відчувати безпеку в своєму залежному стані. Малюк не може сам забезпечити собі задоволення своїх потреб, а от дорослі – можуть, тому дитина починає вважати себе слабкою і беспорядною, і це почуття може залишитись з нею на все життя, якщо зовні це буде підкреслюватись дорослими з деструктивною позицією.

В дорослому житті ми можемо говорити про дві протилежні тенденції, притаманні людині, вона або ідеалізує близьких, або сприймає їх як нікчемних. Тобто світ виглядає то чорним, то білим, внутрішній світ особистоті переміщується з крайнощів в крайноші. Якість буття визначається задоволеністю потреби людини, в протилежному випадку виникає багато злості, тривоги і бажання «знищити» значущий об'єкт за його не ідеальність.

В методі «Я-реконструкція», про який піде мова у наступному розділі, було описано три додаткових захисних механізми, які отримали назву спустошення, опоганення та заміщення болю болем [10].

Спустошення – захисний механізм, пов'язаний з неможливістю чи неготовністю особистості приймати ті ресурси, які є в її житті. Зазвичай, це клієнти, які в довербальним період мали досвід переогодовування і тепер відчуття ситості, як фізичної і емоційної, асоціюється з небезпекою [10]. В роботі з такими клієнтами, варто бути обережним з наданням інформації, та не «переогодувати його».

Що означає “не перекоормити клієнта? Згадайте історії і жарти про людей, які виграли мільйон, а потім кудись його поділи і їхні справи пішли ще гірше. Так ось, можна сказати, що і самі переможці лотереї та їх психіка не були готові до цих можливостей, тому швидко позбавилися від подразника. Такі особистості не готові сприймати багато інформації та швидко її переробляти, а під час перенасичення вмикатиметься соматизація, серед симптомів якої діарея, блювота. Тобто, щоб позбутись перенасичення емоційного, особистість буде спустошуватись фізично.

Опоганення – захисний механізм особистості, коли в якості своєї опори або захисту використовує фантазії про те, що зараз з ним відбувається щось погане або обов'язково відбудеться в майбутньому. Зазвичай в історії такого клієнта спостерігається відсутність надійних і послідовних у своїх діях і емоціях батьків. Вони не могли бути стабільною і надійною опорою для малюка. Щоб вижити фізично і психічно, особистості потрібно знайти власну опору. І вибір відбувається між тим, що виглядає хоча б трохи стабільно. Серед прикладів ми можемо відзначити скарги батьків на те, як поганий цей світ або як у всьому хтось винен, перебування в почутті провини, сорому і т.д. Тобто, погано=стабільно. І хоча особистість щиро буде прагнути змінити своє життя на краще, в разі отримання стресу, виникнення тривожної ситуації вона буде повертатись до старого способу захисту.

Заміщення болю болем, або «видати бажане комусь і сховати власне дійсно». Тобто, в своєму проявленні людина намагається задовольнити чужі потреби, щоб заспокоїти свою тривогу, пов'язану з заборонаю на право існування та відсутністю цінності власного життя. Навіть в терапії клієнт буде демонструвати терапевту ті симптоми як тілесно так і емоційно, які начебто від нього очікують. Так, особистість може мати різноманітні переживання, які не відображають його проблеми. До прикладу, дитині було страшно спати, на нього за це накричали, і формується заборона на обговорення свого страху. Але це почуття завжди матиме місце, тому потрібно знайти щось інше, про що говорити можна, і це буде знімати напругу, пов'язану з проблемою. Наприклад, про радість. Тому маючи страх, особистість завжди відчуватиме потребу навязливо гооврити про цей стан, та як це дозволялось в батьківській родині.

*Література:*

1. Александров Ю.В. Психологія розвитку: Навчальний посібник. – Харків: ФОП Панов А.М., 2015. – 336 с.
2. Віннікот Д. Маленькі діти та їх матері. Київ: Сварог. 2021. 115 с.
3. Грись А.М. Особливості функціонування «Образу Я» в результаті переживання психологічної травми. *Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. К.: Гнозис, 2013. Т. IV. С. 97-111.
4. Зарицька В. В. Саморегуляція емоцій в структурі емоційного інтелекту. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія «Психологія»*. 2010. № 6. С. 33–37
5. Кім О. В. Психологічні особливості переживання травмуючих подій дітьми на різних етапах онтогенезу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 3(2). С. 189-200.
6. Ковалів Ю.І. Літературознавча енциклопедія: у 2 т. Київ: ВЦ «Академія», 2007. Т. 1: А-Л. С. 433.
7. Лялюк Г. М., Мороз О.С. Психологічні особливості відтермінованого впливу дитячих психотравм на психічний стан особистості у дорослому віці. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2018. Випуск 2. С. 99-109.
8. Мороз Р. А. Психологічні особливості переживання травмуючих подій дітьми. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2016. Вип. 6(2). С. 71-76.
9. Олинська С. Особливості ставлення до немовлят матерів, які народили з допомогою кесаревого розтину. *Психологічні проблеми сучасності: Тези XII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених*. Львів, 14-15 травня 2015 року. Львів, 2015. С.45-46
10. Павленко Т. В. Метод психотерапії Я-реконструкція: навч. посіб. – К.:Психобук. 2022. 110 с.
11. Павленко Т. В. Розуміння конструкту «бажання» в структурі особистості відповідно методу психотерапії «Я-реконструкція». *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр.* 2023. 1(22). 118-125.
12. Павленко Т. Основи сексології: теорія та практика. К.: Психобук (Psychobook). 2021.
13. Павленко Т. Розуміння конструкту «володіння» в структурі особистості відповідно методу психотерапії «Я-реконструкція». *Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія*. 2023, 2(23). С. 136-143
14. Павленко, Т. В. Опитувальник «Діагностика довербальних травм згідно методу психотерапії «Я-реконструкція» (ДДТ. ЯР)». Київ: «Психобук». 2022. (Psychobook).
15. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 32 (71). № 6. 2021. С.68-72
16. Синявський В.В., Сергеєнкова О.П. Психологічний словник. / за ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.
17. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Перинатальна психологія. К.: Медкнига, 2017. 168 с.
18. Спок Б. Дитина та догляд за нею. Фоліо. 2007. 672 с.
19. Титаренко Т.М. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П.П. Горностаєва. Київ: Рута, 2001. 320 с
20. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с

21. Freud S. (1920). A general introduction to psychoanalysis. Horace Liveright. 1920. 428 p. <https://doi.org/10.1037/10667-000>
22. Grof S. Beyond the Brain: Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy. New York : State University of New York Press, 1985. 486 p.
23. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*. №27. 1946. С. 99-110
24. Leboyer F. Birth Without Violence. New York: Knopf, 1976.
25. Levine P. Waking the Tiger: Healing Trauma. North Atlantic books, Berkeley, 1997.
26. Lipowski Z. J. Somatisation: its definition and concept. *American Journal of Psychiatry*. 1989. Т. 147, № 7. С.521-527.
27. Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. The Psychological Birth of the Human Infant. New York: Basic Books. 1975.
28. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process (2nd ed.). Guilford Press. 2011.
29. Pavlenko Tetyana. Фантазії як основний спосіб прояву конструктів особистості в методі психотерапії «Я-реконструкція». *Distance Education in Ukraine: Innovative, Normative-Legal, Pedagogical Aspects*. 2023. 3. Р. 286-291.
30. Peerbolte M. L. Psychic energy in prenatal dynamics: Introduction (p. XXXII). Servire B.V. Wassenaar NL. 1975.
31. Rank O. The Trauma of Birth. Martino Fine Books, 2010. 242 p.
32. Rycroft C. A Critical Dictionary of Psychoanalysis. Penguin Reference Books. 1972. 224 p.
33. Zetl L. & E. Josephs. Self-Regulation Therapy. Canadian Foundation for trauma Research and Education. Vancouver, 2001.

## **1.7. Development of students of institution of higher education of moral qualities**

Social and political contradictions that determine the peculiarities of the development of modern Ukrainian society have a significant impact on the formation of a system of values of the younger generation. Research of modern domestic scientists (I. Bekh, M. Boryshevsky, I. Bulakh, K. Zhurba, S. Maksymenko, V. Moskalets, N. Skrypnyk, R. Pavelkiv, E. Pomitkin, V. Tatenko, T. Tytarenko, etc.) argue that recently there has been a low level of personal awareness of ethical knowledge, which hinders the expansion of the boundaries of its moral self-awareness [3; 6; 9; 10]. It also emphasizes the shift of emphasis in value orientations from spiritual to material, which determines the transition of the individual from self-realization and self-affirmation to pragmatic activity. Expansion into the national culture of hedonistic and pragmatic values is a sign of pathogenic value orientation of the younger generation. Intensification of selfish tendencies, low level of development of moral values and feelings, distortion of moral motivation causes a crisis of spirituality in the young generation and causes the spread of non-normative forms of behavior. Only the assimilation and actualization in the behavior of young people of values determined by humanistic orientation, can slow down the crisis and restore the processes of spiritual development of the individual [2, p. 12-13].

Modern students of higher education institutions who are mastering their future profession are already choosing their own values in the new living conditions, which will further determine the quality of their human and social relations. The importance of ethical education and moral development of the individual does not lose its relevance in adolescence, so it was decided to organize and conduct a correctional and development program aimed at developing the moral qualities of a business person in students of economic higher education. The practical implementation of the above program took place through the work of a psychological group, which was attended by students of various economic specialties and specialty "Psychology", a total of 27 people.

The tasks of the program were aimed at improving the ethical knowledge of students, understanding and mastering important concepts for moral activity, as well as the development of value and semantic aspects of moral consciousness, which affects its ability to take a personal position based on a stable system of moral beliefs and values of humanistic orientation. The tasks also included the development of reflection and self-reflection of young people, such moral qualities of personality as responsibility, justice, decency, tolerance, self-demand, friendliness, sincerity, self-criticism, altruism and more. Attention was also paid to the awareness and assimilation of the participants of the psychological circle of the peculiarities of the semantic and procedural aspects of decision-making in situations of moral choice.

The planned forms of work of the psychological group were conversations, debates, round tables, presentations, excursions, business games, writing essays on moral and ethical topics, as well as training on the development of personal readiness of students for moral choice.

Students had the opportunity to express their own opinions while writing essays on moral and ethical issues: "Social responsibility of modern business", "Do we need compassion and mercy in today's world?", "Moral aspects of professionalism". This form of work contributed to the development of moral self-reflection of students, helped to analyze their own system of value orientations, the moral qualities that determine their ability to choose decisions from the standpoint of an active subject of moral choice.

An interesting form of work for the members of the psychological circle were classes during which viewing, analysis and written response to popular in Ukrainian society feature films about Russia's military aggression in the Donbass "Wild Field", "Call Banderas". The host of the circle focused on the debatable moments of the films in order to better understand the motives of the main characters. In the written reviews, students openly expressed their views on the actions of the main characters of the films, reflected on the development of patriotism and love for their homeland in modern youth, its respect for folk traditions.

On the example of the life of the traveler V. Hryhorovych – Barsky, students reflected on the importance of highly educated people in society during the discussion "For the benefit of themselves and the Fatherland."

Active discussions took place during the discussion of the results of the presentation prepared by the participants on the topic: "Already youth or only youth?". Which focused on reflections on whether each of them has enough resources for responsible decisions required by adulthood.

The mastering of the new material, which took place during the round tables, contributed to the process of reassessment of their own system of value orientations and the formation of moral beliefs and worldviews based on humanistic priorities. Analyzing the consequences of the Holodomor of 1932-1933 for the Ukrainian people, the students realized that the highest social value is the life of a person who, under any circumstances, should be treated with great respect.

Discussion "Is it important for a person's spiritual development to believe in God and keep the Ten Commandments?" did not leave any participant indifferent. Each student tried to defend his own opinion on the vision of this problem, but all together came to the conclusion that faith in God is a positive resource that helps a person in difficult moments not to lose faith in his "I".

The analysis of concrete examples of the results of the life of great fighters for peace around the world (Mother Teresa Calcutta, Martin Luther King, John Paul II) and great dictators (J. Stalin, A. Hitler, B. Mussolini), which took place over several classes, proved useful for the participants of the psychological circle to learn the fact that the quality of human life is determined by good attitude, care, concern for other people. During the discussion "Can a person who takes an active position in life behave immorally?" students identified the signs of active moral position of the individual, which are awareness, responsibility for their behavior and actions, independence, purposefulness, altruism, the ability to overcome difficulties and bring things to an end. The planning of most classes of the psychological circle was carried out taking into account the wishes of its

participants. Students preferred practical types of work – debates, presentations, educational games. The topics of the classes also met the age needs of young people and aimed at the moral self-development of the individual, his mastery of universal norms of interaction and rules of conduct, namely: "The problem of finding meaning in life in adolescence", "Love as the main value of human life", "independent life", "The problem of freedom and responsibility", "Formation of the student's personality while studying in higher education", "Self-development and self-actualization as basic needs of the individual", "Happiness – as a subjective-objective measure of life satisfaction ", "The main values of business ethics", etc.

Within the program classes of the psychological circle the developed material "Training of development of personal readiness of students of economic specialties to moral choice" was tested [1].

The form of training belongs to group teaching methods, which, compared to individual formative techniques, allow through exchange of views with other participants to reflect more deeply and understand the internal psychological aspects that affect the development of moral activity, are the basis of his moral activity.

A study of the starting opportunities of students of different specialties of economic and psychological profiles to make conscious, responsible and independent decisions during the above analyzed forms of group work showed that there is a category of participants who are partially aware of their own moral activity. With situations that require moral choice, as there are difficulties in identifying the value contradictions of situations, the ability to identify alternative solutions and analyze their consequences. Given the above, the training included exercises, role-plays, debates, analysis of moral choice situations, which helped each participant to determine their own moral resources, and realize that each moral choice situation requires new flexible solutions.

The training was based on subjective (K. Abulkhanova-Slavskaya, A. Brushlinsky, S. Rubinstein, etc.), action (M. Bakhtin, V. Romenets, V. Tatenko, T. Titarenko) and activity (O. Asmolov, G. Kostyuk, O. Leontiev, S. Maksimenko, etc.) approaches, the essence of which is that the student is seen as a conscious, responsible author of their activities, able to independently choose goals and means to achieve them. In terms of these approaches, moral activity is a unique personal entity that represents the integrity of moral consciousness, self-awareness and practical action of the individual, is a defining indicator of its moral and spiritual development, as any moral quality is formed, manifested and enshrined in the act.

The principles on the basis of which the training sessions were planned and worked out corresponded to the classical set of rules and norms [13]. The principle of openness and sincerity implied the openness of the participants when working in a group and the lack of insincerity in the actions and feelings between them [13]. The principle, based on the activity of the participants, was the main norm of behavior in the training and was manifested in the constant real involvement of each participant in intensive group interaction. The principle of confidentiality contributed to the creation of an atmosphere of psychological security and self-disclosure of the participants. Using the "here and now" principle, participants



analyzed the processes that took place in the group at a certain point in the training – the feelings that are experienced, the thoughts that appear. As the group adopted these rules, it became a three-dimensional mirror in which each participant gained the ability to see himself during his performances. Great importance was attached to the principle of personification of statements, according to which participants focused on the processes of self-knowledge, self-analysis and reflection. This principle allowed participants to understand and overcome the behavioral patterns of protective orientation, which is especially important for the development of moral self-awareness of the young man as a subject of action [13]. The next principle of responsibility was "... aimed at forming in the group members a subjective position based on the attitude to themselves as the author of their own actions, able to choose and be responsible for their choice" [13]. The training also used the principles of voluntary participation and permanent membership [13].

According to the structure, the training for the development of students' personal readiness for moral choice was conditionally passed through three stages – diagnostic, analytical and transformational. The boundaries of these stages are quite flexible, so the tasks of diagnostic, analytical and developmental nature were solved at each stage in accordance with the individual dynamics of internal processes of students. Tasks and exercises determined by the diagnostic direction involved the formation of participants' basic theoretical ideas about the factors of moral development of the subject, mastering the algorithm of the decision-making process in a situation of moral choice, as well as their awareness of their own problems.

At the analytical stage, attention was paid to finding ways to constructively resolve situations of moral choice and students' awareness of the internal mechanisms of their own unproductive actions and decisions. This work was accompanied by insights, during which the participants of the training group gained an understanding of the factors of unsuccessful decisions, they had an internal motivation for moral self-improvement. Thus, the transition to the transformational stage of the training was made, which was based on the awareness of the acquired ethical knowledge, the acquisition of skills of constructive interaction of participants and the ability to put them into practice.

In organizational terms, the training included three phases. At the communicative-integration phase, the participants joined the group and the group dynamics began. During the working phase, the main content load of the training program was worked out. At the final phase the acquired knowledge and skills were consolidated, the results of group work were summed up.

Among the practical training methods used elements of positive psychotherapy, logotherapy, cognitive therapy, art therapy, body-oriented therapy, as well as psycho-drawing.

One of the techniques of positive psychotherapy was an effective means of therapeutic influence – a psychological metaphor. Specially selected parables and stories were used throughout the training work to promote positive personal self-change of young people. As a method of activating the resource mechanisms of the psyche, metaphors helped participants to comprehend and gain life experience on

the examples of the experience of others, which they became acquainted with during training sessions. The use of the method of transformation of the problem metaphor into a resource allowed to use it comprehensively for diagnostic and psycho-correctional tasks of training. As a result of achieving emotional changes, access to internal resources was opened, which contributed to better self-knowledge of participants.

With the help of logotherapy techniques there was an awareness of what is the meaning of life, what meanings of life a person can choose, focusing on different value systems, and what meanings are filled with one's own life.

The use of cognitive therapy techniques aimed to analyze and assimilate the content of basic ethical concepts that they used during the training and helped to change their views on themselves, on their own lives. Awareness of one's own mistakes and personal problems served as an incentive for positive self-transformation.

Exercises, games, based on the techniques of body-oriented therapy, helped participants to determine their psychological boundaries and the boundaries of other participants, which improved the processes of interaction, as well as increased the level of personal confidence in them.

The method of psycho-drawing contributed to the participants' awareness of the importance of such ethical categories as "good", "evil", "conscience" in human life. In the process of group communicative creativity, the young people recreated the image of the world built on the best humanistic values – peace, love, harmony and respect for people. In this case, the psycho-drawing was introduced in order to identify the effectiveness of the training.

During the training there were constant conversations, discussions, games during which students had a better understanding of themselves and other participants, learn that constructive ways of interaction should be based on respect, compassion, understanding, assistance, helping others. In case of difficulties in resolving situations of moral choice, participants were invited to play them by roles in order to find constructive solutions. Students analyzed actions if they were in their lives, assessed their consequences for personal development, told about other people's actions in order to gain moral experience. They were aware of their own ability to perform the act, analyzed those personal qualities that contribute to moral choice or hinder it. In the latter case, the participants of psychological training, as a rule, chose the path of self-change.

According to its structure, the training program for the development of personal readiness of students of economic specialties for moral choice consisted of 7 classes, a total of 28 hours of group work. Training sessions were held once a week. They were attended by 27 students aged 17 to 19, including 24 females and 3 males.

To illustrate the processes that took place during the training, we provide an overview of the basic techniques and exercises, based on which the actualization and elaboration of semantic aspects of moral consciousness, life values and meanings of personality, as well as phenomena related to moral choice.

Among the diagnostic methods of training, the most informative and valuable in the research sense were those that allowed participants to realize their own resources, as one of the conditions for constructive choice is the actualization of its subjective factors. Execution of the exercise "Presentation" aimed young people at the analysis of self-esteem, which is the basis of the "self-concept" of the individual, in particular its evaluation component [1, p. 10]. It was found that most of the participants perceive themselves positively, students showed a sufficient level of self-awareness, which was confirmed by the answers: "I am a good person", "I am responsible for my own life", "I am like everyone else". However, there were options for answers that indicate a low level of self-awareness of students, such as: "I know little about myself", "Others will say better about me" and so on. Young people, who found it difficult to perceive their own personality positively, differed in their tightness and "secrecy" from other participants in the training.

During the exercise "Three positive qualities", students worked on understanding the fact that characterize each other often on the basis of simplified perception, namely: cheerful (s), smart (s), etc.] [1, p.23]. Discussion of the results of the exercises contributed to the development of participants' skills to have a positive attitude towards themselves and others, to focus on the "strengths" of their personality during interaction and communication.

Execution of the exercise "Tree of Meaning", which is a modification of the reception of logotherapy, directed the participants to systematize knowledge about the meaning of life [1, p.17]. Each participant was asked to determine what is the meaning of human life, followed by an analysis of their own meanings of life of the participants. The ranking of value priorities that fill people's lives with meaning showed that the most important values were "family", followed by "love", "health" and "happiness". Then the presenter offered a discussion of such important concepts for the life of every person as: freedom, responsibility, activity, altruism, self-determination, values based on the materials of W. Frankl's book "Man in search of meaning." After the discussion, the participants jointly painted a tree as a personification of human life, and bore fruit on it, symbolizing the main meanings in those areas of life, the priority of which they set for themselves.

During the discussion, students also provided their own understanding of the concept of "meaning of human life". For most, it is "what a person lives for", namely: "to love and care for loved ones", "create your own family", "give birth and raise children", "succeed in life", "become professional", "enjoy life", "benefit society", etc. The definition of the learned meanings of life by the participants showed that they understand, to a greater extent, family, communicative and meanings of self-realization. The content of such semantic landmarks of human life as altruistic, existential, hedonistic, cognitive, statutory, participants were processed using psychodiagnostic methods to study the meaning of life V. Kotlyakov [5, p. 18-21].

Performing the next exercise "Three most important things" encouraged participants to reflect on the meanings of their own lives [1, p.13]. Each student was asked to think about the three most important things that fill their lives with

meaning and write them down. The first part of the task was performed independently. The second consisted of the presentation of answers and their discussion in the group. To the question: "Have you thought about the meaning of your life?" affirmative responses were received. At the same time, some young people emphasized that they have difficulties in making decisions, which was confirmed by the problem stated in an open conversation, which causes the formation of "areas of responsibility" of the individual. Other participants had clear goals and plans for their future. They shared information that had a professional orientation already during their studies in the senior level of the school, chose the future specialty by vocation and taking into account their own abilities.

The results of the work on the participants' awareness of the meanings of their own lives showed that in comparison with the definition of the meanings of the life of an abstract person, the emphasis has shifted somewhat. The most valuable for the participants was their own health, which contributed to the understanding to get rid of bad habits, to master hardening techniques to improve his condition. Significant values also included "family", "love", "career", "friendship", "work", "money", "sex", "children", etc. The last place was taken by such values as "honor", "conscience", "communication with parents", "helping other people", "freedom", "happiness". The thoughts of the young man were interesting, as he recalled that the meaning of his own life before entering the university was to become the best player in the online computer game "World of Tanks". He now realizes how much time has been spent on a hobby that has not improved his life in any way. In such feedback, participants concluded that a person's quality of life depends on what meanings he or she fills, and what values he or she prioritizes.

Projective psycho-drawings also provided valuable information, one of which was "Conscience is the internal censor of man". Participants were given the task to make a joint drawing on a given topic. Whatman and colored pencils were used for this purpose. Each student had the opportunity to draw the image that he chose and which embodied the semantic aspects of understanding the concept of "conscience". Then each participant created his part in the common picture so that it "fits" into the general concept of the group vision of conscience as an internal instance that evaluates human actions and behavior.

Describing "conscience", participants analyzed its role both in their lives and in the lives of others. They often chose images that had the appearance of a human figure or natural phenomena. One participant drew a conscience with the help of a woman's image and explained that conscience is the best part of her own soul, which helps to choose the right decision with her inner voice. During the transfer of the meaning of this concept, the participants also chose the images of the sun and clouds, white and black stripes, as their own remorse was associated with storm clouds or dark stripes. Some chose images of houses and cabinets with closed doors, thus demonstrating that there is a certain category of people who have formed their own position – not to listen to conscience, because it is easier to live.

A series of training exercises aimed at developing the skills of constructive interpersonal interaction of participants for the subject – subject model, for

example: "Three qualities", "Count to...", "Gift", "Thank you", "Talents". For example, students hold hands and continue in a circle: "Thank you ...". We can thank you for any positive moments that took place between the participants of the training, the main thing is that it was sincere. Feedback drew attention to the feelings the participants experienced when they received gratitude from others. During the performance of such exercises, the participants developed a perception of themselves and another person as self-worth, developed skills of altruism, empathy, respect, mutual assistance, trust, sensitivity, and so on. The guideline was to act in situations of moral choice taking into account the interests of others, based on the development of humanistic values – kindness, love of neighbor, compassion, respect, understanding, assistance to others and more.

Exercises with elements of body-oriented therapy were also effective in this direction: "Journey to Paris", "Own borders", "Climb together", "Circle of Friendship". Here is the content of one of these exercises, namely "Climb together" [1, p.39]. In the instructions before the training exercise, the facilitator emphasizes that in order to achieve a common goal, it is important for us to be able to coordinate our actions with the actions of others, this requires an understanding that each person has their own individual characteristics. After that, the participants were paired and sat on the floor with their backs to each other, joined hands and tried to get up. Then they did the same thing, uniting in groups of three, gradually reaching the whole group. During the discussion of the results of the exercise, attention was paid to the following points: what slowed down the rise, and what helped him; the number of participants was the most difficult to climb; what behavior of the participants complicated the situation; how well everyone could take into account the rate of rise of others; what feelings dominated during the exercise that was realized?

During the exercises with elements of body-oriented therapy, participants shared their own thoughts and feelings that arose during the internal work, which was aimed at identifying those qualities that prevent them from interacting productively with other participants. The adequacy of their self-reflection was assessed by the group.

Among the diagnostic exercises aimed at identifying problems and difficulties in training participants related to decision-making in situations of moral choice, the following were used: "Situations that need solutions", "Good deeds", "Magic Flower" [1]. The development of students' ability to semantic reasoning of choice was carried out through the formation of the ability to express their own opinions based on those moral beliefs and worldviews that contain aspects of general understanding of the environment, man, society and values. In this regard, there were often different views on one issue, which contributed to the emergence of discussion moments in the training, during which participants tried to defend their own moral position, argued the point of view, which they adhered to. There were cases when participants re-evaluated their own values, realizing that the quality of decisions depends on their own moral potential.

By developing the ability to dissociate (look at the situation "to be solved"), students realized that choosing a solution from a reflective position allows them to

better understand the moral, objective and subjective situational aspects and take them into account. Otherwise, when there is a "deepening" of the situation, its resolution usually becomes emotional and biased.

Performing the above exercises helped participants to learn that the position of avoiding choice, often caused by reluctance to take responsibility for the consequences of their decisions, and focus on external evaluation leads to a loss of authorship of their own decisions. Awareness of this fact contributed to the development of individual responsibility of students, which manifested itself in further work through the expression of their views, initiative, advocacy of their own moral beliefs.

The participants also agreed that the development of such personal qualities as kindness, sensitivity, responsibility, developed conscience and will, love of neighbor, independence, perseverance, purposefulness, ability to resist the pressure of circumstances and others is important for decision-making in situations of moral choice people.

Performing diagnostic exercises contributed to the activation of the processes of moral consciousness and self-consciousness of students, resulting in awareness of self-dissatisfaction, which is the basis of the motivational factor in the process of moral self-improvement.

Analytical and developmental methods of training were based on procedures, the implementation of which influenced the systematization and deepening of ethical knowledge of participants in order to expand the boundaries of their moral consciousness. The life meanings of man were considered and analyzed according to the method of V. Kotlyakov [5]. The main provisions on the meaning of human life were considered on the basis of the materials of W. Frankl's book "Man in search of meaning" [11]. It was emphasized that finding the uniqueness of the meaning of one's own life depends only on the aspirations of the person himself, that only he is responsible for the quality of his life and the decisions he makes.

During the business game, participants analyzed their own rights (free to choose alternatives, do as they see fit) and responsibilities (take responsibility for the consequences of the decision, take into account the interests of others), which they have in a situation of moral choice.

The use of brainstorming techniques in the training helped to reveal the role of "morality" in human life and helped to determine on the basis of meaningful criteria for distinguishing moral choice situations from other life situations.

Positive psychotherapy was also used in the training [7]. The metaphorical images of the parable "Epitaph" aimed the participants to understand that the quality of life of each person depends on what meaning it fills. Here is the meaning of the parable. "Somewhere in the Caucasus there is an old cemetery. Approximately the following inscriptions can be seen on the tombstones: "Suleiman Babashidze. Born in 1820, died in 1898. He lived for 3 years. "Or "Nugzar Gaprindashvili. Born in 1840, died in 1875. He lived for 120 years. "After reading the content of the parable, the facilitator asked the participants of the training group: "Didn't you know how to count in the Caucasus? What was the meaning of these regulations? After reflection, the students concluded that life can

be considered worthy when a person manages to do many good deeds for other people, leaving behind a good memory. Here is the content of the following parable "On stones, nuts and sand", which was used during the training. "The professor of philosophy, speaking in front of the audience, took a glass jar and filled it with stones, each of which was three centimeters in diameter. He then asked the students, "Is the bank full?" The students replied, "Yes, it's full." Then the professor took out a nut, put it in a jar, where he took up space. When asked, the students again answered that the bank is full. Then the professor took a box of sand and put it in a jar. Of course, the sand took all the free space of the bank. The professor once again asked the students: "Is the bank completely full?". They replied, "Yes, this time for good. "But the professor took a glass of water and poured it into the jar to the last drop, soaking the sand. The students laughed, and the professor continued, "I want you to understand that the bank is your life. Stones are the most important things in it: family, health, friends, children – everything you need to make your life full, even if everything else is lost. Walnuts are things that have become important to you personally: work, home, car, etc.... Sand – symbolizes the little things in our lives. If you first fill the jar with sand, there will be no room for the most important things. Do what brings you happiness. First of all, deal with stones, is the most valuable things in your life, determine your priorities, the rest is just sand. Then one student asked the professor, "What does water mean?" The professor smiled: "I'm glad you asked me. I did it to show you that there is always room for leisure in your life. "The analysis of this parable helped the participants to realize that a responsible attitude of a person to his own life depends on the quality of manifestations of his activity, which directs self-development. The mastered idea of the parable "Two Monks" aimed at flexibility in resolving situations of moral choice. Listening to and discussing S. Kopylova's musical composition "Leonardo da Vinci" contributed to the participants' awareness of the fact that life circumstances affect everyone, but this influence is not final. It is not submission to living conditions that makes a person, but active opposition. The resource for one's own potentials is constant spiritual self-improvement [4].

Art therapy techniques were also actively used in the training. Participants who worked in subgroups with the help of artistic means – fairy tales, revealed the basic dichotomies of moral choice: loyalty and betrayal, love and hate, good and evil, cruelty and mercy. Playing the plots of folk tales, which were chosen by the participants divided into three subgroups, helped the first subgroup to convey the idea of responsible choice of friends through the selected fairy tale "Gingerbread Man". Belief in one's own strength always helps a person to change for the better, this idea was proclaimed by the second subgroup by staging the fairy tale "Ugly Duckling". The third subgroup tried to prove to all participants of the training with the chosen fairy tale "Tower" that it is necessary to always help people, to share with those who got into trouble. All the presented compositions were accepted, no member of the training group was left out, as he did not refuse to participate in the improvisation of the plots of fairy tales known from childhood. Most creatively demonstrated the character traits of their character, but there were some

participants who could not fully reveal, which was felt in the restraint of their movements, insecure and quiet voice. The group supported them with applause.

Among the techniques aimed at actualizing the responsible actions and behavior of students are those based on cognitive psychotherapy techniques. During the work in pairs, each participant was asked many times: "What are you responsible for in your life?". According to the participants, the implementation of this exercise allowed them to better understand that true adulthood requires conscious responsibility both for themselves and for other people, the environment in general.

The training also focused on the development of moral self-awareness and positive "I-concept" of young people who participated in the training. This was facilitated by work on exercises such as "Competence and Reward" and "Life Goals". For example, during the Competence and Reward exercise, the facilitator asked each participant to recall a few of their own life situations that made them feel successful. Everyone was given cards on which participants recorded their own situations, and then ranked them according to the degree of importance, taking into account the goals achieved and the degree of satisfaction. Students then identified personal qualities (at least five for each situation) that contributed to success. During the discussion of the exercise, attention was paid to the criteria for choosing successful situations, whether the participants learned something new about themselves, what general impressions they received from the exercise.

In the process of dialogical interaction, the participants worked on the awareness of their own values, moral worldviews, personal qualities, feelings, their ability to moral reflection. They also critically assessed their "I" as a subject of moral choice, determining personal readiness to take an active moral position in life. It was found that most students have self-esteem for their own achievements, including the emergence of new friends, responsible learning, mutual understanding with loved ones, first love, achievements in sports, forgiveness of a betrayer, the first money earned, mastering the ability to drive a car, material support of his family, etc.

Prospects for their own self-improvement participants saw differently: "develop willpower", "get rid of fear of heights", "be honest", "overcome laziness", "treat people well", "develop artistic abilities", "learn to swim", "Becoming a master of sports in boxing", "overcoming self-doubt", "optimistic perception of the world", "learning Chinese", "stop telling people the truth", "treating friends with less trust", etc.

A modified psychoanalytic approach "Free Associations" was used by participants to better understand the content of concepts that are important for the moral self-development of the individual semantic guidelines. Among the proposed opposite concepts: "activity" – "passivity", "morality" – "immorality", "responsibility" – "irresponsibility", participants chose their own associations, analyzed their semantic load and independently formulated definitions.

Through reflective analysis, it was determined that the participants had not previously thought about how important it is for a person to take an active position in life, based on the priority of spiritual values rather than material ones. The



openness of the responses and emotional reactions showed that most participants learned the need to initiate moral activity for their own self-development, despite isolated responses emphasizing the lack of meaning in personal activity, as parents have already laid a solid foundation for their children.

During the training sessions, constant attention was paid to the development of students' unconditional values towards another person. Performing practical exercises, meaningful analysis of parables and other forms of work helped participants realize that the key to altruistic decisions of the individual in moral choice and productive interpersonal interaction is the formation of such moral qualities as respect, empathy, compassion, kindness, sensitivity, tolerance, education. Conversely, if people care little about the problems of others, paying attention only to their own feelings and experiences, it indicates their selfishness and egocentrism.

Attention was also paid to the development of moral self-regulation of participants as an important component of their personal readiness for moral choice. Students developed the ability to be aware of their own actions, behavior in dealing with situations of moral choice and predict their consequences for themselves and others. During the formulation of the participants' own understanding of the concept of "quality of moral choice" established its dependence on the actualization of personal meanings and values that guide people in making decisions in situations involving moral and value conflict. It was also emphasized that only an arbitrary decision of an individual can be, in essence, a truly moral choice – conscious, independent and responsible.

The training was based on a functional model of decision-making in situations of moral choice, which consists of certain stages that have their own operational structure. Each action that is part of the functional structure of the decision-making process was subject to analysis, reflection and elaboration by the participants. Specially selected exercises and metaphorical images of parables were used for this purpose. The analysis of the main provisions of the "Declaration of Human Rights for Decision-Making" was confirmed by each of its key positions with examples from the participants' own life experience. Assimilation of the stages of decision-making took place during the consideration and analysis of the scheme of the decision-making process. The decision algorithm was worked out during the exercise "Six steps of responsible decisions" [1, p. 55]. The facilitator asked the participants to remember the decision-making algorithm, to analyze the acquired knowledge. After that, each participant received paper recommendations in the form of six steps, the purpose of which is to provide some tips for those who will have difficulty making decisions after the training.

The first step – before making a decision you need to realize that the situation in which you find yourself requires it of you.

The second step involves gathering information about everything related to the situation. These can be memories of how a person you know did under certain or the same circumstances and what you learned about the situation. If this is not an urgent solution, you can gather additional information. If on the contrary – remember everything that happened during the training sessions.

The third step – on the basis of the received information it is necessary to formulate at least three variants of the decision.

The fourth step is to predict the consequences of each solution. Which will be positive and which will be negative for you and the people affected.

After analyzing the consequences of alternative solutions, the final choice should be made.

The fifth step is decision making.

The sixth step is to analyze the quality of the decision, to take responsibility for it.

Thus, the importance of understanding the full amount of information to formulate a holistic view of a phenomenon, event or situation that requires a solution was first done based on the analysis of the parable "The Blind and the Elephant". Here is the meaning of the parable. One day five blind people decided to find out that there was an elephant. They have heard about this animal many times, but have never seen it. Here came the blind to the elephant. The first of them touched the trunk of the animal, the second – the tail. The third held the elephant by the ear. The fourth leaned against him. The fifth embraced his leg. And so the blind began to share their impressions of the elephant. The first said he looked very much like a snake. The second categorically disagreed and said that the elephant is a long cord. The third said that the elephant looked like a big sheet of paper, the fourth said that it was like the trunk of a mighty tree, and the fifth said that the elephant was a big wall. The blind quarreled. After listening to the parable, the participants came to the conclusion that each of the blind people became a "specialist" in a certain part of the elephant's body, so he could not assume that there was something he did not know. The position of each was determined only by his personal experience.

On the example of situations of moral choice included in the exercise "Understanding the conditions of the situation that needs to be resolved", participants developed the ability to consciously perceive the conditions of the situation of moral choice and identify its value contradictions. During the exercise, participants were asked to write examples of their own situations of moral choice or other people. Optionally, participants provided examples of situations, and the group determined whether the situation was one that contained a conflict of values. There was an analysis of the signs by which situations of moral choice differ from other life situations. Then the participants were divided into subgroups of 4-5 people and on the example of the given and recorded situations determined the moral and value conflict of each. In turn, when considering obstacles that hinder the adequate perception of the conditions of stimulus situations, participants called their own inattention and low level of ability to identify the main semantic units in the content of the given examples of situations.

During the practice of skills to identify the problem used a technique based on the chain principle of asking questions that began with the word "why". Such questions were asked to the participants until one of them answered the wording of the goal to be achieved by solving a situation involving moral choice.

The elaboration of actions and operations related to the stages of proposing alternative solutions and their comparison was carried out on the basis of methods of stimulating analytical and critical thinking of students. Analysis of the scheme "Buying a car" from the exercise "Solution Table" developed the ability to choose the best option from several possible, taking into account the purpose of the purchase, based on the advantages of the three presented characteristics of small, passenger and luxury cars [1, p.42-43]. In conclusion, the participants demonstrated their own understanding of the purpose of the exercise. They realized for themselves – if there is uncertainty in the choice of anything, you need to understand the main thing – the purpose of their own actions (why it is me) and then decide on a decision.

Using the method of brainstorming on the material of the exercise "For and against" the participants of the training worked out each solution from the standpoint of its probable possibility of approval or rejection [1, p. 37-38]. The example of a situation in which a participant chose between a low-paying profession and a high-paying profession he did not like developed the ability to see alternative solutions and analyze their possible consequences for themselves and others.

Exercise "Choosing a decision in a situation of moral choice" was to consolidate the knowledge gained and independently choose a solution to the example of the situation in which the girl was faced with whether to go to the birthday of a classmate she liked or stay with a sick little brother [1, p.43-44].

The first proposed solution was "stay with a sick brother", the second – "go to the birthday of a classmate", the third option – "apologize to an acquaintance to look after the sick and go celebrate." Before the first option, the argument "for" was that the girl will be able to provide timely assistance to her brother, the argument "against" – "the opportunity to miss the chance to get closer to a young man she liked." The argument "for" the second alternative was the belief that "nothing will happen to his brother if he stays alone for a while, and his sister enjoys the holiday." The argument "against" this alternative was the assumption of the participants that "something bad could happen to the brother, and his sister will then feel guilty." Prior to the "involvement of acquaintances" as the last alternative to the decision, the arguments "for" was that "the sick brother will be taken care of, and his sister will get a chance to meet a classmate." At the same time, the participants proved their own understanding that "shifting" the responsibility for the brother's health to other people is the wrong decision. This idea formed the basis of the option "against" this alternative solution.

After discussing the consequences of the proposed options, one participant stated that she was not satisfied with any of them, as the girl should stay with her brother and not lose her chance. She offered to call a classmate with greetings and apologies for not being able to be together, explaining that her sick brother needed care and, if necessary, to celebrate together in a cafe. This decision interested other participants, their reaction showed that it was positively received. However, there was an objection from the participant, who emphasized that the guy could be offended by the refusal and the girl still loses her chance, to which she received in

response: "If a classmate thinks only of himself, then let him be offended. Nobody needs such a selfish person, and a girl will not lose much if she does not start dating him". These arguments proved to be important for the majority of students, the arguments for this choice were the lack of remorse in the participant of the stimulus situation.

In contrast, it was emphasized that choosing a solution in situations of moral choice is always difficult, each situation requires its own solution, so it requires from the individual a level of moral development that will allow him to freely operate with moral knowledge while understanding the situation, awareness of value contradictions, taking into account the peculiarities of situational aspects when proposing solutions and analyzing their possible consequences for all participants in the situation.

Exercise "What can influence decision-making?" contributed to the awareness of high school students of external influences that can lead to changes in behavior and the chosen decision [1, p. 51]. When asked to explain the formula: "Your decision + the influence of others = your behavior", participants identified that the influence of other people's decisions can occur if the individual is unsure of the correctness of the decision or the desire to "shift" responsibility for its consequences to others. It was also emphasized that an important factor in contributing to outside influences on decisions can be low self-esteem, which often relies on more authoritative opinions of others.

Other important factors influencing the participants' change of decision were either their own negative personal feelings, or pressure from relatives, friends, the reference group, the media, or changes in consciousness under the influence of alcohol and drugs.

The participants came to the conclusion that making a decision is important, and the most difficult thing is not to change it, because the responsibility for the decision lies with those who make it, they feel its consequences, not the people who put pressure on them. Therefore, everyone decides for themselves: to be influenced or not.

The next stage of the decision-making process – its practical implementation and verification of the consequences was modeled during the exercise "Own actions" at the level of prognostic evaluation by participants of the effectiveness of the actual actions. According to many, the significance of the act is that "it allows a person to realize that he is living right, not wasting his life"; "This is a certain exam of life that a person can pass" excellently "or" fail"; "Through action, people know that there is good on earth," and so on.

During the analysis of the consequences of actions, many participants had insights, they understood the importance of building their own moral position based on humanistic values for the decision-making process and initiating subjective activity during moral self-development and self-education.

Thus, the psychological training "Development of personal readiness of students for moral choice" was used as a means of updating the substantive aspects of moral consciousness, self-awareness and self-development of its subjective

resources based on humanistic priorities, as well as elaboration of phenomena related to situations moral choice.

Summing up, we can say that the purpose and objectives of the correctional and developmental program aimed at developing the moral qualities of a business person in students of economic higher education, which took place through the work of a psychological circle, were achieved. It is proved that the issues of morality and ethics have not lost their relevance for modern youth, they are especially important for the formation of future business people while studying in the Free Economic Zone.

#### *References:*

1. Богач О.В. Тренінг розвитку особистісної готовності студентів економічних спеціальностей до морального вибору: Навчально-практичний посібник, Одеса: ОНЕУ. 2015. 71 с.
2. Богач О.В., Ковальова А.В. Вікові особливості морального розвитку старшокласників як предмет психологічного аналізу. *Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. пр.* К.: ГНОЗІС. 2014. С. 12 – 20.
3. Боришевський М.Й. Духовні цінності як детермінанта розвитку й саморозвитку особистості. *Педагогіка і психологія*. 2008. № 2. С. 49–57.
4. Kopylova S. Gift to God [Electronic resource] Songs-parables. URL: <http://www.svetlana-kopylova.ru/disko.html>.
5. Котляков В.Ю. Методика исследования системы жизненных смыслов. *Сибирская психология сегодня* : сб. науч. тр. Кемерово : Кузбассвузиздат. 2003. 410 с.
6. Павелків Р.В. Феноменологія морального розвитку особистості: детермінація, механізми, генезис: монографія. Рівне: Альма-матер. 2009. 368 с.
7. Пезешкиан Н. Торговец и попугай. *Восточные истории и психотерапия*. М.: Прогресс. 2004. 240 с.
8. Репнова Т.П. Тренінг емоційної зрілості. *Практ. психологія та соц. робота*. № 8. 2006. с. 19 – 31.
9. Савчин М.В. Психологія відповідальної поведінки. К. : Україна-Віта. 1996. 130 с.
10. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. К.: Либідь. 2003. 376 с.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла: пер. с англ. и нем. М.: Прогресс. 1990. 368 с.
12. Чернобровкін В.М. До питання прийняття ефективних рішень на засадах суб'єктно-діяльнісного підходу. *Соц. психологія*. № 4. 2007. С. 115 – 122.
13. Чернобровкін В.М. Тренінг розвитку в педагогів умінь прийняття ефективних педагогічних рішень. *Обдарована дитина*. № 7. 2007. С. 39 – 45.

## **1.8. Integration of mindfulness approaches in the process of developing students' psychological well-being in the face of challenges and changes**

The study of the phenomenon of "psychological well-being" is conducted in various scientific fields: sociology, medicine, economics, psychology. This direction is actively developing within the framework of educational psychology, which creates ambiguity of criteria and models. This phenomenon is most comprehensively understood within the framework of a multicultural and interdisciplinary space that encompasses a wide range of approaches and contexts.

Psychological well-being sets the "tone" and stability of the attitude towards the world, where the "palette" of a person's relations with the world is the key, the result of which is the harmonization of his life. And the fact that psychologists have been researching psychological well-being for almost sixty years fully testifies to the high relevance of this topic [42].

The experience of prosperity (or adversity) is integrative, it is influenced by various aspects of a person's life, and many features of the individual's attitude to himself and the surrounding world are connected in it. Under psychological well-being (mental comfort) we often understand "coherence of mental processes and functions, harmony of personality, sense of wholeness, inner balance." The importance of this problem for domestic psychology is largely determined by the changes in the life of our society and the impact of stressogenic factors on various spheres of life. In the conditions of military actions, challenges and changes, life requires a person to have adequate orientation, the ability to cope with negative life circumstances, to find a constructive solution to problematic situations [3].

The relevance of the development of psychological well-being in modern students is important in light of the many challenges they face in today's world. Here are some key aspects that highlight this relevance:

1. Increasing stress levels. Today's students are often under a lot of pressure due to academic demands, financial concerns, and balancing study and work. This leads to increased levels of stress, which can negatively affect their mental and physical health.

2. Mental health and social change. In modern society, mental health problems such as anxiety, depression, and burnout are widespread. Students are particularly vulnerable to these problems because they are going through a period of intense personal development and changes in their social and emotional life.

3. Digital Addiction and Social Media An increased reliance on digital technology and social media also affects psychological well-being. Excessive use of social networks can lead to low self-esteem, the development of anxiety, depression and feelings of isolation.

4. Psychological pressure and stress caused by the prolonged war in Ukraine. The war creates a constant stressful background for students who may experience anxiety because of the danger to themselves and loved ones. This can cause fear, helplessness and a sense of instability, which affects their ability to learn and their general psychological state.

5. Deterioration of learning conditions. Many students are forced to study in extreme conditions, such as the lack of access to a stable Internet, interruption of classes due to anxiety or changes in the teaching staff. This increases the feeling of instability and can cause emotional burnout.

6. Social isolation. Military action and displacement of students (internally displaced persons) can limit opportunities for social contact and support, which is an important factor in the development of psychological well-being.

7. Traumatic experience. Direct or indirect exposure to military action can lead to the development of post-traumatic stress disorder (PTSD). Students who witness or participate in tragic events may experience long-term effects on their mental health, requiring appropriate support.

8. Academic pressure. Despite the war, expectations for academic performance can remain high, increasing the burden on students. The combination of academic demands and the psychological pressure of war makes students more vulnerable to anxiety, depression and burnout.

That is why in the modern conditions of education reform, attention to the mental health of the individual has become more relevant. Many universities and other educational institutions have begun to implement student support programs, which confirms the importance of mental health care as one of the priorities of modern education. The development of integrated, complex programs aimed at building resilience is of particular importance. The development of psychological well-being helps students to become more resilient to the challenges and difficulties that arise in the process of learning and in life in general. Psychological stability allows them to cope with problems more effectively, maintaining emotional stability.

Thus, the development of psychological well-being is necessary to ensure the harmonious personal and academic development of students, their ability to adapt to changes and cope with the stressful challenges of the modern world.

The number of studies in the field of psychological well-being has been steadily increasing in recent years. The study of psychological well-being permeates a variety of social disciplines. It should be noted that the growing scientific interest in the problem of psychological well-being also exists in various areas of psychology [24; 26; 28]. Despite the fact that problems related to the study of well-being have been actively developed over the past few decades, there are still no unified approaches to the use of this concept and related terms, in the understanding of its structure, properties, functions, etc. presented not only in domestic publications, but also repeatedly raised in foreign scientific sources on this issue: "Well-being is easier to imagine as a concept than to try to define it" [58]; "Human well-being is an ambiguous concept. It does not have a universally accepted definition, but there are many interpretations that often compete" [37]; "...there is no universally accepted definition of the term 'well-being'...Well-being is often used alongside other terms such as 'happiness', 'prosperity', 'enjoyment of the good life' and 'life satisfaction', but they have quite different connotations" [38]. At the same time, many of the terms presented above often have a positive intercorrelation [48].

In this connection, there is a need to consider modern studies describing the results of theoretical and empirical study of the phenomenon of well-being, in order to form ideas about today's understanding of this phenomenon.

When familiarizing with various studies, we note that today the phenomenon of well-being is described in an integrative and dynamic concept that includes subjective, social and psychological aspects.

Considering the historical prerequisites of the study of well-being, two approaches should be noted, the basis of which is the interpretation of psychological well-being:

- the hedonistic tradition, which emphasizes such constructs as happiness, positive and negative affect, and life satisfaction;
- eudaemonistic teaching, which emphasizes the positive psychological functioning of a person and his development.

Richard M. Ryan made a classification of foreign approaches to subjective well-being, in which two directions in the study of this concept were highlighted. One of the approaches, "hedonistic", is that happiness is the result of experiencing positive emotions and being satisfied with one's life. The second approach, "Eudaemonistic" (from the Greek word "eudemonism" – prosperity, bliss, happiness), is characterized by an understanding of well-being as a phenomenon, the main and necessary aspect of which is personal growth [13].

Alan S. Waterman believes that psychological well-being includes both hedonia and eudaemonia, with the difference that we experience hedonia by participating in an activity without considering its outcome and its quality, while eudaemonistic pleasure we experience when making progress in development of personally significant opportunities for us. The main and necessary component of psychological well-being, in his opinion, is the self-realization of the individual [56].

Within the framework of the eudaemonistic approach, one can consider the theory of self-determination by Edward L. Deci and Richard M. Ryan, in which determination is understood as a person's ability to make a choice [13; 43]. Intrinsic motivation is based on three basic needs, which are innate, essential and universal:

1) The need for autonomy, which is characterized by the need for choice, self-determination of one's own behavior, experiencing one's independence from others.

2) The need for competence, which reflects a person's need to be effective in solving the tasks before him.

3) The need for connectedness, which reflects a person's need for relationships with other people based on mutual understanding and mutual acceptance.

In general, this theory shows that when all three basic needs are satisfied, the motivation and well-being of the individual increases.

All approaches to personal well-being include cognitive and emotional components, which is common to all considered models. The main difference between the hedonistic and eudaemonistic approaches to the study of well-being is that hedonistic well-being can be achieved by satisfying one's basic needs and wants now. Eudaemonistic well-being holistically assesses the past, present, and



future – that is includes a cognitive assessment of all human experience, with a focus on a person's self-actualization.

At the moment, there is no single generally accepted opinion about how the concepts of subjective and psychological well-being relate to each other; subjective well-being and life satisfaction; subjective well-being and happiness. However, despite differences in approach, most researchers believe that psychological well-being is a multidimensional construct.

The theoretical basis in foreign psychology for understanding "psychological well-being" was laid by N.M. Bradburn, who formulated this concept and distinguished it from the term "mental health" (mental health). After the release of the structure of psychological well-being [4] several directions in the study of well-being appeared at once (Diener, Czapinski, Riff, etc.), within which two different concepts were absolutely clearly formed: psychological well-being and subjective well-being [11; 14; 45; 46]. The author noted that psychological well-being (which is also referred to as happiness) is a variable of primary importance, and linked his interpretation of psychological well-being to Aristotle's ideas about eudaemonia, according to which the highest good for a person is happiness. N.M. Bradburn's research focused on the differences between positive and negative affect [4]. A person will have a high level of psychological well-being to the extent that positive emotions dominate over negative ones.

N.M. Bradburn developed a model of psychological well-being that reflects the balance of positive and negative affects: the events of everyday life, reflected in consciousness, lead to the accumulation of one or another affect, depending on the color – joy or disappointment [4]. Accordingly, the indicator of psychological well-being and general feeling of satisfaction with life is, according to N.M. Bradburn, the discrepancy between positive and negative affects. A person feels happy and satisfied when positive affect exceeds negative: such a person has a high level of psychological well-being. On the contrary, when the sum of negative experiences exceeds the positive affect, a person feels dissatisfied, unhappy, which indicates a low level of psychological well-being [4].

At the same time, according to N.M. Bradburn, positive and negative affects do not depend on each other: it is possible for one or another of them to predominate, as well as their equality [4].

American psychologist M. Seligman, the founder of positive psychology, believes that the object of research should be "man's strengths, his creative potential and positive functioning; as a new goal of psychology put forward the well-being of the individual or prosperity" [51]. This author noted that the theory of well-being is a theory of voluntary choice, and the elements of well-being are what people choose for themselves. Each element, according to M. Seligman, must meet three criteria:

1. Promote well-being.
2. To present to many people an independent value, rather than a means of achieving goals.
3. To be described and measured independently of other components (independence) [51].

The described criteria correspond to the following criteria, which are well-being:

- positive emotions;
- achievements;
- good relations with people;
- involvement;
- sense.

The author analyzed well-being into "fulfillment conditions": positive emotions, involvement and the meaning of life, and declared happiness to be the main human need.

Using the concept of "psychological well-being", N.M. Bradburn described a phenomenon that was later called "subjective well-being" [4]. The term "subjective well-being" (subjective well-being) appeared later thanks to E. Diener, who made a serious contribution to the understanding of the phenomenon of well-being. Basic ideas about the structure of subjective well-being are reflected in the well-known article "Subjective well-being" [14] and indicate a three-component structure of SWB, which includes life satisfaction (LS), positive (PA), and negative affects (NA). In a later publication, E. Diener already included satisfaction in specific areas of life (DS) in the structure of SWB. According to E. Diener, in the structure of subjective well-being, in addition to pleasant and unpleasant emotions, there is a third component – satisfaction with life [15]. Taken together, the named components form a single indicator of subjective well-being. At the same time, E. Diener, according to N.M. Bradburn, equates subjective well-being with the experience of happiness. It should be noted that the partial similarity of the models does not allow us to draw direct analogies between the structures of psychological [4] and subjective well-being, since in the view of E. Diener [14], the concept of psychological well-being is much broader and the selection of three characteristics (satisfaction, positive and negative emotions). According to E. Diener, subjective well-being is included in the structure of psychological well-being.

Having analyzed the data of various authors, as well as relying on his own empirical research, E. Diener showed what are the intrapersonal determinants and objective factors of subjective well-being, taking into account the influence of such factors as gender, age, race, employment, level of education, income, religious preferences, marital relations, life events, psychological type of a person and his state of health. E. Diener noted that life satisfaction is related to the level of personal income in only half of the cases [16]. In later works, E. Diener and co-authors showed that the most reliable predictor of subjective well-being is a cognitive factor, namely, a person's perception of the state of his affairs. Analyzing the currently available research data, E. Diener identified the following signs of subjective well-being:

1. Subjectivity – well-being exists within individual experience.
2. The positivity of the measure is the presence of positive indicators in subjective well-being.

3. Global dimension – subjective well-being usually includes a global assessment of all aspects of a person's life for a period of several weeks to tens of years [14].

Satisfaction with life itself and satisfaction with its individual spheres are considered cognitive formations, since they are based on evaluative beliefs (attitudes) about one's life. Such ideas are reflected in the so-called bottom-up and topdown theories theories. The first are based on the proposition that an individual's perception of satisfaction with life in general is based on the assessment of his satisfaction in certain areas of life. The second group of theories postulates the opposite direction of causality: satisfaction with life in general leads to satisfaction in certain areas [49]. Positive and negative affect is an affective component of the phenomenon of subjective well-being. At the same time, the characteristics of both PA and NA reflect a certain combination of pleasant and unpleasant feelings that people experience throughout life. Basic provisions for distinguishing positive and negative affect as separate components of subjective well-being are presented in the fundamental work "The Structure of Psychological Well-being" by N. Bradburn (1969) [4]. According to N.M. Bradburn, there are three types of PA and NA independence – structural, causal and momentary [4]. At the same time, structural independence is observed in those cases when, during a certain period of time, an individual can experience both positive and negative emotions, and despite the fact that there is no trend that determines their relationship depends on various reasons. Finally, moment independence means that momentary experiences of positive emotions are independent of momentary experiences of negative emotions [49].

Another approach to understanding the structure was presented in the publication of D. Kahnemann and J. Riis, in which subjective well-being is considered as a hybrid concept of well-being, consisting of two components: experienced well- being and evaluated well-being, which are not independent, but at the same time do not always correlate with each other. Both of these components are subjective and both cover a certain period of time (measured in days or months). The first component is the experience of short-term affective states occurring in this period of time, while the second includes the global subjective assessment of life in the same period of time [32]. It should be noted that the approach D. Kahnemann and J. Riis differ from the approach of E. Diener in that it combines two components – positive affect and affective affect – into one component "experienced well- being", in contrast to the fact that life satisfaction and satisfaction with its individual spheres of life as cognitive components of subjective well-being are integrated into one component "evaluated well- being" according to the terminology of E. Diener [4; 32].

In their research, E. Diner and Y. Suh proved that subjective well-being consists of three interrelated components: life satisfaction, positive affect, and negative affect. Positive and negative affect are two independent dimensions, and the differences between them can also be an indicator of the degree of psychological well-being. The affective side belongs to pleasant and unpleasant moods and emotions, while life satisfaction belongs to the cognitive component

[15]. Two main differences can be distinguished between psychological and subjective well-being:

- Psychological and subjective well-being differ, first of all, in aspects of positive psychological functioning. For example, measures of well-being in subjective well-being – happiness, satisfaction with life; in the psychological – personal growth, openness to experience and maturity.

- Subjective well-being involves mainly short-term conditions, while psychological well-being is associated with longer-term consequences [15].

In his works, J. Czapinski elaborates the concepts of psychological and subjective well-being, pointing out that subjective well-being is included in the structure of psychological well-being. In the developed "onion model" ("onion model") of psychological well-being, he distinguishes three main substructures ("layer"). The core of psychological well-being has biological determinants (biological forces) and receives the name "will to live" (will-to-live). "The will to live" is understood by the author as an internal source of positive attitudes, which gives energy to overcome difficult situations and is the basis of the will component of the attitude towards one's life. To denote more peripheral "layers" of psychological well-being, the author uses the concept of "general subjective well-being" (general subjective well-being) and "satisfaction with certain spheres of life" (domain satisfaction). General subjective well-being is the middle "layer" and is determined by the author through the affective and evaluative components of attitude to life. J. Czapinski notes that external negative factors (for example, an unfavorable social or economic situation) can affect only the outer "layer" – satisfaction with certain areas of life, while the level of subjective well-being and psychological well-being in general does not change significantly [11].

Next, N. Bradburn's model of psychological well-being was critically revised by C. Ryff. The researcher proposed her own theoretical model based on various concepts related to the problem of positive psychological functioning of the individual [4; 44]. The peculiarity of C. Ryff's approach to psychological well-being was that she turned to the roots of this problem and saw that the issue of subjective well-being in one form or another touched on various psychological approaches and concepts. In a joint work, C. Ryff and C.L. Keyes draw attention to the fact that such researchers as Bradburn, Sauer, Warland, Headey, Kelly, Wearing, in their works describe information about psychological well-being as a by-product of studying other issues that interest them [47]. For example, let's note that Bradburn singled out "positive and negative affects" as indicators of psychological well-being, considering these affects as independent. He took into account the frequency and intensity of each of the affects, as well as the balance between them. Sauer, Warland used the "life satisfaction" indicator to solve practical problems, rather than explaining what well-being is. Headey, Kelly, Wearing wrote about "quality of life" when describing the data obtained in their research, but they also did not rely on a clear conceptual approach. In this regard, C. Ryff set the task of developing a theoretical concept of psychological well-being, and then testing it in empirical studies. C. Ryff, C.L. Keyes analyze various approaches, which are then used to create a theoretical model of psychological

well-being: stages of psychosocial development (E. Erikson), theory of mental health in late life (D. Birren), theory of mental health (M. Jahoda), the concept of individuation (K.G. Jung), the concept of self-actualization (A. Maslow). On the other hand, C. Ryff used ideas about full-fledged human functioning (K. Rogers), about maturity (G. Allport), about the executive processes of the individual (B. Newgarten), about the main life trends (S. Buhler). After analyzing and summarizing various concepts of C. Ryff, we propose a six-factor model of psychological well-being, which includes "self-acceptance", which is correlated with "maturity" by H. Allport, "self-actualization" by A. Maslow and "fullyfunctionperson" by K. Rogers, "positiverelationships", which correlates with "personal development" Erikson and "agingmentalhealth" by D. Birren, "autonomy", related to "individuation" by K.G. Jung, "mentalhealth" by M. Jahoda [29] and "agingmentalhealth" by D. Birren, "environmental mastery", related to "personaldevelopment" Erikson and "basiclifetendencies" by Sh. Buhler, "purposeinlife", corresponding to "executive process of personality" by B. Newgarten, "maturity" by H. Allport and "basiclifetendencies" by Sh. Buhler, "personalgrowth", correspondingly Maslow, "fullyfunctionperson" by K. Rogers and "individuation" by K. Jung [47].

Thus, C. Ryff created one of the first models of psychological well-being. The author believed that, firstly, well-being should not be limited to only medical or biological descriptions, and secondly, psychological theories of well-being at that time lacked empirical rigor – they were not tested [44; 46].

In her early works, C. Ryff defined the aspects of psychological well-being:

- autonomy;
- ecological skill;
- positive relationships with others;
- purpose in life;
- realization of own potential;
- self-acceptance

In later studies, goal achievement, happiness, and life satisfaction were added.

The model of psychological well-being of C. Ryff caused great scientific interest in the phenomenon of psychological well-being. Psychologists actively began to develop new criteria, thereby expanding the conceptual space of the concept of "psychological well-being". In particular, K. Joronen and P. Astedt-Kurky singled out such social psychological factors of well-being [47]:

1. Safety and comfort of the home environment.
2. An atmosphere of love, characterized by family joys, closeness and harmony.
3. Openness and trustworthiness of interpersonal relationships.
4. Parental control and inclusion in the life of children or teenagers.
5. A sense of significance in her.
6. Family support of relationships with people and children's activities outside the family.

Psychological science has put forward another significant construct in the structure of psychological well-being – quality of life. More than 30 years ago, D. Shin and D. Johnson stated that psychological well-being is a global assessment of a person's quality of life according to his own chosen criteria. This opinion is still reflected in modern literature [30].

If the six factors proposed by C. Ryff are considered not as a model of subjective well-being, but as predictors of subjective well-being, it appears that the RM Ryan model, developed within the framework of the theory of self-determination, which considers such predictors of sub objective well-being, such as autonomy, competence, and connections with others. At the same time, the authors do not write, unlike C. Ryff, that they study well-being, but consider these qualities precisely as predictors that affect the level of a person's subjective well-being [43; 44; 45].

A deep analysis of literary data made it possible to determine the level and direction of modern psychological research practice in this field and to highlight the psychological content and main characteristics of the well-being phenomenon. We assume that psychological well-being includes the following components:

1. An instinctive desire for positive emotions (as predictors and sources of well-being, as a rule, genetic predisposition is considered).
2. Instinctively-conscious avoidance of negative emotions.
3. Conscious, rational, purposeful pursuit of life satisfaction [47].

The vector of psychological well-being is the trajectory of sensory orientation, self-acceptance, self-realization, and positive choice. This thesis is confirmed, first of all, by the fact that in modern psychological science, the individual is not considered as a passive person under the influence of external forces, but as an active subject influencing his life and activities. In addition, well-being is a dynamic concept that includes subjective, social and psychological aspects. It should also be noted that positive and negative affect are two independent dimensions, and the difference between them can also be an indicator of the degree of psychological well-being. Accordingly, positive emotions do not increase with the disappearance of negative ones; well-being is associated with a balance between them, not with the absence of adversity.

Thus, psychological well-being is an integral indicator of the degree of a person's orientation to the realization of the main components of positive functioning, as well as the degree of realization of this orientation, which is subjectively expressed in the feeling of satisfaction with one's life, inclusion in life, including the degree of dissatisfaction, which is expressed in disappointment in life, life's passivity and excessive depression with anxiety about the future.

In both domestic and foreign psychology, data on the influence of temperament on subjective well-being have been repeatedly cited. In particular, the assumption that the indicator of extraversion is one of the main factors influencing subjective well-being is questioned, despite the fact that the indicator of neuroticism-emotional stability consistently correlates with three dependent variables (sub (objective well-being, subjective well-being) and affective balance) [33]. As a result, it can be assumed that subjective well-being is more closely

related to emotional stability than to indicators of extraversion. Psychological health is considered one of the key factors influencing the subjective well-being of an individual.

According to foreign psychologists, one of the ways to promote the achievement of psychological well-being can be a person's enthusiasm for activities that make him happy, since "passion for activity" (passion for an activity) is a particularly important type of engagement in activity that can lead to sustainable positive effect on psychological well-being [6; 10; 55]. People who have a passion for a certain type of activity usually engage in that activity for several hours a week. As a result, they can feel positive emotional experiences, which, in turn, contribute to the achievement of psychological well-being.

Thus, theoretically, subjective well-being in its essence can be considered as "a set of cognitive and affective conclusions that people accumulate when evaluating their existence... in practice, subjective well-being is a more scientific term for what people, as a rule, called happiness" [51].

In order to determine the characteristics of the manifestation of psychological well-being among students in 2024, an ascertaining study was conducted on the basis of Melitopol State Pedagogical University named after Bohdan Khmelnytskyi. The total sample consisted of 92 respondents, aged 18-35.

The research was conducted according to the following stages:

1. Selection and substantiation of diagnostic tools for researching this problem;
2. Identification and empirical study of the features of emotional well-being of students in the conditions of distance learning;

Analysis of the results and development of a program for the development of psychological well-being within the framework of the implementation of the Erasmus+ KA2 project "Boosting University Psychological Resilience and Wellbeing in (Post -) War Ukrainian Nation» (BURN), direction of Capacity building in the field of higher education (Development of potential in the field of higher education), the participant of which is Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University

As part of the diagnostic study, the following techniques were used:

1. Scale of psychological well-being by K. Riff. This technique is designed to measure the expressiveness of the main components of psychological well-being. The author of the method considers psychological well-being as the individual's sense of integrity and awareness of his being and includes such components as: having a purpose in life, positive relationships with others, personal growth, management of the environment, self-acceptance, autonomy.

2. Scale of subjective well-being M. Sokolova. This scale consists of 17 items, the content of which allows measuring the emotional component of subjective well-being or emotional comfort. According to the author of the method, subjective well-being includes three criterion characteristics. First, external normative criteria (honesty, "right" life). A person feels well-being if he has some socially desirable qualities. Thus, the criterion of well-being/unwellness becomes the system of values accepted in this culture. Secondly, life satisfaction.

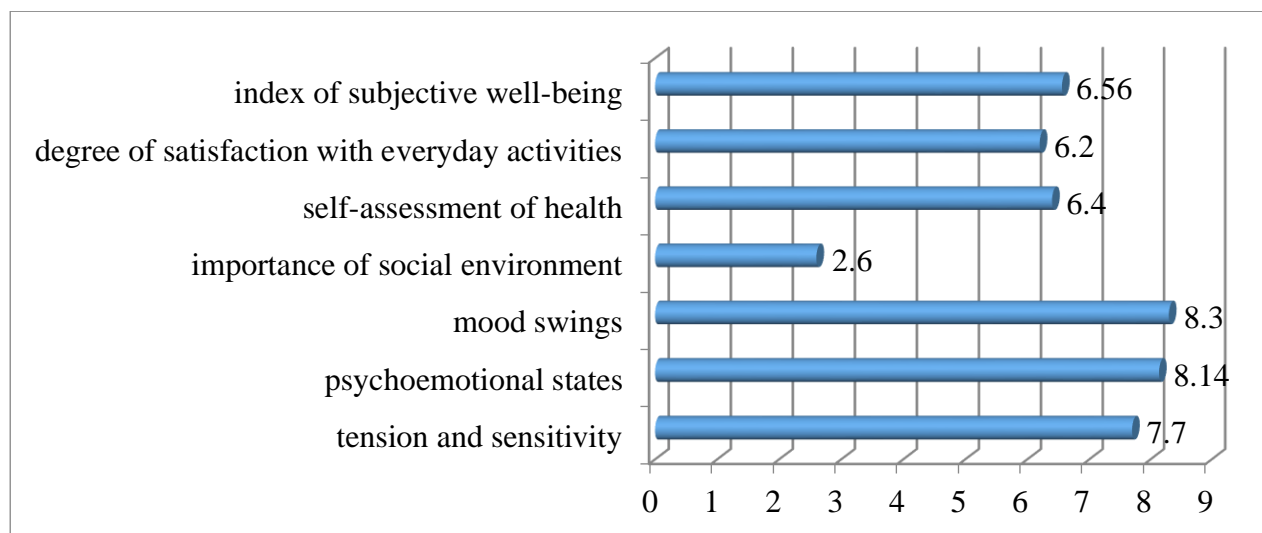
In this case, subjective well-being is associated with a specific person's standards for what constitutes a good life. Thirdly, subjective well-being is closely related to the concept of happiness and is perceived as an advantage of positive emotions over negative ones.

Methods of diagnosing subjective well-being M.V. Sokolova includes the following scales: 1) tension and sensitivity; 2) signs accompanying the main psychoemotional symptomatology; 3) mood changes; 4) the importance of the social environment; 5) self-assessment of health; 6) degree of satisfaction with everyday activities.

3. The updated Oxford Happiness Questionnaire (OH1) is developed on the basis of the Beck Depression Questionnaire and is intended to measure the level of happiness in general. It consists of 29 groups of statements about the personal happiness of the respondent, the analysis of which allows to reveal a low, reduced, average, increased or high level of happiness.

Methods of descriptive statistics (arithmetic mean, mode, median, variance, standard deviation) for determining the normality of the empirical distribution.

The results of the study of the characteristics of the subjective well-being of students are presented in Fig. 1.



*Fig. 1 Distribution of coefficients according to indicators of subjective well-being of students*

Based on the results presented in fig. 1, we note that the respondents in the negative pole expressed, first of all, such an indicator of subjective well-being as "mood change" (average value 8.3), that is, they are able to feel great joy and greater depression. This indicates a certain destabilization of the students' emotional state. These fluctuations and sudden changes in mood accompany students in their daily activities, in educational activities, in interpersonal and friendly relationships. It follows from this that it is rather difficult for students to confidently look to the future, professional and educational activities, they do not consider their personal life optimistically, they note a low background of mood, they say that they do not always feel healthy and energetic, they do not feel in the



best physical shape. Such indicators of subjective well-being as "tension and sensitivity" (mean value 7.7) and "psycho-emotional states" (mean value 8.14) also have high values, which indicate the subjective well-being of the respondents. Most people are characterized by pronounced psycho-emotional instability, increased emotionality in frustrating situations, can be restless and absent-minded. Everyday relationships and responsibilities cause emotional pressure. Students increasingly begin to feel the need for solitude. In our opinion, this happens because the majority of students show an active attitude to reality, strive for self-knowledge, self-determination, self-affirmation, at the same time, due to various circumstances related to limited access to educational resources, stressful factors caused by military actions, a certain instability of their position appears, expressed in impulsiveness and scatter, illusory and exotic romanticism, disappointment and comprehensiveness of things, themselves and others, in general, negative maximalism and willful disharmony. All this undoubtedly affects the psycho-emotional state of students and their sense of subjective well-being.

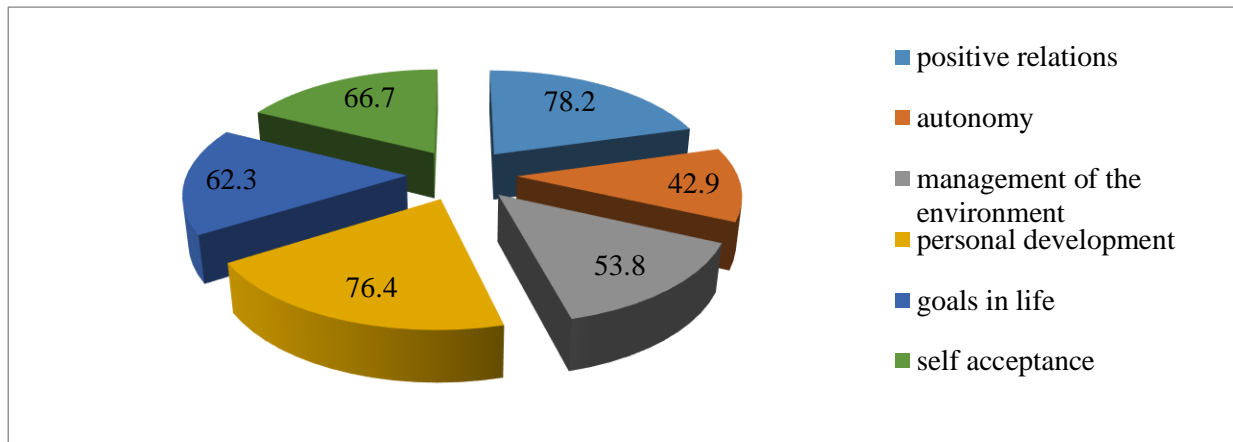
It should be noted that the only indicator of subjective well-being, expressed in minimum points, is "importance of social environment" (average value 2.6). This shows that for the respondents, the most resourceful aspect of life is their social environment, their family, and friends. They know that in case of certain difficulties and problems, they have someone to turn to for help, being in the circle of family and friends, they feel great satisfaction. In general, it can be noted that the desire to achieve the desired results is accompanied by the expectation of support, approval and recognition of others. In our opinion, this is due primarily to the desire for social integration and active participation in the social space. To date, this need for students is limited in connection with the war and distance learning. In particular, the expressed desire for communication, the ability to easily establish interpersonal contacts allows women to build active interaction with various social structures (creative, public, professional, sports, etc.). Despite the most harmonious combination of intellectual and social maturity, it is quite difficult for most students to independently solve and overcome the difficulties that arise, which is due to their certain dependence on the social environment in order to achieve a sense of subjective well-being.

Such indicators of subjective well-being as "self-assessment of health" and "degree of satisfaction with everyday affairs" have an average degree of expressiveness, but with a tendency towards pronounced discomfort. Respondents note the restlessness that appears in relation to various circumstances of their life, they overreact to minor obstacles and failures, talk about their lack of concentration and distraction. Their daily activities are often accompanied by a feeling of boredom.

In general, we note that the majority of students are characterized by moderate subjective well-being; however, there is a tendency towards more pronounced emotional discomfort. In our opinion, this is connected with global world transformations, the prolonged influence of stressful factors and the formation of the entire system of identifications and stereotypes, the motivation of

their activities, the contradictions of their inner world, and difficulties in finding their individuality.

The results of the diagnosis of the psychological well-being of women according to the K. Riff method are presented in fig. 2



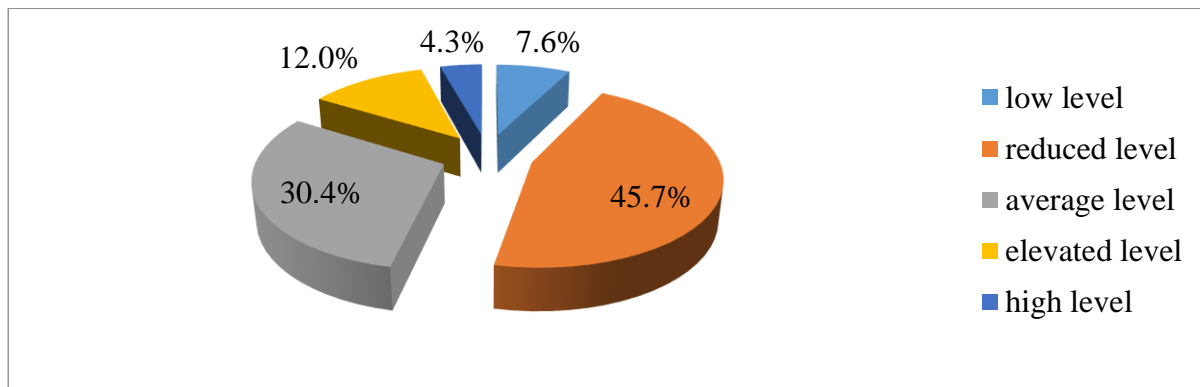
*Fig. 2. The results of the study of the characteristics of the psychological well-being of the respondents (average values)*

Based on the results of the study of the psychological well-being of students, we can note that such scales of the methodology as "positive attitude towards others" (average value 78.2) and "personal growth" (average value 76.4) have a high level of expression. The "autonomy" scale has a low level of expression (average value 42.9). The remaining scales of the methodology have an average degree of expressiveness.

Thus, respondents have satisfactory, trusting relationships with others, are able to care for the well-being of others, especially important people, empathize, bond and do not avoid close relationships. They build interpersonal relations from the position of mutual acceptance, mutual respect and mutual trust. Also, they are oriented towards continuous development, perceive themselves as "growing" and self-realizing individuals, open to new experiences. It is important for them to feel a sense of realizing their potential. Such processes as striving for self-development, self-discovery, and self-realization are leading in the lives of students.

The results of this technique confirm the results of the research on subjective well-being, when we talk about the respondents' dependence on their social environment. Students tend to show dependence on the opinion and evaluation of others, in making important decisions they mainly rely on the opinion of others, they can succumb to society's attempts to force them to think and act in a certain way.

The results of the study of the level of happiness of the subjects according to the updated Oxford happiness questionnaire are presented in Fig. 3.



*Fig. 3 The results of the study of the level of happiness among students*

Based on the results presented in Figure 5, we can note that the majority of respondents have an underestimated (45.7%) and low (7.6%) level of happiness. These students have a pessimistic view of their future, note the lack of prospects and any hopes for the future. The present also does not satisfy them, they do not control it, events and situations are filled with stress, they do not show interest in other people, they are the initiators of interpersonal relations, they treat others with suspicion, mistrust, and skepticism. The same emotional background accompanies their past and memories – students with a low and reduced level of happiness cannot name happy memories, and their life performance is rated extremely low. In 30.4% of the respondents, an average level of feeling of happiness was found. These respondents note that they are quite optimistic about the future, find things in their lives that satisfy them, and are able to at least partially control their lives and events. In general, individuals who have an average level of happiness, are satisfied with the way they live, are interested in other people, are "easy to get up to," that is, they do not have difficulties when it is necessary to start a new business. Also, students with an average level of happiness in their past experience have quite a lot of happy moments and memories. In general, we can note that these students quite rationally and constructively evaluate themselves and their possibilities, accepting the mistakes of the past, the possibilities of the present and expecting a happy future. An increased and high level of happiness was found in 16.3% of respondents of the sample. All the life activities of these people are accompanied by a feeling of happiness, an uplifted mood, a feeling that everything is "under their power" and they, as one of the test subjects put it, "can move mountains." Such students are optimistic about the future, they are characterized by professional growth, self-development, and strive to realize themselves in various fields. The experience of the past, even if negative and traumatic, is evaluated as educational, which opens up great opportunities and perspectives.

Thus, the conducted empirical research, aimed at identifying the psychological features of psychological well-being of students, allows us to identify some trends. First of all, the low level of autonomy of the interviewees, which was determined in two methods ("Psychological well-being" by K. Riff, "Subjective well-being" by M.V. Sokolova) indicates a rather high dependence of the respondents on the opinions and relationships of the people around them. Secondly, a high level of contact and the ability to build friendly relations with

others. Thirdly, the students showed a high level of desire for personal growth and self-realization in many areas of their life against the background of limited opportunities for self-realization. In general, we note that the participants of the study are characterized by moderate subjective and psychological well-being with a progressive tendency to disadvantage.

Taking into account the relevant results of the ascertaining research, we consider it a priority to find ways to develop and support psychological well-being among young people. One of these ways is the development and implementation of a program for the development of the psychological well-being of young people who find themselves in difficult life circumstances based on practice-oriented mindfulness approaches. The corresponding techniques are planned to be integrated into the educational course – Mindfulness-Based Art Therapy with trauma MA within the project Erasmus+ KA2 «Boosting University Psychological Resilience and Wellbeing in (Post -) War Ukrainian Nation" (BURN).

Currently, the mindfulness technology is attracting considerable interest in the scientific community, especially in the context of obtaining empirical evidence of its positive effect on brain activity during studies using an MRI machine. The results of numerous studies testify to the effectiveness of such practices as a means of treating depression, preventing their recurrence, reducing chronic pain, reducing the negative impact of stress, increasing immunity, physical and mental endurance, increasing the subjective sense of well-being, insomnia and anxiety disorders, eating disorders, chronic fatigue syndrome, bipolar affective disorder [12].

The development of the cognitive sphere is not the main goal of Mindfulness practices, however, the presence of relevant effects is indirectly indicated by some data of research conducted by foreign colleagues. They emphasize that the focus of attention is one of the main skills that practitioners learn during mindfulness meditation. Research shows changes in the parts of the brain related to attention, which contribute to increasing its concentration, as well as improving mnemonic functions [5; 19; 20; 23; 50].

Mindfulness is defined as the invaluable focus of attention on the present moment with complete concentration on it and registration of various aspects of reality without attempting to interpret them. In other words, it is from the forms of experiencing (living) reality, when one's own feelings, emotions, thoughts are tracked directly, without being subject to analysis and critical judgments. Revealing its origins in the philosophical tradition of Buddhism, the concept of mindfulness gained wide distribution and empirical argumentation after its introduction into the methodological field of cognitive-behavioral therapy, standing out in the central direction of its "third wave". Probably, the common goal of mindfulness and cognitive-behavioral therapy, which consists in getting rid of rumination as the main cause of many mental disorders by arbitrarily switching attention, became the basis of the effectiveness of this method. Operationalizing methods of the mindfulness program are specified with the help of meditative and cognitive techniques, which can be aimed at achieving psychotherapeutic, relaxation and developmental (including in the cognitive sphere) effects [57].

Mindfulness practices are not directly aimed at the development of cognitive processes – they are used mainly in the areas of work with stress, anxiety, and depressive disorders, however, the achievement of this side effect is indicated by some research results. Based on the research data of foreign scientists, it is possible to characterize the mechanism of influence of mindfulness as a two-level system that carries out, on the one hand, cognitive regulation (in which the subject learns to monitor the appearance of negative thoughts), and on the other hand, emotional regulation (development of the ability, not plunging into anxiety), accepting negative events) [52; 53; 54].

Based on the analysis of more than 20 studies, a group of scientists (K.C. Fox, S. Nijeboer, M.L. Dixon, etc.) identifies at least eight areas of the brain that are positively affected by mindfulness practices, including the anterior part of the cingulate gyrus, the prefrontal cortex, and the hippocampus, amygdala, insular lobe, etc. [36]. In people with experience of meditation, there is an increase in gray matter (thickness of the cortex) in areas of the brain responsible for attention and processing of sensory information [17]. A significant increase in the myelination of nerve fibers found in people who practice mindfulness contributes to the improvement of the functioning of mnemonic processes, the speed of learning, as well as increased empathy. An increase in gray matter in the anterior part of the cingulate gyrus contributes to the development of cognitive flexibility, focus, switching, selectivity, accuracy, and the amount of attention, provides better abstraction from redundant sensory information, as well as the determination of optimal decisions based on the analysis of past experience [1; 8; 9].

However, some of the studies included in the meta-analysis show methodological limitations, as well as negative results [57], which necessitates further research on the effectiveness of mindfulness in the field of cognitive process development.

Mindfulness is a mental practice that involves focusing one's full attention on the present moment in a non-judgmental, accepting way. Originating from Buddhist meditation traditions, it has been adapted into various secular contexts, including psychology and wellness practices. The primary goal of mindfulness is to enhance one's awareness of thoughts, emotions, bodily sensations, and the surrounding environment as they occur, without rushing to interpret or alter them [39; 40; 41].

#### **Core Aspects of Mindfulness:**

1. **Present Moment Awareness:** Practitioners concentrate on the "here and now," letting go of worries about the past or future. This can include becoming aware of breath, sensations in the body, or sounds and sights around them.

2. **Acceptance and Non-Judgment:** Mindfulness encourages acknowledging thoughts and feelings without labeling them as "good" or "bad." This non-judgmental awareness helps reduce reactivity, allowing individuals to approach situations with a clearer, calmer mindset.

3. **Emotional Regulation:** Through increased awareness of emotional triggers and responses, mindfulness practices can enhance emotional resilience, aiding in managing stress, anxiety, and even depression. By observing emotional

reactions without immediate response, individuals can create space between stimulus and reaction, allowing for more thoughtful decisions.

4. **Attention Training:** Mindfulness involves intentional focus and concentration, which can improve attention span over time. Techniques such as focused breathing exercises are common, guiding the mind to return to a single point of focus whenever it wanders.

5. **Embodied Awareness:** A significant component of mindfulness is connecting with bodily sensations, often achieved through practices like the body scan, where practitioners mentally observe each part of their body. This helps in developing a grounded sense of self and a better awareness of physical and mental states.

#### **Mindfulness has proven benefits in diverse fields:**

- **Psychological Health:** Effective in reducing symptoms of stress, anxiety, and depression, it is widely incorporated in therapeutic approaches like Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

- **Workplace Productivity:** Mindfulness can improve focus, decision-making, and resilience to stress, which enhances overall productivity and workplace satisfaction.

- **Education:** It helps students and educators manage stress, enhance concentration, and foster a more positive learning environment.

#### **Methods of Practicing Mindfulness**

1. **Mindful Breathing:** Focus on each breath, observing how it feels to inhale and exhale, bringing the mind back whenever it wanders.

2. **Body Scan:** Systematically directing attention to different parts of the body, noting sensations, tension, or relaxation.

3. **Walking Meditation:** Walking slowly while being fully aware of each movement, footstep, and sensation, grounding awareness in the physical experience.

4. **Mindful Observation:** Observing an object, scene, or even one's thoughts and emotions with full attention, as if experiencing them for the first time.

Mindfulness has become increasingly popular due to its accessibility and profound impact on well-being, making it a valuable tool for mental health, personal growth, and overall quality of life.

#### **Terms of Use for Mindfulness Practices:**

1. **Purpose and Scope of Use.** Mindfulness practices are intended to improve mental health, well-being, and awareness. These practices can be used by individuals for personal growth or by professionals, such as therapists and coaches, within ethical guidelines for therapeutic support. Users must approach these practices as supplementary tools rather than replacements for medical or psychological treatments.

2. **Personal Responsibility and Safety:**

- ✓ Individuals practicing mindfulness should be aware of their own mental and physical limitations and engage only in exercises that feel safe and manageable.

✓ If any exercise causes discomfort or distress, users are advised to pause and, if needed, consult a mental health professional for support.

✓ Mindfulness should be practiced in a safe, quiet environment where one can focus without interruptions.

### 3. **Non-Medical Nature of Practice:**

✓ Mindfulness is not a substitute for medical diagnosis, treatment, or medication. It should be used as a complementary practice for well-being.

✓ Individuals with a history of mental health issues, especially trauma, anxiety, or depressive disorders, should consult healthcare providers before engaging in intensive mindfulness or meditation practices.

### 4. **Ethics in Professional Use:**

✓ When mindfulness is incorporated in therapeutic, educational, or coaching settings, professionals are expected to maintain boundaries, confidentiality, and ethical practices.

✓ Professionals should be trained in mindfulness or certified to teach or facilitate these practices, especially in group settings, where diverse experiences and vulnerabilities may arise.

5. **Respect for Cultural Origins.** Mindfulness has roots in Eastern meditation traditions, particularly Buddhism. Users and instructors are encouraged to approach mindfulness respectfully, recognizing and acknowledging its cultural origins without misappropriation.

6. **Inclusivity and Accessibility.** Mindfulness practices should be made accessible to all individuals, regardless of background, abilities, or beliefs. Practices should avoid language or content that could alienate or exclude participants and be adaptable to accommodate physical limitations.

### 7. **Privacy and Confidentiality in Group Settings:**

✓ In mindfulness workshops, group sessions, or courses, it's essential to protect participants' privacy. Facilitators should remind participants to respect confidentiality and create an environment that promotes safety and trust.

✓ No recording of sessions should occur without informed consent from all participants.

8. **Informed Consent for Mindfulness Instruction.** For those engaging in structured mindfulness programs (like MBSR or MBCT), instructors should provide clear information on the program's purpose, expected outcomes, and any potential challenges, allowing participants to make informed decisions.

9. **Adherence to Practicing Guidelines.** To receive the full benefits of mindfulness, users are encouraged to follow recommended practices and duration guidelines, recognizing that consistency rather than intensity often yields the best results.

10. **Modifications and Adaptations.** Users should feel empowered to modify or adapt mindfulness practices to suit their personal needs, physical limitations, and comfort levels. Professional guidance may be sought for personalized adaptations when necessary.

**Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT)** combines principles of mindfulness with therapeutic art-making to help individuals process and heal from

trauma. This approach integrates present-moment awareness and creative expression, offering a powerful, non-verbal outlet for exploring and processing difficult emotions associated with traumatic experiences. Developed initially for reducing stress and improving emotional well-being, MBAT is particularly effective for trauma because it provides a safe space for individuals to access and express deep-seated emotions in a supportive, controlled manner [31; 34; 35].

### **Core Components of Mindfulness-Based Art Therapy for Trauma:**

1. **Mindfulness Practice.** MBAT incorporates mindfulness techniques such as focused breathing, body scans, and non-judgmental observation. These practices allow participants to develop awareness of their thoughts and emotions without becoming overwhelmed. The focus on the present moment helps to ground individuals, preventing them from being fully re-immersed in traumatic memories while exploring them.

2. **Art as Expression.** Art-making in MBAT is therapeutic and symbolic, offering participants a means to express feelings that may be challenging to articulate verbally. Through painting, drawing, sculpture, or collage, participants can externalize traumatic memories or emotions, making them easier to observe, understand, and eventually integrate. This creative expression also allows for a release of emotions in a way that feels safe and empowering [21; 25].

3. **Self-Compassion and Non-Judgment.** A significant principle of MBAT is cultivating self-compassion. Trauma often brings feelings of shame, self-blame, or low self-worth. Mindfulness encourages participants to view their emotions with kindness and without judgment, fostering a sense of acceptance and reducing negative self-talk that can hinder healing.

4. **Body Awareness and Grounding Techniques.** Many trauma survivors experience physical symptoms related to their trauma, such as tension, dissociation, or panic. Mindfulness-based grounding techniques, combined with art therapy, help participants reconnect with their bodies. For example, while working on an art piece, participants might be encouraged to focus on the sensations of touch, texture, and movement, allowing them to stay present and embodied during the therapeutic process [22].

5. **Building Resilience and Emotional Regulation.** MBAT helps participants develop resilience by enhancing their ability to regulate emotions. Through mindfulness, individuals learn skills to observe their emotional reactions, create distance from painful memories, and practice emotional self-regulation. These skills are crucial for trauma survivors as they work to navigate and cope with trauma-related triggers outside of therapy [18].

#### Benefits of MBAT for Trauma Survivors:

1. **Safety and Control.** MBAT allows participants to control the pace and depth of their exploration, which is essential for trauma survivors who may feel vulnerable. They can choose the medium, intensity, and focus of each session, promoting a sense of agency.

2. **Expression Beyond Words.** For many trauma survivors, verbalizing traumatic memories can be too painful or even re-traumatizing. MBAT allows for



non-verbal expression, enabling individuals to engage with their emotions safely and indirectly.

3. **Enhanced Self-Awareness.** By combining mindfulness with art, MBAT helps participants become more aware of their inner emotional landscape. As they observe their own art and emotional responses, they can gain insights into how trauma has shaped their thoughts, beliefs, and self-image.

4. **Sense of Accomplishment and Rebuilding Identity.** Creating art offers participants a tangible result they can see, touch, and reflect upon, which can instill a sense of accomplishment and pride. For trauma survivors who may feel disconnected from themselves, the act of creating can also contribute to a renewed sense of identity and purpose.

5. **Reduction of Anxiety and Depression Symptoms.** Research has shown that both mindfulness and art therapy can reduce symptoms of anxiety and depression. Combined, these methods in MBAT can help trauma survivors improve their mood, reduce intrusive thoughts, and cultivate a more positive outlook [7].

MBAT is adaptable and can be used in individual or group therapy sessions. For example [2]:

- **Individual Sessions:** Offer a personalized and private setting where the therapist can tailor exercises to address specific aspects of the participant's trauma.
- **Group Settings:** Foster a shared healing environment where participants can witness others' journeys, reducing feelings of isolation and reinforcing community support.

Mindfulness-Based Art Therapy is a compassionate, integrative approach to trauma therapy. By combining the grounding and awareness-enhancing qualities of mindfulness with the expressive, transformative potential of art, MBAT offers a unique pathway for trauma survivors to process emotions, regain control, and cultivate inner resilience. This therapeutic combination helps individuals move beyond the constraints of trauma, empowering them to heal and reconnect with a fuller, more resilient sense of self [2].

**Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)** is a therapeutic program combining cognitive behavioral therapy (CBT) and mindfulness practices designed to prevent relapses of depression and anxiety. The program aims to help people develop skills that allow them to monitor their thoughts, emotions and bodily reactions without judging them or succumbing to automatic reactions that lead to distress or depressive episodes. Mindfulness – Based program Cognitive Therapy (MBCT) was developed to prevent relapses of depression, but over time it has been adapted to a wider range of problems, including anxiety disorders, stress and emotional burnout. It is based on a combination of mindfulness practices and the principles of cognitive behavioral therapy (CBT), which help people learn to manage their own thoughts and emotions.

Main aspects of **MBCT**:

1. **Mindfulness:** This is a practice that teaches you to be in the "here and now" moment, focusing on the present experience (thoughts, feelings, bodily sensations) without judging them.

2. **Cognitive Behavioral Therapy (CBT):** Participants learn to recognize negative automatic thoughts and replace them with more realistic and helpful thoughts. It also includes working with behavioral responses and modeling new behavioral strategies.

**Structure of the MBCT program**

The program usually lasts 8 weeks and includes:

- Group sessions (weekly) lasting about 2 hours.
- Daily mindfulness exercises that participants perform at home.
- Cognitive tasks for working with automatic negative thoughts and emotions.
- Meditation practices such as "body scanning" (body scan), conscious breathing, observation of thoughts, awareness of emotions.

**The main stages of the program:**

1. **Teaching basic mindfulness skills :** participants learn to focus on their sensations and breathing, developing the ability to be an "observer" of their thoughts and emotions.

2. **Working with thoughts:** participants learn to track automatic negative thoughts, understand how they affect emotions, and gradually change their attitude towards them.

3. **Applying mindfulness in everyday life :** Being able to integrate mindfulness into everyday situations helps to avoid automatic negative reactions.

4. **Relapse prevention:** learning strategies to cope with distress, increasing emotional resilience.

**Additional aspects of the MBCT program:**

1. **Mindfulness practices:**

- ✓ Breath and body awareness meditation.
- ✓ Mindfulness in everyday life: while eating, walking or talking.
- ✓ "Body scan" is a technique that helps to track and focus attention on different parts of the body.

2. **Purpose of the program:** The main purpose of MBCT is to help participants identify and overcome automatic cognitive patterns that lead to negative emotions and stress. This includes:

- ✓ The ability to distance yourself from destructive thoughts.
- ✓ Reducing the influence of stressful factors.
- ✓ Learning more adaptive thinking patterns.

3. **Mental health support:** MBCT is effective not only for people suffering from depression, but also for those experiencing anxiety, stress or wanting to improve emotional well-being. It helps a person avoid "traps" of the mind, such as obsessing over negative thoughts or catastrophic thinking.

4. **Scientific validity:** Numerous studies have confirmed the effectiveness of MBCT. For example, clinical trials have shown that MBCT reduces the risk of recurrent depression by 43% in people who have already experienced multiple episodes of depression. The program has also proven to be useful for people with anxiety disorders and chronic stress.

5. **Group sessions:** MBCT is usually done in groups, allowing participants to support each other and share experiences. It also helps to create an atmosphere of trust in which participants can freely share their difficulties.

6. **Home Practice:** One of the key parts of MBCT is regular home practice, which helps reinforce mindfulness skills. Participants receive a task for each week, which includes meditation practice, reflection on their own thoughts and feelings.

7. **Approaches and techniques:** The main emphasis is on the development of "decentralization", that is, the ability to observe one's thoughts without identifying with them. For example, instead of accepting thoughts as truth ("I always fail"), participants learn to treat them as transient phenomena that are not reality.

**Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)** plays an important role in the development of psychological well-being because it focuses on the formation of awareness (mindfulness) and skills to manage stress, anxiety and other emotional problems.

**Effects of MBCT on psychological well-being:**

1. **Emotion regulation:** MBCT helps people recognize negative thoughts and emotional responses to stressful situations. This contributes to the formation of adaptive skills for better management of one's emotions, which promotes stability and inner harmony.

2. **Lowering stress levels:** Regular mindfulness practice, a key component of MBCT, lowers cortisol, the stress hormone. This leads to an improvement in the physical and mental state, reducing the impact of stress factors.

3. **Prevention of depressive relapses:** MBCT is designed specifically for the prevention of depressive episodes. Teaching people mindfulness and ways to change their automatic negative thoughts reduces the likelihood of depression recurring.

4. **Improved quality of life:** Through MBCT's ability to develop mindfulness of the "here and now," people can better enjoy their lives and minimize the impact of negative thoughts and feelings.

5. **Increased Resilience:** People who practice MBCT become more resilient to life's difficulties and crises because they acquire the ability to not get attached to negative thoughts or catastrophic scenarios.

**MBCT promotes the development of psychological well-being:**

- **Increases self-awareness:** Mindfulness helps a person better understand their emotions and physical reactions, which leads to a more adequate response to stressful situations.

- **Develops self-regulation skills:** MBCT teaches people to manage their moods and emotions, reducing dependence on external circumstances in achieving well-being.

- **Reduces reactivity:** Through mindfulness practices, people become less prone to automatic negative reactions to stress and conflict situations.

MBCT is implemented in both group therapy and individual sessions, empowering individuals to work through their own issues through systematic

mindfulness practices such as meditation, breathing exercises, and cognitive interventions [27].

MBCT is an effective tool for developing psychological well-being by providing practical skills for more adaptive management of stress and emotional challenges.

#### References:

1. Baer R. A. Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications. Academic Press. 2006. 448 p.
2. Beaumont E., Hollins Martin C. J. A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through mindfulness and compassion-based practices. *The Arts in Psychotherapy*. 50. 2016. P. 111-118.
3. Bergsma A. Veenhoven R. The happiness of people with a mental disorder in modern society. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*. 2011. 6 p.
4. Bradburn N.M. The structure of psychological wellbeing. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.
5. Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D. (Eds.). Handbook of Mindfulness: Theory, Research, and Practice. Guilford Publications. 2015. 466 p.
6. Carpentier J., Mageau G.A., Vallerand R.J. Ruminations and flow: Why do people with a more harmonious passion experience higher well-being? *Journal of Happiness Studies*. 2012. no. 13(3). P. 501–518.
7. Chapman L., Morabito D., Ladakakos C., Schreier H., Knudson M. M. The effectiveness of art therapy interventions in reducing post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 18(2).2001. P. 100-104.
8. Chiesa A., Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*. 40(8). 2010. P. 1239-1252.
9. Coholic D. Mindfulness and Arts-Based Therapies in Practice: A New Approach to Working with Children and Adults. Jessica Kingsley Publishers. 2011
10. Csikszentmihalyi M. Finding flow: The psychology of engagement with everyday life. New York: Basic Books. 1998. 181 p.
11. Czapinski J. Illusions and Biases in Psychological Well-Being: An «Onion» Theory of Happiness. December 15-18, 1991. 24 p.
12. Davis D. M., Hayes J. A. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*. 48(2). 2011. P.198-208.
13. Deci E.L., Ryan R.M. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*. 2008. no. 9. P. 1-11.
14. Diener E. Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*. 1984. № 95. P. 542-575.
15. Diener E., Eunkook M. Suh., Richard L. Lucas, Heidi L. Smith. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*. 1999. V. 125. № 2. P. 276-302.
16. Diener E., Lucas R.E., Oishi S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press. 2002. P. 63–73.
17. Franklin M., Robbins M. (Eds.) Mindfulness and the Arts Therapies: Theory and Practice. Jessica Kingsley Publishers. 2022. 352 p.
18. Gantt L., Tinnin L. W. Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*. 36(3). 2009. P. 148-153.
19. Garay C.J., Korman G.P., Keegan E.G. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and the ‘third wave’ of cognitive-behavioral therapies (CBT). *Vertex*, 2015. Vol. 26 (119), pp. 49-56.

20. Germer C. K., Siegel R. D., Fulton P. R. (Eds.). *Mindfulness and Psychotherapy*. Guilford Press. 2013. 382 p.
21. Gibson L. *Art Therapy and Trauma: Theoretical and Practical Perspectives*. Routledge. 2019. 254 p.
22. Goldstein J., Kornfield J. *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*. Shambhala Publications. 2001.
23. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(1). 2004. P. 35-43.
24. Harris R. *The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living*. Exisle Publishing. 2008. 174 p.
25. Hass-Cohen N., Carr, R. *Art Therapy and Clinical Neuroscience*. Jessica Kingsley Publishers. 2008. 339 p.
26. Headey B., Wearing A. *Understanding happiness: a theory of subjective well-being*. Melbourne, Australia. 1992. P. 93.
27. Huss E. *What We See and What We Say: Using Images in Research, Therapy, Empowerment, and Social Change*. Routledge. 2015. 152 p.
28. Huta V., Ryan R.M. Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *Journal of Happiness Studies*. 2010. P.735–762.
29. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. N.-Y.. 1958. P. 48.
30. Johnson D. R., Lahad M. *Creative Therapies for Adults*. Jessica Kingsley Publishers. 2009.
31. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Bantam Books. 2013. 643 p.
32. Kahneman D., Riis J. Living, and thinking about it: Two perspectives on life. *The science of well-being*. In F.A. Huppert, N. Baylis & B. Keverne (Eds.) Oxford: Oxford University Press. 2005. P. 285–304.
33. Libran E. Ch. Personality Dimensions and Subjective Well-Being. *The Spanish Journal of Psychology*. 2006. vol. 9. no. 1. P. 38–44.
34. Linehan M. M. *DBT Skills Training Manual*. Guilford Press. 2015. 504 p.
35. Malchiodi C. A. *Trauma and Expressive Arts Therapy: Brain, Body, and Imagination in the Healing Process*. Guilford Press. 2020. 406 p.
36. McCallum M., Piper W. Mindfulness-Based Art Therapy: A Closer Look at Creativity and Emotional Healing in Trauma Survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*. 22(3). 2021. P.185-203.
37. McGillivray M., Clarke, M. *Understanding human well-being*. New York : United Nations University Press 2006. 386 p.
38. McLellan R., Galton M., Steward S., Page C. The impact of creative initiatives on wellbeing: a literature review. Newcastle: CCE. 2012. 100 p.
39. Meijer-Degen F. M., Lodewijkx H. F. M. An art therapy intervention for body-image in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 35(3). 2018. P. 133-143.
40. Moon C. H. *Materials and Media in Art Therapy: Critical Understandings of Diverse Artistic Vocabularies*. Routledge. 2009. 336 p.
41. Neff K. D. *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. William Morrow. 2011. 320 p.
42. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. OECD Publishin. 2013. 290 p.
43. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychology*. 2000. № 55. P. 68–78.

44. Ryff C., Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1996. no. 65, p. 14-23.
45. Ryff C.D. Happiness is everything of psychological well-being. *J. of Personality and Social Psychology*. 1989. № 59. P. 1069-1081.
46. Ryff C.D. Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*. 1995. V. 4. № 4. P. 99-104.
47. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. *J. of Personality and Social Psychology*. 1995. № 69. P. 719-727.
48. Samman E. Psychological and subjective well-being: A proposal for internationally comparable indicators. OPHI Working Paper 5, University of Oxford. 2007. 54 p.
49. Schimmack U. The structure of subjective well-being. In: Eid, M, Larsen, RJ (eds.) *The Science of Subjective Well-Being*. New York: Guilford Press. 2008. P. 97–123.
50. Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press. 2013. 471 p.
51. Seligman M., Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*. 2000. vol. 55(1). P. 5–14.
52. Shapiro S. L., Carlson L. E. *The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness Into Psychology and the Helping Professions*. American Psychological Association. 2009. 194 p.
53. Shapiro S. L., Carlson L. E., Astin J. A., Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62(3). 2006. P.373-386.
54. Siegel D. J. *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. W. W. Norton & Company. 2010. 320 p.
55. Vallerand R.J. The role of passion in sustainable psychological well-being. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*. 2012. 21 p.
56. Waterman A.S. Reconsidering happiness: a eudaemonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*. 2008. no. 3. P. 234–252.
57. Williams M., Penman D. *Mindfulness: An Eight-Week Plan for Finding Peace in a Frantic World*. Rodale Books. 2011. 288 p.
58. Wollny I., Apps J. & Henricson C. Can government measure family wellbeing? A literature review. Family and Parenting institute; London. 2010. 93 p.

## **Part 2. CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PREVENTING DESTRUCTIVE INFLUENCES ON MENTAL HEALTH AND PERSONAL RESILIENCE**

### **2.1. Psychological determinants of overcoming emotional burnout syndrome of systems specialists special education and social work**

#### **2.1. Психологічні детермінанти подолання синдрому емоційного вигорання спеціалістів у системах спеціальної освіти та соціальної роботи**

**Актуальність дослідження.** Діяльність фахівців спеціальної освіти, психологів, соціальних працівників, лікарів, реабілітологів пов'язана з особистим горем людини, соціальними та фізичними стражданнями, функціональними обмеженнями, пригніченням, бідністю, стресом, насиллям, депривацією тощо. Особлива вразливість фахівців обумовлена специфікою професійної діяльності, засобом якої є сама особистість, це професії, «створені до вигорання» (К. Чернісс). Задля ефективної допомоги людям працівники мусять розділяти з клієнтами частину їхнього лиха, безпорадності та люті, повинні розуміти емоції, що впливають на них.

Зазначимо, що останніми роками почали з'являтися дослідження синдрому емоційного вигорання серед дефектологів та логопедів, що пов'язано з особливостями їхньої професійної діяльності, спрямовані на пошук методів його подолання (М. Кононова та А. Куриця, Е. Соломка), а це свідчить про недостатню увагу науковців до постійно зростаючої проблеми емоційного вигорання фахівців спеціальної освіти.

#### **1. Теоретичні засади вивчення синдрому емоційного вигорання фахівців систем спеціальної освіти та соціальної роботи**

ВООЗ (2001) визнала синдром емоційного вигорання (СЕВ) проблемою, яка потребує медичного втручання. В МКБ-11 СЕВ виділено в окремий діагностичний таксон («синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдається впоратися») та має шифр QD85 (підклас «фактори, що впливають на стан здоров'я», блок «проблеми, пов'язані із зайнятістю або безробіттям»).

Поняття «вигорання» або ж, як ще його називають, «згорання» (burnout), вперше був уведений у 1974 році психологом Сполучених Штатів Америки Г. Фройденбергом. Цей термін впроваджено у практику для того, щоб схарактеризувати психологічний стан здорових людей, які знаходяться в тісному і інтенсивному спілкуванні з пацієнтами в атмосфері емоційного перенапруження в процесі надавання професійної підтримки. Ними є працівники системи «людина – людина», а саме: медичні працівники, юристи, священники, робітники соціальних служб і, головним чином, психологи, психіатри та психотерапевти.

Вони часто відчують сильну емоційну напруженість, бо змушені під час своєї роботи постійно стикатися з негативним емоційним переживанням клієнта, мимовільно втягуючись у його психологічний стан. Г. Фройденберг визначив феномен згорання як «поразку, зношення або виснаження, яке виникає в індивіда через різке завищення вимог щодо власних сил та ресурсів» [19].

В іншому випадку цю ситуацію розглядають зі сторони «стану, в якому індивід не передбачає винагороди за роботу, яку він робить, але навпаки – чекає покарання. Причиною цього є недостатня компетенція або недолік мотивованості та результатів, які ним контролюються» [39].

Згідно з методикою щодо вивчення феномену згорання розрізняють її такі головні симптоми: деперсоналізація, недолік почуттів особистих досягнень та емоційну виснаженість [32; 34; 52].

Емоційне виснаження – це відчуття емоційного спустошення та втоми, що виникає в процесі власної роботи.

Деперсоналізація являє собою скептичний погляд щодо роботи й об'єктів власної праці. У випадку суспільної сфери деперсоналізація – це відчужена, байдужа та негуманна поведінка до клієнта, який приходить із метою отримати лікування, консультування, тобто певний результат й подібні заходи допомоги. У такому випадку пацієнт сприймається неживою людиною, і всі його турботи та проблеми, з котрими він приходить до фахівця, здаються останньому благополучними.

Редукція професійних досягнень визначається як поява у спеціаліста певних негативних почуттів, таких, як відчуття некомпетентності та усвідомлення невдачі у власній професійній сфері. Поняття «згорання» разом із його структурою впродовж останніх років стали більш видозміненими завдяки певним дослідженням. Тепер цей феномен визначають як професійну кризу, що поєднується не лише з міжособистісними відносинами, а й із роботою загалом. Завдяки такому розумінню його основні складові такі як деперсоналізація, емоційне виснаження та професійна продуктивність також зазнали певної модифікації. Тобто деперсоналізація з таких позицій набуває ширшого значення і характеризує негативне ставлення не лише до пацієнтів, а й до роботи, його предмету [33].

Л.Х. Айкен, С.П. Кларк, Д.М. Слоун та ін. виокремлюють такі три фактори емоційного вигорання медичних працівників:

1) соціальні фактори (невизнання їхніх істинних досягнень; обмеженість прав лікарів щодо свободи вибору; морально-етичні домагання не відповідають реальності професії робочого місця; обмеження активності професіонала щодо оволодіння новими знаннями, перешкоди на шляху до впровадження нових технологій; недооцінення професійного соціального рангу; проблеми соціально-побутової сфери);

2) особистісні фактори (низька стресостійкість, ідеалізм, орієнтація на інших тощо);

3) фактор середовища (стосунки у колективі, умови роботи) [9; 47].



До факторів емоційного вигорання дефектологів М.М.Кононова відносить «комплекс несприятливих виробничих факторів різної природи, високої відповідальності, нервово-емоційного напруження: постійне відчуття новизни робочих ситуацій; постійне зіткнення з чужим боєм та проблемами, з негативними емоціями; велика кількість контактів з дітьми, що мають психофізичні порушення та їх рідними; високі вимоги до самовіддачі, професійної компетентності фахівців спеціальної освіти; постійне включення вольових процесів в діяльність; відповідальність» [3, с.39].

А.І. Куриця виокремлює фактори (щоденні психічні перевантаження, постійне емоційне напруження, дисбаланс між морально-матеріальною винагородою та інтелектуально-енергетичними витратами) та установки (недооцінка професійної ефективності, яка пов'язана з завищеними вимогами та установка на отримання швидкого результату) логопеда, які обумовлюють розвиток емоційного вигорання; визначає його симптоматику (відчуття спустошеності та виснаженості, хронічна втома, нездатність швидко відновитися, емоційне перевантаження) [5, с.89, 91-92]. Дослідниця звертає увагу на брак досліджень, присвячених проблемі емоційного вигорання логопедів, тоді як М.М.Кононова, вважає, що «багато уваги українські дослідники приділили проблемі вигорання», не вказуючи жодного, чий дослідження присвячені проблеми вигорання саме дефектологів, коли саме їм присвячена її публікація. На нашу думку, досліджень емоційного вигорання дефектологів та логопедів дійсно обмаль.

Серед симптомів дослідники А.М.Пайнс та К.Маслач визначають: втому, виснаження; психосоматичні проблеми; безсоння; негативне відношення до пацієнтів; стеріотипізація особистісної установки; агресивні тенденції; функціональне, негативне самовідношення; стани тривожності; депресія та песимістичний стан; почуття провини; негативне налаштування до роботи, що виконується тощо. Вони зауважують, що емоційне вигорання впливає на такі особистісні характеристики та професійну позицію лікаря як: авторитет, оптимізм, чесність та справедливість, слово лікаря та його гуманізм [47, с.238].

Безліч закордонних досліджень довели існування взаємозв'язку між емоційним вигоранням та віковими показниками індивіда (Л.К. Дітцель, Р.Д. Курсі, Е.С. Хюбнер, Я.С. Октай, К. Ван Війк та ін.), чоловічою статтю (Р. Дж. Берк, Е. Грінгаласс), родинним станом (Дж. Даніель, І. Шабо, Г. Р. Гросс, С.Я. Ларсон, Г.Д. Урбан, Л.Л. Зупан, К. Маслач, С.Е. Джексон, М.П. Лейтер), освітнім рівнем (В. Шауфелі, Д. Енцманн), професійною задоволеністю (Р.Дж. Берк, Дж. де Йонге).

А.В. Костюк [4, с.5] трактує емоційне вигорання у вигляді «складного психофізіологічного феномену, котрий можна визначити у вигляді емоційної, розумової та фізичної виснаженості в результаті тривалого емоціонального знесилення, яке здатне виражатись у формі депресивного стану, втомленості та душевного спустошення, недостатньої енергії, втрати вміння помічати результативність своєї роботи, негативної установки щодо праці та життя в

цілому» [4, с.5,15]. По суті, емоційним вигоранням є один із різновидів механізму психологічного захисту, вироблений особистістю, котрий протікає у формі вимкнення емоцій (їх енергетичного зниження) при взаємодії з психотравмувальними діями. У такому випадку взаємодія з людьми – це основна причина виникнення згорання та прояву його симптомів [4, с.15].

Аналізуючи зарубіжні дослідження щодо проблеми емоційного вигорання, А. В. Костюк, дійшов висновку, що «основні підходи акцентують свою увагу на глобальній невідповідності – між ресурсами працівника та вимогами, які йому пред'являються; між особистістю та її роботою; між індивідуальними, етичними принципами та професійними вимогами». Проте в ньому немає глибокої психологічної інтерпретації та системної подачі інформації, що поєднує даний напрямок дослідження більшою мірою із соціологічним. Зазвичай вітчизняна психологія визначає синдром згорання у формі особливого стану особистості, котрий виникає внаслідок професійного стресу та адаптації, проте протягом останніх часів проблема у вивченні цього поняття значною мірою розширюється, завдяки екзистенційному підходу, поняттю психічного стану тощо. Інакше кажучи, психологічними наслідками емоційного вигорання можуть стати чинники не лише в професійних взаємовідносинах, а й в особистій життєдіяльності людини, у різноманітних аспектах її існування» [4, с.15].

У деяких роботах закордонних дослідників виділено індивідуальні умови для виникнення синдрому згорання, а саме Р.Т. Лі, Н. Тольфсон, К.М. Пірс, Г.Н. Моллой, Б.Е. Ешфорт пов'язують його з особистісними стратегічними механізмами щодо опору стресогенним обставинам; дослідження Ф.К. Ліненбург, К. Фукуа, Б.М. Бірн, К. Кутюр виявили зв'язок із локусом контролю. Негативна кореляція прослідковується з самооцінкою у дослідженнях (В.Б. Шауфе, Й. Г. Розе, А.Е. Джонсон, Р.В. Босс, Д.Ф. Краун, Б.М. Бірн). Р. МакКрей і П. Коста розробили концепцію п'ятифакторної моделі особистості, яка дозволяє розглядати зв'язок вигорання з іншими особистісними характеристиками.

На думку А.В. Костюка, особистісні моделі дають найкращу змогу системно досліджувати зазначений психічний феномен, проте головною, центральною методологічною основою є саме системно-структурний підхід, котрий відсутній у великій кількості закордонних досліджень, що, в свою чергу, значно знижує їхню результативність для науки.

А.В. Костюк пропонує структурну форму утворення емоційного згорання оперативних працівників у сфері психології, які працевлаштовані в системі ОВД, до якої входять такі причини:

- 1) соціально-демографічні (посада, сімейний стан та ін.);
- 2) стажові (загальний стаж в ОВС, стаж основної посади, стаж роботи психологом в ОВС);
- 3) особистісні;
- 4) відношення до спеціальності та самого себе (задоволеність працею, соціальна та індивідуальна орієнтація, відчуття безперспективності,

недостатньої лояльності, подолання тривоги за допомогою адикції та ін.) [4, с.17].

О.В. Хромцева вважає, що сучасна людина більшість особистісного часу (70%) проводить на роботі. Типову картину «робочої зношеності» спостережено у вихователів, вчителів, соціальних педагогів, лікарів, юристів тощо. Науковець наводить такі моделі психічного вигорання:

1) Одновимірна модель характеризується фізичними і психічними порушеннями, викликані тривалими перенавантаженнями в професійно-значущих ситуаціях. Ця трактовка близька синдрому хронічної втоми. Емоційне виснаження виявляється в спустошеності й хронічній втомі.

2) Вигорання як двовимірний конструкт. Складається з емоційної спустошеності та деперсоналізації, що погіршує й ускладнює відносини з оточуючими. Деперсоналізація проявляється, з одного боку, в психологічній залежності, а з іншої – в негативізмі, цинічності установок і почуттів, наприклад, у байдужому й безособистісному відношенні до іншої людини. Зростає рівень образливості, конфліктності, чутливості до критики, деформуючої стан людини.

3) Трикомпонентна модель згорання у своїй основі має деперсоналізацію, емоційну виснажливість та спрощене ставлення щодо особистісних обов'язків.

Психологічне вигорання може трактуватися як професійна криза, пов'язана з напруженням в роботі та міжособистісних відносинах [1; 31].

«Невдача, знесилення чи зношеність, які відбуваються в людині внаслідок різкої завищеності власних домагань до ресурсів та сил» визначені американським психологом Г. Фройденбергером як синдром вигорання [19].

Серед характеристик вигорання науковець виокремлює такі:

1) знижений фон настрою, який поєднується з тривожністю;  
2) астения, постійна втомленість, емоційна виснаженість;  
3) відчуття незавершеності, незадоволеності контактом;  
4) психосоматичні реакції: розлади сну, серцево-судинної системи тощо;

5) короткотривала психогенна реакція у формі постійних та нав'язливих думок, фобій, сумнівів після складних емоційно напружених ситуацій;

6) зміна відношення до своєї професійної діяльності, спад самооцінки, переживання професійної та особистої неспроможності, відчуття, ніби все, що відбувається, є безглуздом;

7) виникнення негативних емоцій у спілкуванні, переважання стереотипних навичок, формальне виконання обов'язків, відмова від творчої продуктивної діяльності. Отже, феномен згорання проявляється у психологічній та фізичній втомленості, викликаній емоційним перенапруженням при роботі з людьми.

На вигорання спеціалістів впливають такі індивідуальні фактори як віковий період, освітній рівень, сімейний стан, стаж праці, локус контролю, витривалість, Я-концепція, форма опору, нейротизм (тривожність),

екстраверсійність та організаційні фактори: умови роботи, робочі перенавантаженість, нестача часу, рівень тривалості робочого дня, сутність праці, чисельність клієнтів та гострота їх проблем і глибина контакту з ними, співучасть у вирішенні проблем, зворотний контакт.

К. Ахола, С. Топпінен-Таннер, Дж. Сеппанен [8], вважають доцільним враховувати всі фактори емоційного вигорання та пропонують застосовувати системний підхід для профілактики проблеми емоційного вигорання, створювати професійні спільноти, групи з організованою підтримкою спеціалістів.

Л. Тінг, Я.М. Якобсон, С. Сандерс та М. Каннігем, Д.Е. МакГрат, аналізуючи особливості діяльності соціальних працівників сфери психічного здоров'я, виокремили зовнішні та внутрішні фактори, що провокують вигорання. Серед зовнішніх факторів:

1. Хронічність напруженої психоемоційної діяльності;
2. Нестабілізована організаційна робота (нечітке планування та організування своєї праці, неструктурована та нечітка інформація);
3. Підвищена відповідальність під час виконання обов'язків професії (режим постійного контролювання як зовнішнього, так і внутрішнього, особливо у вихователів, педагогів);
4. Несприятливість психологічної атмосфери в професійній діяльності (постійні конфлікти як по вертикалі, так і по горизонталі);
5. Нелегкий контингент у психологічному плані.

Внутрішні фактори, що обумовлюють емоційне вигорання:

1. Схильність до емоційної ригідності (менш реактивні та сприйнятливі та більш емоційно стримані схильні до вигорання);
2. Інтенсивна інтеграція (сприймання та проживання) ситуацій професійної діяльності (підвищена відповідальність стає результатом виникнення емоціонального вигорання);
3. Моральні дефекти та дезорієнтація особистості. Невміння розрізнити добро та зло, благо та шкоду тощо [15; 38; 54].

Автори підкреслюють взаємозв'язок між емоційним вигоранням та стресом. У результаті проведених досліджень, науковці доходять висновку, що 100% співробітники сфери психічного здоров'я (для 60% характерно неадекватне виборче реагування та економія емоцій, 40% переживають психотравмувальні обставини, що виражені в тривозі, депресії, невдоволеності собою тощо) мають емоційне вигорання. На їх думку, вигорання не є неминучим, його можна уникнути, послабити або тимчасово вимкнути профілактичними заходами. Констатуючи наявність проблеми та одночасно відсутність комплексної програми, спрямованої на профілактику професійного вигорання працівників соціальних установ, дослідники вважають за потрібне «використовувати нові технології, діагностики психічного та фізичного благополуччя, комплекс психологічних та психотерапевтичних процедур» [15; 54].

Вчені виявили певні установки, що є чинниками у формуванні феномену згорання, що також є специфічними для роботи консультанта. Такими причинами є:

1) цілковита самовіддача в роботі, коли вона повністю замінює нормальне соціальне життя фахівця;

2) ілюзійне відчуття грандіозності від зробленої роботи, що слугує «опорою» для самооцінки. Однак, коли спеціаліст розуміє, що це не приводить до жаданого результату і праця не дає достатніх для нього відчуттів цінності та значимості, виникає синдром згорання [46].

Приводами також можуть стати професійна невизначеність та рольові суперечності, що виражаються, зокрема, за відсутності чіткої посадової інструкції. Отже, якщо узагальнювати вищесказане, то синдром вигорання можна сформулювати як дезадаптивну реакцію на професійний стрес.

Зарубіжна література по-різному описує цей синдром. Зосереджуючи увагу на основному, можна зазначити, що феномен «вигорання» – це людський стан, що визначений тривалою втомою, емоційним виснаженням та спустошеністю. Як наслідок, рівень продуктивності роботи стає нижчим, а концентрація уваги на чомусь дається складніше. Взаємовідносини з оточенням також зазнають певних порушень – з'являються безперервні конфлікти, індивід стає надмірно уразливим та чутливим до критики. В такому випадку, при несвоєчасній допомозі, рівень описаних симптомів може збільшитись та виявляться вже на фізичному рівні у вигляді підвищеного травматизму та вразливого імунітету до хвороб. Також цей синдром описують у вигляді комбінації емоційного та фізичного знесилення. Це дезадаптивне реагування на робочі стресові ситуації та невміння долати внутрішній та зовнішній натиск в умовах професійної роботи.

У такий спосіб, емоційне вигорання можна описати як більш неоднорідну групу специфічних душевних станів, що здатні проявитись у здорових людей за умови високого емоційного напруження, особливо в процесі надання психологічної або психотерапевтичної допомоги. Відповідно до цього були представлені такі вираження емоційного згорання, що характерні для консультантів:

– астенізація – відчуття хронічної стомленості, нервово виснаження та загальна втома;

– тривожність, що легко виникає на тлі низького рівня настрою;

– безперервне відчуття провини та незавершеності контакту;

– порушений режим відпочинку, що може пов'язуватись із постійною зміною порядку роботи;

– психосоматичні ознаки, серцево-судинні порушення, мігрень, відчуття болю в серцевій області, збільшення або зменшення артеріального тиску, інколи це можуть бути проблеми, пов'язані зі шлунково-кишковим трактом, ускладнення в неврології, особливо досліджувані порушення щодо поперекового радикуліту;

- у консультантів жіночої статі можливий збій в менструальному циклі;
- прояви короткотривалих психогенних реакцій, що представлені у вигляді постійних, нав'язливих думок та фантазій, побоювань та навіть фобій, що виникають у результаті складного та емоційно важкого випадку;
- зміна відношення як до себе, так і особистої фахової діяльності.

У консультантів в процесі їхньої роботи зафіксовано такі стани: знижений рівень професійної самооцінки, тривога щодо особистісної та спеціалізованої неспроможності, зневіра до себе як до фахівця, який здатний розкривати дані види психологічної допомоги. Особистість відчуває невпевненість через те, чи потрібна та корисна її фахова діяльність для соціуму, вважає свою спеціальність безглуздою, тобто в цілому змінює думку про власну професію.

Можуть виникати типові думки: «всі мої старання нічого не варті, моя допомога нікому не потрібна» тощо; позитивне ставлення до пацієнтів змінюється на негативне, і, як наслідок, консультант починає відчувати до клієнта небажані емоції, такі як гнів, невдоволення, злість, огиду та багато інших, тобто ті почуття, яких раніше не було.

Наступним виявом є такий негативний вираз у професійній діяльності, коли фахівець починає вести стандартизоване спілкування, застосовує у власній роботі стереотипні навички, однакові заготовлені методи. Інакше кажучи, замінює творчу продуктивну діяльність на формальне виконання обов'язків консультанта.

Окрім вище зазначених симптомів, до прямих проявів досліджуваного синдрому також можна додати наступні:

- 1) загострення взаємовідносин із значущими людьми та родиною [24];
- 2) зменшення рівня здатності справлятися із власними та професійними негараздами [11]. Іншими проявами згорання є:
  - 3) безперервне почуття стурбованості щодо своєї роботи;
  - 4) відчуття пустоти та важкості, пов'язане із діяльністю;
  - 5) роздратування, що спрямоване на співробітників;
  - 6) ставлення до роботи не як до спеціальності, що несе задоволення, а як до тяжкої необхідності. Різноманітні психофізіологічні явища на кшталт головного болю, безсоння тощо також можуть становити особливу групу симптомів.

Синдром вигорання має перебіг у декілька стадій:

1. Напруга: притуплюється рівень почуттів, емоції стають більш приглушеними, виникає почуття незадоволеності собою.

2. Резистенція: індивід відчуває себе ніби загнаним у клітку, проявляє негативне ставлення до клієнтів та колег, виражає неадекватність емоційних реакцій, які розуміються співробітниками як зневага до них, професійні обов'язки спрощуються попри те, що навички та інтелект залишаються збереженими, присутній порожній погляд та холодне серце.

3. Виснаження: знижується рівень фізичної спроможності, сили волі, відсутні емоції. Тобто в діяльності діє лише один розум, робота «на автоматі», з'являється постійна озлобленість, різкість, осуд професійних цінностей минулого, самотність та відчуженість, що триває аж до повного відсторонення від близьких.

Першими психосоматичними симптомами є: головний та спинний біль, розлади сну (неспання або просночний стан), пригніченість, нудота, депресія або апатія, пізніше проявляються й інші психосоматичні реакції, наприклад, анорексія або булімія.

Більшість експериментів, що вивчають згаданий феномен, поділяють фактори сприяння вигоранню на дві групи:

- організаційні чинники, тобто характеристика фахової діяльності;
- особливості самих фахівців [17; 51].

***Причини формування синдрому емоційного вигорання*** [28; 35]:

Соціально-демографічні та індивідуальні:

- вік;
- стать;
- сімейний стан;
- рівень освіти;
- термін роботи.

Індивідуальні особливості:

- стійкість;
- локус контролю;
- самооцінка;
- стиль протидії;
- екстраверсія;
- нейротизм (тривожність).

Організаційні:

- фізична та емоційна завантаженість;
- умови діяльності;
- нестача часу;
- кількість робочого часу;
- кількість клієнтів;
- процес праці;
- рівень складності проблем пацієнтів;
- глибина контакту з клієнтом;
- співучасть у процесі прийняття вирішень;
- рефлексія.

Констатовано негативну співзалежність між віковим періодом і почуттям емоційного знесилення та відсутністю співзалежності між віковими факторами та сприйняттям особистих досягнень [9].

Серед чоловіків найчастіше спостерігається відчуття деперсоналізації, в той час як у жінок – емоційне виснаження [36].

Така ситуація виникає через те, що чоловікам притаманні переважно інструментальні цінності, а жінки, за своєю суттю, є більш співчутливими і вони менш відчужені щодо своїх клієнтів. Від того, наскільки функції, які виконують працівники, відповідають їхній статевій орієнтації, залежить рівень вразливості щодо вигорання. Саме це було виявлено у дослідженні, де чоловіки проявили вищий рівень чутливості з приводу стресових обставин, які змушували виражати суто чоловічі риси, себто фізична сила, мужність та відвага, емоційна стриманість, демонстрація власного успіху в роботі. Одночасно з цим жінки в процесі виконання діяльності, що вимагала від них вираження співпереживання, підпорядковування та виховних навичок, виявили більший рівень сприйняття стресових факторів [53].

Більша кількість досліджень відзначає, що кореляція стажу роботи та вигоранням є відсутньою [16; 25], і лише деякі роботи вказують на заперечливу взаємозалежність між ними [40].

Експерименти, у яких вивчають взаємозв'язок між згоранням та сімейним станом, показують, що більш схильним до згорання є особи переважно чоловічої статі, що є неодруженими. До того ж розведені чоловіки є менш схильними до такого синдрому порівняно з холостяками. Швидше за все це може зумовлюватись іншими факторами, що діють одночасно [32].

Також існують певні результати, які виявляють серед рівня освіти та мірою психічного згорання позитивне взаємовідношення. Причинами даного феномену може бути те, що індивіди з вищим рівнем освіти є більш вимогливими до себе. Проте ця кореляція простежена лише відносно деперсоналізації, тоді як емоційне виснаження від такого фактору не залежить [32].

Зовсім іншу картину дає занижений рівень почуття фахової компетенції, а випробувані із середнім показником досягають більшого значення, ніж високоосвічені люди. Швидше за все причина такого різного впливу ступеня освіти на складові згорання представлена наявністю зв'язку між рівнем знань та окремим видом діяльності [51].

У найменшому рівні вивчалася кореляція між вигоранням та іншими соціально-демографічними показниками, такими як расовою та етнічною приналежністю, соціально-економічним статусом, місцем проживання, рівнем заробітної плати [44].

Деякі дослідники вважають, що індивідуальні особливості більшою мірою впливають на виникнення симптому вигорання не лише порівняно з демографічними факторами, а й із характеристикою робочої сфери [21; 37].

Під терміном «Особистісна витривалість» розуміють здатність людини проявляти високу щоденну активність, контролювати життєві обставини та виявляти гнучкість до різних ситуаційних змін. Майже всі дослідники вказують на достатньо тісний зв'язок поміж витривалістю та всіма трьома складниками синдрому згорання.



Індивід із високим рівнем стійкості має не лише низькі показники емоційної втоми та деперсоналізації, а й високий рівень досягнень у власній спеціальності [41; 45].

Також встановлена кореляція між досліджуваним феноменом та особистісними стратегіями щодо її опору. З однієї сторони люди з пасивною тактикою подолання стресу мають високі коефіцієнти згорання, а з іншої – активно протидіючи тривожності, показують низьку схильність до цього симптому [27]. Виявлено, що жінки є більш продуктивними у використанні стратегій уникнення стресових обставин, ніж чоловіки [23].

Помічено тісне взаємовідношення між психологічним вигоранням та «локус контролем». Люди, для яких переважним є зовнішній «локус контролю», схильні до приписування всього, що з ними відбувається, або ж своїх успіхів зовнішнім обставинам чи до роботи інших. Навпаки себе поведуть індивіди із внутрішнім «локус контролем», вважаючи свої досягнення та навколишні ситуації особистою заслугою, наслідком своєї роботи, а також вмінням або готовністю до ризиків. У більшості досліджень вказується кореляція з позитивним показником між зовнішнім «локус контролем» та факторами згорання, в тому числі і з емоційною втомою та деперсоналізацією [12].

Якщо брати до уваги професійну активність, то можна побачити позитивний взаємозв'язок внутрішнього «локус контролю» та високої оцінки трудової ефективності, проте така тенденція властива лише для вибірки осіб чоловічої статі [22].

Негативна взаємозалежність була виявлена в дослідженнях з приводу феномену вигорання та високої самооцінки [12; 49].

Позитивна кореляція була знайдена між складовими досліджуваного синдрому та поведінкою типу А (поведінка типу В (англ. type B behavior) є протилежною поведінці типу А та характеризується такими особистісними якостями, як спокій і терпляча поведінка, рефлексивність, терпимість до оточуючих, креативність, менша тривожність) – люди, котрі демонструють такий вид поведінки, схильні до бурхливого темпу життя, часто долають труднощі, ведуть конкурентну боротьбу та мають високу потребу в контролюванні ситуацій [29; 43], саме тому вони більше піддаються впливу стресових чинників і, що простежується в ряді досліджень, більшою мірою схильні до нейрон-інфекційних захворювань. Також вбачається наявність статевих відмінностей. У чоловіків залежність між поведінкою типології А та коефіцієнтами згорання виражаються в меншій мірі, аніж у жінок [48].

Переважає кількість досліджень, що розглядають кореляцію між вигоранням та індивідуальними характеристиками, має в своїй основі п'ятифакторну модель особистості, що була запроваджена Р. Costa, R. McCrae. Вона містить п'ять головних особистісних характеристик: екстраверсія, нейротизм, співробітництво, сумлінність та відкритість досвіду [14]. Нейротизм має найтісніші зв'язки із всіма факторами вигорання, включаючи емоційну виснаженість та чинник досвідної відкритості.

Деперсоналізація має найтіснішу позитивну кореляцію з нейротизмом, а зі співробітництвом навпаки – негативну. Почуття особистої ефективності, у свою чергу, негативно взаємопов'язане з чотирма чинниками п'ятифакторної моделі, до яких входять: екстраверсія, відкритість, нейротизм та сумлінність [51].

Близькими до досліджень, що були описані вище, є ті, котрі описують взаємозалежність між синдромом згорання та особливостями індивіда, типу тривожності, емоційної чутливості та подібними. В результаті було виявлено зв'язок із позитивним показником поміж згоранням та тривожністю й агресивністю, а показник групової згуртованості вказував на негативну кореляцію [40; 55].

Ряд досліджень підтвердив присутність кореляції між феноменом згорання та емоційною сенситивністю та підкреслив опосередковану функцію емоційної сенситивності як провісника вигорання. Це люди, котрі мають здатність емоційно впливати на інших та «заряджати» їх власною енергією, але не є чутливими до почуттів оточуючих, мають більший шанс «вигоріти», що в кінцевому результаті негативно відображається на їхній трудовій продуктивності [20].

Великою групою у сфері дослідження вигорання є **організаційні фактори**, до яких належать:

- зміст роботи,
- вимоги матеріального характеру,
- психологічно-соціальні діяльнісні умови тощо.

Розвиток вигорання головним чином стимулює понаднормова робота й підвищене навантаження. Такі ж результати були отриманні з приводу тривалості робочої доби.

Позитивний ефект надають перерви на роботі, знижуючи ступінь можливості виникнення згорання, проте вони несуть короточасний вплив.

Отже, через два-три дні після повернення до професійної діяльності, рівень згорання частково збільшується, а повністю відновлюється вже через три тижні.

Неоднозначними є дані щодо кореляції між вигоранням та кількістю пацієнтів (число клієнтів обслуговуване за певний період), проте, в теорії можна припустити присутність зв'язку із позитивним показником між наведеними змінними, що підтверджується проведеними дослідженнями. Прикладом є робота Р. Viegick, де було показано, що процес згорання здатний з'явитись через довгочасний контакт із одним пацієнтом протягом робочого періоду [56].

Пряме контактування із клієнтом та рівень тяжкості його проблем прямим чином сприяють вигоранню фахівця. Вплив цих чинників є найбільш очевидним в тому випадку, коли гострота запиту, з яким прийшла людина, поєднується з мінімальним успіхом в ефективності їх вирішення. Прикладом є допомога людям, котрі мають хронічні захворювання або невиліковні хвороби (рак, СНІД) і т. д.

Важливим фактором, котрий взаємодіє з вигоранням, є рівень незалежності та самостійності робітника у своїй діяльності та його вміння вирішувати важливі питання. Більша частина досліджень підтверджує наявність негативної взаємозалежності поміж даними змінними та синдромом згорання, хоча виокремлюється у тіснішу кореляцію із останньою змінною.

Взаємовідносини в організації є найважливішим соціально-психологічним фактором вигорання по горизонталі та по вертикалі.

У цьому випадку вирішальну роль відіграє соціальна підтримка з боку працівників, колег, в тому числі й людей, котрі знаходяться вище по професійному та соціальному рангу, та інших особистостей (друзі, родина). Однак, найбільш вагомою для фахівця є допомога супервізора та адміністрації. При цьому конфлікти, які виникають по горизонталі (тобто в групі працівників) є меншою мірою психологічно небезпечними, ніж суперечки з людьми, що займають вище професійне положення [50].

Деякі дослідження вказують на те, що суспільна підтримка може слугувати своєрідною «подушкою» між стресогенами та результатом їхньої діяльності.

Спеціалісти, котрі отримують психологічну допомогу, дають сильніший опір стресовому впливу і, як наслідок, меншою мірою піддаються вигоранню [18].

Соціальна підтримка впливає на всі чинники вигорання, але найтісніший зв'язок вона має із деперсоналізацією та емоційним знесиленням. У ряді досліджень показано, що вигорання має тісне взаємовідношення з інформаційною, інструментальною та емоційною підтримкою, насамперед в умовах великого об'єму роботи і рольового конфлікту [26].

Важливим фактором є стимуляція працівників. Цю проблему розглядали як винагороду фахівців за їхню діяльність, себто матеріальну та моральну, виражаючи схвалення зі сторони адміністрації та подяки клієнтів. Майже всі вчені говорять про те, що при недостатній винагороді (грошовій або моральній) чи її відсутності, виникає ризик виникнення досліджуваного феномену вигорання. При цьому частина з них відзначає, що задля попередження згорання не такою важливою є абсолютна кількість винагород, як їхнє співвідношення із особистою роботою та діяльністю співробітників, що сприймається як справедливість у даному контексті. Є дослідження, в яких показано, що почуття робочої активності підвищується завдяки додатковим винагородам, а покарання навпаки – призводить до формування деперсоналізації [13].

Останнім фактором, котрий є тісно пов'язаним із вигоранням, є конфлікт та двозначність у рольовому прояві. Протиріччя між функціями фахівця, котрі він виконує, визначаються як рольовий конфлікт. Така амбівалентність припускає в ефективному виконанні діяльності дефіцит важливої інформації. Між поданими ознаками та емоційним виснаженням

було виявлено позитивний взаємозв'язок, в той час як професійна активність відзначається з ними негативною кореляцією [12].

Найтісніша взаємозалежність була виявлена між вигоранням та мірою задоволеності від праці. Такий параметр має позитивне співвідношення з усіма факторами згорання, тобто із деперсоналізацією, емоційною виснаженістю та редукцією професійних успіхів [11].

Такі ж результати були отримані для ознаки власної ідентифікації із організацією (organizational commitment), в основі якої лежить сприйняття фахівцем цілей та цінностей своєї групи, виконання ним певних дій задля реалізації цих цілей, захист інтересів цієї організації та прагнення залишатись її членом [45].

Праця К. Маслач і М. Лейтер є комплексним підходом в оцінюванні впливу різноманітних чинників на процес згорання [33].

Основною ідеєю їхнього підходу є те, що вигорання висвітлюється як результат існування невідповідності особистості до її роботи. При збільшенні цієї невідповідності вірогіднішою стає ситуація виникнення синдрому згорання.

Виходячи за межі інтерперсонального підходу, автори висвітлюють синдром вигорання у формі цілісного руйнування душі індивіда, що не залежить від того, яким є тип професійної діяльності.

Разом з тим дослідники виділяють шість сфер цієї невідповідності:

1) ресурси працівника не відповідають вимогам щодо нього. Прикладом слугує пред'явлення завищених бажань до фахівця та його можливостей. У такому випадку синдром згорання може призводити до розриву стосунків із працівниками та погіршення роботи самого робітника.

2) розбіжність між бажанням працівника бути на щабель вище в самостійній роботі та прагненні винайти способи для досягнення результатів, відповідальність за які лежать на ньому, та стійкою й недоцільною політикою адміністрації в процесі організування діяльнісної активності та контролювання нею. Результатом такого конфлікту стає формування у фахівця почуття марності своєї праці й безвідповідальність до її виконання.

3) незбіжність у роботі професіонала, за відсутності винагород працівник сприймає свою працю як невизнану.

4) розбіжності між особистістю та її працею внаслідок втрати нею позитивного почуття взаємовідношення з колегами на роботі. Люди починають розкриватися та ліпше функціонувати, якщо отримують підтримку, похвалу, розраду та гарний настрій саме від тих людей, котрих вони поважають та люблять. Проте в окремих видах діяльності робітники ізолюються один від другого або ж мають соціальні контакти, які є просто формальними. Втім найбільшого деструктивного ефекту в суспільстві надають конфлікти між людьми, котрі є постійними та невирішеними. Вони продукують почуття постійної ворожості і фрустрації та зменшують рівень суспільної підтримки.

5) розбіжність може виникнути між фахівцем та його діяльністю за відсутності уявлення щодо справедливості на роботі. Морально-етичні порядки забезпечують визнання та закріплюють самоцінність професіонала.

6) відсутність відповідності між принципами етичного характеру особистості та вимогами на роботі. Так індивіда змушують обманювати когось, говорити те, що не може відповідати дійсності, і т. д.

Виокремлено сім факторів, що охоплюють 17 чинників емоційного вигорання: фактор «індивідуальні особливості» – включає такі чинники як «особистісні особливості особистості» та «локус контролю»; «поведінкові прояви» – «способи реалізації поведінки подолання». «психологічні поведінкові механізми захисту»; «вольові властивості» – «стилі саморегуляції» та «соціальний самоконтроль»; «ціннісні установки» – «ціннісні орієнтації» та «суб’єктивне благополуччя»; «мотиваційні фактори» – «домагання особистості»; «організаційно-професійні фактори» – «задоволеність роботою» та «самоефективність»; «світоглядні базисні установки» – «базисні переконання» та «життєстійкість»; «самоусвідомлення» – «рефлексія» та «задоволеність життям».

Чинники професійного вигорання нами представлено на рис. 1 у вигляді структурно-функціональної моделі, оскільки така схема відображає причинно-наслідкові зв’язки між структурними елементами моделі та їхнє функціональне значення:

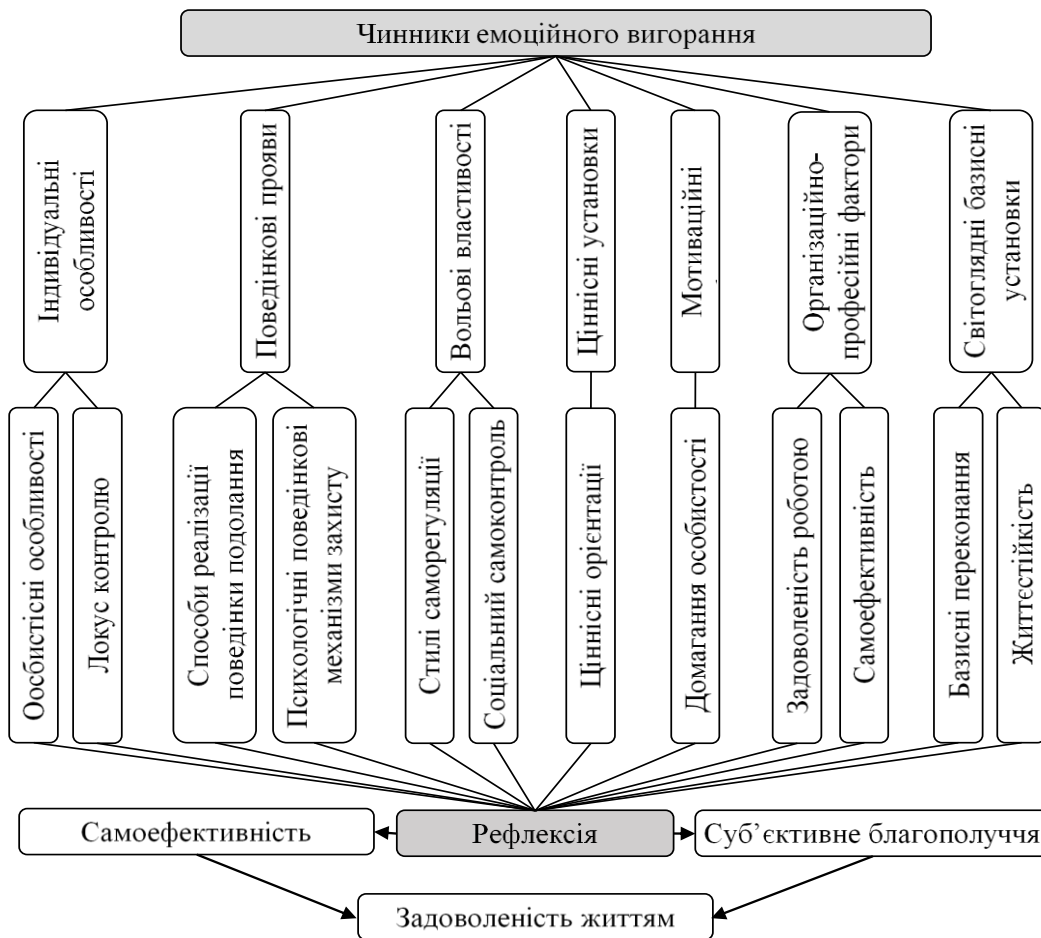


Рис. 1. Системно-структурна схема чинників емоційного вигорання

А. Ансарі, Р.К. П'янта, Д.В. Віттакер, В.Е. Вітіелло, Е.А. Рузек, досліджуючи проблему професійного розвитку педагога в умовах дитячого будинку, дійшла висновку, що у шістдесяти шести відсотків педагогів синдром емоційного згорання яскраво проявляється. Такі симптоми, як редукція щодо особистих досягнень властива вісімдесяти семи відсоткам респондентів, редукція професійних зобов'язань – сімдесяти трьом, загнаність в кут – шістдесяти дев'яти, відсутність соціальної підтримки – у тридцяти одного відсотка, емоційна спустошеність – двадцяти семи відсоткам, деперсоналізація – двадцяти трьом, незадоволеність собою – п'ятнадцяти відсоткам, що вказує на велику інтенсивність прояву емоціогенності середовища, в якому розгортається професійна діяльність педагога дитячого будинку. На думку авторів, «особливої актуальності набувають питання надання різних форм психологічної підтримки педагогів, які сприяють виробленню у них конструктивних способів попередження професійних деформацій та збереженню психологічного, фізичного і психічного здоров'я» [10].

Е.Д. Огус, Е.Р. Гренгласс, Р.Дж. Берк вважають, що вигорання (burnout) супроводжується збудженням, агресією, роздратованістю. Воно приносить суспільству серйозні збитки як економічні, так і психоемоційні. Зокрема, досить досвідчені льотчики раптом починають відчувати невпевненість в правильності своїх дій, страх перед польотами, що може призвести не тільки до особистої драми, а й до катастрофи.

При тривалому впливі вигорання розвивається стрес із такими характерними симптомами як: порушення серцево-судинної системи, виразки шлунку, неврози, ослаблення імунітету тощо. Наростає рівень «професійного цинізму», негативізму щодо власної роботи. Часом виникає відраза до всього, немотивовані образи на оточуючих, на свою долю. Життя видається безглуздим та порожнім, а праця стає обридлою й ненависною рутиною. Люди, з якими доводиться працювати, викликають особливу зневагу. Даний вид згорання навіть отримав назву «отруєння людьми» [42].

Досліджуваний синдром можна розглядати, на думку науковців, як наслідок неправильної організованості роботи, нераціонального процесу управління, невідповідності персоналу.

Т.В. Черепанова [6], досліджуючи дану проблему серед соціальних працівників, вважає, що супервізорське втручання повинне носити характер постійних або періодичних консультацій, що мають на своїй меті профілактичні заходи, а також можливе виявлення розвитку вигорання на ранніх стадіях. Для розгортання терапевтичної супервізорської сесії необхідно визначити міру і стадію явного синдрому емоційного згорання у соціального працівника.

Синдром емоціонального вигорання робітників соціальних служб необхідно розглядати як явище протилежне нормальному функціонуванню професіонала у виробничому середовищі. Набір ролей і функцій фахівця в соціальній роботі має чітко обґрунтовані межі і виконувані фахівцем завдання спрямовані, передусім, на досягнення цілей поставлених перед

соціальною роботою. Функціональність фахівця соціальної роботи є нормою, тоді як порушення однієї або декількох функцій в результаті зниження працездатності необхідно розглядати як дисфункціональний стан, т. е. патологічну втрату необхідних функцій професіонала.

Основні клінічні прояви «вигорання» зводяться до відчуття втоми, відсутності сил, спостерігається знижений енергетичний тонус, падає працездатність і з'являються різні симптоми фізичних погіршень здоров'я, схильність до зловживання заспокійливими або збудливими засобами і так далі. У професіонала з'являється негативна психологічна установка в спілкуванні з партнерами, колегами, клієнтами, пацієнтами, керівництвом, членами родини і друзями. Це призводить до конфліктів і втрати віри у свої можливості як професіонала і може стати результатом зміни життєвого сценарію і повної відмови від професійної діяльності в обраній сфері.

Ще однією важливою особливістю професійного згорання працівників цієї сфери є переважання процесів каталізації вигорання над інгібіторами саме у людей, що проявляють схильність до допомагаючої праці, а саме, емоційно чуйними, надмірно тривожними, з гуманістичною життєвою позицією [30]. Такі фахівці є найуразливішими до ризику формування досліджуваного синдрому. Ця залежність може бути покладена в основу вибору моделі супервізії, визначення її завдань і методів.

На думку Т.В. Черепанової, ознаками ранньої стадії розвитку емоційного вигорання здатний послужити ряд психоемоційних станів соціального працівника, пов'язаних з підвищеним виробничим навантаженням в певний часовий проміжок. Це можуть бути занадто глибоке інтелектуальне і емоційне занурення в проблему клієнта, перейняття на себе відповідальності за невдачі клієнта, асоціювання проблем і переживань клієнта зі своїми особовими проблемами і переживаннями, бажання надати допомогу усім і відразу. І в разі невдачі відповідальність береться на себе, труднощі відходу від переживань навіть після закінчення активної взаємодії з клієнтом й інші подібні стани можуть стати серйозними чинниками розвитку клінічних показників феномену емоційного згорання. В цей період потрібно особливо пильно слідкувати за психоемоційним станом працівника соціальної сфери зі сторони керівництва і супервізорів. Цей період є найбільш ефективним для попередження розгортання повної клінічної картини вигорання.

Таким чином, описано зміст та структуру емоційного вигорання як складного психофізіологічного феномену, котрий можна визначити у вигляді емоційної, розумової та фізичної виснаженості в результаті тривалого емоціонального знесилення, яке здатне виражатись у формі депресивного стану, втомленості та душевного спустошення, недостатньої енергії, втрати вміння помічати результативність своєї роботи, негативної установки щодо праці та життя в цілому (А.В. Костюк).

Нами проаналізовано визначені науковцями фактори (чинники) синдрому емоційного вигорання та узагальнено їх. Виокремлені фактори синдрому емоційного вигорання репрезентовано у таблиці 1.

Таблиця 1. Психодіагностичний інструментарій дослідження факторів синдрому емоційного вигорання

Фактори емоційного вигорання	Показники факторів ЕВ	Діагностичні засоби дослідження показників	Критерії показників факторів емоційного вигорання
Індивідуально-особистісні	особистісні властивості	<b>Фрайбузький особистісний опитувальник</b>	невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, комунікабельність, врівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія-інтроверсія, емоційна лабільність, маскулінізм-фемінізм
	локус контролю	<b>Шкала локусу контролю Дж. Роттера</b>	загальна інтернальність; інтернальність у сфері досягнень; інтернальність у сфері невдач; інтернальність у сімейних стосунках; інтернальність у сфері виробничих відносин, інтернальність стосовно здоров'я та хвороби.
Поведінкові властивості	способи реалізації долаючої поведінки	<b>Опитувальник «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса</b>	конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття, відповідальності, втеча-уникнення, планування, рішення проблеми, позитивна переоцінка
	психологічні захисні механізми	<b>Опитувальник Плутчика – Келлермана – Конте (Індекс життєвого стилю (Life Style Index))</b>	витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проєкція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація
Вольові якості	стилі саморегуляції	<b>Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В.І. Моросанової</b>	планування, моделювання, програмування, оцінювання, результатів, гнучкість, загальний рівень саморегуляції
	соціальний самоконтроль	<b>Шкала соціального само-контролю М.Снайдера</b>	рівень соціального самоконтролю
Ціннісні установки	цінності	<b>Ціннісні орієнтації (М. Рокіч)</b>	термінальні та інструментальні цінності
	суб'єктивне благополуччя	<b>Шкала суб'єктивного благополуччя Perrudet-Badoux, Mendelsohn и Chiche (адапт. Соколовой М.В.)</b>	напруженість і чутливість; ознаки, що супроводжують основну психоемоційну симптоматику; зміни настрою; значимість соціального оточення; самооцінка здоров'я; ступінь задоволеності повсякденною діяльністю; суб'єктивне благополуччя
Мотиваційні фактори	домагання особистості	<b>Оцінка рівня домагань В.К. Горбачевського (структура мотивації)</b>	внутрішній мотив, пізнавальний мотив, мотив уникнення, мотив змагання, мотив зміни діяльності, мотив самоповаги, значущість результатів, складність завдання, вольове зусилля, оцінка рівня досягнутих результатів, оцінка власного потенціалу, намічений рівень мобілізації зусиль, очікуваний рівень мобілізації, закономірність результатів, ініціативність.
Організаційно-професійні фактори	задоволеність роботою	<b>«Задоволеність роботою» В.А. Розанової</b>	Задоволеність професійною діяльністю
	самоефективність	<b>Шкала загальної самоефективності (Р.Шварцер, М. Єрусалим)</b>	самоефективність
Світоглядні базисні установки	базисні переконання	<b>Шкала базисних переконань (англ. World assumptions scale, скор. WAS) – опитувальник, Ронні Янов-Бульман, (адаптація</b>	Прихильність світу (BW, benevolence of world), доброта людей (BP, benevolence of people), справедливість світу (J, justice), контрольованість світу (C,



		О. Кравцової)	control), випадковість як принцип розподілу подій (R, randomness), цінність власного «Я» (SW, self-worth), ступінь самоконтролю (контролю над подіями, що відбуваються) (SC, self-control), ступінь удачі, або везіння (L, luckiness) <b>Напрямки:</b> загальне ставлення до прихильності навколишнього світу; загальне ставлення до свідомості світу, тобто контрольованості і справедливості подій; переконання щодо власної цінності, здатності управління подіями і везіння
	життєстійкість	<b>Тест життєстійкості Maddi</b> (адаптація Е.Н. Осіна і Є.І. Рассказової	залученість, контроль, прийняття ризику, життєстійкість
Самоусвідомлення	рефлексія	<b>Методика визначення рівня рефлексивності (В.В.Пономаревой)</b>	ретроспективна рефлексія діяльності, рефлексія реальної діяльності, розгляд майбутньої діяльності, рефлексія спілкування і взаємодії з іншими людьми
	задоволеність життям	<b>Шкала задоволеності життям Е. Діннера</b>	задоволеність життям

Нам важливо було з'ясувати особливості виокремлених факторів синдрому емоційного вигорання експериментальних груп (до проведення формувального експерименту), вибірка яких складається з досліджуваних з емоційним вигоранням, та з'ясувати наявність їх зв'язку з основними фазами емоційного вигорання – напруження, резистенція та виснаження.

За допомогою багатофакторного особистісного тесту «Фрайбурзький особистісний опитувальник» (англ. Freiburg Personality Inventory – FPI I. Фаренберга, Х. Зарга, Р.Г. Гампеля) ми можемо визначити особливості властивостей особистості, такі як невротичність (НВ), спонтанна агресивність (СА), депресивність (ДП), дратівливість (ДР), комунікабельність (КБ), врівноваженість (ВР), реактивна агресивність (РА), сором'язливість (СМ), відкритість (ВК), екстраверсія-інтроверсія (ЕІ), емоційна лабільність (ЕЛ), маскулінізм-фемінізм (МФ) та їх зв'язок з фазами емоційного вигорання.

За результатами дослідження у ЕГ «Соціальні працівники» на етапі констатуючого експерименту високий рівень сформованості виявляють такі *особистісні властивості*, як сором'язливість, емоційна лабільність, невротичність, тоді як депресивність, дратівливість реактивна агресивність та спонтанна агресивність – на середньому рівні. Представникам ЕГ властиво протікання психічної діяльності переважно за жіночим типом та екстраверсія. Статистично значущий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Напруження» та такими властивостями особистості, як «дратівливість» – 0,501 ( $p < 0,05$ ), «реактивна агресивність» – 0,542 ( $p < 0,01$ ), «емоційна лабільність» – 0,409 ( $p < 0,05$ ) та «невротичність» – 0,521 ( $p < 0,01$ ). Фаза «Напруження» запускає механізм розвитку емоційного вигорання і проявляється через такі симптоми, які описуються через відчуття «переживання психотравматичних обставин», «незадоволення собою», «загнаність у кут», «тривога і депресія». Високі показники за фазою свідчать

про те, що, відповідно, «дратівливість», «реактивна агресивність», «емоційна лабільність», «невротичність» теж будуть демонструвати високі показники, а «сором'язливість», навпаки – низькі.

Також значущий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Резистенція» та такими властивостями особистості, як «реактивна агресивність» – 0,725 ( $p < 0,01$ ) та «емоційна лабільність» – 0,411 ( $p < 0,05$ ). Фаза емоційного вигорання «Виснаження» корелює із такими особистісними властивостями, як: «реактивна агресивність» – 0,459 ( $p < 0,05$ ), «сором'язливість» – 0,712 ( $p < 0,01$ ), «екстраверсія-інтроверсія» – 0,468 ( $p < 0,05$ ), «дратівливість» – 0,757 ( $p < 0,01$ ) та «невротичність» – 0,470 ( $p < 0,05$ ). Таким чином, бачимо наявність статистично значущих зв'язків між фазою «виснаження» та майже з усіма особистісними властивостями, окрім емоційної лабільності.

*Задоволеність професійною діяльністю, загальна самоефективність задоволеність життям та соціальний самоконтроль* у соціальних працівників відповідають середньому рівню сформованості. *Задоволеність професійною діяльністю* – 0,618 ( $p < 0,01$ ) та *задоволеність життям* – 0,493 ( $p < 0,01$ ) знижуються, якщо підвищуються симптоми фази «Виснаження», які є пусковим механізмом розвитку синдрому емоційного вигорання. Високі показники за фазою «Напруження» зумовлюють зниження рівня *самоефективності* – 0,462 ( $p < 0,05$ ) та *соціального самоконтролю* – 0,466 ( $p < 0,05$ ).

Найвищі показники у таких способів долаючої поведінки, як самоконтроль, позитивна переоцінка, втеча-уникнення, пошук соціальної підтримки, найнижчі – у прийняття відповідальності, конфронтаційний копінг. Прослідковано прямий зв'язок «дистанціювання» – 0,409 ( $p < 0,05$ ) та «конфронтаційний копінг» – 0,643 ( $p < 0,01$ ) з фазою «Напруження», що свідчить інтенсивність використання саме зазначених способів долаючої поведінки при рості симптоматики фази. Також наявний кореляційний зв'язок між фазою емоційного вигорання «Резистенція» та способами долаючої поведінки «Дистанціювання» – 0,411 ( $p < 0,05$ ) та «Конфронтаційний копінг» – 0,503 ( $p < 0,05$ ). Статистично значущий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Виснаження» та «планування рішення проблеми» – 0,533 ( $p < 0,01$ ), «конфронтаційний копінг» – 0,530 ( $p < 0,01$ ) та «втеча-уникнення» – 0,538 ( $p < 0,05$ ).

У соціальних працівників ЕГ найбільше виражені *способи психологічного захисту* – як проєкція та раціоналізація. Прослідковано зв'язок таких способів психологічного захисту, як «проєкція» – 0,481 ( $p < 0,05$ ), «раціоналізація» – 0,404 ( $p < 0,05$ ) та «заперечення» – 0,451 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження»; зворотна кореляція «витіснення» – 0,505 ( $p < 0,05$ ) та пряма «заперечення» – 0,424 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція»; «проєкція» – 0,413 ( $p < 0,05$ ) – з фазою «Виснаження», тобто зростання симптоматики фаз пов'язане зі зростанням рівня зазначених способів психологічних захистів.

Всі стилі *саморегуляції* мають середній рівень розвитку. Зафіксовано прямий зв'язок стилю саморегуляції поведінки «планування» – 0,430

( $p < 0,05$ ) та зворотній – «оцінювання результатів» – 0,492 ( $p < 0,05$ ), «програмування» – 0,450 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження». Тобто, при підвищенні симптоматики фази «Напруження», підвищується стиль регуляції поведінки «планування» та знижується рівень стилів «оцінювання результатів» та «програмування».

*Базисні переконання* та напрямки відносин мають середній рівень розвитку. Констатовано зворотній зв'язок базисних переконань «прихильність світу» (BW, benevolence of world) – 0,415 ( $p < 0,05$ ) та «цінність власного «Я» (SW, self-worth)» – 0,436 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження»; «цінність власного «Я» (SW, self-worth)» – 0,479 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція»; «контрольованість світу (C, control)» – 0,440 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження». Також зафіксовано прямий зв'язок базисного переконання «ступінь самоконтролю» (контролю над подіями, що відбуваються) (SC, self-control) – 0,480 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження».

Отже, при рості симптоматики фази «Резистенція», знижується рівень такого базисного переконання, як «цінність власного «Я». Коли емоційне вигорання продовжує рости і переходить у фазу «Виснаження», знижується відчуття «контрольованість світу», але в той же час підвищується «ступінь самоконтролю». Також при рості симптоматики фази «Напруження», знижується рівень «прихильності до світу» та «цінності власного «Я»».

Всі показники *життєстійкості* мають середній рівень та прослідковано непрямий зв'язок показника життєстійкості «Контроль» – 0,443 ( $p < 0,05$ ) із фазою «Резистенція», та показника «Життєстійкість» – 0,460 ( $p < 0,05$ ) із фазою «Виснаження».

Виявлено, що показники суб'єктивного благополуччя як «напруженість і чутливість», «ознаки, що супроводжують основну психоемоційну симптоматику», «значимість соціального оточення», «зміни настрою» та «самооцінка здоров'я» мають високий рівень розвитку, всі інші показники мають середній рівень розвитку. Констатовано статистично значущий прямий зв'язок між якостями суб'єктивного благополуччя «зміна настрою» – 0,512 ( $p < 0,05$ ), «суб'єктивне благополуччя» – 0,447 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження», та зворотній між «ступінь задоволеності повсякденною діяльністю» – 0,439 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження». Також зафіксовано значущий зв'язок між якістю «напруженість і чутливість» – 0,497 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція».

Проранжовано *ціннісні орієнтації* та визначено, що з фазою «Напруження» виявляють зв'язок такі цінності, як «суспільне визнання» (ТЦ) – 0,413 ( $p < 0,05$ ), негативний – «раціоналізм» (ІЦ) – 0,494 ( $p < 0,05$ ). Отже, при підвищенні симптомів фази «Напруження», підвищується значення таких цінностей, як «суспільне визнання» та знижується «раціоналізм». З фазою «Резистенція» виявляють зв'язок такі цінності, як «упевненість у собі (ТЦ)» – 0,413 ( $p < 0,05$ ), «терпимість (ІЦ)» – 0,442 ( $p < 0,05$ ). Негативний зв'язок виявляє цінність «ефективність у справах» (ІЦ) – 0,406 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція», тобто, коли у людини починає рости опір стресу, вона намагається знизити вплив негативних обставин, відбувається зниження

цінності «ефективність у справах», тобто для неї ефективність у справах втрачає цінність та сенс. Також виявлено негативний зв'язок між ціннісною орієнтацією «життєрадісність (Щ)» – 0,435 ( $p < 0,05$ ) та фазою «Виснаження». Тобто чим вищий рівень виснаження у людини, тим менша життєрадісність.

У результаті дослідження *рівня домагань* (компонентів індивідуальних мотиваційних структур), ми бачимо, що перші місця посідають у соціальних працівників експериментальної групи «пізнавальний мотив», «оцінка потенціалу», «намічений рівень мобілізації», «мотив уникнення», «мотив зміни діяльності» тощо, що дуже добре можна прослідкувати у графі «ранг»; цікаво, що останнє місце посідає «значущість результатів». Щодо значущих зв'язків між фазами емоційного вигорання та *компонентами індивідуальних мотиваційних структур* ЕГ «Соціальних працівників» виявлено, що при підвищенні рівня напруження, знижується мотив самоповаги – 0,461 ( $p < 0,05$ ). На фазі «Резистенція» ми спостерігаємо зростання стресу і, відповідно, зростання мотивів уникання – 0,438 ( $p < 0,05$ ), коли, відповідно до специфіки фази, людина шукає можливості зниження тиску негативних зовнішніх чинників наявними у неї засобами. Підвищення симптомів фази «Виснаження» викликає підвищення мотиву зміни діяльності – 0,446 ( $p < 0,05$ ), що цілком зрозуміло.

При вивченні *локусу контролю*, констатовано, що всі показники суб'єктивного контролю мають середній рівень розвитку. Зазначено, що при збільшенні симптомів фази «Напруження», у соціальних працівників експериментальної групи зменшується відповідальність у сфері досягнень – 0,415 ( $p < 0,05$ ). Збільшення симптоматики фази «Виснаження» пов'язане з підвищенням контролю за своїм здоров'ям – 0,486 ( $p < 0,05$ ) та зниженням відповідальності у сфері невдач – 0,440 ( $p < 0,05$ ).

Загальний рівень рефлексивності знаходиться на рівні вище середнього, як і показники рефлексивності. Ми бачимо, що найбільш розвинена рефлексія спілкування і взаємодії з людьми, а найменш – рефлексія реальної діяльності. Виявлено, що при збільшенні симптомів фази «Напруження», у соціальних працівників збільшується рівень рефлексії майбутньої діяльності – 0,501 ( $p < 0,01$ ), фази «Резистенція» – рефлексії реальної діяльності – 0,413 ( $p < 0,05$ ), фази «Виснаження» – ретроспективної рефлексії – 0,419 ( $p < 0,05$ ).

*Особистісні властивості у фахівців спеціальної освіти* розвинені на середньому рівні. Невротичність має підвищений рівень розвитку у всіх експериментальних груп. Підвищений рівень спостерігається у соціальних працівників та фахівців системи спеціальної освіти (психологів) таких властивостей як: депресивність, дратівливість, сором'язливість та емоційна лабільність. Знижений рівень комунікабельності – у соціальних працівників та врівноваженості – у психологів. Протікання психічної діяльності у всіх груп відбувається за жіночим типом.

*Соціальний самоконтроль*, як особистісна характеристика, спрямована на оцінку соціального пристосування, тобто, здатність людини адекватно

виражати свої емоції та керувати своєю поведінкою, у всіх груп досліджуваних відповідає середньому рівню. *Задоволеність професійною діяльністю та життям, самоефективність* у фахівців спеціальної освіти на середньому рівні (задоволеність життям у соціальних працівників теж відповідає середньому рівню), у психологів – на рівні нижче середнього; також у соціальних працівників задоволеність професійною діяльністю та самоефективність знаходяться на рівні нижче середнього.

У фахівців спеціальної освіти провідними *способом долаючої поведінки* є позивна переоцінка, самоконтроль, який посідає перше місце у соціальних працівників, та планування рішення проблем, на останньому (у соціальних працівників теж) – прийняття відповідальності, як і у соціальних працівників, воно друге місце у посідає психологів. На першому місці у психологів пошук соціальної підтримки, який посідає третє місце у соціальних працівників, спосіб долаючої поведінки «втеча-уникнення» на третьому місці, (він на другому соціальних працівників), найменше виражені показники дистанціювання.

*Індекс життєвого стилю*, який свідчить про напруженість (переважання) *психологічних захистів*, знаходиться на середньому рівні у всіх експериментальних груп. На першому місці у психологів та соціальних працівників проєкція, у фахівців спеціальної освіти – гіперкомпенсація, яка на другому місці у практичних психологів. Друге місце у фахівців спеціальної освіти – регресія і третє – раціоналізація, що на другому місці у соціальних працівників, тоді як третьому місці у соціальних працівників та психологів – заперечення.

Показники *стилів саморегуляції* на середньому рівні у фахівців спеціальної освіти та соціальної роботи, у психологів підвищений рівень стилю планування та знижені показники стилів моделювання, оцінювання результатів та гнучкості.

Результати вивчення *базисних переконань* у фахівців спеціальної освіти на середньому рівні за всіма показниками, у психологів підвищений рівень переконання щодо власної цінності, високий – у загального ставлення до свідомості світу, тобто контрольованості і справедливості подій та за ступнем самоконтролю (контролю над подіями, що відбуваються), у соціальних працівників – «прихильність світу» та загальне ставлення до прихильності навколишнього.

Компоненти *життєстійкості* (системи переконань про мир, про себе, про відносини зі світом) у фахівців спеціальної освіти та психологів цієї сфери на рівні нижче середнього, у соціальних працівників – на середньому рівні.

Показники *суб'єктивного благополуччя* соціальних працівників на середньому рівні, тоді як у фахівців спеціальної освіти та психологів – *помірний* рівень емоційного комфорту, досліджувані адекватно керують своєю поведінкою, досить впевнені у собі, активні, успішно взаємодіють з оточуючими, не відчують серйозних емоційних проблем.

Проранжовано *ціннісні орієнтації* ЕГ, за якими прослідковано загальна динаміка цінності розваг (приємного проведення часу, відсутності обов'язків) ТЦ, високих запитів (високих вимог до життя та домагань), виконавської дисципліни та незалежності (здатність до рішучих, самостійних дій) ІЦ.

В результаті дослідження *компонентів індивідуальних мотиваційних структур (рівня домагань)*, відзначено, що на першому місці у соціальних працівників знаходиться пізнавальний мотив, у психологів – мотив зміни діяльності, у фахівців спеціальної освіти – намічений рівень мобілізації зусиль, який у соціальних працівників посідає третє місце. На другому місці фахівців спеціальної освіти та соціальних працівників – оцінка власного потенціалу, у психологів – значущість результатів. Третє місце у фахівців спеціальної освіти посідає мотив вольового зусилля, у психологів – закономірності результатів.

Рівень *суб'єктивного контролю*, що діагностує локалізацію контролю над значущими подіями, а іншими словами, рівень особистої відповідальності, визначає середній рівень у соціальних працівників та фахівців спеціальної освіти, крім сфери здоров'я та хвороби (занижений рівень) та високій рівень всіх показників у психологів (виключення становить сфера здоров'я та хвороби).

*Рефлексивність* у фахівців спеціальної освіти та соціальної роботи на середньому рівні, у психологів має підвищений рівень. На першому місці у соціальних працівників знаходиться ретроспективна рефлексія діяльності, у психологів – розгляд майбутньої діяльності, у соціальних працівників – рефлексія спілкування і взаємодії з іншими людьми.

Представникам ЕГ «**ФСО**» властиво протікання психічної діяльності переважно за жіночим типом. Статистично значущий прямий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Напруження» та властивістю особистості «емоційна лабільність» – 0,538 ( $p < 0,01$ ) та негативний – з властивістю «врівноваженість» – 0,427 ( $p < 0,05$ ). Фаза «Напруження» запускає механізм розвитку емоційного вигорання і проявляється через підвищення емоційної лабільності та зниження врівноваженості. Фаза «Резистенція» виявляє прямий зв'язок з властивостями «дратівливість» – 0,499 ( $p < 0,05$ ), «емоційна лабільність» – 0,554 ( $p < 0,01$ ) та зворотній – з особистісною властивістю «врівноваженість» – 0,577 ( $p < 0,01$ ). Властивості особистості «невротичність» – 0,775 ( $p < 0,01$ ), «дратівливість» – 0,451 ( $p < 0,05$ ), «реактивна агресивність» – 0,884 ( $p < 0,01$ ), «емоційна лабільність» – 0,722 ( $p < 0,01$ ) пов'язані з симптоматикою фази «Виснаження» і демонструють підвищення при високих значеннях цієї фази, тоді як «врівноваженість» 0,912 ( $p < 0,01$ ) знижується.

*Задоволеність професійною діяльністю* – 0,399 ( $p < 0,01$ ) має негативний зв'язок з фазою «Напруження», яка є пусковим механізмом розвитку синдрому емоційного вигорання та підвищенні її симптоматики, задоволеність роботою знижується. Високі показники за фазою «Напруження» зумовлюють зниження рівня *задоволеності життям* – 0,495

( $p < 0,01$ ) та *соціального самоконтролю* – 0,415 ( $p < 0,05$ ). Високі показники за фазою «Резистенція» визначають підвищення рівня *самоефективності* – 0,419 ( $p < 0,05$ ), а за фазою.

Прослідковано прямий зв'язок «дистанціювання» – 0,413 ( $p < 0,05$ ) та «планування вирішення проблеми» – 0,404 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження», що свідчить інтенсивність використання саме зазначених способів долаючої поведінки при рості симптоматики фази.

Виявлено зв'язок таких способів *психологічного захисту*, як «проекція» – 0,502 ( $p < 0,01$ ) з фазою «Напруження»; «витіснення» – 0,480 ( $p < 0,05$ ) та «заперечення» – 0,425 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція»; «раціоналізація» – 0,403 ( $p < 0,05$ ) та «витіснення» – 0,437 ( $p < 0,05$ ) – з фазою «Виснаження», тобто зростання симптоматики фаз пов'язане зі зростанням рівня зазначених способів психологічних захистів.

Зафіксовано прямий зв'язок *стилю саморегуляції* поведінки «планування» – 0,522 ( $p < 0,01$ ) з фазою «Напруження» та зворотній «оцінки результатів» – 0,474 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція». Тобто, при підвищенні симптоматики фази Напруження, підвищується стиль регуляції поведінки «планування», а при підвищенні симптоматики фази «Резистенція» – знижується рівень стилю «оцінка результатів».

Підтверджено зворотній зв'язок *базисних переконань* «цінність власного «Я» (SW, self-worth)» – 0,421 ( $p < 0,05$ ), «контрольованість світу (C, control)» – 0,430 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження»; «цінність власного «Я» (SW, self-worth)» – 0,479 ( $p < 0,05$ ) – з фазою «Резистенція». Отже, при рості симптоматики фази «Резистенція», знижується рівень такого базисного переконання, як «цінність власного «Я». Коли емоційне вигорання продовжує рости і переходить у фазу «Виснаження», продовжує знижуватися «цінність власного «Я» та знижується відчуття «контрольованість світу».

Констатовано непрямої зв'язок показника *життєстійкості* «контроль» – 0,446 ( $p < 0,05$ ) та фази «Резистенція», що свідчить про те, що при підвищенні симптоматики фази, рівень контролю буде знижуватися, тобто людина стане відчувати свою безпорадність, неможливість впливати на ситуації, результати, життя в цілому.

Зафіксовано статистично значущий зв'язок між якістю *суб'єктивного благополуччя* «зміна настрою» – 0,559 ( $p < 0,01$ ) та фазою «Напруження», тобто, при збільшенні симптоматики напруження, відповідно, збільшуються зміни настрою (знижується оптимістичний модус настрою, погіршується настрої в цілому).

Такі *цінності*, як «суспільне визнання» (ТЦ) – 0,524 ( $p < 0,01$ ), «раціоналізм» (ІЦ) – 0,420 ( $p < 0,05$ ), негативний – «самоконтроль» (ІЦ) – 0,621 ( $p < 0,01$ ) та «життєрадісність» (ІЦ) – 0,549 ( $p < 0,01$ ) виявляють зв'язок з фазою «Напруження». Отже, при підвищенні симптомів фази «Напруження», підвищується значення таких цінностей як «суспільне визнання» та «раціоналізм» та зниження цінностей «самоконтроль» та «життєрадісність». Негативний зв'язок виявляє цінність «ефективність у справах» (ІЦ) – 0,389 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція», тобто, коли у людини починає рости опір

стресу, вона намагається знизити вплив негативних обставин, відбувається зниження цінності «ефективність у справах», тобто для неї ефективність у справах втрачає цінність та сенс.

В результаті дослідження *рівня домагань* (компонентів індивідуальних мотиваційних структур), відмічено, що при підвищенні рівня напруження, підвищується мотив зміни діяльності – 0,483 ( $p < 0,05$ ) та вольове зусилля – 0,392 ( $p < 0,05$ ). На фазі «Резистенція» ми спостерігаємо зростання стресу і, відповідно, зростання мотивів зміни діяльності – 0,484 ( $p < 0,05$ ) та уникання – 0,428 ( $p < 0,05$ ), коли, відповідно до специфіки фази, людина шукає можливості зниження тиску негативних зовнішніх чинників наявними у неї засобами. Підвищення симптомів фази «Виснаження» викликає зниження мотиву самоповаги – 0,419 ( $p < 0,05$ ), що цілком обґрунтовано.

При вивченні *локусу контролю*, зазначено, що при збільшенні симптомів фази «Напруження», у дефектологів експериментальної групи зменшується відповідальність у сфері досягнень – 0,498 ( $p < 0,01$ ), відчуття справедливості та керованості своїми досягненнями. Збільшення симптоматики фази «Виснаження» пов'язане зі зниженням контролю за своїм здоров'ям – 0,420 ( $p < 0,05$ ) та загального рівня інтернальності – 0,400 ( $p < 0,05$ ), керованості всіма сферами життя, що цілком пояснюється особливістю фази, коли людина відчуває енергетичне, емоційне виснаження, фізичний стан характеризується ослабленістю нервової системи.

Зафіксовано прямий зв'язок фази «Напруження» з *рефлексією* майбутньої діяльності – 0,382 ( $p < 0,05$ ), фази «Резистенція» – з рефлексією реальної діяльності – 0,490 ( $p < 0,05$ ), фази «Виснаження» – з ретроспективною рефлексією – 0,444 ( $p < 0,05$ ).

В ЕГ **«Соціальні працівники»** статистично значущий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Напруження» та такими властивостями особистості, як «дратівливість» – 0,501 ( $p < 0,05$ ), «реактивна агресивність» – 0,542 ( $p < 0,01$ ), «емоційна лабільність» – 0,409 ( $p < 0,05$ ) та «невротичність» – 0,521 ( $p < 0,01$ ). Фаза «Напруження» запускає механізм розвитку емоційного вигорання і проявляється через такі симптоми, які описуються через відчуття «переживання психотравмувальних обставин», «незадоволення собою», «загнаність у кут», «тривога і депресія». Високі показники за фазою свідчать про те, що, відповідно, «дратівливість», «реактивна агресивність», «емоційна лабільність», «невротичність» теж будуть демонструвати високі показники, а «сором'язливість», навпаки – низькі.

Також значущий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Резистенція» та такими властивостями особистості, як «реактивна агресивність» – 0,725 ( $p < 0,01$ ) та «емоційна лабільність» – 0,411 ( $p < 0,05$ ). Фаза емоційного вигорання «Виснаження» корелює із такими особистісними властивостями, як: «реактивна агресивність» – 0,459 ( $p < 0,05$ ), «сором'язливість» – 0,712 ( $p < 0,01$ ), «екстраверсія-інтроверсія» – 0,468 ( $p < 0,05$ ), «дратівливість» – 0,757 ( $p < 0,01$ ) та «невротичність» – 0,470 ( $p < 0,05$ ). Таким чином, бачимо наявність статистично значущих зв'язків між



фазою «виснаження» та майже з усіма особистісними властивостями, окрім емоційної лабільності.

*Задоволеність професійною діяльністю* – 0,618 ( $p < 0,01$ ) та *задоволеність життям* – 0,493 ( $p < 0,01$ ) знижуються, якщо підвищуються симптоми фази «Виснаження», які є пусковим механізмом розвитку синдрому емоційного вигорання. Високі показники за фазою «Напруження» зумовлюють зниження рівня *самоефективності* – 0,462 ( $p < 0,05$ ) та *соціального самоконтролю* – 0,466 ( $p < 0,05$ ).

Прослідковано прямий зв'язок таких способів долаючої поведінки, як «дистанціювання» – 0,409 ( $p < 0,05$ ) та «конфронтаційний копінг» – 0,643 ( $p < 0,01$ ) з фазою «Напруження», що свідчить інтенсивність використання саме зазначених способів долаючої поведінки при рості симптоматики фази. Також наявний кореляційний зв'язок між фазою емоційного вигорання «Резистенція» та способами долаючої поведінки «Дистанціювання» – 0,411 ( $p < 0,05$ ) та «Конфронтаційний копінг» – 0,503 ( $p < 0,05$ ). Статистично значущий зв'язок виявлений між фазою емоційного вигорання «Виснаження» та «планування рішення проблеми» – 0,533 ( $p < 0,01$ ), «конфронтаційний копінг» – 0,530 ( $p < 0,01$ ) та «втеча-уникнення» – 0,538 ( $p < 0,05$ ).

Констатовано зв'язок таких способів психологічного захисту, як «проекція» – 0,481 ( $p < 0,05$ ), «раціоналізація» – 0,404 ( $p < 0,05$ ) та «заперечення» – 0,451 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження»; зворотна кореляція «витіснення» – 0,505 ( $p < 0,05$ ) та пряма «заперечення» – 0,424 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція»; «проекція» – 0,413 ( $p < 0,05$ ) – з фазою «Виснаження», тобто зростання симптоматики фаз пов'язане зі зростанням рівня зазначених способів психологічних захистів.

Зафіксовано прямий зв'язок стилю саморегуляції поведінки «планування» – 0,430 ( $p < 0,05$ ) та зворотній – «оцінювання результатів» – 0,492 ( $p < 0,05$ ), «програмування» – 0,450 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження». Тобто при підвищенні симптоматики фази «Напруження», підвищується стиль регуляції поведінки «планування» та знижується рівень стилів «оцінювання результатів» та «програмування».

Прослідковано зворотний зв'язок *базисних переконань* «прихильність світу» (BW, benevolence of world) – 0,415 ( $p < 0,05$ ) та «цінність власного «Я» (SW, self-worth)» – 0,436 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Напруження»; «цінність власного «Я» (SW, self-worth)» – 0,479 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція»; «контрольованість світу (C, control)» – 0,440 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження». Також прослідковано прямий зв'язок базисного переконання «ступінь самоконтролю» (контролю над подіями, що відбуваються) (SC, self-control) – 0,480 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження». Отже, при рості симптоматики фази «Резистенція», знижується рівень такого базисного переконання, як «цінність власного «Я». Коли емоційне вигорання продовжує рости і переходить у фазу «Виснаження», знижується відчуття «контрольованість світу», але в той же час підвищується «ступінь самоконтролю». Також при рості симптоматики фази «Напруження» знижується рівень «прихильності до світу» та «цінності власного «Я»».

Прослідковано непрямий зв'язок показника *життєстійкості* «Контроль» – 0,443 ( $p < 0,05$ ) із фазою «Резистенція» та показника «Життєстійкість» – 0,460 ( $p < 0,05$ ) із фазою «Виснаження».

Виявлено статистично значущий прямий зв'язок між якостями суб'єктивного благополуччя «зміна настрою» – 0,512 ( $p < 0,05$ ), «суб'єктивне благополуччя» – 0,447 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження», та зворотний між «ступінь задоволеності повсякденною діяльністю» – 0,439 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Виснаження». Також наявний значущий зв'язок між якістю «напруженість і чутливість» – 0,497 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція».

Проранжовано *ціннісні орієнтації* та визначено, що з фазою «Напруження» виявляють зв'язок такі цінності, як «суспільне визнання» (ТЦ) – 0,413 ( $p < 0,05$ ), негативний – «раціоналізм» (ІЦ) – 0,494 ( $p < 0,05$ ). Отже, при підвищенні симптомів фази «Напруження», підвищується значення таких цінностей як «суспільне визнання» та знижується «раціоналізм». З фазою «Резистенція» виявляють зв'язок такі цінності, як «упевненість у собі (ТЦ)» – 0,413 ( $p < 0,05$ ), «терпимість (ІЦ)» – 0,442 ( $p < 0,05$ ). Негативний зв'язок виявляє цінність «ефективність у справах» (ІЦ) – 0,406 ( $p < 0,05$ ) з фазою «Резистенція», тобто, коли у людини починає рости опір стресу, вона намагається знизити вплив негативних обставин, відбувається зниження цінності «ефективність у справах», тобто для неї ефективність у справах втрачає цінність та сенс. Також виявлено негативний зв'язок між ціннісною орієнтацією «життєрадісність (ІЦ)» – 0,435 ( $p < 0,05$ ) та фазою «Виснаження». Тобто чим вищий рівень виснаження у людини, тим менша життєрадісність.

У результаті дослідження *рівня домагань* виявлено статистично значущі зв'язки між фазами емоційного вигорання та *компонентами індивідуальних мотиваційних структур*: зворотній зв'язок з фазою «Напруження» мотиву самоповаги – 0,461 ( $p < 0,05$ ); на фазі «Резистенція» ми спостерігаємо зростання стресу і, відповідно, зростання мотивів уникання – 0,438 ( $p < 0,05$ ), коли, відповідно до специфіки фази, людина шукає можливості зниження тиску негативних зовнішніх чинників наявними у неї засобами; підвищення симптомів фази «Виснаження» викликає підвищення мотиву зміни діяльності – 0,446 ( $p < 0,05$ ), що цілком зрозуміло.

При вивченні *локусу контролю* з'ясовано, що при збільшенні симптомів фази «Напруження», зменшується відповідальність у сфері досягнень – 0,415 ( $p < 0,05$ ). Збільшення симптоматики фази «Виснаження» пов'язане з підвищенням контролю за своїм здоров'ям – 0,486 ( $p < 0,05$ ) та зниженням відповідальності у сфері невдач – 0,440 ( $p < 0,05$ ).

Виявлено, що при збільшенні симптомів фази «Напруження», збільшується рівень *рефлексії* майбутньої діяльності – 0,501 ( $p < 0,01$ ), фази «Резистенція» – рефлексії реальної діяльності – 0,413 ( $p < 0,05$ ), фази «Виснаження» – ретроспективної рефлексії – 0,419 ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** В процесі емпіричного дослідження синдрому емоційного вигорання спеціалістів у системах спеціальної освіти та соціальної роботи вивчено особливості емоційного вигорання професій фахівців систем

спеціальної освіти та соціальної роботи. В ЕГ «Соціальні працівники» фаза «Напруження» сформована, а також всі її симптоми, окрім симптому «Незадоволеність собою» у соціальних працівників, що знаходиться на стадії формування, тоді як у фахівців спеціальної освіти цей симптом та «Загнаність в кут» не сформовано. Інші симптоми фази та фаза загалом на стадії формування. Фаза «Резистенція» та її симптоми в ЕГ «Соціальні працівники» сформовані, окрім симптому «Емоційно-моральна дезорієнтація» у психологів; у фахівців спеціальної освіти зазначений симптом та симптом «Розширення сфери економії емоцій» знаходяться на стадії формування, а фаза та інші її симптоми сформовані. Фаза «Виснаження» та її симптоми у психологів та соціальних працівників сформовані, у фахівців спеціальної освіти – в процесі формування.

Також визначено емпіричні референти емоційного вигорання фахівців систем спеціальної освіти та соціальної роботи, встановлено їхній зв'язок із фазами емоційного вигорання. З фазами синдрому емоційного вигорання виявлено прямі статистично значущі зв'язки, а саме: особистісні властивості, як дратівливість, реактивна агресивність, емоційна лабільність та невротичність; способи долаючої поведінки – дистанціювання, планування рішення проблеми; механізми психологічного захисту – заперечення, витіснення, проєкція, раціоналізація; стиль саморегуляції поведінки – планування; показник суб'єктивного благополуччя – зміни настрою; ціннісні орієнтації – суспільне визнання, раціоналізм; компоненти індивідуальних мотиваційних структур (рівень домагань) – мотив уникнення, мотив зміни діяльності; показники рефлексивності – ретроспективна рефлексія діяльності, рефлексія реальної діяльності, розгляд майбутньої діяльності. Непрямі статистично значущі зв'язки виявили механізм психологічного захисту «раціоналізація» (у практичних психологів); стиль саморегуляції поведінки – оцінка результатів, базисні переконання – цінність «Я» (SW, self-worth) та контрольованість світу (C, control); ціннісні орієнтації – раціоналізм (у соціальних працівників), ефективність у справах та життєрадісність; компонент індивідуальних мотиваційних структур (рівень домагань) – мотив самоповаги; показник суб'єктивного контролю (локусу контролю) – інтернальність у сфері досягнень; а також задоволеність професійною діяльністю, самоефективність, соціальний самоконтроль та задоволеність життям.

#### *Література:*

1. Громцева О. В. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології. *European Journal of Management Issues*, 2019. №27 (3-4). С. 63-72
2. Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

3. Кононова М. М. Теоретичні аспекти формування професійних якостей майбутніх дефектологів. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. Vol. VII (77). Is.188. С. 38-41.
4. Костюк А. В. Психологічні особливості емоційного вигорання оперативних психологів: дис... канд психол. наук. 19.00.01. Одеса. 2011.с.5-15
5. Куриця А.І. Особливості прояву емоційного вигорання у логопедів. *Актуальні питання корекційної освіти*. №18. 2021. С. 86-97.
6. Черепанова Т.В. Моделі супервізії з профілактики синдрому емоційного вигорання в соціальних працівників. *Серія: Політологія. Соціологія. Право. Вісник НТУ України. Київський політехнічний інститут*. 2012. №2(4). С.72-75
7. Ackerley G., Burnell J., Holder D., Kurdek L. Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1988. №19(6). P. 624–631. URL: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
8. Ahola K., Toppinen-Tanner S., Seppänen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis, 2017. № 4. P.1–11. URL: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
9. Aiken L., Clarke S., Sloane D. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002. № 288 (16), P.1987-1993. URL: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
10. Ansari A., Pianta R., Whittaker J., Vitiello V., Ruzek E. Preschool Teachers' Emotional Exhaustion in Relation to Classroom Instruction and Teacher-child Interactions. *Early Education and Development*. 2022. Vol.33. №1. P.107–120. URL: <https://doi.org/10.1080/10409289.2020.1848301>
11. Burke R. J., Greenglass E. A Longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*. 1995. №. 48 (2). P.187-202
12. Byrne B. Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *America! Educational Research Journal*. 1994. № 31 (3). P. 645-673.
13. Cordes S., Dougherty T., Blum M. Patterns of burnout among managers and professionals: A comparison of models. *Journal of Organizational Behavior*. 1997. Vol. 18(6). P. 685- 701.
14. Costa P., McCrae F. Multiple uses for longitudinal personality data. *European Journal of Personality*. 1992. № 6(85). 102 p.
15. Cunningham M. Impact of trauma work on social work clinicians Empirical findings. *Social work*. 2003. № 48(4). P. 451-459.
16. Dietzel L., Coursey R. Predictors of emotional exhaustion among nonresidential staff persons. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1998. № 21 (4). P. 340-348.
17. Dion G. Le burnout chez les éducatrices et garderie: proposition d'un modèle théorique. *Apprentissage et Socialisation*. 1989. №12 (4). P. 205-215.
18. Dolan S., Renaude S. Individual, organizational and social determinants of managerial burnout: A multivariate approach. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1992. № 7(1). P. 95-110.
19. Freudenberg H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974. №30. P.159-166. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
20. Gargen A. The purpose of burnout: A Jungian interpretation. Special Issue: Handbook on job stress. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1991. №6 (7). P. 73–93.
21. Garrosa E., Rainho C., Moreno-Jiménez B., Monteiro M. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*. 2010. №47(2). P. 205-215. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014>

22. Grenglass E., Burke R., Konarsi R. Components of burnout, resources, and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*. 1998. № 28 (12). P. 1088-1106.
23. Grenglass E., Burke R., Ondrack M. Gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology An International Review*. 1990. № 39 (1). P. 5-12.
24. Guy J., Liaboe G. Personal Therapy for Experienced Psychologist: A Discussion of Usefulness and Utilization. *The Clinical Psychologist*. 1986. № 39. P. 115-134
25. Haddad A Sources of social support among school counselors in Jordan and its relationship to burnout. *International Journal for the Advancement of Counseling*. 1998. № 20(2). P. 113-121.
26. Himie D., Jayaratne S., Thyness PA. Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. *Social Work Research and Abstracts*. 1991. № 27 (1). P. 22-27.
27. Holt P., Fine M., Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy. *Psychology in the Schools*. 1987. № 24(1). P. 51-58.
28. Klusmann U., Aldrup K., Schmidt O. Is emotional exhaustion only the result of work experiences? A diary study on daily hassles and uplifts in different life domains. *Anxiety, Stress & Coping*. 2021. № 34 (2). URL: <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845430>
29. Lavanco G. Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychological Reports*. 1997. №81 (2). P. 73-528.
30. Mann S. «People-work»: Emotion management, stress and coping. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2014. №32.P. 205-221.
31. Manzano-García G., Ayala-Calvo J. New perspectives: Towards an integration of the concept «burnout» and its explanatory models. *An. De Psicol*. № 2. 2013. P. 800-809.
32. Maslach C, Jackson S., Leiter M. Burnout Inventory Manual. 3d ed. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc. 1996.
33. Maslach C, Leiter M.P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about it. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1997. 200 p.
34. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. *Professional burnout: Recent developments in the theory and research/* Ed. W.B. Schaufeli, Cr. Maslach and T.Marek. Washington D.C: Taylor & Francis. 1993. P. 19-32.
35. Maslach C., Leiter M. Understanding the burnout experience recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*. 2016. №15 (2). P. 103-111.
36. Maslach C, S.E. Jackson, The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981. vol. 2. P. 99-113.
37. McCormack N., Cotter C. What is burnout? Managing Burnout in the Workplace. 2013. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-1-84334-734-7.50001-3>
38. McGrath J.E.: A conceptual formulation for research on stress. *Social and psychological factors in stress*. 1970. 10, pp. 2-10.
39. Meir S.T., Toward a Theory of Burnout. *Human Relations*. 1983. vol. 6, 899-910.
40. Naisberg F., Fennig S., Keinan G., Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: A study among psychiatrists. *Stress Medicine*. 1991. № 17 (4). P. 201-205.
41. Nowack K., Type A. Hardiness, and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*. 1986. № 9 (6) P. 537-548.
42. Ogus E., Grenglass E., Burke R. Gender-role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality*. 1990. № 5 (5). P. 387-398.
43. Ormont L. The Group Therapy Experience: From Theory To Practice. South Carolina: Booksurge Publishing. 2009. 252 p.
44. Pedrabissi L., Rolland J. P., Santinello M. La sindrome del burnout in un campione di insegnanti italiani e francesi: in confronto cross-culturale. *Ricerche di Psicologia*. 1991. vol. 15 (2). P. 37-48.

45. Pierce CM., Molloy G.N. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *British J. of Educational Psychology*. 1990, vol. 60 (1). P. 37-51.
46. Pines A.M., C.Maslach. *Experiencing Social Psychology* (4th Ed.). McGraw. 2001. 408 p.
47. Pines A.M., Maslach C.. Characteristics of Staff Burn-Out in Mental Health Settings. *Hospital & Community Psychiatry*. Vol. 29 (№4) (May). 1978. P.233-237.
48. Pradham M., Misra N. Gender differences in type A behavior patterns: Burnout relationship in medical professionals. *Psychological Studies*. 1996. vol. 41 (1-2). P. 4-9.
49. Rosse J.G., Boss R.W., Johnson A.E., Crown D.F. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization studies*. 1991, vol. 16 (4). P. 428–451.
50. Salahian A., Oreizi H. R., Abedi M.R., Soltani I. Coworkers/ supervisor support and burnout. *Interdisciplinary journal of contemporary research in business*. Institute of Interdisciplinary Business Research. Vol. 41. № 1.2012. P.141-146.
51. Schaufeli W.B., Enzmann D. *The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions*. Washington DC: Taylor and France. 1999.
52. Slavicki V., E.J. Cooley Implications for Burnout Research and Theory for Counsellor Educators. *Personnel and Guidance Journal*. 1982. vol. 60. 415 – 419
53. Tang C.S-K., Lau B.H-B. Gender role stress and burnout in Chinese human service professionals in Hogn Kong. *Anxiety, Stress and Coping: An International J*. 1996, vol. 9 (3), 217-227.
54. Ting L., Jacobson, J. M., Sanders S. *Current Levels of Perceived Stress among Mental Health Social Workers Who Work with Suicidal*. *Social Work*. 2011. 56(4), P.327-336.
55. Vealey R.S., Armstrong L., Comar W., GrenleafCA. Influence of perceived coaching behaviors on burnout and competitive anxiety in female college athletes. *J. of Applied Sport Psychology*. 1998. vol. 10 (2). P. 297-318.
56. Vierick P. Burnout and work organization in hospital wards: A cross-validation study. *Work and Stress*. 1996. vol. 10 (3). P. 257-265.

## **2.2. Psychocorrection of teacher's frustration using the means of deep psychological cognition of the psyche**

At the current stage of society's development, when education plays an increasingly important role in a person's life, research aimed at increasing the effectiveness of the educational process acquires great importance. The spread of innovative information and communication technologies in this area has become an objective pattern due to the new philosophy of education, the reality of today.

Innovations should be considered as effective and effective innovations in the content, methods, means and forms of education, personality formation, and management of the educational system, organization of the educational process and the structure of educational institutions. Their introduction became especially important precisely with the beginning of the full-scale aggression of the Russian Federation on the territory of Ukraine, when there was a need to make quick, non-standard and almost innovative decisions. The functioning of the education system under martial law is characterized by new approaches to learning, innovative forms of organization of the educational process, and an intensive search for effective pedagogical and information technologies.

It is well known that the key figure in the organization of the educational process is and remains the teacher. It should be a professional teacher, flexible and sensitive to innovations, who is distinguished by competence and mobility, independence and initiative, non-standard thinking and a creative approach to work, an individual methodical style and the ability to organize the educational process taking into account the needs and characteristics of each student. The success of the entire educational business, and therefore the future of Ukraine, depends on his professionalism, competence, experience and pedagogical skill [8; 10].

The well-known formula "Only a personality can raise a personality" belongs to K.D. Ushinsky, a great national teacher, the founder of pedagogical science [12]. She once again emphasizes the role of the teacher in forming a harmoniously and comprehensively developed personality of students, which is the main task of modern education.

However, one cannot ignore the fact that the professional activity of a teacher is characterized by significant complexity and tension, especially recently, in the conditions of the introduction of martial law in Ukraine. After all, the teacher has to not only carry out pre-planned and purposefully organized educational and educational activities, moreover, partly in a remote online format, but also make pedagogical decisions in conditions of uncertainty, apply and expand innovative technologies in his practice of working with students, parents, colleagues, administration.

It is known that educational activity is based on the laws of communication, in which subjects of the educational process interact. This interaction is, in part, difficult, complicated by emotional reactions, a variety of meanings and thoughts, beliefs and meaningful positions of its participants, etc. It is characterized by high dynamism, the need for the teacher to independently make and implement

pedagogical decisions, increased responsibility for their results, a tendency to social evaluation, the novelty of non-standard situations, in short, all factors that cause frustration.

Thus, the teacher's professional activity includes a full set of conditions and factors that can overload his psyche with stressful situations that often arise in the process of its organization and implementation. In addition, the difficult conditions of life today, when every Ukrainian suffers from the consequences of Russia's military aggression and martial law, add tension and stress to the teacher, causing frustration, fixing it in the form of a chronic condition, as a result of which frustration can develop as a stable personal characteristic.

### **1. Frustration and frustration of the teacher: the essence of the concepts and the factors determining their occurrence and development.**

Scientific investigations devoted to the phenomenon of frustration are represented by studies in the following fields of psychology: general (A. Vovk, E. Ilyin, S. Maksimenko, etc.), age-related (N. Bozhok, O. Bozhok, I. Bulak, L. Kuznetsova, S. Prakhov, V. Terentyev, etc.), pedagogical (I. Ostopolets, T. Mostov, O. Kholodov, etc.), social (E. Kirshbaum, M. Mkrtchyan, A. Nalchadjian, B. Khasan, S. Chshmarityan, K. Shafranska, etc.), pathopsychology (V. Bleicher, T. Horyacha, L. Zavylyanska, etc.), psychodiagnostics (S. Rosenzweig, V. Chernobrovkin, etc.), etc.

Considering the complexity and multifaceted nature of the problem of frustration, the above distribution of studies is conditional. A general analysis of the existing methodological, theoretical and paradigmatic foundations of the study of the phenomenon of frustration reveals not only the absence of a single point of view in its development and interpretation, but also a serious imbalance in the identification of factors that determine the process of the emergence and overcoming of frustration.

Frustration in psychology is a complex and multi-level term with various aspects of use, including a) the situation of human frustration (anthropomorphic aspect), b) frustration as a psychological phenomenon (phenomenological aspect), c) factors (determinants of personal changes) ; d) events (activity approach).

In a state of frustration, human behavior is mostly characterized by stereotypy and rigidity, and above all, it concerns complex forms, planning and evaluation of purposeful activities. At the same time, changes occur at various levels: there is a general tendency to decrease the stability of mental processes; the second level of changes in mental activity is formed by such personality manifestations as confusion, loss of self-control; extreme degrees of mental changes lead to a physical disorder of activity [9; 10].

The concept of frustration is also quite complex and multifaceted. We define frustration as a personal quality that can be generated by previous life circumstances. This is the tendency of a person to feel disappointment, that is, a state of depression or hopelessness, which arises as a result of real or imagined life failures, failure to achieve goals, difficulties in adapting to a new environment, inability to act purposefully, etc. Frustration is a long-lasting, prolonged state of



depression and hopelessness with elements of anxiety, which can be established as a personal property.

Frustration is the degree of increased sensitivity to the influence of traumatic factors, in contrast to frustration tolerance. Tolerance is defined as resistance to a negative factor or a weakened reaction as a result of reduced sensitivity to its influence.

Frustration (tendency to experience frustration, disappointment) is a negative state that is experienced very often, deeply and for a long time, for example, when a teacher is "stuck" in a frustrating situation. He is overcome by despair and helplessness in most situations, even when they 'objectively do not seem so difficult. Frustrated teachers develop an attitude of mainly negative experiences regarding stressful situations of pedagogical activity. In our understanding, the frustration of teachers can differ in depth, breadth and frequency of experiencing a frustrating state.

We define the depth of frustration as the degree of subjective experience at the moment. It can vary from a slight feeling of discomfort to the perception of the situation as a "life corner", and in some cases – loss of the meaning of life.

The breadth of a condition can be described as the quantitative set of life situations to which this condition applies. Even quite deep frustration in the lesson can change to positive emotions after the teacher leaves the classroom, if the immediate expectations include personally meaningful positive experiences. Conversely, shallow frustration often becomes "sticky" and haunts the teacher not only at work, but also at home, on weekends, spreading to various spheres of life.

We define the frequency of frustration as the inverse of the average time period between adjacent moments of frustration. The frequency characteristic of frustration describes the situation more precisely: the average frequency of occurrence of frustration of small, medium and large depth. When considering frustration in the aspect of professional activity, it is advisable to take into account the time of pedagogical activity, that is, to estimate the average number of frustrations per working day, week, and month.

Therefore, it should be remembered that the teacher's frustration is part of the general symptom complex of increased vulnerability, the indicators of which are such individual characteristics as depth, breadth and frequency.

The opposite characteristic of frustration is tolerance, resistance to the action of the frustrator. It manifests itself in an increase in the threshold of emotional response to a stressful and frustrating situation, and externally in endurance, the ability to endure adverse effects for a long time without reducing adaptive capabilities. It should be noted that the level of frustration of teachers is still of significant importance for the activity of the teacher: an excessively high threshold of emotional response to a frustrating situation, tolerance for frustration can lead to emotional dryness and, even, callousness, inhibit creative abilities, which also negatively affects the process of interaction teacher with students, colleagues, etc. Thus, we emphasize that both a high level of frustration and a high level of tolerance to frustration cannot be considered optimal for pedagogical activity.

Among the factors that lead to the emergence of a state of frustration in pedagogical activity, T. Mostova singles out three groups: 1) personal; 2) organizational; 3) role-playing [7]. The connection of personal characteristics with the teacher's professional frustration is considered by her in the context of the corresponding concept of personality, in particular, personal characteristics that influence the emergence of professional frustration include: anxiety, emotional burnout, emotional reactivity, aggressiveness. To the organizational factors of the professional frustration of the teacher, the researcher refers to the long work schedule, which is not always evaluated properly; peculiarities of the organization of the educational process; little flexible interaction with the school administration. Role factors leading to the emergence of teacher frustration include tension due to the need to constantly and properly perform the social roles that rely on the teacher at work, at home, etc. After all, a teacher should be an example to follow, a role model for students, always "keep a high standard" in communication, interaction, performance of professional duties and functions. And besides, he must be impeccable in all spheres of life, since his behavior, actions, emotional states, etc. manifestations of the psyche are controlled by society, which places very high demands on the teacher.

T. Mostova empirically proved that one of the main factors leading to the emergence and development of frustration is the teacher's excessive involvement in professional activities, which manifests itself in the inability to separate one's personal self, one's own needs from professional ones [7, P. 84].

V. Lunyachek singles out the following factors that determine the content of a teacher's professional activity: role balance, volume of work, interaction with students and their parents, other teachers [5]. They are tense and stressful.

G. Meshko, studying the peculiarities of pedagogical activities as determinants of the teacher's professional health, singles out the presence of such specific factors as: significant vocal load during the performance of professional duties, predominance of static load in the process of work, a large amount of visual work, violation of regular moments of work and rest, etc. [6].

Thus, we note that the performance of the teacher's professional functions, the very process of his interaction with the participants of the educational process, has a significant impact on his personality: cognitive processes, emotional sphere, communicative characteristics, etc. Daily performance of typical tasks not only develops professional knowledge, forms special skills, but also contributes to the formation of a certain style of thinking and communication, sometimes causes stereotyped behavior and rigid thinking, changes in facial expressions and personality structure, causing frustration and professional deformations. Therefore, frustration is a very common phenomenon in the pedagogical activity of teachers, not least because of its special nature.

The teacher's frustration affects not only the adoption of pedagogical decisions in stressful situations, but also the interpersonal interaction in the educational process, general well-being, mental and psychological health of the teacher. On the one hand, the peculiarities of the course of professional activity lead to the emergence and development of teacher frustration and frustration, and

on the other hand, a frustrated teacher becomes professionally ineffective. His negative mental states accompanying frustration (apathy, hopelessness, negativism, exhaustion, etc.) harm not only his own health, but also negatively affect the process of professional interaction with students, creating a neurotic environment. And as you know, a teacher is able to "infect" children with his emotions. Therefore, these circumstances should be taken into account and in every possible way contribute to the prevention and prevention of teacher frustration.

In the context of the above, we note that an important criterion for a teacher's professional and personal self-preservation is the reflection of one's own "I", the analysis of one's own pedagogical activity, constant professional self-improvement and the awareness that in certain periods of one's career a teacher needs the help of a specialist – a psychologist, the main task which is the psychological support (support, help) of the successful professionalization of the individual. The "correctness" of the teacher himself becomes important, since frustration can also be caused by internal personal contradictions.

## **2. Methodology of active socio-psychological cognition of the psyche**

The method of active socio-psychological cognition (ASPP), developed by Academician of the Academy of Sciences of Ukraine T.S. Yatsenko, is based on a phenomenological approach. It involves a holistic knowledge of the subject's psyche in its conscious and unconscious manifestations. "The subject of knowledge is the whole psyche in its conscious and unconscious manifestations. In view of this, we cannot know the mental in its integrity with a limited focus on knowing the cause-and-effect aspects of the conscious, in which the unconscious can never be represented in a straight line" – write T. Yatsenko, O. Polyanychko and O. Pedchenko [22].

During the work of the ASPP group, the psychologist-trainer's attention is focused on the systemic characteristics of the psyche in its conscious and unconscious manifestations. In such groups, conditions are created for the study of personal characteristics that internally determine the subject's activity and influence his communication with other people. Attention is focused not so much on the technique of work, test methods, interpretation of test results, as on the methodological provisions of in-depth knowledge, which contributes to the individualization of the diagnostic and instrumental aspects of the correction process of ASPP. In-depth psychocorrection, the authors emphasize, "turns a person face to face with the need to study one's own socio-perceptive reality in the "subject-subject" system, catalyzes its self-realization as a prerequisite for the development of internal harmony and psychological culture [22].

In connection with the fact that the unconscious represents "objective reality" (due to its unconsciousness, which means no intervention of the conscious), it can be known, like reality in general, with the help of the conscious. Z. Freud pointed out that "all our knowledge is constantly connected with the conscious: even the unconscious we can know only by transforming it into the conscious" [13]. There is a unanimous opinion that the unconscious in its directly unobservable form is not subject to direct awareness. At the same time, both the conscious is closed to direct access to another sphere, and, on the contrary, the

unconscious cannot be directly explained, and this prompts the search for a third way – related to mediation, which is created by visualization of the psyche and dialogic interaction with the respondent. The latter corresponds to the instructions of Z. Freud: "... in order to bring the unconscious into the conscious, it is necessary to first create mediating chains. Through word mediation, internal processes become perceptions" [13].

The study proves that the knowledge of the unconscious cannot be carried out without attention to the dynamic and structural aspects of the psyche (Superego, I and It). The process of displacement plays a major role in the formation of mental substructures.

However, the unconscious consists not only of the processes of displacement, but also of the self-displaced, which turns into the unconscious and acquires dynamics in the process of attracting others. In knowing the integrity of the psychic, we proceed from the fact that our knowledge is constantly connected with the conscious, so we can know the unconscious in only one way – by transforming it into the conscious. At this point lies the central methodological position, which requires a methodical-instrumental art of in-depth knowledge related to the objectification of informational equivalents. The latter implies the presence of something third (i.e., an intermediary) between the "conscious/unconscious" realms.

Z. Freud's remark about the path of psychoanalytic cognition "through combination with the corresponding verbal representations" is important [13, P.18]. In view of this, the visualized presenter acquires a mediating function only thanks to his "revival" in the dialogic interaction of the psychologist with the respondent.

Z. Freud emphasized the importance of actualizing "visual thinking", especially in the practice of psychoanalysis of dreams. At the same time, relationships between images that require cognition remain outside visual thinking. Given the imagery of the language of the unconscious, the ability of symbols to embody the synthesized content of the other (unconscious) becomes clear, and this is their research feasibility of using visualized material (toys, stone models, drawings, plasticine, etc.) in in-depth knowledge. At the same time, visual images are not enough for knowing the unconscious – it is necessary to reveal the relationships between symbols in their multiplicity, and verbal aspects of thinking. It is this moment that is taken into account when the psychologist gives an impulse (stimulus) to visualization, self-presentation of the subject's psyche, ensuring the next step – dialogic interaction with the respondent.

As evidenced by the practice of the work of T. Yatsenko and her followers, the possibility and unconditional effectiveness of introducing mediation into the process of researching latent aspects of the psyche and its study in the "observable plane" gives quite positive results.

Hence the conclusions: in-depth knowledge should be mediated in nature; visualization of primary "mediation" is desirable; the materialized fixity of the "mediator" serves as an objective guide for cognition; secondary mediation requires "revitalization" of the visualized self-presenter in the process of dialogical interaction (psychologist-respondent); the process of dialogic interaction is carried

out step-by-step, multi-level, observing the rules of positive disintegration of the psyche and its integration at a higher level (through partial disintegration and integration); the psychologist's questions are oriented towards the internal implicative order of the psyche, which is in synthesis with the archetypal essence of the psyche; the diagnostic ability of questions (under conditions of consistency with the internal order) generates an impulse in the subject, an influx of energy, which is manifested in his motivation for self-knowledge as well as for activity in general.

Summarizing, let's note that the dialogic interaction of the psychologist with the respondent acquires mediation between two spheres of the mental under the conditions of its consistency with the internal order of the psyche.

The dialogue, following the phenomenon of the psyche (following the spontaneous activity of the respondent), is not directly related to one or the other sphere of the psyche – it is oriented to the horizon of their tangibility. The work is not carried out with separate components of the psyche, but with a person whose activity is determined by the needs and motivation of self-improvement. It is not aimed at establishing personal relationships, but at information exchange, which collectively contributes to the interpretation and objectification of informational equivalents, potentially tangential to the mental in its integrity.

Thus, in-depth knowledge, according to the author of the ASPP method T. Yatsenko, needs to be taken into account:

- specifics of functional interrelationships in the integral psyche (conscious/unconscious);
- energy activity of the unconscious sphere, the manifestation of which is possible when reducing (leveling) to a minimum the external stimuli of the activity of participants of ASPP in the "here and now" situation;
- archetypal possibilities of the psyche for objectified self-presentation (sculpture, drawings, etc.) with recoding of latent contents into visualized forms;
- mediating "mission" of the visualized presenter between external and internal aspects of the psyche (conscious/unconscious);
- the nature of the psychologist's dialogic interaction with the respondent, which contributes to the emotional "revival" of the presenter, as a necessary prerequisite for his transformation into a mediator;
- the need to focus on the significance of the events experienced by the respondent, which is manifested in the after effects that set the impulse for the respondent's reactions to the psychologist's questions;
- differences between two aspects of mental reality (conscious/unconscious) – their autonomy and inseparability from each other;
- the need for probabilistic forecasting, based on the merits of relationships, mutual transitions from the energetic (unconscious) sphere to the semantically understandable as a result of interpretation (interpretation);
- the informational secrecy of the presenters, which determines the need for their decoding in the dialogic interaction of the psychologist with the respondent [22].

## **2. The author's program for overcoming teacher frustration with the use of ASPP tools**

In our work, we started from the assumption that the frustration that arises in the professional activity of a teacher is determined by both external and internal factors, is largely determined by various forms of social influences that do not find their full satisfaction and are manifested in the futility of the teacher's hopes for better results professional activity. The composition of internal factors contributing to the emergence of a state of frustration is determined not only by a set of individual qualities that determine resistance to difficult life situations, external circumstances, but also by the presence of certain deep complexes that have developed under the influence of previous life experiences [11].

This led us to believe that overcoming frustration, which negatively affects the professional activity of the teacher, his general well-being and psychosomatic health, is possible under the conditions of purposeful work, which should be based on the use of various means of psychocorrection, including active social and psychological cognition intra-personal contradictions of the psyche.

Based on the results of the conducted research [11], an analysis of progressive domestic and foreign experience, a program for overcoming teacher frustration was developed. This program is aimed at teachers' awareness and overcoming of the destructive influence of frustration and its causes, since, as the results of previous empirical studies have shown, frustration imposes stereotyped behavior on the teacher, makes it difficult to understand oneself and others, negatively affects interpersonal interaction, often blocks activity.

The literature describes various strategies for self-regulation of behavior when anxiety increases, which is one of the components of the symptom complex of frustration and experiencing frustration. In situations of frustration and increased anxiety, there is either a modification of behavioral activity or a change in intrapsychic processes. In the first case, the state of anxiety and frustration is reduced due to the fact that: the frustrating situation itself changes, providing greater opportunities to meet the teacher's urgent needs and thereby reducing his emotional tension; the teacher chooses a strategy of "retreat" from the situation, tries to devalue it for his own perception.

In situations of frustration, mental activity can increase due to the "turning on" of certain intrapsychic mechanisms. The action of these mechanisms ensures the reduction of frustration and anxiety, or the prevention of its generalization thanks to the reorientation of the personality. Mechanisms of intrapsychic adaptation are defined as "psychological defenses" of the individual. Updating psychological defenses only temporarily relieves tension and frustration, but does not completely neutralize its causes. Frustration remains at a deep psychological level.

As shown by our previous experimental studies [11], teachers who cannot find a radical solution to a frustrating situation have poorly developed self-awareness and self-concept, namely: a weak structure of self-images, insufficiently developed processes of cognitive evaluation, inadequate self-esteem, etc.

The main form of control over a difficult, frustrating situation is its interpretation. The content of cognitive processes in frustrated people is a feeling of helplessness and despair due to the inability to cope with the situation, and often also dramatization of events. In connection with this, the main task of overcoming frustration among teachers is training in adequate reflection of the situation, objective assessment of personal resources for its solution.

The study of psychological and pedagogical literature made it possible to identify several experimentally tested ways and means of increasing the effectiveness of a teacher's work:

- improvement of the process of professional training in pedagogical universities;

- organization of various trainings contributing to the improvement of the teacher's professional competence;

- formation of the teacher's pedagogical skills;

- active in-depth psychological knowledge of intra-personal contradictions of the psyche.

In the psychological and pedagogical literature, works are presented, which describe the ways of increasing the teacher's competence in communication, the development of professional self-awareness. Most of these works are devoted to the problems of improving pedagogical communication. However, the formation of competence in communication, in our opinion, is only one aspect of the correction of frustration. A comprehensive program for preventing and overcoming teacher frustration has not yet been proposed.

Summarizing the literary data, we note that frustration is a systemic personality formation. It includes 4 components: physiological, emotional, cognitive and behavioral. Based on such a model of frustration, it is logical to suggest that its overcoming should be carried out on 4 interconnected and integrative levels: physiological, affective, cognitive, behavioral and include:

- 1) expansion of functional and operational capabilities, formation of the necessary knowledge, abilities and skills that contribute to increasing the effectiveness of activities;

- 2) learning techniques and methods of mastering one's emotional state: excitement, anxiety, etc.;

- 3) training in the skills of adequate perception, analysis and cognitive assessment of stressful situations;

- 4) "restructuring" of the personality through awareness of deep psychological reasons and sources of frustration.

The most effective way to overcome frustration, in our opinion, lies in the individual's ability to adequately perceive the situation, correctly analyze and influence it; in emotional self-regulation of the mental state; managing personal behavioral reactions in stressful situations. This requires increasing personal and behavioral resources.

The causes of frustration and the peculiarities of the behavior and activity of frustrated teachers identified by us as a result of experimental research determined one of the first tasks of our corrective work, which consists in constructively

changing the teacher's attitude towards himself. This activity begins with the activation of the processes of self-knowledge and self-analysis to identify various maladaptive "psychological defenses" and the reasons that give rise to them.

As is known from the literature, there are many psychotherapeutic approaches and even more psychotherapeutic techniques used by psychologists and psychotherapists in their work. In order to organize and carry out corrective and preventive work to prevent and overcome teacher frustration, we have singled out some of them, which, in our opinion, are the most relevant tasks of our research.

We will consider both individual directions and certain techniques and methods.

*Analytical-oriented therapy*, which focuses mainly on childhood trauma. Its main task is to change the personality through understanding the conflicts of the past, gaining insight through the analysis of "defenses" and transfers, cathartic response to experiences and emotions that often accompany frustration.

Since the teacher's frustration may be caused by internal factors (distorted self-concept, self-esteem, etc.), we used this method to better understand the deep reasons for the frustration of teachers participating in the training group.

We also used elements of *behavioral therapy*, which focuses on learning how to respond to various situations. Since as a result of the ascertaining experiment it was determined and proven that a frustrated teacher often uses stereotypical behavior in stressful situations of pedagogical activity, we consider it necessary to include psychocorrective and therapeutic techniques of this direction in our program. The behavior of frustrated teachers is rigid, formulaic, and stereotypical. Therefore, in our work, we used some techniques of behavioral psychotherapy in order for the participants of the training to reflect on behavioral reactions in situations of activity frustration and to learn their comprehensive analysis.

Elements of *cognitive therapy* to draw teachers' attention to dysfunctional thinking patterns that affect the adequacy of perception and assessment of a stressful situation.

*Individualistic psychology and psychotherapy* is aimed at studying and overcoming conflicts between the desire for power and the feeling of inferiority. In our psychocorrective work, we used elements of Alfred Adler's reorientation training, namely, the method of analyzing early childhood memories, researching the lifestyle of an individual, etc. It is known that the specific goal of Adlerian therapy is to help a person get rid of the feeling of "inferiority complex", own insignificance, and inferiority. Reorientation of the personality took place thanks to the analysis of the lifestyle and was aimed at revealing possible ways of knowing and using one's own capabilities to overcome those "crystallized patterns of behavior" that interfere with self-actualization.

We also paid attention to *techniques for relieving neuromuscular tension, progressive relaxation, and systematic desensitization of self-training*, since work in a training group is very stressful. We used the exercises and techniques of this direction, firstly, for the purpose of psychoprophylaxis and psychohygiene of work in a group, and, secondly, taking into account the fact that thanks to the "removal"



of psychological "clamps", it is possible to release energy, which can be used rationally to solve problems difficult situation, and not to overcome one's own physiological symptoms.

*Elements of Gestalt therapy* were used to study the components of the self, "completing the Gestalt", because, in our opinion, frustration can be caused by problems that have not found their solution for the individual. These problems "drain" mental energy, preventing the optimal resolution of a frustrating situation, and sometimes contribute to the distortion of its cognitive analysis.

In general, the work to prevent and overcome teacher frustration was carried out by us in the following directions:

- by deepening the psychological and pedagogical training of teachers (lectures, discussions, psychological workshop-seminar, etc.);

- through the analysis of the causes of the formation and development of inadequate self-esteem, violation of self-concept, non-constructive (basic) psychological defenses with the aim of getting rid of them in the process of specially organized group activities;

- through the development of communicative abilities and skills, which is one of the aspects of the development of the teacher's psychological competence.

Thus, the program for overcoming frustration includes various forms and directions of work, elements and techniques of psychoanalysis, individualistic, positive and cognitive psychotherapy, Gestalt therapy, behavioral therapy and body-oriented psychotherapy, etc.

The purpose of the corrective program is to help the teacher to become aware of personal frustration: its sources, causes, forms of manifestations, especially "disguised" by psychological defenses; in a change of attitude towards one's frustration; in the formation of skills to adequately solve frustrating situations of pedagogical activity, to manage personal emotional states and behavioral reactions, as well as the development of teachers' communication skills and abilities.

This goal is specified in the following tasks:

- informing teachers about the problems of harmonious and disharmonious personality development;

- identification of external and internal factors and manifestations of frustration;

- formation of teachers' motivation for self-discovery, self-change and correction;

- diagnosis by teachers of symptoms of frustration and its deep sources and causes ;

- correction and self-correction of teachers' frustration;

- receiving feedback on the results of corrective work.

The work carried out by us was complex and carried out in two directions:

- 1) extensively – through the deepening of the teacher's psychological and pedagogical training, including additional webinars;

- 2) intensively: through the analysis of the causes of the development of frustration, non-constructive psychological defenses with the aim of getting rid of

them in the process of specially organized group activities.

Its organizational form – *a psychological seminar-workshop* – included both traditional forms of work with teachers (lectures, discussions, workshops) and social-psychological training, which was conducted by us according to the type of ASPP – active social-psychological cognition. The training program included exercises and techniques proposed by T. Yatsenko, the author of this method [14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22], as well as elements of the psychotherapeutic procedures described above and some exercises, developed and modified by us.

The conceptual basis of the work is the statement about the conscious activity of the subjects of interaction, aimed at harmonizing their personal and professional life. This activity adequately reflects the goal, the process itself, and the results of the changes that occurred in teachers as a result of psychocorrective work, emphasizing their conscious nature. The most likely changes are the acquisition of skills and communication skills with others, the system of attitudes, values and goals, the level of reflection, etc., which contributes to increasing the effectiveness of the teacher's professional activity.

The main principles of work on psychocorrection of frustration are defined as:

1) the principle of activity, which consists in the fact that the members of the psychocorrective group themselves take a direct part in the performance of diagnostic, correctional and psychotherapeutic work, and not only actively listen to lecture material, but also perform exercises, model and play various situations, analyze their own behavior and that of others, etc.;

2) the principle of a research-searching creative position. The essence of this principle is that the protagonists in the course of work identify and realize both general psychological patterns and their personal resources;

3) the principle of 'objectification (awareness) of behavior. In the process of classes, the behavior of participants in psychocorrective work gradually changes from an impulsive to an 'objectified level. An important role in this process is played by feedback ', individual consultations and other techniques and forms of work with teachers;

4) the principle of partnership (subject '-subject ') interaction. The implementation of this principle contributes to the creation of an atmosphere of trust, acceptance, openness, which allows training participants to experiment with their behavior without fear of mistakes.

Regulation of the emotional component of frustration included working with emotions, in particular, training in accepting personal feelings and the feelings of other people, reflecting on the emotional state, forming the ability to freely express one's emotions, understanding and revealing one's problems with relevant experiences, receiving emotional support, realizing the causes and motives of emotional reactions, emotional correction of one's relations with people.

Regulation of frustration at the cognitive level involved expanding the scope of awareness: personal issues, one's role in perceiving and reacting to various situations, deep sources of frustration, etc.

The regulation of frustration at the behavioral level involved the identification and testing of new ways of behaving in situations of frustration, stressful situations in general.

The program of our work included 4 stages:

- 1) informative and motivational;
- 2) ascertaining and diagnostic;
- 3) training and orientation;
- 4) control.

We will reveal the content of the main stages of the work.

1. *Informational and motivational stage.* At this stage, the main task was to inform about harmonious and disharmonious emotional development of teachers and motivate teachers for further psychodiagnostic and psychocorrective work, personal changes.

2. *Confirmatory and diagnostic stage.*

At the diagnostic stage, a study of teachers' frustration and factors affecting its development was conducted; the influence of the teacher's frustration on the peculiarities of interaction in the pedagogical process. Note that the corrective part of the program was built taking into account the results of the conducted research. The experiences of a frustrated teacher are associated with a negative subjective perception of stressful situations of pedagogical activity, anxiety, psychological dependence, mistrust, dissatisfaction with oneself, usually deeply disguised by a "good facade". The desire to pretend to be a successful person, independent of others, leads to the fact that teachers often refuse psychological help, do not recognize and devalue their problems, are often simply not ready for self-examination and self-change. All this gives reason to believe that psychological defenses are included in such teachers, which leads to exhaustion of the nervous system, tension, overspending of energy, inconsistency of behavior, etc.

3. The training-orientation stage consisted of self-examination by teachers of the symptoms and causes of frustration, diagnosis, psychocorrection, psychotherapy through active social-psychological training, where we used a modified version of this method.

4. *The control stage* included checking the effectiveness of the program.

We believe that corrective work should begin with the formation of positive motivation for knowledge and self-exploration. For this, we widely used such methods as individual and group discussions, webinars -workshops, etc. They contributed to the expansion of teachers' ideas about the general regularities of emotional life, the consequences of emotional psychohygiene violations for mental and physical health, the influence of early ontogenesis on personal psychological issues, the role and significance of psychological protection mechanisms, etc. In the process of such classes, teachers identified their personal difficulties, behavioral reactions with those, the essence of which was revealed during acquaintance with theoretical questions.

The methods described above certainly contributed to the activation of teachers' self-evaluation activities, stimulated the development of reflective thinking. In addition, the acquired knowledge laid the foundation for a deeper

awareness and understanding of one's own pedagogical experience, understanding of the individual and psychological characteristics of schoolchildren, colleagues and other people – subjects 'of interaction.

The result of this stage of work was the formation of teachers' interest in psychological aspects of life, increased motivation and readiness for further diagnostic and psychocorrective work.

However, these work methods belong to the "passive" group, since teachers mainly receive theoretical knowledge, and not practical help in solving the tasks of personal and professional self-development. Therefore, we did not limit ourselves to the use of only this type of work. The information provided in the classes also had a practical implementation. Teachers were invited to participate in psychodiagnostic work: online testing of teachers was conducted for the purpose of their self-knowledge, the method of discussions was used, etc.

During the discussions, such problems were discussed as "Interaction in the communication system "teacher-student", "How do students influence my behavior?", "How do I influence the behavior of students?", "What can be done to optimize my communication with students ?", "Difficulties of interaction in the "teacher-parent" system and their overcoming", "Peculiarities of interaction with the school administration" and others.

The result of the teacher's work at this stage is a solution to the problem of his emotional well-being, which provides a positive atmosphere of interaction in the pedagogical process and is a condition for the emotional well-being of students.

At the next stage of work, teachers were able to investigate the causes of frustration, its sources and symptoms thanks to participation in the training. Let's dwell on this type of work in more detail.

One of the important issues, the correct solution of which depends on the effectiveness of corrective work, is the formation of a training group. Group selection is a two-way process, because not only the future training participants are interested in it, but also the manager-trainer.

According to the results of the preliminary diagnosis, which was carried out using the following methods: 16-factor personality questionnaire of R. Kettell (form C), modified by L. Drobot and M. Zabrodsky, variant of the interpersonal diagnosis test of T. Leary, questionnaire for determining the level of anxiety using the modified by us Ch. Spielberger's test, O. Starovoytova's test, aimed at studying the components of teachers' self-awareness; of the diagnostic test of teachers' frustration reactions based on the version of S. Rosenzweig's methodology "Situations of frustration in teacher communication" modified by V. Chernobrovkina and V. Chernobrovkina, teachers with a high level of frustration were singled out, and they were offered to participate in the training. The main thing that was paid attention to when selecting a training group is the presence of motivation to study and voluntariness.

In this way, a training group of 15 people (one of them is a trainer) was formed to test our program for overcoming teacher frustration. The group was heterogeneous in terms of gender and age, closed, i.e., after its completion, it was not replenished. The age of the participants is from 25 to 48 years old.

Classes were held for 6-7 hours during 8 sessions, as part of teacher training courses.

At the first session, an introductory conversation was held, during which the trainer explained the features of the training group's functioning, the basic rules of the group's work were adopted, and the goal and results that the participants should strive for were discussed. Immediately, a conversation was held with the future participants on the topics: "What do I expect from the group?", "What problems are I going to solve?" etc.

The trainer also introduced the principles of functioning of a group of active social-psychological training participants: address each other by name to ensure communication in the system of "subject-subject" relations; to subordinate everything that happens in the group to the fundamental "here and now"; to express oneself freely, spontaneously, sincerely; to accept oneself and others as they are, to avoid evaluative judgments in the group and beyond, etc.

Learning the principles of group functioning was actually carried out during the first 2-3 sessions.

Group training work had 3 stages of development of group dynamics [14; 15].

*The initial stage* lasted approximately 2-3 sessions. As our observations showed, there was still a rather high level of situational tension at this stage of training. The participants experienced anxiety ("I don't want to look stupid", "should I talk a lot about myself?", "how will the group accept me", etc.). All this was expressed in the low activity of the training participants, sometimes in silence.

At the first stage of the group's work, the main task of the leader was to ensure the spontaneity of the active social-psychological training process, thanks to which the specific content side of the classes determined the behavior of the group members themselves and contributed to the formation of a unique training scenario for the group.

The second stage of the group's development is its *working stage*. In our work, it lasted for 5 sessions. This is the main part of the training, which was characterized by significant emotional stress. As T. Yatsenko points out [15; 16], this is where the global, multi-level, in-depth knowledge of the personality takes place through self-reflection with other participants and in the process of the psychologist-trainer's direct work with the personal problems of the protagonist. At this stage, sensitivity increases, values are revised and rethought, and attitudes are reorientated. In this period, not only the final construction and re-examination of hypotheses, which allow to determine the reasons for the frustration of training participants, but also the clarification of the system of psychological protection, which is inherent to each individual member of the group, takes place. At this stage, we used exercises such as "Hot seat", "Tale of my life", "Recognition" and "Disrecognition in a group", elements of psychodrama and others.

As indicated above, working in a group of active socio-psychological training allows teachers to carry out personal psychocorrection at a deep psychological level.

The most relevant for this purpose is the method of psychoanalysis of a complex of thematic drawings. It involves not only the execution of drawings by the subject according to a certain theme, but also the following dialog-conversation with their author. The dialogue is aimed at revealing the reflective content, clarifying the infantile root causes that give rise to destructive mental phenomena.

Thanks to this method, we were able to investigate the causes of teachers' frustration, which are caused by early ontogenesis.

As Z. Freud pointed out, "...the hand is a continuation of thought" [13, p.17]. It is in the drawings that the unconscious is projected. Moreover, there are no coincidences in the manifestations of the unconscious; they are excluded by the principles of "energy saving" and the subjective significance of the content that left a "trace". The dialogue with the author is aimed at identifying the lines of interaction between the unconscious sphere and consciousness, which allows actualizing the reserves of the psyche of the author of the drawings.

This contributes to deeper reflection, expansion of self-awareness, harmonization of the personality through the resolution of internal contradictions, which can be the main cause of frustration. As the experience of the author of the method of active socio-psychological cognition T. Yatsenko and our empirical studies shows, these are the contradictions that arise between the tendency to strength and weakness, to life and death (psychological death), to communication with people and psychological impotence [17; 18]. The subject's personal level of perception of such contradictions destructures his psyche, socially maladapted him, and depletes his energy.

*The final stage* of the group's development is a summary, a re-examination by each of the participants of the study of their capabilities and the identification of difficulties that they may encounter when communicating in the process of pedagogical activity. In the seventh and eighth sessions, the training participants were engaged in simulation of tense communication situations that can cause frustration, and their playback and, especially, analysis turned out to be extremely productive types of work.

In the work of the training group, we used a wide range of specific psychocorrective methods and training exercises. We borrowed most of them from scientific and methodical literature [1; 2; 3; 4; 7; 21]. However, in the course of the training, they were modified and adapted to the specific conditions of the classes, the composition of the participants in the training situation, and the main goal of the training – to overcome the frustration of teachers.

In working with teachers, we used the analysis of early childhood memories within the framework of Adlerian psychotherapy, in-depth analysis of psychoimages, elements of psychogymnastics, psychodrama, music therapy, fairy-tale therapy and exercises to relieve neuromuscular tension, etc.

### **3. Study of the effectiveness of psychocorrection of teachers' frustration during the work of the training group**

In a number of works, it is noted that experimental studies of the results of psychological correction of the personality during the work of the training group are particularly difficult. This is due to a number of reasons:

- a special trusting relationship develops in the group, in which the impersonal testing procedure causes a negative reaction ("I feel like a guinea pig", "you must be doing some work on us" – according to the participants) and can disrupt the established style of relationships in the group;

- personal changes occur, as a rule, slowly, only in some cases a significant change is observed in a short period of time;

- the process of personal changes is not fully understood by the group member, which makes it difficult to detect them;

- a favorable psychological atmosphere in the group contributes to the emergence of euphoria regarding personal changes, the illusion of the essentiality of personal growth;

- effective procedural psychodiagnostics should not stand out against the general psychocorrective background, create a feeling of an exam, test, competition; it should be organically combined with the process of psychocorrection, be an integral part of it, a support for the performance of subsequent corrective exercises.

The purpose of psychodiagnostics in the process of group psychocorrection is to receive feedback from participants for optimal management of the group process.

A special technique was developed for self-reports about the prevailing mental state of participants during group work. It is simple, not cumbersome, express, which allowed to use it in every lesson with all group members. The technique allows you to assess 5 components of the current mental state according to a system of 5-point scales specially developed for this purpose (situational anxiety, negative and positive emotions, sensitivity, self-confidence).

During the interview, we found out, mainly, the personal problems of the participants, communication difficulties, and life attitudes.

Observation of training behavior made it possible to assess the type of temperament, behavioral stereotypes, life attitudes and values.

In general, the developed diagnostic system made it possible to provide fairly complete, high-quality and timely feedback, which made it possible to optimally manage the process of group psychocorrection.

At the end of the training work, a re-diagnosis of the level of frustration was carried out, more precisely, the indicators included in the specified system complex. The results of the control experiment showed that there is a positive trend in the change in the level of frustration of teachers who worked under our program. Worrying experiences of expected difficulties, despair, hopelessness, and helplessness are felt by a smaller number of teachers than in the ascertaining series of the experiment.

Re-diagnosis based on the test of teachers' frustration reactions based on the version of S. Rosenzweig's methodology "Situations of frustration in teacher communication" modified by V. Chernobrovkina and V. Chernobrovkina showed that the attitude towards difficult and stressful situations of pedagogical activity among the teachers of the experimental group has changed. The number of *decisive* behavior strategies in difficult situations of pedagogical activity has increased, and

the number of *self-protective ones has decreased*. This indicates that in the process of work, a tendency to overcome the frustration of teachers, neutralizing its consequences in the teacher's professional activity has emerged.

Thus, the results of respondents' self-reports, interviews, testing and observation during classes allow us to conclude that this kind of training contributes to the harmonization of the subject's personal structure, the improvement of his general culture, the feeling of the need for self-change, self-improvement and responsibility for his development, the realization of his potential opportunities.

*Reference:*

1. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу: навчальний посібник. Харків: НУЦЗУ. 2015. 320 с.
2. <http://reposit.sc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3246/1/%D0%9C%D0%A1%D0%9F%D0%A2%20%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>
3. Білова М. Е. (2015) Соціально-психологічний тренінг: навчально-методичний посібник з спецкурсу «Соціально-психологічний тренінг». Одеса: Одеський національний університет імені І.І. Мечникова. 2015. 113 с.
4. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Сучасні тренінгові технології розвитку особистості в освіті. Київ. 2022. 184 с.
5. Карпенко Є. (2015) Основи психотренінгу: навч. посібник. Дрогобич: Дрогобицький державний педагогічний університет ім. Івана Франка. 2015. 78 с.
6. Луначек В. (2019) Нова українська школа: практична реалізація. 2015. (E-Reader Version). URL: <https://osvita.ua/school/reform/53666>.
7. Мешко Г. Педагогічна діяльність як детермінанта професійного здоров'я вчителя. *Український науковий журнал «Освіта регіону»*. 2021. №2. С. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/488>
8. Мостова Т. О. Психологічні методи подолання професійної фрустрованості у вчителів початкової школи. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2023. Випуск 51. С. 82-89 DOI: <https://doi.org/10.32782/2312-8437.51.2023-1.11>
9. Остополець І. Ю. Фрустрації в педагогічній діяльності та фактори, що їх зумовлюють. *Міжнародний збірник наукових праць «Освіта і суспільство»*. Бердянськ – Ополе. 2017. Вип. 2, С. 325-345
10. Остополець І.Ю. Причини виникнення фрустрованості вчителя. *Conference Proceedings of the 6th International Scientific Conference Modern Problems of Management: Economics, Education, Health Care and Pharmacy* (October 16 – 19, 2018, Opole, Poland). The Academy of Management and Administration in Opole. 2018. С. 86-89.
11. Остополець І. Ю. До проблеми вивчення стану фрустрації вчителів в їх професійній діяльності. *Збірник наукових праць. Психологія*. К.: НПУ ім.М.П.Драгоманова. 2000. Вип. 2 (9), Ч.2., С. 287-290.
12. Остополець І. Ю. (2003) Діагностика і психокорекція професійних фрустрацій вчителя: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. Центр. ін-т післядиплом. пед. освіти. К., 2003. 20 с.
13. Ушинський К. Д. Вибрані педагогічні твори: у 2 т. Київ. 1983. Т.1. 141с.
14. Фрейд З. Я и Оно. М.: Моттэм, 1990. 55 с.
15. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посібник. К. Либідь, 1996. 264 с.
16. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції. Активне соціально-психологічне навчання: навч. посібник. Київ: Вища школа. 2004. 679 с.



17. Яценко Т. С., Глузман О. В., Калашник І. В. Глибинна психологія: діагностика та корекція тенденції до психологічної смерті. Навч. посіб. Ялта: РВВ КГУ. 2008. 204 с.
18. Яценко Т. С., Іваненко Б. Б., Аврамченко С. М. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції: Підготовка психолога практика: Навч. посіб. К.: Вища шк. 2008. 342 с.
19. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. посіб. К.: Вища шк. 2006. 382 с.
20. Яценко Т. С. Психоанализ тематических рисунков (практика и теоретические обобщения). *Журнал практического психолога*. 2004. № 1. С. 156 – 188.
21. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції: Навч. посіб. К.: Либідь. 1996. 264 с.
22. Яценко Т.С., Чобітько М.Г., Доцевич Т. І. Малюнок у психокорекційній роботі психолога – практика (на матеріалі психоаналізу комплексу тематичних малюнків). Черкаси. 2003. 216 с.
23. Яценко Т.С., Полянничко О. М., Педченко О.В. Психодинамічна теорія та методологія глибинного пізнання психіки суб'єкта. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*. Додаток 3 до Вип. 36 Том 1 (17): Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». К.: Гнозис. 2016. С. 315-326.

### 2.3. Development of resilience of a preschool teacher in difficult life conditions

#### **Розвиток резильєнтності вихователя закладу дошкільної освіти в складних умовах життєдіяльності**

**Вступ.** Військові дії, окупація на території України і складна соціально-економічна ситуація в країні в цілому призводять до зниження рівня життя громадян і добробуту сімей, що негативно позначається особливо на самих незахищених дітях. Дорослі і діти які пережили стрес, потребують допомоги тут і зараз, тому ми не можемо чекати, поки буде скоординована системна робота держави. Проблема життєстійкості людини перед лицем важких життєвих обставин завжди привертає увагу дослідників, які вивчають різні аспекти людського життя: психологів, соціальних працівників, педагогів, лікарів. Сьогодні життєстійкість стала набутою рисою людської психіки

Ця проблема стає особливо актуальною в нинішній складній ситуації, оскільки більшість людей ніколи не стикалися з військовою агресією. Війна поставила українське населення в постійну та реальну загрозу життю. Як наслідок, у багатьох людей почали проявлятися ознаки тривоги, депресії, розладів сну, панічних атак, втрата сенсу життя і навіть нерозуміння того, як жити далі. Педагоги, як і інші громадяни України, зазначають, що вони не готові належним чином реагувати на збройний конфлікт. Тому в цей період ключовим завданням для людей є усвідомлення реальності та себе в цій небезпечній ситуації, створення нових способів ставлення до реальності або трансформація старих шляхів реагування, а також набуття ресурсів, необхідних для збереження власної ідентичності. Складні життєві обставини значною мірою впливають як на українських педагогів, так і на всіх учасників педагогічної взаємодії. Це створює нові особливості у спілкуванні педагогів з колегами, адміністрацією, дітьми та батьками, а також зумовлює необхідність розвитку резильєнтності педагогів до професійної діяльності в складних умовах життєдіяльності. Це дуже важливо у зв'язку з необхідністю протистояти тиску, пов'язаному з поточними соціально-економічними проблемами життя в таких ситуаціях, як пандемія, соціально-політичні конфлікти, загострення економічних проблем держави, війни, воєнний стан тощо.

У сучасних умовах, коли вихователі закладів дошкільної освіти зіштовхуються з численними викликами, такими як соціальні, економічні та політичні зміни, важливою стає їхня здатність до резильєнтності. Резильєнтність, як здатність відновлюватися після стресових ситуацій, є ключовою для забезпечення психологічного комфорту та ефективної професійної діяльності вихователів. Питання резильєнтності привертає значну увагу як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників. На Всесвітньому економічному форумі в Давосі (2020) обговорювали перспективи на найближчі п'ять років щодо топ-10 необхідних навичок у майбутньому, серед яких виділяли витривалість, стресостійкість та гнучкість. Ці якості саме і можна охарактеризувати як резильєнтність.

Сьогодні зарубіжні та вітчизняні науковці розглядають резильєнтність як одну з найефективніших моделей відновлення та розвитку особистості в складних життєвих ситуаціях. Це набуває особливої значущості через необхідність постійної протидії дистресам, пов'язаним із життям в умовах пандемій, соціально-політичних конфліктів, війни та загострення соціально-економічних проблем у країні. Важливий внесок у розуміння концепту психологічної пружності зробили такі вчені, як А. Masten, Е. Werner, W. Moss, J. Block, D. Cicchetti, J. Blender, S. Luthar, D. Fletcher, M. Sarkar, M. Tugade, С. Waugh, В. Fredrickson, S. Taylor, D. Hellerstein, R. Pietrzak, M. Goldstein, J. Malley, S. Southwick, M. Davis, L. Luecken, K. Lemery-Chalfant, S. Southwick, G. Bonanno, M. Ungar, M. Rampe, K. Reivich, A. Shatte та інші [30; 31; 27; 34; 38; 42].

У вітчизняній психології проблемі психологічної резильєнтності (пружності) присвятили свої дослідження такі вчені, як Т. Титаренко, Л. Коробка, Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко, О. Хамініч та інші [5]. В цілому феномен резильєнтності в психології розуміється в 3-х аспектах: як характеристика або здатність особистості, як процес, і як адаптивний захисний механізм особистості, що особливо важливо для викладачів вищих навчальних закладів, особливо в умовах воєнного стану, його активність є спрямована на формування важливого потенціалу майбутнього фахівця відповідно до вимог міжнародних організацій (Європейська комісія, 2006), ефективний розвиток і впровадження інноваційних, освітніх, інформаційно-комунікаційних технологій, форм, методів і технологій в освітній процес [1]. Тому для вихователів закладів дошкільної освіти важливо формувати життєстійкість, яка робить їх більш стійкими перед обличчям складних життєвих ситуацій.

*Мета дослідження* – здійснити аналіз сутності поняття «резильєнтність», її складових та чинників як важливого психологічного ресурсу; обґрунтувати основні засоби розвитку резильєнтності вихователя закладу дошкільної освіти.

### **1. Поняття резильєнтності в психолого-педагогічній літературі**

Поняття «резильєнс» (resilience) увійшло в гуманітарну науку з механіки, і означає фізичну здатність матеріалу повертатися в свій первинний стан. Сьогодні цей термін широко використовується в психології, медицині, соціальній роботі та інших суспільних науках і використовується для опису впливу на людину, яка перебуває у шкідливому (екстремальному, загрозливому, стресовому) стані [5]. В україномовній літературі з психології та соціальної роботи resilience перекладають як стресостійкість, життєстійкість, життєздатність, стійкість до травми. Ці терміни використовують для позначення ресурсів подолання надзвичайних і стресових подій, психологічних і соціальних наслідків травматичного стресу, втрати тощо. Останнім часом з'являються публікації, в яких поняття «резильєнс» перекладають українською мовою як «пружність», зокрема «психологічна пружність». Разом з тим процес входження в науковий обіг нового конструкта потребує певного часу, тому усталеного терміна,

еквівалентного поняттю «резилієнс», у вітчизняних гуманітарних науках поки що не визначено [15]. Згідно з С. Мадді, життєстійкість – це система переконань про себе, світ та взаємини зі світом. Вона включає три порівняно автономні компоненти: залученість, контроль та прийняття ризику. С. Мадді підкреслює, що стресові впливи переробляються людиною саме на основі життєстійкості, яка є каталізатором поведінки, що дозволяє трансформувати негативний досвід у нові можливості. Подолання проблем може йти двома шляхами: активним або пасивним (інфантильність, прагнення плисти за течією) [28]. Історія досліджень резилієнсу показала, що незалежно від обраної моделі, її вивчення потребує уваги до таких ключових аспектів: необхідність розуміння динаміки та процесів взаємодії; комплексність цього конструкта та важливість його цілісного (холістичного) вивчення; а також значущість різноманітного досвіду та навчання фахівців, які працюють у цій сфері.

Найбільш узагальнене визначення пропонує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Згідно з ним, резилієнс – це «здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями та особиста ресурсність, яка може розвиватися завдяки захисним факторам, таким як сприятливе зовнішнє середовище та вироблення адаптивних механізмів копінгу» [5].

За визначенням Американської психологічної асоціації, резилієнс є процесом і результатом успішної адаптації людини до важких або складних життєвих обставин, насамперед, через розумову, емоційну та поведінкову гнучкість, а також через пристосування до зовнішніх і внутрішніх вимог [17].

Психологічний резилієнс можна визначити як здатність людини чинити опір несприятливим і травмуючим подіям і адаптуватися до них [41].

Згідно з О. Хамініч, термін «resilience» є відносно новим для вітчизняної науки, але у світовій психології він активно використовується з 70-х років минулого століття. На сьогоднішній день «resilience» має статус потужного конструкта, навколо якого створено широку емпіричну базу, сформовано проблемне поле теоретичних питань і багаторівневі системні зв'язки [12].

У сучасних наукових дослідженнях резилієнс розглядають у двох основних підходах:

1. Резилієнс як індивідуальна характеристика (ego-resiliency): це особистісна риса, що захищає від життєвих труднощів і проявляється через такі якості, як гнучкість, спритність, винахідливість та міцність характеру, а також здатність адаптуватися до різних зовнішніх умов.

2. Резилієнс як динамічний процес (resilience): у цьому підході резилієнс розуміється як процес, у якому позитивна адаптація відбувається в умовах негараздів. Це безперервний, активний процес появи чи розвитку нових сил і ресурсів адаптації та відновлення, який має нерівномірну динаміку в умовах нових ризиків.

Питання про те, чи є резилієнс рисою чи процесом, досі обговорюється, але існує загальне розуміння, що цей концепт описує здатність окремих осіб, сімей і груп успішно функціонувати, адаптуватися і справлятися з психологічними, соціальними, культурними та/або фізичними труднощами.

Резилієнс, як риса і процес, проявляється у людей протягом усього їхнього розвитку. Термін «резильєнтність» пов'язаний зі здатністю психіки людини відновлюватися після несприятливих умов. Розуміння того, як і яким чином деякі люди здатні вистояти, відновитися і навіть психологічно зрости, зміцніти після складних життєвих негараздів або катастроф є важливим для психологів та психотерапевтів, працівників помічних професій. Вивчення резильєнтності є важливим, ще й тому, що розуміння людської спроможності до психологічної позитивної адаптації в несприятливих обставинах може допомогти фахівцям з психічного здоров'я розробляти спеціальні психотехнології для психопрофілактики та розвитку резильєнтності, життєстійкості, стресостійкості; розвитку здатності самостійно долати стресові ситуації тощо [9].

Нижче наведемо низку взаємодоповнюючих визначень резильєнтності, на які можна спиратися в практичній роботі, залежно від специфіки поставлених завдань:

– здатність динамічної системи, такої як спільнота, передбачати виклики та успішно до них адаптуватися [16].

– здатність успішно адаптуватися до негараздів, стресових життєвих подій, значної загрози або травми [20].

– здатність вистояти перед обличчям змін, продовжувати розвиватися в умовах, що постійно змінюються [22].

– здатність динамічної системи успішно адаптуватися до викликів, які загрожують функціонуванню, виживанню або розвитку системи [30].

– здатність системи передбачати, адаптуватися та реорганізувати себе в умовах негараздів таким чином, щоб сприяти та підтримувати своє успішне функціонування [38].

– здатність людини або соціальної групи (спільноти) амортизувати вплив надзвичайних ситуацій, тобто «пом'якшувати» дію їхніх соціальних та психологічних наслідків через актуалізацію ресурсів окремих людей, груп, організацій та громад, здатних запобігти загостренню психологічних проблем і розладів серед учасників і свідків важких подій [5].

– це розумова, фізична, емоційна та поведінкова здатність людини адаптуватися, відновлюватися та процвітати в ситуаціях ризику, викликів, небезпеки, складності та негараздів, а також вчитися та рости після невдач [8].

– це особистісна риса людини, яка пом'якшує негативні наслідки стресу і сприяє адаптації [40].

Дослідники наголошують, що найефективнішою стратегією резильєнтності є передбачення викликів та загроз. Ця стратегія дозволяє своєчасно усвідомити і підготуватися до них, що допомагає мінімізувати політичні та матеріальні втрати, які можуть бути катастрофічними для національних інтересів країни, її цивілізаційної суб'єктності та навіть її існування [5].

Під резилієнтністю М. Савчин, В. Федорчук, Л. Гапоненко розуміють здатність людини відновлюватися після впливу стресових, кризових і

травмуючих ситуацій, використовуючи свої духовні, особистісні та соціальні ресурси та потенціали. Це означає, що людина повинна не лише адаптуватися до нових реалій, але й повернутися до звичного життя без втрат для свого фізичного, психічного, психологічного, соціального, морального та духовного здоров'я, а також досягти більшого, вдосконалюючи своє життя у всіх цих сферах [11]. Як зазначають вчені, резильєнтність є корисним компонентом для підтримки психологічного благополуччя підлітків та захисту від непередбачуваних загроз добробуту протягом усього життя [26].

Вивчаючи резильєнтність, вчені пояснили це за допомогою інтерактивного процесу, який з часом зміцнює особистість і сім'ю [33]; динамічні процеси, тобто взаємодії, що передбачають активну особистісну і соціальну адаптацію індивіда, незважаючи на схильність до ризику [27]; динамічні психологічні процеси, тобто використання стратегій подолання та / або факторів особистості [31]; особистісні чинники як потенційні детермінанти [38]; стилі та стратегії подолання [24] та ін.

Резильєнтність пов'язана з досягненням конструктивної адаптації, незалежно від вразливості ситуації, з попереднім досвідом серйозної небезпеки або негараздів [35]. Крім того, людина, яка не схильна до негараздів і загроз, не може бути стабільною в ході власного розвитку, тому що у формуванні резильєнтності повинна бути якась минула або теперішня небезпека [32].

Резильєнтність як поняття відноситься до набору особистісних характеристик і контексту розвитку особистості, а також до здатності використовувати набір внутрішніх і зовнішніх механізмів при зіткненні з труднощами [30]; здатність позитивно реагувати, незважаючи на те, що людина живе у важких або загрозливих ситуаціях; здатність діяти і реагувати краще, ніж очікувалося, у ситуаціях ризику, травматичних подіях або негараздах, які впливають на психосоціальну цілісність особистості [23; 31]; характеристика, яка змінюється від людини до людини і збільшується або зменшуються з часом [2].

***К. Cherry провівши ґрунтовне дослідження виділяє наступні типи резильєнтності:***

1) фізична резильєнтність (здатність тіла справлятися зі змінами та відновлюватися після фізичних перевантажень, хвороб і травм);

2) психологічна резильєнтність (здатність людини адаптуватися до змін і невизначеності; люди, які належать до такого типу резильєнтності, гнучкі та спокійні під час стресової ситуації);

3) емоціональна резильєнтність (здатність регулювати емоції під час стресу; люди усвідомлюють свої емоційні реакції й схильні бути в контакті зі своїм внутрішнім світом; завдяки цьому вони також можуть опанувати своїм розумом і керувати своїми емоціями, коли йдеться про негативну ситуацію; допомагає людям зберігати почуття оптимізму у важкі часи);

4) соціальна резильєнтність передбачає здатність груп (спільноти) відновлюватися після важких ситуацій, зокрема, йдеться про спілкування з іншими та спільну роботу над вирішенням проблем, які впливають на людей

як окремо, так і колективно [19].

Тим часом, Karatas, Ersoy & Sakaг визначають три основні характеристики стабільних людей: соціальні, емоційні, когнітивні/академічні. У свою чергу, соціальні характеристики трактуються як талант у розвитку дружніх стосунків, вміння встановлювати позитивні стосунки з іншими людьми, володіння ефективними комунікативними навичками, які вимагають правильного використання мови та, якщо потрібно, звернення за допомогою. Емоційні характеристики – висока самоефективність, впевненість у собі на високому рівні, висока самооцінка та самоприйняття, навички емоційного контролю та усвідомлення, швидка здатність адаптуватися до нових ситуацій, здатність протистояти тривозі та втручанню. Когнітивні / академічні характеристики-висока мотивація до досягнень, здатність обмірковувати і планувати майбутнє, здатність розумно справлятися зі стресовими і травмуючими подіями, зовнішні атрибути (щастя, здібності і т.д.), формування і активізація свого оточення на благо інших [25].

Резильєнтність включає в себе властивості, характеристики і відмінні риси, які забезпечують досягнення цілей, незважаючи на проблеми, і представлені у вигляді мінливих багатовимірних характеристик, що залежать від різних умов [23; 34; 42]. Крім того, Windle виділяє три основні складники у визначенні поняття «резильєнтності»: ризик та/або труднощі; демонстрація позитивної адаптації, подолання, самодостатності; захисні чинники [42].

Rutter M. визначав резильєнтність як динамічну концепцію, засновану на взаємодії факторів ризику та захисних факторів, і наголошував, що ця динамічна структура змінює вплив негативних подій на життя [34]. Тобто він описує ситуацію, яка зменшує, пом'якшує або усуває ризик чи вплив труднощів та розвиває здорову адаптацію та здібності людини. Оптимізм, соціальна самодостатність, соціальні навички, вміння вирішувати проблеми і самоствердження розглядаються як особистісні характеристики. Це один із захисних чинників, пов'язаних з опором [18; 21; 36; 38]. Крім того, було відзначено, що психологічне здоров'я та Емпатія, внутрішній контроль, добробут та самореалізація відіграють важливу роль [29].

Luthar S. та ін. розглядали резильєнтність як динамічний процес активної адаптації при впливі серйозних загроз і неприємностей [27]. Крім того, динамічний процес проявляється в постійній взаємодії з навколишнім середовищем, в якій люди розвиваються і соціалізуються [39]. У той же час необхідно розуміти механізми, які коригують наслідки ризиків і проблем у розвитку, оскільки підлітки, як правило, добре адаптуються. Тому, щоб зрозуміти опір як процес, необхідно розуміти механізми захисту та ризику, оскільки саме захисні механізми роблять підлітків більш стійкими [34]. Фактори ризику посилюють реакцію людини на несприятливі обставини і роблять його ще більш вразливим. Серед факторів, що сприяють опору в підлітковому віці, є підтримка окремих людей, суспільства та сім'ї [23; 42].

На переконання О. Романчука резильєнтність (психологічна стійкість, опірність) – це здатність переносити життєві випробування, зберігаючи при

цьому психічне здоров'я і цілісність особистості. Для науковців та професіоналів це дуже важлива тема для дискусій, досліджень та наукових конференцій. Але зараз не про це. Зараз у нас війна – і ми разом зміцнюємо нашу життєстійкість. Не тільки для того, щоб впоратися з усіма стресами і негараздами, пов'язаними з жахами війни, а й для того, щоб разом перемогти в цій війні, тому що нам це так потрібно [10].

Психологічна стійкість (Романчук О.) – це не вроджена або особистісна якість, властива окремій людині. Це як м'язи: ми всі з ними народжуємося, але вони ростуть, коли ми їх використовуємо. І коли ми вирішуємо діяти з позиції стійкості, ми відповідно стаємо більш стійкими. Ми стаємо незмінними, коли робимо вибір під час випробувань, реагуючи обережно і мудро. Коли ми в небезпеці, ми діємо мужньо (незважаючи на страх, страх природний, так що, врешті-решт, «мужність – це не відсутність страху, а боязнь»). І саме тому ми повторюємо собі зараз, як мантру боротьби: «Наша робота і наш вибір: вистояти, перемогти, відродитися! Що б це не було, скільки б часу це не зайняло-вистояти, перемогти, відродитися!» [10].

Це також стосується здатності регулювати емоції. Вони дуже важливі. Емоції об'єднують, мобілізують, дають енергію для дій. Гнів дає сили для боротьби, а тривога надає уваги в небезпечних ситуаціях. Але іноді емоції стають некерованими, гнів може «підірвати дах», а відчай може «затихнути» – стійкість також пов'язана з емоційними здібностями, здатністю розуміти емоційні сигнали і мудро реагувати на них, а також зі здатністю регулювати їх, коли вони помилкові або надмірні [10].

На наше переконання резильєнтність є інтегральною властивістю особистості, яка забезпечує здатність протистояти стресу, долати його та відновлюватися після нього, сприяючи психологічному благополуччю та збереженню психічного здоров'я. У психологічному сенсі резильєнс полягає також у здатності людини протистояти дії стресорів без потрапляння у стани, пов'язані з психічними розладами.

## **2. Чинники, що впливають на розвиток резильєнтності вихователів закладів дошкільної освіти**

Наукові дослідження підтверджують, що розвиток резильєнтності особистості обумовлюється як генетичними, так і соціальними чинниками. Генетичні чинники включають тип нервової системи та успадкований генотип. Серед соціальних чинників важливу роль відіграють сімейні взаємини, статус у педагогічному колективі, що формується через соціалізацію в середовищі колег, а також взаємини з дітьми, батьками та іншими соціально значущими особами [6; 14].

На прояви резильєнтності значною мірою впливають тип нервової системи та індивідуальні особливості, такі як швидкість емоційної реакції, ступінь збудливості та вразливість нервової системи, які відображаються в пізнавальній діяльності, інтересах, емоційно-вольовій активності та характері. Часто емоційність, нестриманість у поведінці та імпульсивність у прийнятті рішень, які виявляються зовні, мають глибинні основи впливу



стресових факторів на організм. В умовах війни цей чинник ще більше посилюється через відсутність комфортних умов для життя і навчання.

Психологічні аспекти розвитку резильєнтності педагога в умовах військового стану були предметом дослідження К. Балахтар. Дослідниця виділяє такі компоненти резильєнтності викладача, як надія, оптимізм, адаптивність та стійкість. Вона наголошує на важливості внутрішніх ресурсів педагога як резерву для відновлення, а також звертає увагу на ефективні засоби відновлення, такі як дихальні вправи, «відключення від новин», дослухання до власних почуттів та почуттів інших людей, позитивне світосприйняття, спілкування в малих групах тощо [1].

Низка дослідників використовують термін «екологічна резилієнс», щоб підкреслити важливість розгляду процесів резилієнс у широкому контексті, протиставляючи це підходам, що зосереджуються виключно на індивідуальних чинниках. Ми переконані, що вихователь закладу дошкільної освіти повинен створити відповідні соціально-психологічні умови, які зменшуватимуть негативний вплив війни в Україні на дитину. Крім того, заклад дошкільної освіти може виступати фасилітатором ефективної взаємодії між дитиною, її батьками та іншими соціальними інституціями (соціальними і медичними службами, творчими гуртками, спортивними секціями тощо), позитивно впливаючи на здатність оточення дитини задовольняти її потреби та вирішувати нові проблеми, що виникли внаслідок війни [37]. Вихователі закладів дошкільної освіти виконують важливу роль у формуванні та розвитку дітей. Вони не лише навчають, але й підтримують емоційний стан дітей, допомагають їм справлятися з труднощами. Резилієнтність вихователів є критично важливою для їхньої здатності ефективно виконувати ці завдання. Вихователі, які володіють високим рівнем резилієнтності, здатні зберігати спокій, приймати раціональні рішення та підтримувати позитивний настрій навіть у складних ситуаціях.

Важливими чинниками, які впливають на розвиток резильєнтності є:

**1. Професійна підтримка та навчання.** Постійне професійне навчання, обмін досвідом з колегами та підтримка з боку керівництва сприяють розвитку резилієнтності. Вихователі повинні мати доступ до тренінгів, семінарів та курсів, які допомагають розвивати навички стресостійкості та адаптивності. Ментори та наставники можуть надавати цінні поради, ділитися досвідом та підтримувати молодих або менш досвідчених вихователів у складних ситуаціях. У закладах дошкільної освіти варто впроваджувати програми менторства, де досвідчені вихователі допомагають новачкам адаптуватися та розвиватися професійно. Спільноти професійної підтримки, групи взаємодопомоги та обговорення проблем у колективі сприяють зменшенню стресу та підвищенню резилієнтності. Організація регулярних зустрічей, де вихователі можуть обговорювати свої труднощі та шукати спільні рішення, створює атмосферу взаємної підтримки.

Надання доступу до психологічної підтримки, включаючи консультації з психологами, допомагає вихователям справлятися зі стресом та емоційними труднощами. Заклади дошкільної освіти можуть укладати договори з

психологічними службами або залучати штатних психологів для надання допомоги вихователям. Регулярне підвищення кваліфікації дозволяє вихователям оновлювати знання, опанувати нові методики та техніки роботи, що підвищує їхню впевненість у власних силах. Організація курсів підвищення кваліфікації, семінарів та вебінарів з актуальних тем допомагає вихователям залишатися в курсі нових тенденцій та розвивати свої професійні навички. Опанування технік стресостійкості, таких як дихальні вправи, техніки релаксації та візуалізації, сприяє покращенню емоційного стану вихователів. Включення спеціальних тренінгів, спрямованих на розвиток стресостійкості та емоційної регуляції, до програми підвищення кваліфікації вихователів. Здатність аналізувати власні емоції та поведінку допомагає вихователям краще розуміти себе, що є важливим для їхнього психологічного благополуччя. Впровадження практик саморефлексії та самоаналізу, таких як ведення особистих щоденників, обговорення ситуацій у групах, сприяє розвитку цих навичок.

Отже, професійна підтримка та навчання є важливими чинниками розвитку резиліентності вихователя закладу дошкільної освіти. Впровадження програм менторства, психологічної підтримки, регулярного підвищення кваліфікації та навчання навичкам стресостійкості сприяє створенню умов, у яких вихователі можуть ефективно справлятися з професійними викликами та зберігати психологічне здоров'я. Це, у свою чергу, позитивно впливає на якість виховання та розвитку дітей у закладах дошкільної освіти.

**2. Соціальна підтримка.** Сильна соціальна мережа, включаючи колег, друзів і сім'ю, є важливим ресурсом для підтримки резиліентності. Взаємна підтримка та розуміння допомагають вихователям відчувати себе більш впевнено та захищено. Взаємодія з колегами є важливим аспектом соціальної підтримки, оскільки дозволяє вихователям відчувати себе частиною професійної спільноти, отримувати емоційну та практичну допомогу у вирішенні професійних проблем.

Організація регулярних професійних зустрічей, обмін досвідом, спільні заходи, обговорення проблем та пошук рішень разом з колегами сприяють зміцненню професійних зв'язків і підвищують резиліентність вихователів.

Підтримка з боку керівництва закладу дошкільної освіти є критично важливою для вихователів, оскільки надає їм відчуття стабільності та захищеності на робочому місці. Важливо, щоб адміністрація забезпечувала вихователям необхідні ресурси для роботи, визнавала їхні досягнення, пропонувала можливості для професійного розвитку та створювала сприятливі умови праці.

Соціальна підтримка з боку сім'ї допомагає вихователям зберігати баланс між професійним та особистим життям, зменшує стрес та сприяє емоційному благополуччю. Заохочення вихователів до обговорення робочих проблем зі своїми близькими, створення умов для сімейного відпочинку, сприяння у вирішенні сімейних проблем сприяє зниженню рівня стресу та підвищенню резиліентності. Взаємодія з громадою та залучення до

соціальних ініціатив дозволяє вихователям відчувати свою значущість, отримувати додаткові ресурси та підтримку від громади. Важливо, щоб вихователі мали можливість брати участь у громадських заходах, соціальних проектах, волонтерській діяльності, що сприяє підвищенню їхньої соціальної залученості та резиліентності. Важливою складовою соціальної підтримки є емоційна підтримка, яка допомагає вихователям відчувати себе зрозумілими та прийнятими, що є ключовим чинником для розвитку резиліентності. Організація психологічних тренінгів, груп підтримки, надання можливості вихователям звертатися до психологів за допомогою у вирішенні емоційних проблем. Надання вихователям необхідної інформації щодо нових методик роботи, змін у законодавстві, професійних стандартів сприяє їхньому професійному розвитку та зменшує рівень стресу. Забезпечення доступу до професійної літератури, проведення семінарів, тренінгів, інформаційних зустрічей, надання консультацій з актуальних питань.

Оціночна підтримка, яка включає визнання та оцінку досягнень вихователів, сприяє підвищенню їхньої самооцінки та професійної впевненості.

Впровадження системи мотивації та заохочення, відзначення досягнень вихователів, надання позитивного зворотного зв'язку з боку адміністрації та колег.

Отже, соціальна підтримка є не менш важливим чинником розвитку резиліентності вихователя закладу дошкільної освіти. Взаємодія з колегами, адміністрацією, сім'єю та спільнотою, а також емоційна, інформаційна та оціночна підтримка допомагають вихователям долати професійні виклики, знижувати рівень стресу та зберігати психологічне благополуччя. Забезпечення соціальної підтримки сприяє створенню умов для ефективної професійної діяльності вихователів та позитивно впливає на якість виховання дітей у закладах дошкільної освіти.

**3. Саморефлексія та саморегуляція.** Вихователі повинні вміти аналізувати свої емоції та поведінку, використовувати техніки саморегуляції для зменшення стресу. Практики, такі як медитація, дихальні вправи та техніки релаксації, можуть бути корисними у цьому процесі.

Саморефлексія допомагає вихователям краще розуміти власні емоції, поведінкові реакції та професійні дії. Це усвідомлення є першим кроком до розвитку резиліентності, оскільки дозволяє вчасно виявити стресові фактори та відповідно реагувати на них. Вихователі можуть вести щоденники саморефлексії, де записуватимуть свої емоційні реакції та ситуації, які спричиняють стрес. Це дозволить їм аналізувати свої переживання та знаходити способи їх подолання.

Регулярна оцінка власних професійних дій допомагає вихователям виявляти сильні та слабкі сторони своєї роботи, визначати напрямки для професійного зростання та розвитку. Проведення самоаналізу після кожного робочого дня або тижня, участь у професійних супервізіях та обговореннях з колегами допоможуть вихователям критично оцінювати свої дії та знаходити способи їх покращення. Саморефлексія сприяє усвідомленню професійних

цілей та шляхів їх досягнення. Це дозволяє вихователям планувати свою діяльність, враховуючи можливі виклики та ризики, що підвищує їхню резилієнтність. Вихователі можуть ставити конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні та обмежені у часі (SMART) цілі для свого професійного розвитку та регулярно оцінювати прогрес у їх досягненні.

Саморегуляція включає вміння контролювати власні емоції та керувати стресом, що є критично важливим для вихователів, які постійно взаємодіють з дітьми та колегами у стресових ситуаціях. Вихователі можуть використовувати техніки релаксації, дихальні вправи, медитацію та фізичну активність для зниження рівня стресу та підтримки емоційної стабільності.

Саморегуляція допомагає вихователям розвивати адаптивні стратегії поведінки, які дозволяють ефективно реагувати на зміни та виклики у професійному середовищі. Вихователі можуть навчатися нових методик роботи, брати участь у професійних тренінгах та семінарах, де вони можуть здобути нові знання та навички для адаптації до змін. Саморегуляція включає вміння зберігати баланс між професійним та особистим життям, що є важливим для підтримання загального благополуччя та запобігання професійному вигоранню. Вихователі можуть встановлювати чіткі межі між роботою та особистим життям, планувати час для відпочинку та хобі, що дозволить їм відновлювати свої ресурси та підтримувати високу продуктивність.

Саморефлексія та саморегуляція є необхідними для розвитку резилієнтності вихователя закладу дошкільної освіти. Вони допомагають вихователям усвідомлювати та контролювати свої емоції, аналізувати професійні дії, розвивати адаптивні стратегії поведінки та зберігати баланс між роботою та особистим життям. Розвиток цих навичок сприяє підвищенню стійкості вихователів до стресу та викликів, що дозволяє їм ефективно виконувати свої професійні обов'язки та підтримувати позитивний емоційний клімат у групі дітей.

**4. Збалансоване життя.** Здоровий спосіб життя, включаючи регулярну фізичну активність, здорове харчування та достатній сон, сприяє загальному благополуччю та підвищує здатність справлятися зі стресом.

Ефективна організація робочого часу дозволяє вихователям уникати перевтоми, знижує рівень стресу та сприяє підвищенню продуктивності. Вихователі можуть використовувати техніки тайм-менеджменту, планувати робочий день, встановлювати пріоритети та виділяти час на виконання основних завдань. Позитивний робочий клімат сприяє зниженню рівня стресу, покращенню взаємовідносин з колегами та адміністрацією, що є важливим для емоційного благополуччя. Вихователі можуть сприяти створенню дружнього та підтримуючого робочого середовища, ініціювати командні заходи та підтримувати відкриту комунікацію.

Збереження фізичного здоров'я є основою загального благополуччя та резилієнтності. Регулярна фізична активність, здорове харчування та достатній сон сприяють підвищенню енергії та зниженню стресу. Вихователі

можуть інтегрувати регулярні фізичні вправи у свій розпорядок дня, дотримуватися збалансованого харчування та слідкувати за режимом сну.

Психологічне здоров'я є важливим компонентом резиліентності. Воно включає вміння справлятися зі стресом, підтримувати позитивний емоційний стан та звертатися за допомогою при необхідності. Вихователі можуть практикувати техніки релаксації, медитацію, звертатися до психологів або психотерапевтів при виникненні психологічних проблем.

Збереження балансу між роботою та особистим життям дозволяє уникати перевтоми та вигорання, забезпечує час для відпочинку та самовідновлення. Вихователі можуть встановлювати чіткі межі між робочим та особистим часом, відмовлятися від виконання робочих завдань у неробочий час та планувати час для відпочинку та особистих захоплень.

Відпочинок та хобі сприяють зниженню рівня стресу, покращують настрій та надають можливість для самовираження та творчості. Вихователі можуть знайти хобі або заняття, яке приносить їм задоволення, та регулярно виділяти час для відпочинку та розваг.

Збалансоване життя є важливим чинником розвитку резиліентності вихователя закладу дошкільної освіти. Гармонійне поєднання професійного та особистого аспектів життя, підтримка фізичного, психологічного та соціального здоров'я, а також збереження балансу між роботою та особистим життям сприяють підвищенню стійкості вихователів до стресу та викликів. Це дозволяє їм ефективно виконувати свої професійні обов'язки, підтримувати позитивний емоційний клімат у групі дітей та забезпечувати власне емоційне благополуччя.

### **3. Засоби розвитку резиліентності у вихователів закладів дошкільної освіти**

Е. Грішин, провівши глибоке теоретичне дослідження засобів розвитку резиліентності, зазначає, що ця мета може бути досягнута за умови врахування основних складників резиліентності. Зокрема, життєві цілі є одним із психологічних чинників резиліентності, і їх розвиток можливий через «формування уявлення про переваги наявності цілей у житті, допомога в ідентифікації важливих джерел цілей...» [3].

Варто зауважити, що важливим аспектом у формуванні резиліентності є робота над копінг-стратегіями. Важливим для реалізації цього завдання є розвиток навичок «опанування моделями вирішення проблем та використання активних стратегій подолання стресових ситуацій».

Корисним також може бути сприяння педагогу у розширенні каналів комунікації та взаємодії з іншими людьми. Не менш важливим у розвитку резиліентності є робота над когніціями, адже кожна людина має певні думки та значення, які вона надає стресовим чи критичним подіям у своєму житті. Ці думки не завжди є корисними чи конструктивними. Тому навички когнітивної роботи з власними упередженнями є важливою складовою у розвитку резиліентності особистості.

Консалтингова компанія Nicholson McBride у сфері психології бізнесу розробила концепцію «RQ» для вимірювання резилієнтності [18]. У певний момент свого життя кожен може зазнати невдачі, і люди з високим рівнем резилієнтності оптимістично ставляться до цих ситуацій. Вони вірять, що невдачі можуть бути можливістю для навчання та розвитку.

Модель резилієнтності, запропонована J. Clarke та J. Nicholson [18], складається з п'яти компонентів:

1. Оптимізм. Включає позитивний погляд і бачення свого майбутнього. Оптимісти мають позицію «можу зробити», що робить їх щасливішими та здоровішими. М. Селігман розробив ідею «навченого оптимізму», яка включає: визнання труднощів, розуміння своїх переконань про ці труднощі, аналіз можливих результатів, прийняття та зміна переконань, якщо це необхідно [35].

2. Орієнтація на рішення. Здатність передбачати проблеми, контролювати їх і активно шукати рішення, демонструючи здорове судження і переосмислення своїх думок від проблем до результатів.

3. Індивідуальна відповідальність. Люди, які відчують відповідальність, беруть на себе відповідальність за власну впевненість у собі, здатні вирішувати проблеми та діяти. Це пов'язано з концепцією внутрішнього локусу контролю.

4. Відкритість і гнучкість. Здатність справлятися з неоднозначними ситуаціями, змінювати напрям думок і дій, коли це необхідно, вчитися на попередніх помилках і співчувати іншим.

5. Управління стресом і занепокоєнням. Знання стресорів та передбачення стресових подій, боротьба з їхніми симптомами.

Науковці відзначають, що життєвий досвід підвищує здатність до резилієнтності: що більше досвіду має людина, то впевненіше вона почувається в нових складних ситуаціях [18]. Е. Дядуш, аналізуючи моделі плекання резилієнтності, звертає увагу на модель, запропоновану Падескі та Муні (Padesky, Mooney) для розвитку резилієнсу особистості. Зокрема, підкреслюється, що розвиток цього явища ґрунтується на «відкритті сильних сторін клієнта та побудові резилієнтних переконань і поведінки» [7].

Для цього запропоновано реалізувати чотирикрокову модель:

1. Пошук сильних сторін.
2. Створення особистої моделі резилієнтності.
3. Реалізація в житті особистої моделі резилієнтності.
4. Практика резилієнтності.

Таким чином, плекання та розвиток резилієнтності може стати завданням та метою індивідуальної чи групової психотерапії. Ще один метод, який можна застосовувати для розвитку резилієнтності, також стосується психотерапевтичної роботи на рівні клієнт-терапевт. Зокрема, це використання прийомів травма-терапії, як зазначає В. Гупаловська:

- періодична перевірка «очікувань та реальності»;
- активізація «мережі прив'язаності»;
- щоденна рутинна, передбачуваність життя;

- плекання надії;
- моніторинг та спостереження за власним психічним здоров'ям [4].

Сучасні науковці також пропонують різні тренінги для розвитку резиліентності. Наприклад, О. Чиханцова розробила «Особистісно орієнтований тренінг розвитку резиліентності особистості». Авторка визначила дві ключові цілі цього тренінгу:

- 1) пошук шляхів активного вирішення проблем через розуміння особистісних ресурсів;
- 2) сприяння розвитку резиліентності особистості за допомогою особистісних ресурсів і здібностей, використовуючи методи позитивної психотерапії [14].

Таким чином, серед рекомендацій, які відзначені науковцями знаходимо широкий спектр засобів розвитку резиліентності, а саме: робота з життєвими цілями та ключовими копінг-стратегіями, робота в сфері соціальної комунікації та взаємодії, робота з когніціями, розробка особистої моделі резиліентності та її втілення в життя, використання прийомів травма-терапії, участь у спеціалізованих тренінгах з розвитку резиліентності, тощо.

Колектив авторів, до якого входять К. Бояршинова, М. Белінська, К. Калениченко, Г. Лаптева, Г. Марценковська, Т. Парфенюк, пропонує методичні рекомендації зі зміцнення резильєнтності:

1. З'єднання зі своїм тілом:
  - сповільніть дихання;
  - повністю видихніть повітря з легень;
  - повільно вдихніть, наповнюючи легені повітрям;
  - повторіть вправу 3-5 разів.
2. Поєднання своїх відчуттів:
  - повільно притисніть ступні до підлоги;
  - зімкніть долоні перед собою;
  - порахуйте повільно від 1 до 10.
3. Перенаправлення уваги:
  - назвіть уголос 5 предметів, які бачите навколо себе;
  - доторкніться до 4 речей поруч (частини тіла, поверхні предметів тощо);
  - назвіть три звуки, які створите самі (плескіт у долоні, тупотіння ногами, стук по поверхні);
  - відчуйте та назвіть уголос 2 запахи, які можете відчути;
  - назвіть 1 річ на смак, яку зараз можете відчути (чай, цукор тощо) [2].

Практики звертають увагу на панічні атаки, які можуть виникати раптово. Для покращення психічного стану рекомендують:

1. Усвідомте, що цей стан триває лише певний час, 5-30 хвилин. Нагадайте собі, що це скоро мине й це не є ознакою божевілля.
2. Зосередьте увагу на своєму диханні. Виконуйте вправу «квадратне дихання», поки ваше дихання не уповільниться й не стане ритмічним.
3. Залишайтеся там, де ви є, якщо це можливо. Не біжіть, не стрибайте, не відчиняйте вікна або двері.

4. Обійміть себе, розітріть руки й вуха. Доторкніться та відчуйте на дотик речі навколо (інша людина, домашній улюбленець, одяг).

5. Як тільки напад закінчиться, виконайте 3-й крок вправи «Заземлення».

6. Дослухайтеся до свого організму, задовольняйте фізіологічні потреби (сон, їжа, відпочинок, вода: теплий, без кофеїну, безалкогольний напій) [2].

Завжди легше запобігти панічній атаці, ніж припинити її. Відчуті наближення атаки можна за зміною дихання та серцевого ритму. Використовуйте наведені вище рекомендації для профілактики.

Варто зауважити, що людині допомагають стабілізувати емоції звичайні рутинні дії, які повертають відчуття контролю та дозволяють переключитися на інші заняття:

1. Дотримуйтеся базових щоденних ритуалів: вмивайтеся вранці, їжте, приймайте ліки, доглядайте за тілом.

2. Плануйте свій день: визначте не тільки що робити, але й як робити. Наприклад, замість того, щоб лежати в ліжку і гортати новини, після пробудження одразу йдіть чистити зуби. Створіть кілька варіантів короткотермінових планів за принципом «якщо..., то...».

3. Встановіть і дотримуйтеся режиму сну та харчування. Якщо це можливо, не нехуйте режимом, оскільки це допомагає зробити життя передбачуваним і повернути відчуття контролю.

4. Робіть ранкову зарядку. Навіть помірні фізичні навантаження позитивно впливають на організм.

5. Пийте воду маленькими ковтками. Якщо не хочете пити, хоча б змочіть губи або пополощіть рот (вода змиває стресові гормони).

6. Обмежте час читання новин. Довіряйте тільки офіційним джерелам. Спробуйте це протягом одного дня і побачите різницю.

7. Складіть план на максимум три дні, включаючи чітко визначені завдання та дедлайни. Наприклад, якщо потрібно написати статтю, пропишіть малі кроки, необхідні для цього: пошук літератури, вступ, основна частина, висновки. На кожен крок виділіть 2-3 дні.

8. Виконуйте прості побутові справи (готування, прибирання) – це допомагає тілу позбутися фізичної напруги, викликані тривожністю.

9. Робіть невеликі перерви під час виконання щоденних завдань (дихальні вправи, присідання, вихід на свіже повітря).

10. Спілкуйтеся з близькими або друзями. Говоріть про свій стан, діліться позитивним, обговорюйте прочитані книги чи переглянуті фільми.

11. Слідкуйте за фізіологічними потребами, наприклад, ходіть до туалету. Стрес може впливати на роботу кишківника, і це нормально.

12. Допомагайте іншим, якщо є можливість, наприклад, волонтерством або підтримкою тих, хто поруч.

13. Спіть за будь-якої можливості, якщо режим сну порушений. Сон допомагає стабілізуватися і відновитися.

14. Мрійте та будуйте плани на «після війни». Це допомагає пережити труднощі, оскільки наявність мети робить життя більш осмисленим.



15. Уникайте «синдрому відкладеного життя». Багато з того, що ви хотіли б зробити, можна зробити вже зараз. Наприклад, вдягнути нове взуття, замовити сукню або навести порядок на балконі.

16. Пам'ятайте про обійми. Обійми близьких та домашніх улюбленців підвищують вироблення окситоцину, що сприяє відчуттю безпеки та спокою [2].

Відомо, що зняти напругу і збільшити відчуття спокою допоможуть звичайні фізичні вправи:

1. Сядьте рівно на стілець, ноги поставте прямо. Закрийте очі. Порушайте пальцями ніг, сильно їх стисніть та повільно розслабте. Повторіть ці дії 5 разів.

2. Відірвіть п'яти від підлоги, напружте ікри, а потім поволі розслабте і поверніть п'яти на підлогу. Повторіть дії 5 разів. Цю вправу можна виконувати як сидячи, так і стоячи.

3. Відведіть назад плечі, напружте спину, потім розслабтесь. Повторіть дії 5 разів. Цю вправу також можна виконувати і сидячи, і стоячи.

4. Сильно стисніть пальці в кулак, наче схопили щось. Притисніть руки до себе, потім відпустіть. Знову стисніть у кулак та притисніть до себе, потім відпустіть. Повторіть дії 5 разів.

5. Підніміть руки на рівень плечей та потрясіть до відчуття легкої напруги у м'язах. Зупиніться та опустіть руки. Повторіть дії 5 разів [2].

Ці прості вправи допоможуть зняти фізичну напругу, що накопичилася, та повернути відчуття спокою і контролю над своїм тілом.

Ґрунтовний аналіз психолого-педагогічної та спеціальної літератури дозволив нам виокремити ефективні засоби розвитку резиліентності вихователя закладу дошкільної освіти:

**1. Регулярна участь у професійних тренінгах.** Вихователям рекомендується брати участь у тренінгах, що спрямовані на розвиток навичок управління стресом та емоційної регуляції. Ці заходи дозволяють вихователям отримувати нові знання та навички, обмінюватися досвідом з колегами, а також знаходити нові способи вирішення професійних проблем. Ефективними є: тренінги з управління стресом; курси з психологічної стійкості, майстер-класи з ефективного спілкування та конфліктології тощо.

**2. Створення підтримуючого робочого середовища.** Безумовно, з метою розвитку резиліентності педагогів, керівництво закладів дошкільної освіти повинно сприяти створенню робочого середовища, де вихователі відчувають підтримку та розуміння з боку колег. Заклади дошкільної освіти можуть впроваджувати програми, які пропонують психологічну підтримку та консультації для вихователів. Соціальна підтримка від колег, адміністрації закладу, батьків та інших значущих осіб є важливим чинником розвитку резиліентності. Вихователі, які відчувають підтримку, менш схильні до стресу та емоційного вигорання. Доцільно організовувати групи підтримки серед колег, спільні заходи, що сприяють згуртуванню колективу; взаємна допомога та консультування між вихователями.

### **3. Стимулювання особистого розвитку та самовдосконалення.**

Вихователям важливо займатися особистим розвитком, знаходити час для хобі та активностей, які приносять задоволення та допомагають відновлюватися після робочих навантажень.

4. Саморефлексія та саморегуляція. Вони допомагають вихователям краще усвідомлювати власні емоції, думки та реакції на стресові ситуації, а також знаходити ефективні стратегії для їх подолання. З цією метою можна запроваджувати: ведення щоденника, де вихователь може записувати свої думки та емоції; використання технік медитації та релаксації для зниження рівня стресу; розвиток навичок усвідомленості (mindfulness).

5. Збалансоване життя. Передбачає підтримку гармонії між професійною діяльністю та особистим життям. Важливо, щоб вихователі мали час для відпочинку, сім'ї, хобі та інших аспектів життя поза роботою. Для цього необхідно планувати робочий час з урахуванням особистих потреб; встановлювати чіткі межі між роботою та особистим часом; регулярно підтримувати фізичну активність та здоровий спосіб життя.

6. Психологічна підтримка. Важливу роль у розвитку резильєнтності відіграє професійна психологічна підтримка. Вихователі можуть звертатися за допомогою до психологів або психотерапевтів для опрацювання стресових ситуацій та розвитку навичок стійкості. Доцільно проводити: індивідуальні консультації з психологом; групову психотерапію або тренінги з розвитку резильєнтності; програми психологічного консультування в закладі освіти.

Розглянутий нами перелік засобів та рекомендацій з розвитку резильєнтності особистості, звісно не вичерпує усіх наявних засобів.

Отже, розвиток резильєнтності вихователів закладів дошкільної освіти є багатограним процесом, який включає професійну та соціальну підтримку, саморефлексію та саморегуляцію, збалансоване життя та психологічну підтримку. Ці засоби допомагають вихователям справлятися з викликами професійної діяльності, зберігати психічне здоров'я та досягати психологічного благополуччя.

Висновки. Таким чином, резильєнтність вихователів закладів дошкільної освіти є важливим аспектом їхньої професійної діяльності. Розвиток цієї якості допомагає вихователям зберігати психологічне здоров'я, ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та забезпечувати якісну підтримку дітям. Створення сприятливих умов для розвитку резильєнтності вихователів є завданням як для самих вихователів, так і для керівництва закладів дошкільної освіти. Теоретичний аналіз феномену резильєнтності показує, що в психології він розуміється в 3 аспектах: особливості або здатність людини долати стрес, процес подолання і адаптивний захисний механізм особистості, який дозволяє йому протистояти стресу або адаптуватися після психічної травми. Перевагами резильєнтної поведінки є висока адаптивність, психологічне благополуччя, успішність у діяльності викладачів вищих навчальних закладів. Психологічними факторами розвитку резильєнтності є хороші взаємини в колективі, наявність партнерів і друзів, самоконтроль і саморегуляція емоцій, спрямованість життя на певні цілі, вміння планувати

діяльність, мотивація до успіху, почуття послідовності в житті і професійної діяльності, переваги позитивних емоцій, життєстійкості, високої адекватної самооцінки, активного подолання труднощів, самоефективності, оптимізму, наявності соціальної підтримки і здатності шукати підтримки у інших. Ефективними засобами розвитку резильєнтності вихователя закладу дошкільної освіти є: регулярна участь у професійних тренінгах, створення підтримуючого робочого середовища, стимулювання особистого розвитку та самовдосконалення, саморефлексія та саморегуляція, збалансоване життя, психологічна підтримка.

#### Література:

1. Балахтар К.С. Резильєнтність викладача ЗВО в умовах військового стану *Вісник Національного авіаційного університету*. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. Київ: Національний авіаційний університет. 2022. Вип. 1(20). С. 55-62.
2. Бояршинова К. та ін. Методичні рекомендації зі зміцнення резильєнтності. Ілюстроване керівництво. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка. 2022. 30 с.
3. Грішин Е. Резильєнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди «Психологія»*. 2021. Вип. 64. С. 62-81. Режим доступу: <http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/psychology/article/view/3635>.
4. Гупаловська В. Підтримка резильєнтності у роботі зі стресом в період війни за допомогою прийомів травма-терапії. *Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російськоукраїнської гібридної війни: матеріали міжнародного круглого столу*. Львів. 2022. С. 34-35. Режим доступу: <https://lpnu.ua/sites/default/files/2022/6/24/news/20253/tppverstkathezikrugliystil2022-1.pdf#page=34>.
5. Гусак, Н., Чернобровкіна, В., Чернобровкін, В., Максименко, А., Богданов, С., Бойко, О. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резильєнс: навч.-метод. посіб. [за заг. ред. Н. Гусак]. Київ: НаУКМА. 2017. 92 с.
6. Дубчак Г. М. Психологія становлення професійної стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій: автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.07. Київ. 2018. 41 с.
7. Дядуш Е. (2020). Модель плекання резильєнтності у когнітивноповедінковій терапії: дипломна робота. Український інститут когнітивноповедінкової терапії. Львів. 2020. 29 с. Режим доступу: [https://icbt.org.ua/wp-content/uploads/2020/06/Ева-Дядуш\\_Модель-плеканнярезильєнтності-у-КПТ.pdf](https://icbt.org.ua/wp-content/uploads/2020/06/Ева-Дядуш_Модель-плеканнярезильєнтності-у-КПТ.pdf).
8. Кокур О. М., Мельничук Т. І. Резильєнс-довідник: практичний посібник. Київ Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.
9. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Том 3.: Консультативна психологія і психотерапія*, Вип. 14. 2018. С. 26–64.
10. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір [https://i-cbt.org.ua/resilience\\_ukraine/](https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/)
11. Савчин М. В., Федорчук В.М, Гапоненко Л. О. (2023). Резильєнтність як потенціал відновлення особистості у складних життєвих ситуаціях. *Moderní aspekty vědy: XXXI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., str.* 2023. С. 302–316.
12. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2016. Вип. 6, Т. 2. С. 160–165.

13. Чернобровкін В. М. та ін. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості / стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах: навч.-метод. посіб. / Вид. 2-ге, доп., виправ. / заг. ред.: Чернобровкін В. М., Панок В. Г. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ. 2021. 282 с.

14. Чиханцова О., Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19 : практичний посібник. Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ. 2022. 128 с.

15. Шклярська О. Психологічна пружність – запорука виживання під час війни [Електронний ресурс] Режим доступу: [http://www.aratta-ukraine.com/text\\_ua.php?id=3373](http://www.aratta-ukraine.com/text_ua.php?id=3373)

16. Acosta J., Chandra A., Madrigano J. (2017). An agenda to advance integrative resilience research and practice: key themes from a Resilience Roundtable. Res. Rep., RAND Corp., Santa Monica, CA. 2017.

17. American Psychological Association. Resilience. 2023. <https://www.apa.org/topics/resilience>

18. Clarke J., Nicholson J. Resilience: Bounce Back from Whatever Life Throws at You. UK: Crimson Publishing. 2010.

19. Cherry K. What Is Resilience? Verywell mind. URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-resilience-2795059>

20. Feder A., Fred-Torres S., Southwick S. M., Charney D. S. The biology of human resilience: Opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological Psychiatry*. 2019. 86(6). P. 443–453. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.012>

21. Friesen B. J. Recovery and resilience in children's mental health: Views from the field. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2007. 31(1). P. 38-48. <http://dx.doi.org/10.2975/31.1.2007.38.48>

22. Folke C. Resilience. *Ecology and Society*. 2016. 21(4):44. <https://doi.org/10.5751/ES-09088-210444>

23. Garmezy N. Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *Am. Behav. Sci.* 1991. 34. P. 416–430.

24. Henderson Grotberg, E. La Resiliencia en el Mundo de Hoy. Cómo Superar Las Adversidades; Editorial Gedisa: Barcelona, Spain. 2013.

25. Karatas Z., Ersoy M. A., Cakar F. S. Self-Esteem and Hopelessness, and Resiliency: An Exploratory Study of Adolescents in Turkey. *International Education Studies*. 2011. 4(4). P. 84-91. DOI:10.5539/ies.v4n4p84.

26. Khanlou N., Wray R. A whole community approach toward child and youth resilience promotion: A review of resilience literature. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2014. 12(1). P. 64-79.

27. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 2000. 71. P. 543–562. doi: 10.1111/1467-8624.00164

28. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*. 1994. Oct. Vol. 63. N 2. P. 265–274.

29. Magnus K. B., Cowen E. L., Wyman P. A., Fagen D. B., Work W. C. Correlates of resilient outcomes among highly stressed African-American and white urban children. *Journal of Community Psychology*. 1999. 27. P. 473-488. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199907\)27:43.0.CO;2-8](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199907)27:43.0.CO;2-8).

30. Masten A. S., Lucke C. M., Nelson K. M., Stallworthy, I. C. Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021. 17. P. 521–549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>

31. Masten A. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In Wang, M. & Gordon, E. (Eds.). *Educational resilience in inner-city America*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1994.

32. Olsson C. A., Bond L., Burns J. M., Vella-Brodrick D. A., Sawyer S. M. Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescenc.*2003. 26(1). P. 1-11.
33. Rolland J.S. Walsh F. Systemic Training for Healthcare Professionals: The Chicago Center for Family Health Approach. *Fam. Process.* 2005. 44. P. 283–301.
34. Rutter M. Resilience concept and finding: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy.* 1999. 21.P 119-144. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
35. Saleem A., Mevawala A.S. Resilience among Adolescents: A Concept, Construct, Process, Outcomes and Nurses' Role, i-manager's. *Journal on Nursing.* 2019. 9(1). P. 32- 38. <https://doi.org/10.26634/jnur.9.1.16078>
36. Terzi Ş. Kendini toplama gücü ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 2006. 26. P. 77-86.
37. Tol W. A., Jordans M. J., Reis R., De Jong J. T. Ecological resilience: Working with child related psychosocial resources in war-affected communities *Treating Traumatized Children: Risk, Resilience, and Recovery.* London: Routledge. 2009. 286 p.
38. Ungar M. Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society.* 2018. 23(4):34. <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>
39. Vanistendael S., Lecomte J. La Felicidad es Posible. Despertar en Niños Maltratados la Confianza en sí Mismos: Construir la Resiliencia; Editorial Gedisa: Barcelona, Spain. 2022.
40. Wagnild G. M., Young H. M. Development and sychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement.* 1993. 1. P.165.
41. Walker F., Pflingst K., Carnevali L., Sgoifo A., Nalivaiko E. In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2017. 74. P. 310-320.
42. Werner E. E. Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science.* 1995. 4(3). P. 81-84.

## **2.4. Socio-perceptive distortions are the epiphenomenon of psychological defence**

### **Соціально-перцептивні викривлення – епіфеномен психологічних захистів**

Сучасний розвиток практичної психології потребує відповідної теорії та інструментарію, що спрямовані на пізнання психіки суб'єкта в її індивідуальній неповторності. Саме завдяки розумінню індивідуальної неповторності змісту психіки за допомогою сучасної психодинамічної теорії, що активно розвивається під керівництвом академіка НАПН України Т.С. Яценко, можливе виявлення глибинно-психологічних детермінант системи психологічних захистів, що зумовлюють виникнення соціально-перцептивних викривлень, які мають деструктивні наслідки для суб'єкта.

Різноманітні аспекти процесу перцепції були предметом вивчення таких дослідників, як Г. М. Андрєєва, О. О. Бодальов, Л. С. Виготський, В. П. Зінченко, О. М. Леонтєв, С. Л. Рубінштейн, В. А. Татенко, Т. М. Титаренко, Т. С. Яценко та інші. Проте дослідження глибинно-психологічних детермінант виникнення неадекватності сприйняття соціальних об'єктів та причин індивідуально-неповторних соціально-перцептивних викривлень, а також їх взаємозв'язок з системою психологічних захистів залишались поза увагою науковців. Дослідження вищезгаданих феноменів та їх корекція можливе за умови використання методів, які орієнтуються на врахування феномену цілісності психіки суб'єкта, тобто єдності свідомої та несвідомої її сфер.

**Мета:** соціально-перцептивні викривлення в системі психологічних захистів психіки суб'єкта.

### **1. Розгляд проблеми соціально-перцептивних викривлень в психологічних теоріях**

Проблема перцепції (сприймання), як «цілісного відображення предметів, ситуацій та подій, виникає в процесі безпосередньої дії фізичних подразників на рецепторні поверхні органів відчуття» [19, с. 66] є предметом дослідження у декількох галузях психології: загальної, соціальної, вікової, педагогічної та інших. Однак жодна з них не надає вичерпних знань щодо об'єктивності, адекватності даного процесу.

Психологічна енциклопедія [20, с. 60] подає таке визначення відображення – «загальна властивість матерії, що виявляється в здатності об'єктів *відтворювати з різним ступенем адекватності* дію, ознаки і відношення інших об'єктів». У визначенні вищевказаного терміну відмічається його вибірковий, цілеспрямований і випереджуючий характер, який «зумовлений потребою перетворення світу для досягнення мети в спільній діяльності з іншими людьми» [там само]. Це вказує на певну невідповідність та суб'єктивність будь-якої перцептивної дії. С. Л. Рубінштейн відмічає, що відображення об'єктивної дійсності відбувається не пасивно, у даному процесі відбивається «все психічне життя конкретної особистості» [23, с. 228], її

установки, інтереси, загальна направленість, минулий досвід, аперцепція, і «не лише уявлення, а й все реальне буття особистості, її реальний життєвий шлях» [там само, с. 240].

У Психологічному словнику за редакцією Р. Корсуні та А. Ауербаха [18, с. 91] сприйняття визначається як «суб'єктивний досвід отримання інформації про світ людей, речей та подій». «Суб'єктивність» уже вказує на певне відхилення від об'єктивності у бік суб'єктивного відображення дійсності.

Сприймання поділяються на зорові, слухові, дотикові, рухові та інші відповідно превалювання одного з аналізаторів, що беруть участь в акті сприймання. Коли в сприйманні бере участь система аналізаторів, виникають складні, комбіновані сприймання (часу, простору, руху), які також пов'язані з когнітивними процесами. Такі комбіновані сприйняття мають велику ступінь суб'єктивності, а тому частіше викривляються, що пов'язано з індивідуальними особливостями соціальної перцепції. Зокрема, у основі процесу сприймання часу, тобто відображення тривалості, послідовності і швидкості подій або явищ реального світу, покладені умовні рефлекси. Проміжки часу, визначенню яких сприяють слухові, рухові відчуття, виробляються під впливом ритмічних процесів, що відбуваються в організмі людини у процесі соціалізації особистості. Тривалі проміжки часу сприймаються, з одного боку, у зв'язку з процесами, що відбуваються в організмі (суб'єктивні чинники – відчуття голоду, втоми), а з другого – у зв'язку з ритмом явищу природі (об'єктивні чинники – зміна дня і ночі, температури тощо). Спостерігається і суб'єктивна оцінка тривалості часу, що може бути пов'язано із зацікавленістю і характером діяльності людини, а також із самопочуттям. На сприйняття часу впливають емоційні переживання людини: при позитивних емоціях виникає ілюзія прискореного плину часу, а при негативних – час суб'єктивно сповільнюється. Так, у хворих з депресивним, пригніченим станом час минає дуже повільно. Теорія викривленого, суб'єктивного сприйняття часу яскраво описана видатним А. Ейнштейном у так званій теорії відносності. Вчений вказує на індивідуальні показники тривалості часу через категорії «задоволення – незадоволення». Дана теорія наближається до психоаналітичного принципу задоволення, який описаний З. Фрейдом [28].

Будь-яке хибне сприйняття дезорієнтує особу та викривлює інші когнітивні процеси, неадекватне відображення перцептивного об'єкту та його якостей подається у термінах загальної психології, зокрема як ілюзія [9, с. 61]. Ілюзіями називають неадекватні сприймання, які неправильно, викривлено, помилково відображають об'єкти, що діють на аналізатори [16, с. 64]. Ілюзії породжують чуттєві уявлення, які не відповідають дійсності і спричиняють хибні судження про об'єкт сприйняття. Існує декілька типів ілюзій – ілюзії, обумовлені недоліками уваги, ілюзії, обумовлені афектами й парейдолії [30, с. 98].

У клінічній психології разом із порушеннями просторового сприймання виокремлюють функціональні зміни, що виникають у

аналізаторах органів чуття: *адаптація* – зміна чутливості аналізатора в результаті пристосування органів чуття до діючого подразника; *сенсibiliзація* – підвищення чутливості в результаті взаємодії відчуттів. Якщо одночасно з яким-небудь подразником діє й інший сильний подразник, чутливість органів чуття значно знижуються, бо новий подразник своєю силою зменшує інтенсивність попереднього. *Одночасне відчуття (синестезія)* полягає в тому, що будь-який подразник, діючи на відповідний орган чуття, поза волею суб'єкту, викликає не лише відчуття, специфічне для певного органу чуття, а водночас ще й додаткове відчуття або уявлення, характерне для іншого органу чуття. Найпоширенішим виявом синестезії є так званий кольоровий слух, при якому звук разом із слуховим відчуттям викликає і кольорове зображення. *Післядія* – з припиненням дії подразника відчуття не зникає одразу, а певний проміжок часу зберігається.

Т.П. Пушкіна зазначає, що при порушенні сприймання у клінічно хворих велику роль також відіграє особистісний фактор. У невротичних хворих перешкоджається сприймання стимульного матеріалу через афективну значимість. Ці порушення підсилюються пропорційно підсиленню інтелекту хворого. У хворих шизофренією труднощі у сприйнятті пов'язані з емоційною амбівалентністю, при депресивних захворюваннях спостерігаються афективне викривлення сприйняття, його фрагментарність та навіюваність. Також зустрічається деперсоналізація – розлад сприйняття власної особистості [14].

Окремо слід розглядати галюцинації, які за своєю формою часто нагадують ілюзії. Проте якщо ілюзії або викривлення сприйняття дійсності виникає внаслідок дії зовнішніх подразників на органи чуття, то галюцинації з'являються без будь-яких зовнішніх подразників, тобто об'єкта сприймання немає. Галюцинації – випадки сприйняття, які виникають як первинний феномен і не є перетворенням або викривленням будь-якого первинного сприйняття [18, с. 98]. Розгляд проблеми перцепції у області патопсихології дає нам можливість виокремити особливості порушення у процесі сприйняття у клінічних випадках та розмежувати соціально-перцептивні викривлення у суб'єктів в межах психічного здоров'я. У психічно нездорових осіб спостерігається порушення сприйняття, які базуються на порушеннях когнітивної сфери та емоційного компонента (мотиваційного та афективного). Порушення соціальної перцепції у психічно здорових осіб стосується, як правило, сфери інтерпретації та переносу (проекції).

Як свідчить клінічна практика, деформації та аномалії наявні вже у процесі відчуттів, такі як зміна інтенсивності відчуття, відсутність або ослаблення відчуття болю, відчуження сприйманого світу, розщеплення сприймання тощо. Такі процеси спостерігаються як у психічно здорових, так і хворих осіб. В останніх дані порушення набувають об'єктивної реальності.

До окремого виду порушень сприймання належать феномени обману спогадів, коли «викривляється *post factum* сцени, які мали місце у дійсності» [2, с. 110], перетлумачення минулого, конфабуляція (заповнення лакун у спогадах) тощо. Детально ці види деформацій розглядаються у



патопсихології, клінічній та медичній психології й носять характер органічного ураження мозку. Проте, як свідчить наша практика, дані феномени спостерігаються й у фізично та психічно здорових осіб, що може свідчити про суб'єктивну детермінованість деформацій.

Аналіз літератури показує, що поняття «порушення сприйняття», «ілюзії», «деформації» та «викривлення» не мають чіткого визначення та не розмежовуються. На нашу думку, порушення сприйняття та ілюзії відповідають фізіологічним, соціальним, особистісним невідповідностям перцептивного процесу, а викривлення та деформації – індивідуально-неповторному змісту таких невідповідностей. Останні мають більш спільного аніж розбіжностей, тому окреслимо більш змістово згадані поняття.

Поняття «викривлення» у тлумачному словнику визначається як «явище, особливість, риса і т. ін., що становить відхилення від правильного, від норми» [6, с. 98]. Ми ж будемо ним користуватися в аспекті відступів від реальності, відхилень від об'єктивно існуючих об'єктів. У психологічній літературі викривлення трактується як «будь-яке індивідуальне відхилення від стандартної інтерпретації стимулу» [24, с. 236], «відступ від об'єктивно-існуючої реальності в аспекті її суб'єктивного сприйняття, яке детермінується не лише глибинними передумовами, а й соціальною ситуацією взаємодії» [8, с. 352].

Тлумачний словник української мови подає таке визначення деформації – це «зміна форми або розмірів тіла під впливом прикладених сил чи нагрівання» [15, с. 740]. Фізичний енциклопедичний словник визначає деформацію як «зміну взаємного розташування багатьох часток матеріального середовища, яка призводить до зміни форми та розмірів тіла або його частин і викликає зміни сил взаємодії між частками, тобто виникнення напруги» [27, с. 152]. Такі зміни конфігурацій тіла можуть виникати в результаті дії зовнішніх або внутрішніх сил. В контексті даного розділу є важливим те, що термін «деформація» включає зміни взаємозв'язку між окремими компонентами, суттєвим є те, що підкреслюється виникнення напруги, яка є детермінантою внутрішніх змін. В статті ми розглядаємо внутрішню детермінацію виникнення соціально-перцептивних деформацій, до яких належить дія системи психологічних захистів. Таким чином, термін «деформація» є цілком прийнятним у випадку часткової, тимчасової або повної невідповідності сприйняття об'єкту реальності.

Тому, на нашу думку, поняття «деформації» та «викривлення» у психологічному значенні є тотожними та взаємозамінними. В процесі наукового дослідження ми будемо використовувати поняття «деформації» у відповідності до зміни форми сприйняття, а «викривлення» – до змісту, інтерпретації.

Згідно «Психологічній енциклопедії» за редакцією Р. Корсуні та А. Ауербаха [18, с. 561] існують три типи викривлення реальності: 1. викривлення, джерелом яких слугує сам суб'єкт сприйняття; 2. викривлення, що обумовлені середовищем між суб'єктом сприйняття і

стимульним об'єктом; 3. викривлення, які можна віднести на рахунок якостей об'єкта сприйняття.

Перцептивні викривлення першого типу, що близькі до фізіології, можуть виникати під впливом характерних особливостей індивідуума, наприклад, душевного стану, факторів особистості або тимчасових станів, викликаних різними медичними препаратами тощо. До викривлень другого типу (породжених суб'єктивністю) відносяться, як правило, викривлення звуків, що обумовлено навколишнім середовищем; перцептивні викривлення, що викликані якостями об'єкту сприйняття, містять в собі широко відомі зорові ілюзії. Проте, жоден із описаних типів перцептивних викривлень не може дати пояснення щодо психологічних особливостей виникнення й функціонування соціально-перцептивних деформацій тим паче породжених дослідженням психологічних захистів.

Проблему адекватності та розмежування психічної та матеріальної реальності розглянуто П. Брюно [17, с. 80]. Він доводить, що співвідношення між двома видами дійсності можливо розкрити лише на основі використання ідеї несвідомого «як однієї з форм нереалізованого, об'єктивного відображення суб'єктом навколишнього світу», тобто *«несвідоме – це нереалізоване відображення реального»* [17, с. 80]. К. Клеман також розглядає розходження між тим, що робить особа, й тим, як вона уявляє собі свої дії: «те, що усвідомлюється, може не стільки відображати, скільки містифікувати те, що робиться» [17, с. 81].

Т.С. Яценко вважає, що свідомість представляє суб'єктивний образ об'єктивного світу; несвідоме – об'єктивний образ суб'єктивного світу, який потребує пізнання за допомогою зовнішнього спостерігача [31]. Я.І. Український у своїй дисертації пов'язує адекватність сприймання з соціальним досвідом суб'єкта [26, с.7]. На його думку, будь-яке психологічне явище завжди є суб'єктивним образом об'єктивного світу, а не ідентичною копією відображеного. Тому процес міжособистісного сприймання, який залежить від соціальних, культурних, особистісних та ситуативних факторів, може в різній мірі відхилятися від об'єктивного стану речей, тобто від об'єктивних, реальних якостей та властивостей особи, що сприймається [26].

В.М. Гордієнко у дисертаційному дослідженні вирізняє ступінь адекватності відображення реальності, зокрема зовнішнього вигляду іншої особи, як індивідуально-психологічну якість особистості, яка формується на межі юнацького віку та періоду ранньої дорослості [7, с. 8-11]. Під час міжособистісної взаємодії перцептивний образ устанавлюється за допомогою інтерпретації елементів зовнішності, поведінки й діяльності, постійного порівняння конкретних осіб одна з одною, з власною особистістю, з психологічними, літературними, етичними еталонами. Коли інтерпретація виокремлюється з сприймання в окремих процес, тоді сприймання як таке розпадається й переходить в інший процес – мислення, осмислення, тлумачення [7, с. 15]. Також В.М. Гордієнко доводить, що процес

сприймання залежить від вербальних установок та ідеологій, що породжує низку соціально-перцептивних викривлень.

В ХХ столітті перші дослідження соціальної перцепції були присвячені сприйманню й оцінці людини людиною. Своїми дослідженнями О.О. Бодальов довів, що соціальна обумовленість сприймання залежить не лише від характеристики об'єкта, але й від попереднього досвіду суб'єкта, його цілей, намірів, значущості ситуації. Він характеризує обумовленість сприймання протіканням таких процесів, як відчуття, уявлення й мислення, ступінь яких залежить як від фізіологічних показників, ракурсу, зовнішніх подразнень, так і від психологічних – мотивації, установок тощо [4, с. 137-142]. Зазначені психічні процеси в значній мірі опосередковують взаємозв'язок суб'єкта з об'єктивною реальністю і визначають характер орієнтації в ній. Темі установок присвячено багато праць грузинських психологів, зокрема Д.Н. Узнадзе визначав як фіксовану у власному соціальному досвіді особистості схильність сприймати та оцінювати соціально значимі об'єкти, готовність особистості до певних дій, орієнтованих на соціально значимі об'єкти.

Процес соціальної перцепції обумовлюється певними механізмами психологічних захистів, що спричиняє необ'єктивність та викривлення сприйняття людини людиною. До соціально-психологічних механізмів, що мають вплив на об'єктивність соціальної перцепції належать: егоцентризм – викривлення інформаційного поля з метою підтвердження власної значимості; ідентифікація – «розуміння й інтерпретація іншої людини шляхом ототожнення себе з нею» [29, с. 167] у взаємозв'язку з імітацією, які ведуть до часткової або тимчасової втрати власної ідентичності; процес рефлексії як осмислення суб'єктом «того, якими засобами і чому він справив те чи інше враження» [29, с. 427]; емпатія, яка є «розумінням відношень, почуттів, психічних станів іншої особи» [21, с. 53] і тим самим є більш об'єктивним та інтелектуальним за своїм змістом механізмом. Але здебільшого дані механізми спотворюють процес соціальної перцепції й породжують викривлене сприймання іншої особи, зокрема ігнорування інтересів іншої людини при збереженні ідеалізації власного «Я» [22].

Дослідження у галузі соціальної психології пов'язують соціально-перцептивні викривлення з такими феноменами сприймання, як *стереотипізація, каузальна атрибуція, ефекти ореолу, загального враження, первинності та новизни, прагнення до внутрішньої несуперечливості образу «Я»*. Стереотипи відіграють подвійну роль у міжособистісному сприйманні. З одного боку, вони сприяють скороченню часу на пізнання об'єктів та людей різного віку, статі, національності та соціальної приналежності, полегшують адаптивний процес. З іншого – стандартизують даний процес, можуть сприяти формуванню хибних уявлень про людей, що негативно впливає на весь процес спілкування. Вищезгадані психологічні механізми набуваються в процесі соціалізації і є одними з умов міжособистісної взаємодії суб'єктів. Однією з ознак соціально-перцептивних процесів є взаємозв'язок сприймання безпосередньо не лише з органами відчуття, а й з складнішими

психічними процесами: пам'яттю, уявою, мисленням (аналіз, синтез, порівняння), емоційно-оціночними судженнями тощо.

Проблема викривлення соціальної перцепції у сфері міжособистісної взаємодії розглядається у контексті сприйняття, розуміння та оцінки суб'єктом соціальних об'єктів. Даний процес супроводжується специфічними рисами, такими як каузальна атрибуція, злиття пізнавальних та афективних компонентів, активна позиція як суб'єкта сприймання, так і об'єкта (даних рис ми вже торкалися у попередньому параграфі). Соціальна перцепція, як і сприйняття, характеризується цілісністю, константністю тощо. Проте дослідження сприйняття в області соціальної психології дають нам можливість стверджувати, що саме в сфері сприймання інших осіб властива проблема неадекватності соціальної перцепції, тобто невідповідності перцептивного образу чи моделі об'єктивній реальності (О.О. Бодальов [5], О.М. Леонтьєв [13] ті інші). Дані дослідження акцентують увагу на ролі мотиваційного компоненту у процесі сприймання та приписування «особистісного змісту» будь-якому зображенню.

Про зв'язок сприйняття та емоційного значення свідчить експеримент Еймса з «перекошеною кімнатою», в якій всі речі мають деформований вигляд [18]. Спостереження у «перекошеній кімнаті» близької, знайомої фігури, з якою у спостерігача склалися емоційні зв'язки, відзначається меншою ступінню деформації, ніж у незнайомої фігури [18, с. 563].

Також А. Маслоу вказує на чітке, ясне й адекватне сприйняття дійсності, як передумови формування рис особистості, що самоактуалізується. Такі особи не потребують системи автоматизованих захисних механізмів, функцію захисту й способу усунення тривоги виконує у них адекватне сприйняття та знання реальності [3, с. 177]. На відміну від здорових особистостей, невротична, згідно А. Маслоу, викривляє дійсність, висуває неадекватні вимоги до неї, розглядає її крізь призму власних упереджень. Невпевненість у власній оцінці, яка є похідною від викривленого сприйняття дійсності, обумовлює таку невротичну рису, як постійне прагнення шукати схвалення з боку інших людей, незмінна залежність від їх думки. Таким чином, представники гуманістичного напрямку окреслюють негативний бік викривлень, що є супутніми психологічним захистам, саме ця думка входить в задачі нашого дослідження.

Ми солідаризуємось з думкою З. Фрейда про те, що психічний апарат підпорядковується фізичному закону збереження енергії: жодний психічний імпульс не зникає безслідно. Він витісняється у несвідоме, звідки може блокувати або підсилити життєво важливі функції. Імпульс може набути емоційно-змістовного значення та вираження у переконаннях, вірі, звичках або манії величі, і в такій якості може існувати не лише як своєрідне соціально-перцептивне утворення, але й *обумовлювати викривлення та деформації, що знаходить своє вираження на поведінковому рівні*. Така неадекватна реакція, згідно з концепцією З. Фрейда, обумовлюється

зміщенням енергетичного імпульсу з одного уявлення на інше, що не мало відношення до первинної детермінанти [25].

Яскравими прикладами такої деформації, на думку З. Фрейда, є «викривлення мови внаслідок обмовки ... завдяки ущільненню, скороченню та зміщенню» [28, с. 23-24], описки, помилки при читанні, забування, помилкові дії та інше. Дані похибки зазначають, що значимість мають внутрішні глибинні детермінанти, які можуть обумовлювати мовні та поведінкові огріхи. Такі психічні акти містять у собі глибинно обумовлений зміст та наміри, тобто «відображення наших власних думок перешкоджає новим сприйняттям» [28, с. 59].

Також З. Фрейд пов'язує соціально-перцептивні деформації з функціями «Его», які є суперечливими. З одного боку відображення реальності, прогнозування, упорядкування психічних процесів у часі і т. п., а з іншого, викривлення очевидних фактів, стійке нерозуміння, ірраціональність сприймання, опори та ін. Тому соціально-перцептивні функції «Его» можна об'єднати в такі пари: прагнення до об'єктивного пізнання, а з іншого боку – викривлення реальності під впливом дії принципу задоволення; сприйняття реальності в часі, просторі та статі (свідомий рівень), а з іншого – тенденції «Ід», що є поза часом і простором тощо [32, с. 396].

Проблему відповідності перцептивного образу об'єктивній реальності переважно розглядалась у рамках функціонування свідомих аспектів психіки. В прорадянській психології найістотніші теоретичні обґрунтування проблеми процесів соціальної перцепції подаються переважно у роботах О.О. Бодальова, Б.Г. Ананьєва, О.М. Леонтьєва, О.В. Запорожця, Ф.Є. Василюка та в зарубіжних дослідженнях Г.В. Лейбніца, І.Ф. Гербарта, З. Фрейда, К.Г. Юнга, М. Кляйн, К. Роджерса, А. Маслоу. Глибинно-психологічна обумовленість процесу сприйняття набула особливого значення в роботах К.Г. Юнга, в яких стверджується, що колективне несвідоме та архетипи своєрідним чином привносять певні викривлення у сприйняття, що є актуальним в рамках даного дослідження.

## **2. Глибинно-психологічні чинники формування соціально-перцептивних викривлень**

Згідно психодинамічної теорії, на яку ми спираємось у даному дослідженні, є підстави стверджувати, що соціально обумовлений характер психологічних викривлень пов'язаний з глибинно-психологічними тенденціями психіки, які інтегруються із свідомою просоціальною активністю суб'єкта. З точки зору глибинної психології, суб'єктивна (емоційна) значущість події чи переживання в інфантильний період розвитку лежить в основі витіснених глибинних фіксацій і визначає зміст захисних тенденцій психіки, які в свою чергу детермінують магістральні лінії поведінки упродовж усього життя суб'єкта шляхом інтеграції несвідомих інфантильних спонук та соціальних обмежень, що втілюються у свідомій сфері суб'єкта. Тому виявлення глибинно-психологічних витоків захисних механізмів психіки суб'єкта, які породжують соціально-перцептивні

викривлення реальності, гостро ставить проблему їх дослідження та корекції в практичній психології.

Проблему соціально-перцептивних викривлень розглянемо у процесі її формування, зокрема у ранньому дитинстві. Велике значення дослідниками (З. Фрейд, А. Фрейд, Дж. Томсон, Г. Блом та ін.) приділялося фалічній стадії психосексуального розвитку або едіповому періоду розвитку суб'єкта. Саме на цій стадії формується «Супер-Его», комплекси та базові психічні механізми особистості, що зумовлює активне формування та функціонування викривлень.

Поняття «комплекс» введено К. Г. Юнгом та визначається як афективно заряджений зміст психіки, що формується навколо емоційних переживань суб'єкта [21, с. 54]. Психологічна енциклопедія визначає його як «поєднання окремих психічних явищ (якостей, властивостей, процесів) у цілісну структуру, яка має нові специфічні властивості, відмінні від суми властивостей компонентів» [20, с. 171]. У наступних роботах К. Г. Юнг розглядав комплекс як складне утворення, в якому взаємопов'язані архетипні елементи та події особистого життя індивіда. Комплекс будується на основі міжособистісних відносин у дитячому віці, має властивість впливати на всі рівні психіки – емоції, установки, поведінку. Використовуючи це поняття, З. Фрейд ввів у свою теорію два комплекси: комплекс Едіпа і комплекс кастрації. *Комплекс Едіпа* за теорією З. Фрейда – «наявний у ранньому дитинстві несвідомий еротичний потяг хлопчика до матері» [20, с. 171], «упорядкована сукупність любовних та ворожих бажань дитини, направлена на батьків» [12, с. 202]. Сутність едіпового комплексу полягає в тому, що хлопчик в ранньому дитинстві відчуває сексуальний потяг до власної матері і агресію до батька, що займає місце біля матері, бажане для нього. Неможливість зайняти місце батька спричинює дію механізму ідентифікації з ним, що дає хлопчику можливість в ідеальному (уявному) плані «перевтілюватися» в батька, переймаючи при цьому риси дорослої чоловічої поведінки, серед яких основне місце посідає система моральних інструкцій і заборон (формування «Супер-Его» та «Ідеалу-Я»). Едіпів комплекс не зводиться ні до певної реальної ситуації, ні до будь-якого впливу батьків на дитину, його дієвість обумовлена тим, що він вводить інстанцію заборони та табу, які позбавляють можливості задоволення бажань дитини.

Самоаналіз та спостереження за дітьми дали можливість З. Фрейду визначити універсальність прояву едіпового комплексу у дітей обох статей та культурної приналежності. Послідовники З. Фрейда додали у психоаналітичну теорію едіпового комплексу власне бачення цього феномену. А. Адлер вбачав у едіповому комплексі прагнення дитини до переваги над батьками, так званий «символ бажаної влади» [10]. К.Г. Юнг виніс на авансцену іншого персонажа давньогрецького міфу – Сфінкс – істоту, яка народилася в результаті інцесту матері (Єхідни) та сина (Орта) [10]. Таким чином, К.Г. Юнг розглядав едіпів комплекс не як прагнення інтимних стосунків, а прагнення знову стати дитиною, опинитися у материнському лоні [12, с. 652]. Е. Фромм надавав вищезазначеному

феномену більш загальний характер та переносив зі сфери інтимних стосунків на міжособистісну. Його сутність полягає у бажанні залишитися дитиною, єднання з первинним фігурами, що оберігали в дитинстві, зокрема, матір'ю. Головне завдання даного періоду – відсічення пуповини не у фізіологічному, а у психологічному сенсі.

Сучасні дослідники розглядають едіпів комплекс як «амбівалентне ставлення до власних батьків» [12, с. 649], не акцентуючи увагу на статі, що відповідає принципам несвідомого (поза часом, простором, статтю). Це узгоджується із сучасною психодинамічною теорією. Ми солідаризуємося із Т.С. Яценко, що поняття «едіпова залежність» є більш відповідним в рамках даного розділу, ніж «едіпів комплекс», адже наведені приклади емпіричного дослідження ґрунтуються на аналізі матеріалів роботи із психічно здоровими особистостями. Поняття «залежність» ми визначаємо через розкриття несвідомих програм поведінки, які імперативно впливають на суб'єкта та мають започаткування в едіпів період його розвитку (від 2 до 5 років). Останнє має знаходити вияв у «прагненні в чомусь або у всьому покладатися на іншу людину з метою отримання задоволення, безпеки, досягнення успіхів» [12, с. 175]. Залежність переживається як внутрішня потреба (свідома чи неусвідомлювана), що детермінує мислення та поведінку особи. На думку неофрейдистів (А. Фрейд, Дж. Боулбі та ін.) дитяча емоційна залежність від батьків (інфантильність) в процесі розвитку особистості переростає в зрілі інтимні відносини з партнером. Деструктивними наслідками інфантильної едіпальної залежності можуть бути об'єктні відносини, невротична потреба в любові (за К. Хорні), комплекс меншовартості (за А. Адлером), тривожний тип прив'язаності тощо.

*Почуття меншовартості*, за А. Адлером, визначає стійку впевненість людини у власній неповноцінності як особистості. Почуття неповноцінності виникає та формується у ранньому дитинстві внаслідок фізичних вад організму, біологічної нерозвиненості, відчуженості або надмірної опіки батьків. В психоаналізі З. Фрейда дане поняття використовувалося як результат втрати любові з боку батьків: «дитина відчуває власну меншовартість, коли помічає, що її не люблять, те ж саме відбувається з дорослими» (цит. за: [11, с. 574]). Почуття неповноцінності викликає тривогу та витісняється у несвідоме, стає джерелом постійної активності особистості [20, с. 230]. Щоб позбутися цього почуття індивід постійно намагається піднести себе в сприйнятті оточуючих. Результатом такої компенсаторної активності є несвідоме прагнення до влади, могутності і досконалості. У такому випадку почуття меншовартості сприяє розвитку особистості, досягненню успіхів, що у психодинамічній теорії відповідає тенденції «до сили». Разом з тим, прагнення зменшити почуття меншовартості породжує у особистості невпевненість, зверхність, виникнення ілюзій сили, підкріплення ідеалізованого «Я», що відповідає тенденції «до слабкості», тим самим викривлюючи сприйняття реальності. Замість реального подолання труднощів, розвитку своїх умінь і здібностей суб'єкт намагається уникнути самих переживань почуття неповноцінності. Він переконує себе і оточуючих

у своїй нікчемності і нездатності, це призводить до хронічної пасивності, в'ялості, апатії, приниженості.

Емпіричні дослідження в рамках наукової школи академіка НАПН України Т.С. Яценко, а саме сучасної психодинамічної теорії, свідчать, що почуття меншовартості загострюється в едіпів період. Зацікавленість отримати заохочення від батьків, потреба в нереалізованій любові та відчуття недостатньої спроможності задовольнити вимоги батьків спричиняє виникнення відступів від реальності. Потреба у захопленні, любові змушує відступати від реальності на догоду ідеалізованого «Я». Ідеалізація розвивається, коли у дитини блокується можливість отримання позитивного зворотнього зв'язку від батьків через соціальні норми, табування власно чутливості. Таким чином формується почуття меншовартості. Чим більше відчуття меншовартості, тим більша потреба в ідеалізованому «Я».

Проблема особистого життя людини полягає в тому, що в цих стосунках із часом починають з'являтися деструктивні тенденції під впливом едіпової залежності, які виражають глобальну суперечність у психіці людини між чуттєвою (сексуальною) й «ніжною» її сферами, важкість злиття їх у єдине, гармонійне ціле, мати адекватні партнерські стосунки. І причиною цього є лібідні потяги дитинства едіпового порядку. Дієвість едіпової залежності має наслідком психологічну імпотенцію та своєрідну тенденцію до психологічної смерті.

Прояви едіпальної залежності знаходять вираження у тих механізмах, які усистематизовують психіку людини та узалежнюють її від первинних лібідних об'єктів. Від того, як пройшов едіпів період залежить подальше життя людини. Як показує наша практика, дуже важливим є й те, що переживала особа у власному житті – драми, проблеми, які ставлять акцент на психіці, силою своїх переживань та можуть переструктурувати психіку.

Психологічні захисти в значній мірі обумовлюються едіпальною залежністю тому, що саме в цей період дитина знайомиться із соціальними табу, соціальними обмеженнями, які вводять в певні рамки її свободу та не сприяють реалізації тих потягів, що йдуть із «Ід». Конфлікт, який виникає у не зовсім зрілому «Супер-Его» та формується в цей період дуже жорстко знаходиться під впливом батьків і розв'язується при допомозі психологічних захистів. Психологічні захисти рятують дитину в першу чергу від усвідомлення амбівалентності почуттів до батьків, що було менш виражено в доедіпальний період. Якщо і були натяки на амбівалентність, як стверджує М. Кляйн, то це швидше відносилось до предметного аспекту взаємин: до їжі, до грудей, які годують дитину і т.п. А сфера стосунків, відносин, взаємин навантажується амбівалентністю лише в едіпальний період і зберігається впродовж життя, переноситься і генералізується на інші сфери. І це зрозуміло, адже соціум і батьки виставляють зовсім нові вимоги до дитини, які включають в себе заборону на чуттєве єднання. Якщо дитина до цього могла спати разом з батьком та матір'ю, то більш дорослу дитину батьки (і це природньо) будуть її відсторонювати. Крім того, великий вплив на дітей має те, що вони пізнають на вулиці «таємницю народження» і це дуже впливає



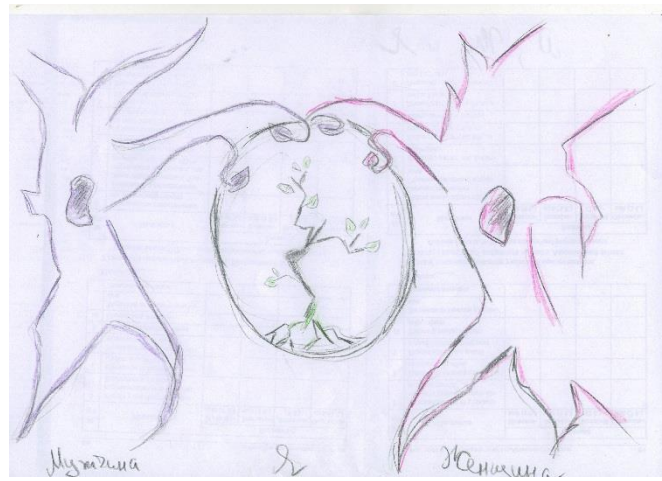
(енергетика дуже стимулює активність особи). Таким чином починають табуватися такі аспекти життя, які раніше не попадали в поле зору, дитина була вільна від таких обмежень. Вона могла пеститися як завгодно з батьком та матір'ю, і в неї не було цих заборон.

Також у неї не було проблеми, яка постає в едіпів період, самотності, що вона (дитина) сам-на-сам буде залишатися з оточуючим світом. Дитина починає розуміти, що вона не може все життя жити з батьками. Це певна драма, до якої дитині треба адаптуватися, асимілюватися до нового статусу. Тому едіпів період, якщо розглядати його вузькопланово, як те, що дівчинка «хоче у ліжко до батька», а хлопчик – «до матері», то це – не розуміти адекватно едіпів період і відповідного комплексу загалом. В едіпів період переживається певною мірою драма життя, і захисти в значній мірі рятують від цієї драми. Вони інтегрують дитину з батьками через механізм ідентифікації (інтроєкти). *Тому з певністю можна сказати, що в цей період не лише формується амбівалентність почуттів, а й усталеність тенденції «до батьків» та «від батьків».* Захисти на рівні несвідомого (логіка несвідомого) «переконують», що «нічого страшного, що ти не з ними (батьками)». Суб'єкт разом з батьками в уяві (у самовідчуттях, фантазіях) через інтроєкти, представники батьків. Таким чином, можна сказати, що під впливом едіпального періоду активно формується ціла низка якостей психіки, які структуруються не лише притяжінням дитини до когось із батьків, але й генеральним механізмом «від слабкості – до сили». *Тому інтроєкти, які асимілюються не лише однозначно визначають до кого з батьків у дитини було більше притяжіння, вони ще визначаються тим, хто з батьків домінував у стосунках:* якщо мати сильніша, то й дівчинка схильна домінувати у стосунках із чоловіками.

У контексті психодинамічної теорії, ми розуміємо, що інтроєкти, якими навантажується дитина, адаптуються генеральним механізмом захистів («від слабкості до сили»), а не лише притяжінням до когось із членів сім'ї. На жаль, ми не можемо дослідити плинність процесів, що відбуваються у едіпальний період, тому що ми працюємо із дорослими людьми у ситуації «тут і зараз», коли психіка вже сформована. Ми можемо бачити особистісні проблеми лише через ті акценти, які уже поставила психіка завдяки емотивним переживанням, пов'язаним з едіпальним періодом, що знаходять вияв у процесі психоаналізу тематичних психомалюнків, аналізі діалогів та авторських казок, тощо. В цьому психоаналітичному процесі можемо бачити і як батьки ставилися, і який період, аж до внутрішньоутробного стану (наприклад, коли людина зображує себе в яйці, в корзині, в човні, кубі тощо) залишив слід у психіці (див. рис. 1 та 2). Це показує, що на субсенсорному рівні психіка асимілює і карбує ті переживання, які були в неї впродовж її життя і навіть внутрішньоутробному стані, що позначається на поведінці.

Вище зазначено, що ми заміняємо поняття «едіпів комплекс» на «едіпову залежність», яку суб'єкт набуває в процесі формування психіки. Ця залежність проявляється не лише від провідного сексуального мотиву, а від дії механізму, який керує усією захисною системою і спрямуванні «від

слабкості до сили». Едіпова залежність набуває дієвості через механізми ідентифікації як різновиду захистів, що відкрили психоаналітики, через інтроєкти, які є заміщенням інтеграції суб'єкта із бажаним первинним лібідним об'єктом.



*Рис. 1. Я в сім'ї батьків. Чоловік, жінка і я*



*Рис. 2. Моє самовідчуття*

У едіповій ситуації присутнє і сексуальне (чуттєве) притяжіння прагнення переваги над батьками. Проте, одне одного не виключає, а лише присутнє ієрархічне підпорядкування. Через те, що кожен суб'єкт є просоціальної істотою, тенденція «від слабкості до сили» є провідною у впливові на формування психіки особистісних характеристик батьків, тому що дитина інтроєкує певні риси від обох батьків: *формування психіки особи в едіпів період залежить від обох батьків і залежне від першого її досвіду емоційного притяжіння до них.* Спостерігається провідність тенденції «вище-нижче», «домінування-підкорення», «сила-слабкість». Дівчинка,

ідентифікуючись з матір'ю, витримує позицію, яку займала мати в сім'ї, намагається змоделювати у своїй актуальній сім'ї. Приклад: мати по самовпевненості була домінуючою («зверху», хоч по деяких якостях «внизу»), батько, відіграючи роль головного в родині, бачив матір «внизу», мати ж із тактичних міркувань підігрує баченню батька і прагне бути в нього в догоді, тому відповідну позицію його баченню й займала. Проте сама жінка незмінно вважає, що вона зверху, що все в сім'ї від неї залежить, що вона усім керує. І насправді, мати має великий вплив на батька і тому її позиція «м'якої сили» видається реальністю. Дівчина Т., яка виховується в даній сім'ї, бачить і одне, і інше, тому позиції «зверху» і позицію «знизу» вона асимілює, і вони стають їй притаманними: вона здатна як до однієї позиції, так і до іншої. Це впливає на подальше особисте життя, що започатковується в бажаній позиції («зверху»), пріоритетним є лейтмотив «до сили» і це закладається в едіпів період. Таким чином, у відповідність з позицією академіка НАПН України Т.С. Яценко, *едіпів комплекс не лише сексуалізований (як вважалося в ортодоксальному психоаналізі), а й соціологізований шляхом впорядкування психіки в напрямі «від слабкості до сили».*

За таких умов, інтроєкти підкоряються вищевказаному загальному механізму формування усієї захисної системи. В цьому є просоціальність людини, вона хоче бути сильною, бути на висоті, і це пастка ілюзій, в яку, завдяки викривленням соціально-перцептивної інформації (в спрямуванні, що задає ідеалізоване «Я») попадає людина. У випадку з Т. це має вияв у тому, що вона починає сімейне життя саме з високості, бо для її матері вона була бажаною, але не до кінця реалізована. Тому для Т. ця високість є не лише бажаною, але й слугує прагненню «обійти матір» в сімейних стосунках (конкуренція, притаманна едіповому періоду розвитку дитини). Останнє потребує відступів від реальності: об'єктивна реальність, яка може зробити підрив під статус високості – викривляється (не помічається). Соціально-перцептивні викривлення спостерігаються і в тому, що хибно, вибірково прочитуються інтереси іншої особи (партнера, чоловіка). Спостерігається конкуренція принципу задоволення і принципу реальності. Протагоніст Т.: «Я хочу, щоб партнер психологічно єднався з братом». Партнер (чоловік) же хоче домінувати, перемагати брата за гідностями, за успіхами перевершити брата настільки, щоб бути йому прикладом, а не навпаки, щоб Т. ставила поведінку чоловіка у приклад брату. Проте Т., яка зачарована братом (подібно як і мати сином) трактує поведінку чоловіка як таку, що дає підстави стверджувати, що він користується братом лише для своїх егоїстичних мотивів. А насправді, партнер хотів перевести зачарування Т. з брата на себе. Якщо людина це розуміє, відкривається перспективи забезпечити власне подружнє життя, якщо ні – то вона залежна від тиску інфантильних програм, які знаходять вираження в категорії об'єктних відношень – це ті стосунки, які склалися в трикутнику «батько – мати – я», «брат – батько – мати» і чотирикутнику «я – брат – батько – мати», в діаді «я і брат» і реалізуються у стосунках із чоловіком.

Тому, користуючись психодинамічною теорією, розробленою Т.С. Яценко, ми вносимо певні уточнення в едіпову залежність в тому плані, що не схильні диференціювати її на позитивну чи негативну (приклад негативної залежності – у дівчинки притяжіння не до батька, а до матері). Пріоритети бувають різні – все визначається не лише статтю, а й силою впливу на дитину батьків, тобто генеральним механізмом «від слабкості до сили». Часто у дитини відбувається роз'єднання раціо і емоцій: вона може мати емотивне притяжіння до батька (вона його більше любить), але хотіла б бути сильною, як то є мати. Тенденції «від слабкості до сили» для кожного знаходить індивідуально неповторне вираження в залежності від неповторності глибинно-психологічних інфантильних цінностей і умовних цінностей, на які спирається захисна система. Психологічні захисти індивідуалізуються через цінності, як єднаний ланцюг між дитинством і сучасністю. За рахунок умовних цінностей захисти набувають змістово-неповторної індивідуальної канви, змістово-неповторних відтінків. Об'єктивність пізнання присутня завдяки розумінню природи психологічних захистів, які є поза «поглядом свідомості», тобто можуть зберігати об'єктивність через ригідний аспект поведінки, такий як заскорузлість, автоматизованість, механізованість (ітеративність, інваріантність) тих тенденцій поведінки, які закладені ще в едіпів період. В цьому відношенні особистість не є суб'єктом, вона є інфантильно програмованим об'єктом. Психологу-практику важливо пізнавати цю об'єктивність і об'єктивність психіки спільно із протагоністом. Саме цей компонент (об'єктивність), який присутній у психіці, саме він і породжує суб'єктивність соціальної перцепції, що має вияв у викривленнях сприйняття інших людей. В цьому процесі присутня дія незавершених справ дитинства, що мають зв'язок з едіповою залежністю, бо саме в той період соціум ставить табу на певні притяжіння, і це табу під тиском соціуму породжується самими батьками. Окремі батьки дивляться на дитину як на свій престиж, на засіб задоволення пихи, гідностей «Я»: досягнення дитини – це досягнення і батьків. На дітей покладається і те, що вони повинні зреалізувати нереалізовані бажання батьків. Таким чином, діти повинні відігравати психотерапевтичну роль, бути продовженням реалізації нереалізованих справ дитинства власних батьків. У цьому присутній батьківський психологічний егоїзм, елемент несправедливого ставлення до дитини, що вказує на підвалини викривлень: актуалізується почуття несправедливості, відчуття підвищених вимог, що вона (дитина) сама по собі не являє цінність є незрозумілою для батьків – вони не намагаються пізнати внутрішній світ дитини, а дивляться на неї як на об'єкт. Тут витoki об'єктивності стосунків, втрачається суб'єктивність та ефект розуміння неповторності психіки дитини, якій хочеться бути любимою та неповторною. Неповторність, суб'єктивність психіки задають ті об'єктивні передумови, які закладаються в генотипі та в несвідомому, бо вони повинні зреалізуватися у свідомому в замаскованому вигляді, і це маскування стосується інтересів суб'єкта інфантильного порядку. До маскувального прийому відноситься й інтегрування психіки з просоціальними інтересами.

Ось яка величезна задача інтеграції стоїть перед психологічними захистами, і без викривлень вони просто не можуть з нею справитись: соціально-перцептивні викривлення є незмінно і невід'ємно супутнім явищем усіх видів психологічних захистів. Психологічні захисти властиві як дитині, так і дорослим (батькам), як і соціально-перцептивні викривлення. Адекватність пізнання потребує таких термінів, яких немає у академічній психології, а саме: умовні цінності, інфантильні цінності, ідеалізоване «Я», в якому закладено прагнення соціального успіху, чого може досягти суб'єкт шляхом ілюзій та соціально-перцептивних викривлень. Інфантильна лінія, яка закладена в ідеалізованому «Я» знаходить вияв в очікуваннях заохочень, підтримки, нагород і т. ін. Вона по життю шукає середовище, ситуацію, де є любов, яка була бажаною від батьків. Але людина повинна розуміти, що це інфантильна лінія, якщо вона її не здолає, то соціуму немає клопоту до її едіпальних залежностей, страхів тощо, і тоді вона себе наражає на негативні емоції і порушення стосунків з іншими.

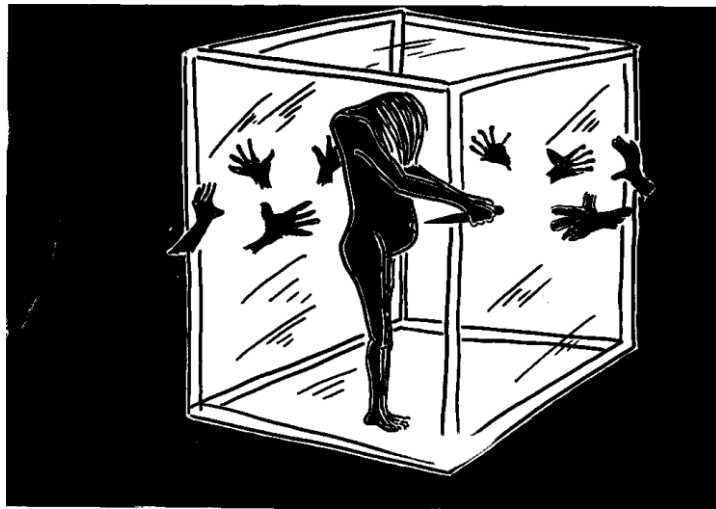
У дитини від впливом едіпової залежності породжується (формується) тривога і страх невизнання, неприйняття, програшу в конкуренції. Наприклад, Т. не витримувала конкуренцію з братом: його завжди хвалили, а вона грала другорядну роль. Останнє знайшло вияв в об'єктному відношенні на шкоду собі ж, бо: «я так поведжуся, що порівняно з партнером весь час граю другу скрипку». Саме така поведінка задає лінію «до слабкості», яка продукується захисною системою через те, що: «я дитина і не хочу розлучатися з тими лібідними об'єктами, з якими я жила». Незавершеною справою дитинства тут виступає «добитися любові, визнання ролі «першої скрипки!» з особою (чоловіком), від якої я очікую втілення того кращого, що є у батька і у брата». При цьому «я хочу, щоб партнер до мене ставився (мною зачаровувався) приміром так, як мати захоплювалась братом». Коли так є, то у Т. з'являється відчуття, що це і є її середовище, коли по іншому – відчувається напруга і дискомфорт. Об'єктне відношення амбівалентне само по собі, включає як «плюс» так і «мінус» в емоційному забарвленні, включає як прагнення отримати заохочення, так і те покарання або самопокарання, яке обов'язково було притаманне і присутнє у об'єктних стосунках, які стали лейтмотивними у сімейних взаєминах. Відповідно тенденція «до сили» єднається із тенденцією «до слабкості», бо саме прагнення «до сили» породжують соціально-перцептивні викривлення. У Т. це проявилось у почутті провини (в єдності з образою) перед батьками, що «він кращий, а я гірша». Потім мимоволі моделюється подібна ситуація (що породжує бажання бути разом із батькам): «я гірша, а хтось є кращий» на фоні вираженого прагнення бути сильною (кращою). Якщо проаналізувати емпіричний матеріал в психоаналітичній роботі (предметна модель – квітки соняшника, розташовані певним чином) Т. відображає прагнення бути високою квіткою. Для цього є пропуски, ігнорування певної реальності, є статичність в емотивних реакціях, але реальність заявляє про себе; про що сигналізує відсутність гармонійного адекватного взаємозв'язку з партнером.

Психодинамічна теорія дозволяє розглянути вищепредставлені проблеми в системному порядку, розуміючи, що об'єктне відношення має позитивне та негативне емоційне забарвлення. Паралельно із почуттям провини існує логіка: «я ні в чому не винний (та), я завжди на висоті, мої дії є непогрішні і не повинні піддаватися критиці» – це лінія (тенденції) ідеалізованого «Я». Те, до чого спонукали батьки – до успіхів, «Супер-Его» перетворює в суб'єктивну психічну реальність, яка знаходить в собі притулок в ідеалізованому «Я». Тоді суб'єкт як би паралельно і знає, і не знає, що він ще не досяг такого ідеалу, який є прийнятним та очікуваним. Присутні очікування від оточуючих, що вони будуть його сприймати у бажаному образі. Ця «бажаність» формується під впливом соціуму, під впливом тих вимог, які до нього ставляться та ставилися батьками. Таким чином підструктура ідеалізованого «Я», яку презентують умовні цінності, формується довготривало, започатковується в едипів період (від 2 до 5 років) і є динамічною та просоціально згармонізованою. Гармонізація забезпечується психологічними захистами шляхом інтеграції умовних цінностей з нормативними та з ідеалізованим «Я». «Умовність» цінності обумовлюється бажаністю інтеграції з батьками. Фактично, це їх цінності, що індивідуалізуються та конкретизуються в поведінці особи. Це, водночас, і спосіб маскуванню базових інфантильних цінностей. Через ідентифікації певним чином розв'язується «едипальна драма» неможливості чуттєвого єднання з батьками, логіка: «суб'єкт разом з батьками через фетиші, через інтроєкти, які він несе в собі». Для психіки не буває нерозв'язаних задач, тому тенденція до інтеграції – це природна тенденція психіки загалом. А дезінтеграційні процеси включаються при допомозі психокорекції, але вони повинні нести позитивну функцію, а значить сприяти розширенню самоусвідомленню суб'єкта, яке відбувається на основі самопізнання об'єктивних змістових аспектів його індивідуальної неповторності несвідомого. Ця об'єктивність пізнання передбачає методичні основи, відповідні вимогам позитивної дезінтеграції і вторинної інтеграції на більш високому рівні розвитку. Якщо психолог спирається при аналізі на наявний емпіричний матеріал багаторазової (протяжної в часі) поведінки, на фоні її варіативності, ми зможемо бачити об'єктивні компоненти психіки, які презентують ітеративні, інваріантні характеристики психіки. Це один із шляхів до пізнання глибинних коренів (детермінант) едипального походження через пізнання об'єктивних показників змісту несвідомого, якому характерна інваріантність, ітеративність, тобто незмінність окремих характеристик, які є поза часом, простором і статтю, у відповідності із змістом несвідомого. Базові захисти покликані витримувати послідовність едипальних інтересів, що знаходять вираження в повздовжніх лінійних залежностях (особистісні засади). Вони формуються впродовж життя за участі таких форм захисту, як заміщення, компенсація, перенесення та ін.

Всі ці форми зінтегровуються між собою і несуть, втілюють неусвідомлюване сподівання на завершення незавершених справ дитинства (яке не зникає ні за яких обставин). І вже в цьому моменті знаходимо

глибинні витоки викривлень, що полягають у тому, що «справи едіпального порядку» (незавершені справи дитинства) ніколи не можуть бути завершеними у зв'язку із заборонаю інцесту. Тому психіка поставлена в умови, коли обов'язково повинна викривлювати соціально-перцептивну інформацію, створювати ілюзію, бажану для суб'єкта, що татуйовані очікування будуть реалізовані поза сім'єю, поза первинними лібідними об'єктами. Така ілюзія має яскравий вираз в ефекті першого кохання знайти ту людину («свою половинку»), яка створить душевний комфорт, що компенсує драму розлуки з батьками (це своєрідне прагнення до психотерапії). Людина без професійної допомоги не може збагнути, що вона в сітці гри, об'єктивних детермінант поведінки, невидимих суб'єкту, неусвідомлюваних, які варто пізнавати, щоб ослабити, щоб був ефект, на який вказував З. Фрейд: «злий дух втрачає силу, якщо його називаєш», для цього важливою є точність психодіагностики. Глибинно-психодинамічне пізнання передбачає процесуальну діагностику, яка здатна наблизити дослідника до розуміння специфіки індивідуалізованого пізнання та відкриває можливості оволодіння інструментовкою, наближення до неповторності психіки. Для успішності активного пізнання неповторних властивостей психіки потрібний належний рівень розвитку інтелекту, бо мова йде про когнітивні структури психологічних захистів, в цьому плані ми наражаємося на генеральну зінтегрованість психіки за участю ілюзій, відступів від реальності, які потрібно диференціювати і знати живе ядро особистості.

Хоча суб'єкт цілісно включається в глибинно-психологічне пізнання, проте є підстави стверджувати провідну роль інтелекту, зокрема соціально-перцептивного інтелекту, який набуває розвитку в такому навчанні. Інтелект людини – це те, що її відрізняє від інших живих істот, а не нижчі психічні функції, включаючи й емоції. Глибинний процес психокорекції передбачає об'єктивування базових (особистісних) форм захистів, які знаходять вираження в певній логічній впорядкованості, «іншій логіці», ніж логіка свідомого. «Інша логіка» протистоїть логіці свідомого і тоді суб'єкт може співставляти і бачити, який підрив сам собі він робить під власні сили, як руйнує емоційне благополуччя, як ослаблює сам себе і не може знайти відповідь на питання «чому?» На все є «логічно-неусвідомлюване» виправдання (логіка несвідомого, «інша логіка»), яке сягає у сферу ірраціональності. Ірраціональність існує до того часу, поки професійний психолог не зміг глибинно проникнути в неусвідомлювані мотиви. Чому психіка створює такий підрив під власне психічне благополуччя? Одна із відповідей: через базове почуття провини, винесене з едіпової залежності. Суб'єкт таким деструктивним для себе шляхом доводить батькам наскільки вони йому дорогі, рідні, що він готовий «покласти на це своє життя», і це відбувається поза усвідомленням психологічної сутності своїх дій. Особливо акцентним є варіант вираження тенденції в утробу та тенденції до психологічної смерті, нерідко вони співпадають (див. для прикладу рис. 3).



*Рис. 3. Парадоксальний вихід із кризового стану*

Таким чином, поза власною волею (не усвідомлюючи) людина вказує на те, що єднання з батьками є найвищою цінністю. Як правило «тенденція в утробу», це не лише прагнення до нерозривної єдності з матір'ю, нерідко це прагнення до єдності з батьком («через єдність в яйцеклітині»). Так, приміром у випадку з протагоністом Т. стало зрозумілим, що навіть її особисте щастя є менш цінним, порівняно з іміджем брата, за який вона воювала, використовуючи чоловіка. Вона не бачила, що це ілюзія, за яку вона непомірно дорого платить власним щастям. Імідж брата в очах соціуму і в очах нього самого зовсім не залежить від її поглядів і від того, як вона буде будувати стосунки у своїй власній сім'ї. Неперевершеність іміджу брата в її очах фактично є результатом ідентифікації з матір'ю (на несвідомому рівні єдність з позицією матері має едапільний відтінок: адже «я нерозривна з матір'ю, то і єднаюсь з батьком»). Імплицитно розв'язується по меншій мірі дві задачі за логікою: а) «єднаючись з матір'ю, я позбавлюсь суперечливих почуттів у ставленні до неї, які були викликані образою за недооцінку мене і ідеалізацію брата»; б) «єднаючись з іміджем брата, я відчуваю єдине ціле» – тут і втілення едіпального потягу так само, як і власного ідеалізованого «Я»). Окрім того, в цій ситуації Т. переслідувало почуття самопокарання. Почуття самопокарання можна об'єктивувати лише відносно почуття провини. Тому у психокорекційному процесі ніколи немає кінцевої крапки, хоч би тому, що в групі психокорекції представляються лише основи для майбутньої аутопсихокорекції суб'єкта, остання передбачає долання суперечливих тенденцій, адже принцип самопокарання суперечить принципу задоволення. У людини виникає парадоксальна ілюзія правильності дій, коли зінтегровуються принцип самопокарання і принцип задоволення – «чим більше я страждаю, тим більше я отримую задоволення».

Почуття меншовартості в контексті стосунків в системі: «протагоніст Т., брат і батьки» виникало тоді, коли мати підкреслювала успіх брата злет, в такі моменти протагоніста рятує логіка несвідомого: «щоб вивільнитися від почуття меншовартості необхідно зінтегруватися з братом». Тому, можливо, виникли проблеми з чоловіком, адже болісно сприймалась ситуація



перевершення чоловіком брата, логіка: «він перевершив і мене». Таким чином, «єдність з образом брата зруйнувало стосунки з чоловіком (розлучення). Залишився власний інтерес: «ця єдність з братом була потрібна, щоб не відчувати свою меншовартість». Коли чоловік показував свою «вищість за брата», то тим самим чоловік показував Т. її меншовартість. Почуття меншовартості і почуття покарання нам «дарують» батьки, інтроектуючи в себе батьків, і невидимо для себе парадоксальним чином, самі ж себе караємо. При цьому свідомість підказує: «ні, це я хочу чоловіка зробити кращим, лабільнішим, адаптивнішим до мене» і «якщо ти мене любиш, то повинен зробити все те, що я від тебе вимагаю і очікую». У чоловіка так само розвинені програми за логікою: «якщо ти мене любиш, то повинна мною захоплюватися, зачаровуватися» і на те в нього були певні об'єктивні причини. Крім того, є ще умовні цінності по типу аксіом, задекларовані соціумом, наприклад, що чоловік повинен бути головою, що він повинен бути домінуючим, і ці стереотипи не дозволяють йому адаптуватися до такої Т., яка вимагає щось всупереч таким аксіомам, претендуючи на провідну роль. За ними стоїть просоціальна лінія «до сили», вона визначається не лише за рахунок батьківських інтроектів, а за рахунок адаптації до соціуму та загальнонаціональних (українських) цінностей. В результаті Т. сама себе покарала: «чому одна?». За таке людина повинна сама себе карати, бо в ситуації, коли «залишаєшся у дурнях» карали батьки.

Принцип задоволення нерідко і парадоксальним чином, як уже ми відмічали, інтегрується із принципом самопокаранням – це інтеграційна функція психіки. Образ Ісуса Христа постійно присутній в малюнках, образ пірата із багатьма шрамами на обличчі ознака того, що він дуже войовничий. Чим більше я страждав, тим більше маю сам для себе санкцій, моє «Я» стає більш ідеалізованим, майстерним, досвідченим. Ідеалізація відбувається по одному окремому, але важливому компоненту, який як правило, єднає особу з кимсь високим чи то з Богом, чи з батьком чи з матір'ю, і таким чином ідеалізується власне «Я». За таких обставин оболонка «Я» «порожня», її легко прогнути, бо є лише деякі неміцні основи, на які спирається ідеалізоване «Я». Це рятує людину від почуття меншовартості. Чим більше зусиль в напрямку створення пихи, «дутої гідності», то за цим в більшій мірі стоїть почуття меншовартості. Нами виявлено такий взаємозв'язок: *якщо є ідеалізація «Я», то є і почуття неповноцінності*, і саме в цій системі розгортаються «можливості» захисної системи особи у її можливостях соціально-перцептивних викривлень.

У контексті проблеми соціально-перцептивних викривлень можна стверджувати, що суб'єктивна зінтегрованість психіки реалізується за рахунок відступів від реальності. Іншого підґрунтя для здійснення суб'єктивної інтеграції не має. *Процес відступів від реальності є дуже тонким, дуже специфічним і індивідуально неповторним процесом, тому що він здійснюється на різних рівнях: на внутрішньому рівні, на зовнішньому рівні, на вході інформації, на виході інформації, на рівні оцінки результатів дії, а у випадку невдоволеності результатами слугує стимулом до повтору*

захисту. Суб'єктивна зінтегрованість породжує феномен хибного кола, коли психіка не призупиняється в прагненнях досягти цілі, нехай і шляхом відступів від реальності та ілюзорної значимості ідеалізованого «Я». Захисна система відзначається можливістю запуску вторинних, третинних і так далі психологічних захистів, які потім людину ослаблюють.

Таким чином, психодинамічний підхід до розуміння психіки як цілісного усистематизованого утворення сприяв в процесі пізнання проникнути глибинну сутність психологічних захистів та неусвідомлюваних особою детермінант соціально-перцептивних викривлень, що ними продукуються заради підтримання бажаного образу «Я» (ідеалізованого «Я»). Матеріал, отриманий за допомогою розуміння індивідуально-неповторного змісту психіки суб'єкта, дозволяє дійти висновку про залежність формування психологічних захистів від едіпового періоду розвитку психіки, який детермінує необхідність маскуванню (шляхом відступів від реальності) чуттєвих притяжінь до первинних лібідних об'єктів, амбівалентності почуттів, комплексу неповноцінності та ін.

Психологічні захисти на свідомому рівні створюють відчуття адаптації та вирішення конфлікту, завдяки викривленням соціально-перцептивної реальності, спричиняють прямо протилежні ірраціональні дії (дії особи протилежні її намірам) до негативних характеристик захистів відносять їх ригідність, автоматизованість, імпульсивність, не контрольованість та неусвідомленість довготривалої перспективи.

Психодинамічний ракурс дослідження психологічних захистів дозволяє уточнити їх функційні відмінності в залежності від базових чи ситуативних форм. Особливості соціально-перцептивних викривлень притаманні ситуативним захистам під впливом інтересів базових їх форм, які маскуються просоціальною значимістю.

### *Література*

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. Санкт-Петербург: Питер. 2003. 256 с.
2. Андреева Г.М. Психология социального познания: Учеб. пособие для студентов психолог. и пед. спец. вузов. М.: Аспект Пресс. 2000. 288 с.
3. Анцыферова Л.И. Психология самоактуализирующейся личности в работах Абрагама Маслоу. *Вопросы психологии*. 1973. №4. С. 173-180.
4. Бодалев А.А. Личность и общение. М.: Международная педагогическая академия. 1995. 328 с.
5. Бодалев А.А. Формирование понятия о другом человеке как личности. Л. 1970. 135 с.
6. Великий тлумачний словник сучасної української мови. / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. Київ; Ірпінь: ВТФ «Перун». 2004. 1440 с.
7. Гордиенко В.М. Соотношение натуральных и знаково-символических компонентов художественного образа в изобразительной деятельности. Автореф. дис. ... канд. пс. н. Киев. 1984. 20 с.
8. Іваненко Б.Б. Соціально-перцептивні передумови психологічних викривлень та їх взаємозв'язок з регресивними проявами суб'єкта. *Педагогічний процес: теорія і практика: Зб. наук. праць інституту педагогіки і психології професійної освіти АПН України*. Київ: Вид-во П/П «Екмо». 2024. Вип. 2. С. 351-358.

9. Конюхов Н.И. Словарь-справочник практического психолога. В.: Изд-во НПО «МОДЭК». 1996. 224 с.
10. Кун М. А. Легенди і міфи Стародавньої Греції. Київ: Мистецтво. 1996. 472 с. Кун, М. А. (1996).
11. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. М.: Высш. шк. 1996. 623 с.
12. Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. СПб: Питер. 2001. 688 с.
13. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат. 1975. 304 с.
14. Медицинская психология. /Автор-составитель Т.П.Пушкина. Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ. 1996. 54 с.
15. Новий тлумачний словник української мови. / Укладачі: В. Яременко, О. Сліпушко. Київ: Видавництво «АКОНІТ». 1999 Т.1. С. 740-741.
16. Огороднійчук З.В. (2005). Психологія чуттєвого пізнання: навч. посібник. Київ. 2005. 92 с.
17. Основные критерии рассмотрения бессознательного в качестве своеобразной формы психической деятельности. Бессознательное. Природа, функции, методы исследования / Под общ. ред. А.С. Прангишвили, А.Е. Шерозия, Ф.В. Бассина. Тбилиси: Изд-во «Мецниереба». 1978. Т.1. С. 71-84.
18. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р.Корсини, А.Ауэрбаха. СПб: Питер. 2003. 1096 с.
19. Психология. Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат. 1990. 494 с.
20. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О. М. Степанов. Київ: «Академвидав». 2006. 424 с.
21. Психологічний словник /За ред. В. І. Войтка. Київ: Вища школа. 1982. 215 с.
22. Роджерс К.Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс. 2001. 416 с.
23. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб: Питер. 2000. 720 с.
24. Словарь-справочник практического психолога. Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК». 1996. 224 с.
25. Соколов Э.В. Введение в психоанализ. Социокультурный аспект. СПб: Из-во «Лань». 2002. 320 с.
26. Украинский Я.И. Адекватность отражения внешнего облика других людей как условие межличностного понимания. Дис. на соик. уч. ст. канд. психол. наук. Киев. 1988. 134 с.
27. Физический энциклопедический словарь /Гл. ред. А.М. Прохоров. Ред. Кол. Д.М. Алексеев, А.М. Бонч-Бруевич, А.С. Боровик-Романов и др. М.: Сов. энциклопедия. 1983. 928 с.
28. Фрейд, З. О психоанализе. Лекции. М.: Харвест. 2003. 416 с.
29. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. Харків: Прапор. 2004. 640 с.
30. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика. 1997. 1056 с.
31. Яценко, Т.С. Внутренняя динамика психики и методы ее познания. *Материалы Международной психоаналитической конференции «Зигмунд Фрейд – основатель новой научной парадигмы: психоанализ в теории и практике (к 150-летию со дня рождения Зигмунда Фрейда)».* / Под ред. А.Н. Харитоновой, П. С. Гуревича, А. В. Литвинова. В 2-х т. Т. II. М. 2006. С. 480-484.
32. Яценко Т.С. Проблема вербалізації та пізнання системних характеристик несвідомого змісту психіки суб'єкта. Професійне освіта: педагогіка і психологія./ За ред. Т. Левовицького, І. Зязюна, І. Вільш, Н. Ничкало. Київ. 1999. С. 391-402.

## 2.5. Emotional factors of somatic disorders in a neurotic state

### Емоційні чинники соматичних розладів при невротичному стані

Психосоматичне здоров'я особистості відображає факт гармонійного залучення, приєднання людини до соціокультурної реальності, дозволяє зберігати психологічну рівновагу, дотримуватися життєвих перспектив. У працях І. Аршави, С. Кулакова, А. Курпатова, С. Максименка, І. Малкіної-Пих, В. Менделевича, Г. Ложкіна, Н. Пезешкіана, Г. Старшенбаума та ін. зазначається, що збереження психосоматичного здоров'я особистості є актуальною проблемою, розв'язання якої означає досягнення особистістю гармонійного розвитку, підтримання оптимального психофункціонального стану в реалізації власного творчого пошуку та професійних надбань [5].

Неврози представляють собою групу найбільш поширених нервово-психічних розладів, психогенних за своєю природою, в основі яких лежить протиріччя між особистістю та значущими для неї боками дійсності, яке непродуктивно та нераціонально розв'язується, та супроводжується виникненням хворобливо-тяжких переживань невдачі, незадоволеності потреб, неможливості досягнення життєвих цілей тощо [8].

На думку А. Адлера, З. Фрейда, К. Хорні та ін., невротичний конфлікт, закладається переважно в дитинстві в умовах порушених відносин з мікросоціальним оточенням, в першу чергу, з батьками. Психогенний характер неврозів означає, що вони обумовлені дією переважно психологічних факторів та пов'язані з активізацією симптомів розладу в психотравмуючій ситуації [17].

З огляду на це зрозуміло, що широке ознайомлення з діагностичною категорією РСС (розлади з соматичними симптомами) є вкрай важливим з практичної точки зору. РСС та інші розлади, у клінічній структурі яких переважають соматичні порушення, наразі складають новий розділ DSM-5 — «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади». До них належать: власне РСС; тривожний розлад наявності захворювання; конверсійний розлад (розлад із функціональними неврологічними симптомами); психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани; симулятивний розлад; інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами (табл. 1) [12].

В даний час в науковій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології неврозів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. При оцінці ролі того або іншого етіологічного чинника при неврозах виникають істотні труднощі. Психотравматизація є провідною причиною неврозу, але її патогенне значення визначається складними взаєминами з безліччю інших привертаючих умов (генетично обумовлений «грунт» і «придбаний нахил»), які є результатом всього життя людини, історії формування її організму і особи. Важко врахувати всі природжені і прижиттєві обставини, отримати валідні дані, адже для цього необхідно провести порівняння з аналогічними

характеристиками у здорових людей. Крім того, в походженні неврозу у конкретного хворого співвідношення етіологічних чинників має неповторна своєрідність, і усереднювання етіологічних показників нерідко приводить до протилежного результату [6; 7; 10; 15; 16; 21; 22].

*Таблиця 1. Класифікація розладів із соматичними симптомами DSM-5*

Назва розладу українською	Назва розладу англійською	Код за DSM-5	Еквівалент за МКХ-10	Код за МКХ-10
Розлад із соматичними симптомами	Somatic symptom disorder	300.82	Недиференційований соматоформний розлад	F45.1
Тривожний розлад наявності захворювання	Illness anxiety disorder	300.7	Іпохондричний розлад	F45.2
Конверсійний розлад (розлад із функціональними та неврологічними симптомами)	Conversion disorder (functional neurological symptom disorder)	300.11	Конверсійні моторні розлади Конверсійні конвульсії Конверсійна анестезія Змішані конверсійні розлади	F44.4 F44.5 F44.6 F44.7
Психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани	Psychological factors affecting other medical conditions	316	Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або захворюваннями, що належать до інших рубрик МКХ-10	F54
Симулятивний розлад	Factitious disorder	300.19	Умисне викликання або симуляція симптомів або інвалідності фізичного або психологічного характеру	F68.10
Інші специфічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Other specified somatic symptom and related disorder	300.89	Інші соматоформні розлади	F45.8
Неспецифічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Unspecified somatic symptom and related disorder	300.82	Соматоформні розлади неуточнені	F45.9

Неврози відносяться до оборотних розладів. В їхньому лікуванні особливого значення набувають методи психологічної корекції, психотерапії [25]. Не дивлячись на актуальність досліджуваної проблематики для сучасної психології, перші згадки про неврози відносяться до 18 століття: поняття «невроз» було введено в практику у 1776 році шотландським лікарем Уильямом Кулленом, який відмітив, що основним психогенним чинником у всіх випадках є конфлікти (зовнішні або внутрішні), дія обставин, які викликають психологічну травму, або тривале перенапруження емоційної і (або) інтелектуальної сфер психіки [20]. Пізніше, завдяки розвитку теорії та психологічної практики, К. Ясперсом було виділено три основних критерії психогенних захворювань:

- 1) невроз викликається психічною травмою;
- 2) зміст травми відбивається в клінічній картині хвороби;
- 3) невроз з'являється, як правило, услід за психічною травмою і найчастіше зменшується або взагалі припиняється після зникнення або дезактуалізації психотравмуючих моментів [4].

При неврозі має місце свідомість своєї хвороби і прагнення позбавитися від страждання, підкреслює автор. За формою прояву невроз може бути невротичною реакцією (короткочасний і швидко оборотний психогенний нервовопсихічний розлад), невротичним станом (триваліше і

поволі оборотне) і невротичним формуванням характеру, коли чинники, що викликають невроз вже не просто «звучать» в картині хвороби, а викликають виражені характерологіческие зміни [8].

Сучасне уявлення про природу неврозів було суттєво збагачене завдяки ученню І.П. Павлова, який в межах свого фізіологічного підходу визначив невроз як хронічне тривале порушення вищої нервової діяльності, викликане перенапруженням нервових процесів в корі великих півкуль дією неадекватних по силі і тривалості зовнішніх подразників. Суть неврастенії була розкрита саме завдяки дослідженням школи І.П. Павлова. Неврастенічні симптоми обумовлені ослабленням процесів внутрішнього гальмування і збудження в корі головного мозку. У нормі гальмування стримує збудження. Клітки відновлюють свої енергетичні ресурси тільки тоді, коли вони знаходяться в стані гальмування. При неврастенії слабшає внутрішнє гальмування, сон при цьому набуває поверхневого характеру. Із-за порушень сну працездатність нервових клітин повністю не відновлюється, звідси під час роботи швидко з'являється стомлюваність. Порушення уваги також пояснюється ослабленням процесів гальмування. Коли людина приступає до виконання якої-небудь справи, в корі головного мозку виникає вогнище збудження, навколо якого розвивається гальмування. Якщо вогнище збудження слабке, то і негативна індукція навколо нього буває недостатньою. Тому кожен незначний подразник відволікає хворого від основного заняття [3].

Необхідно відмітити, що термін «невроз» до сих пір не отримав однозначного визначення. До того ж варто відзначити, що в медицині і біології «неврозом» можуть називати різні функціональні порушення ВНД. Тому з точки зору психології особливу увагу необхідно приділити виявленню основних причин, що сприяють формуванню неврозу. Традиційно, в класичній психології та психотерапії цієї проблеми торкалися А. Адлер, З. Фрейд, К. Хорни та ін. [13].

На думку З. Фрейда, основною умовою для формування неврозу є погане ставлення до дитини. У ранньому дитинстві, особливо у перші три роки життя і не пізніше п'ятого року – у дитини з'являється ряд потягів, які не здаються йому недозволеними або забороненими. В процесі виховання дитина, стверджував З.Фрейд, дізнається про забороненість всіх цих потягів, і вони пригнічуються. Навіть сама думка про їх існування стає неприпустимою, неприйнятною із-за несумісності її з вищими поняттями про пристойність. Вона не допускається до свідомості, витісняється в «несвідоме» і піддається амнезії. Сили, що ведуть до придушення цих потягів, недопущення їх віддзеркалення в свідомості, Фрейд позначив терміном «цензура», а сам процес придушення – «витісненням» [11].

Переживання, які виявилися витисненими в «несвідоме», отримали назву «комплексів». Якщо подальші переживання підсилять ці комплекси, саме тоді, на думку Фрейда, можуть виникнути такі захворювання, як неврози. Виходячи з даної теорії, Фрейд запропонував свій метод лікування неврозів — психоаналіз, заснований на відновленні в пам'яті («розтині»)

сексуальних переживань дитячого віку (інфантильно-сексуальних комплексів). Для виявлення цих комплексів вислову хворого (вільні асоціації, спогади, сновидіння) піддаються спеціальному тлумаченню за допомогою коди сексуальної символіки, розробленої Фрейдом. Він висунув принцип аналітичної, каузальної терапії.

Один з найближчих учнів Фрейда, А. Адлер, заперечуючи роль статевого потягу в етіології неврозів, вважав, що в основі їх лежить конфлікт між прагненням до могутності і відчуттям власної неповноцінності (конфлікт потягів «Я» по Фрейдю). Дитині, за А. Адлером, властиве, з одного боку, прагнення до влади, з іншої – відчуття своєї неповноцінності, яке він намагається зжити різними способами: то прямим протестом, грубістю, упертістю, то слухняністю, старанністю – і таким чином завоювати визнання тих, що оточують. Характерним при цьому є і прагнення до «над компенсації», прикладом чого, на наш погляд, можуть служити такі персонажі, як Демосфен, що заїкається, і пізніше стає великим оратором, Дон Жуан, який потребує самоствердження чоловічої гідності та прагне до все нових і нових перемог над жінками тощо. Невроз, на думку Адлера, не хвороба, а лише певний спосіб ізжиття відчуття власної неповноцінності і завоювання положення в суспільстві. На наш погляд, саме з А. Адлера починається сучасний психологічний підхід до пошуку причин та походження неврозів, причому основна роль в ньому надається раннім етапам онтогенезу. Крім того, нам імponує підхід А. Адлера до неврозів як до способу вирішення внутрішніх проблем людини [18].

Необхідно відмітити, що услід за А. Адлером, не всі науковці та практики підтримували положення З. Фрейда та його послідовників. Наприклад, К. Хорні основну роль в патогенезі неврозів бачить не в сексуальних конфліктах, а в дефіциті батьківської любові: «Любов до мене – це основна умова для здоров'я моїх нервів!». Останній фактор, на її думку, викликає у дитини внутрішню тривогу і впливає на подальше формування особистості. Велике значення нею надається суперечностям між потребами окремої людини і можливостями їх задоволення, а також відносинам особистості з навколишніми факторами. Можна сказати, що К. Хорні, фактично признавала роль соціальної ситуації розвитку у формуванні та походженні неврозів, а суперечки між потребами окремої людини і можливостями їх задоволення, які виступають основними руйнівними силами розвитку особистості, на наш погляд, підкреслюють сензитивність деяких вікових періодів до формування невротичних станів (зокрема, ми вважаємо таким пубертатний період) [4].

Крім того, К. Хорні виділила декілька стратегій, які отримали назву невротичні потреби. Іншими словами невротичні прояви в осіб і відповідні ним стратегії поведінки. На думку Хорні, потреби присутні у кожній людини. З їх допомогою людина справляється з такими неминучими в житті відчуттями, як знедолена людина, ворожість або безпорадність. Нормальна людина легко замінює одну потребу іншої, якщо це потрібні обставини, що змінюються. Наприклад, коли виникає потреба в любові, він прагне її

задовольнити. У тій ситуації, коли виникає потреба влади, він також прагне задовольнити її і так далі, тобто змінює стиль поведінки залежно від виниклої потреби. А на відміну від здорової поведінки невротичні особистості обирають тільки одну потребу, використовують її у всіх соціальних взаємодіях, не розбираючись в ситуаціях. Мається на увазі, що реагує на ситуацію не гнучко, невтомно застосовуючи тільки одну стратегію поведінки [4; 5].

*Таблиця 2. Невротичні прояви за К. Хорні*

Надмірна потреба	Прояви в поведінці
Потреба у схваленні та відчутті кохання	Нав'язливе прагнення бути любимим, об'єктом захоплення інших людей. Характерна у поведінці підвищена чутливість до критики, до проявів недружелюбності, відкидання.
Потреба у партнері, який керує	Підвищена залежність від інших, страх отримати відмову, страх самотності. Неправильна оцінка любові, тобто впевненість в тому, що любов здібна все вирішити.
Потреба в чітких обмеженнях	Властивий такий життєвий стиль, при якому важливіше значення має встановлений порядок та обмеження. Характерні риси: відсутність вимогливості, підпорядкованість.
Потреба влади	Самоціллю є доминування над іншими, їхнє контролювання. Характерна презирливість до проявів слабкості у інших.
Потреба у експлуатуванні	Страх бути використаним іншими, виглядати «тупим» в їхніх очах. Однак, при цьому небажання щось робити, щоб змінити ситуацію.
Потреба у захопленні собою	Бажання створити прикрашений образ себе, позбавити себе недоліків і обмежень.

Н. Sullivan, як і К. Хорні, убачає витoki конфліктів, що лежать в основі неврозів, в міжособистісних відносинах матери і дитини, але при цьому підкреслює, що відносини ці можуть породити такі невротичні прояви, як, наприклад:

- підвищену боязливість;
- страхи;
- агресивність [14].

Як ми бачимо, вчення про неврози історично характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання детермінованості невротичних феноменів певними патологічними механізмами біологічної природи, хоча і не заперечують ролі психічної травми як пускового механізму і можливої умови виникнення захворювання. Проте, сама психотравма при цьому виступає як одна з можливих і рівноцінних екзогеній,



що порушують гомеостаз. Друга тенденція у вивченні природи неврозів полягає в припущенні про те, що вся клінічна картина неврозу може бути виведена з одних лише психологічних механізмів. Прихильники цього напряму вважають, що інформація соматичного характеру є принципово неістотною для розуміння клініки, генезу і терапії невротичних станів [19].

У основі неврозів, за В.М. Мясичевим лежать невдало, нераціонально і непродуктивно вирішувані особистістю протиріччя між нею і значущими для неї сторонами дійсності. Невміння знайти раціональний і продуктивний вихід спричиняє за собою психічну і фізіологічну дезорганізацію особистості. Невроз – психогенний (як правило, конфліктогенний) нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих відносин людини і виявляється в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотических явищ, відзначає автор [1].

Для неврозу характерні:

- оборотність патологічних порушень, незалежно від їхньої тривалості;
- психогенна природа захворювання, яка визначається існуванням змістовного зв'язку між клінічною картиною неврозу, особливостями системи відносин і патогенною конфліктною ситуацією хворого;
- специфічність клінічних проявів, що полягає в домінуванні емоційно-афектних і соматовегетативних розладів [8].

В даний час в науковій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології неврозів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. При оцінці ролі того або іншого етіологічного чинника при неврозах виникають істотні труднощі.

Неврози можуть виникати у осіб, не страждаючих психопатіями, а також без психопатичних рис характеру. Надсильний психотравмуючий чинник може привести до невротичного зриву у будь-якої людини, а характер і форма його залежать не тільки від патогенного чинника, але і від індивідуального нахилу і особливості даного соціального середовища.

Зупинимося на преморбідних особливостях хворих неврозом. Для хворих неврастенією були характерні підвищена відповідальність і сумлінність, висока чутливість до критики. Вони відрізнялися хорошою працездатністю і активністю за наявності високої інтенсивності і тривалості емоцій і достатньо вираженої тривожності. Крім того, спостерігалися низькі показники поступливості при середньому ступені вираженості таких якостей, як рішучість, фрустраційна толерантність і адаптивність. Поєднання цих характерологічних особливостей разом з прагненням до надмірних, таких, що перевищують реальні можливості, зусиллям в основних видах діяльності, найчастіше сприяли розвитку психологічного конфлікту неврастенічного типу [23].

Хворі істерією в преморбіді відрізнялися завищеною самооцінкою, егоїстичністю і егоцентрічністю, щодо високою активністю, низьким ступенем рішучості і цілеспрямованості, значним ступенем навіюваності. У них часто виявлялися поєднання вираженої сенситивності і тривожності з лабільністю і імпульсною, причому потреба в контактах і прагнення до

лідерства поєднувалися ос середнім ступенем поступливості і відповідальності. Разом з окремими рисами психастеничного типу, вказаними вище, у ряду хворих цієї групи в преморбідному періоді наголошувалися прояви деякої шизоїдності, яка виступала у вигляді високої сенситивності, що поєднується з емоційною холодністю і трудністю контакту [2].

У преморбідному періоді хворих неврозом нав'язливих станів звертали на себе увагу, перш за все, низький ступінь активності, упевненості в собі, рішучості, цілеспрямованості у поєднанні з вираженою тривожністю і недовірливістю, тобто риси, властиві психастеничному типу. Для частини хворих характерним було поєднання підвищеної вразливості і надмірної чутливості при схильності до затримки зовнішніх проявів емоційних реакцій і у зв'язку з цим постійною фіксацією хворих на значущих для них складних життєвих обставинах, чому сприяла також схильність їх до самонавіювання. З урахуванням високого ступеня відповідальності і сумлінності, високій чутливості до критики і середнього ступеня здібності до уникнення конфлікту вірогіднішою стає можливість формування психологічного конфлікту obsесивно-фобічного типу, частіше в області морально-етичних установок хворого.

Одним з основних етіологічних чинників соціальної природи є неправильне виховання в сім'ї. У хворих з істеричним неврозом характерним було виховання безпринципної поступливості, що провокує невинуватене підкреслення існуючих і неіснуючих вад, позитивних якостей, що приводить до неадекватного завищення рівня домагань. Особливості характеру, властиві істерії, можуть формуватися, з іншого боку, при байдужому відношенні за типом «відкидання», а також в обстановці грубо-деспотичного переважного виховання.

Формуванню особистісних рис, що повертають до розвитку неврозу нав'язливих станів, сприяє неправильне виховання в обстановці надмірної опіки, оберігання, залякування, придушення самостійності і позбавлення власної ініціативи. Особливе значення має пред'явлення суперечливих вимог.

Преморбідні особливості особи хворих неврастенією формуються, перш за все, в умовах, коли стимулюється хворе прагнення до успіху без реального урахування сил і можливостей індивіда.

У генезі психогенних розладів особливе місце займає психологічний конфлікт (зовнішній або внутрішній), патогенність якого обумовлюється нездатністю хворого вирішити його. Зовнішній конфлікт визначається зіткненням порушених відносин особи з вимогами навколишнього середовища. Внутрішній (внутрішньоособовий) конфлікт визначається існуванням суперечливих бажань, тенденцій, мотивів і позицій особи [19].

Розділення психологічних конфліктів на зовнішніх і внутрішніх носить умовний характер, оскільки нерідко вони взаємозв'язані. Можливі наступні конфліктні ситуації:

- необхідність вибору у разі однакових бажаних цілей;
- вимушений вибір при однаково не бажаних цілях;

- вибір мети, що має бажані і не бажані сторони.

Психологічний конфлікт, в розумінні В.М. Мясищева, відображає зіткнення суперечливих відносин особистості, нездійної знайти продуктивне вирішення труднощів. Як правило, мова йде про значущих, домінуючих відносинах особи. Велике клініко-психологічне значення мають основні види патогенних особових конфліктів, що виділяються В.М. Мясищевим. Він описує конфлікти істеричного, obsесивно-психастенічного і неврастенічного типів [5].

Істеричний конфлікт визначається, перш за все, надмірно завищеними претензіями особи, що поєднуються з недооцінкою або повним ігноруванням об'єктивних реальних умов або вимог тих, що оточують. Його відрізняють перевищення вимогливості до тих, що оточують над вимогливістю до себе і відсутність критичного відношення до своєї поведінки. Через неправильне виховання у таких осіб ослаблюються здібності гальмувати свої бажання, що суперечать суспільним вимогам і нормам.

Obsесивно-психастенічний тип невротичного конфлікту обумовлений, перш за все, суперечливими власними внутрішніми тенденціями і потребами, боротьбою між бажанням і боргом, між моральними принципами і особистими привязаностями. При цьому, якщо навіть одна з них і стає домінуючою, але продовжує зустрічати протидію іншій, створюються сприятливі можливості для різкого посилення нервово-психічної напруги і виникнення неврозу нав'язливих станів. Особливе значення має пред'явлення суперечливих вимог до особи, що сприяє формуванню відчуття власної неповноцінності, суперечливих життєвих відносин і приводить до відриву від життя, появи нереальних, далеких від дійсності установок [12].

Неврастенічним типом конфлікту є суперечність між можливостями особи, з одного боку, її прагненнями і завищеними вимогами до себе, з іншою.

Вказані типи невротичних конфліктів певною мірою відповідають основним формам – істерії, неврозу нав'язливих станів і неврастенії.

Для хворих неврозами характерні такі особливості особи, як слабкість, нерішучість, схильність до рефлексії, залежності від оточення, пошуки схвалення, прагнення до нормативності [24].

Психологічний конфлікт обумовлюється перетином значущих для особи потреб, причому їх значущість може бути зрозуміла лише з життєвої історії розвитку особи. Патогенними психологічні конфлікти стають лише при неадекватній спрямованості відносин особі і, тим самим, її нездатністю вирішити конфліктні ситуації. Найчастіше як незадоволені потреби, що обумовлюють конфлікт, виступають потреби:

- адекватної соціальної оцінки (трудової діяльності і особистих достоїнств);
- любовно-еротичні;
- дружнього спілкування;
- самовираження і самоствердження і ін. [26].

Для хворого неврозом характерна не наявність одного або двох ведучих, найбільш значущих конфліктів, а існування широкого спектру конфліктів, обумовлених порушеннями системи відносин, серед яких несприятливе, неадекватне відношення до себе виступає як найбільш патогенний, який обумовлює множину суб'єктивно нерозв'язних суперечностей. Можна виділити загальні для хворих неврозами порушення особи, серед яких інфантильні і егоцентричні риси є основними і обумовлюють емоційну, поведінкову і соціальну дефіцитарність особи хворого неврозом.

Вивчення невротиків з позицій психоаналізу виявило, що під впливом тривалих емоційних розладів можуть розвиватися хронічні соматичні розлади з хворобливими відчуттями. Подібні соматичні зміни під впливом емоцій вперше спостерігалися у істериків [27].

Одне з найважливіших відкриттів Фрейда полягало в тому, що, коли емоція не може бути виражена і знята через нормальні канали за допомогою довільної активності, вона може стати джерелом хронічних психічних і соматичних порушень. Всяк випадок, коли емоції пригнічуються внаслідок психічних конфліктів, тобто виключаються з поля свідомості і таким чином позбавляються адекватної розрядки, вони стають джерелом хронічної напруги, що є причиною істеричної симптоматики. При істерії, проте, що мотивує психологічний імпульс, є неусвідомленим.

Поняття функціонального розладу виникло не в психіатрії, а в галузі внутрішніх хвороб. Спочатку невротичні (або функціональні) розлади шлунку, кишківника і серцево-судинної системи стали відомі під назвою шлункового, кишкового неврозів і кардіоневрозу. Термін «функціональний розлад» відноситься до тих випадків, коли навіть найретельніше дослідження тканин не виявляє яких-небудь помітних морфологічних змін.

Функціональна теорія органічних розладів є по суті визнанням хронічних внутрішніх причин хвороби, не говорячи вже про сильні зовнішні причинні чинники [12].

Іншими словами, болі при багатьох хронічних розладах, викликаються перш за все, не зовнішніми, механічними або хімічними чинниками чи мікроорганізмами, а швидше тривалим функціональним стресом, що виникає в повсякденному житті індивіда в процесі його боротьби за існування. Ті емоційні конфлікти, які вважаються в психоаналізі основою психоневрозу і первинною причиною деяких функціональних і органічних порушень, виникають в процесі нашого щоденного існування в результаті контакту з навколишнім світом.

Страх, агресія, провина, фрустрійні бажання, будучи пригнічуваними, приводять до хронічної емоційної напруги, що порушує функціонування внутрішніх органів [5].

## Фізіологічні механізми стресу



Активується гіпоталамус, який дає команду корі наднирників. На всіх стадіях адаптаційного синдрому провідна роль належить корі наднирників, які посилено синтезують стероїдні гормони – глюкокортикоїди, які і виконують адаптаційну функцію.

З однієї сторони, гіпоталамус підвищує активність симпатичної нервової системи, а з іншої – викликає секрецію антистресорних гормонів кори наднирників.

Задача симпатичного відділу вегетативної нервової системи – допомогти вижити організмові в критичний момент, дати йому стільки ресурсів, скільки потрібно для боротьби (якщо можна перемогти) чи втечі (якщо ворог сильніший).

При виснаженні запасів речовин, що харчують організм та енергії в організмі активується парасимпатичний відділ, завдячу якого є встановлення та зберігання ресурсів, а його активація відбувається під час сну, їжі та відпочинку.

Першою в кого влучає стрес є серцево-судинна система.

Рисунок за матеріалами сайту альманаху «Практикум врача». URL: <https://pv.medstrana.com/reference/2407-praktikum-z-pdvishennya-stresostjkost-ta-rozshirennya-adaptacijnih-mozhlivo/page/2413>

Рис. 1. Механізми адаптації до стресу

В експериментальних умовах, що проводив Сельє, дія неспецифічних шкідливих чинників може викликати гіпертензію, нефросклероз, патологічні зміни міокарду і артрит, які він приписує надмірній кількості гормонів передньої частки гіпофіза і кори надниркових, що початково виробляються для збільшення опірності. Тому такі розлади називають «хворобами адаптації» [9].

В цілому концепція Сельє полягає в тому, що організм реагує на найрізноманітніші стреси фізіологічними захисними механізмами, які по суті залежать від цілісності коркової речовини надниркової, і що надмірна активність цієї залози відповідальна за хвороби адаптації. Шкоду організму наносить надлишок його власних захисних мір (рис. 2) [9].

Дослідження Сельє дають нам уявлення про складну взаємодію нервових і гормональних механізмів, за допомогою яких організм адаптується до стресу і в цілому реагує на зовнішні стимули [9].

Видно, нервові механізми мають першорядне значення в критичних ситуаціях, тоді як при хронічному стресі в загальній картині поступово починають переважати гуморальні реакції.

Етіологічне значення для захворювання можуть мати наступні чинники:

$X$  (хвороба) =  $f$  (функція від) {  $a, b, c, d, e, g, h, i, j, \dots, n$  };

$a$  — спадкова схильність;

$b$  — родові травми;

c — органічні захворювання раннього віку, що викликають підвищену чутливість певних органів;

d — особливості виховання в ранньому віці (особливості відняття від грудей, привчання до туалету, укладання спати і т. д.);

e — переживання тілесно травмуючого досвіду в дитинстві;

g — переживання емоційно травмуючого досвіду в дитинстві;

h — емоційний клімат в сім'ї і характерні особистісні особливості батьків та сиблінгів;

i — недавні тілесні ушкодження;

j — недавні емоційні переживання, пов'язані з інтимними, особистими і професійними відносинами [5; 8; 9].

Вищеперелічені чинники в різному ступені мають значення для етіології будь-яких захворювань.

До всіх тих чинників, яким медицина вже давно приділяла увагу, психосоматичний підхід додав чинники d, g, h, j. І лише аналіз всіх цих категорій і їх взаємодії може дати повну етіологічну картину.

Вчення про неврози історично характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання детермінованості невротичних феноменів певними патологічними механізмами біологічної природи, хоча і не заперечують ролі психічної травми як пускового механізму і можливої умови виникнення захворювання. Друга тенденція у вивченні природи неврозів полягає в припущенні про те, що вся клінічна картина неврозу може бути виведена з одних лише психологічних механізмів. В даний час в науковій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології неврозів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів.

Александр сформулював принципи, які лягли в основу концепції специфічності:

- психічні чинники, що викликають соматичні розлади, які супроводжуються болем, мають специфічну природу і включають певне емоційне відношення пацієнта до оточення або до власної особистості.

- свідомі психологічні процеси пацієнта відіграють підлеглу роль в причинах хронічних болів і соматичних симптомів, доки такі свідомі емоції і тенденції можуть бути вільно виражені.

- розуміння причинних психологічних чинників може ґрунтуватися лише на знанні розвитку особистості пацієнта, оскільки тільки воно може пояснити реакцію на гостру травмуючу ситуацію [12].

Прогрес в області психосоматичної медицини вимагає ухвалення основного постулату: психологічні чинники, які впливають на фізіологічні процеси, що грають роль у виникненні хронічних болів, повинні піддаватися настільки ж докладному і ретельному вивченню, як це прийнято при дослідженні фізіологічних процесів. Згадка про емоції в таких термінах, як тривога, напруженість, емоційна нестійкість, є застарілою.

Актуальний психологічний зміст емоції повинен бути досліджений найбільш передовими методами динамічної психології і мати кореляцію з соматичними реакціями.

Інший постулат, який характеризує вищевикладене, полягає в тому, що психологічні процеси в своїй основі не відрізняються від інших процесів, котрі мають місце в організмі.

Вони в той же час є фізіологічними процесами і відрізняються від решти тілесних процесів тільки тим, що сприймаються суб'єктивно і можуть бути передані вербально оточуючим. Тому вони можуть тому вивчатися психологічними методами.

Кожен процес прямо або побічно схильний до впливу психологічних стимулів, оскільки організм в цілому є одиницею, всі частини якої взаємозв'язані між собою.

Сучасні уявлення про суть концепції хвороби, яка може супроводжуватися невротичним станом, припускають облік всієї сукупності змін, що зачіпають як біологічний рівень порушень (соматичні симптоми і синдроми), так і соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною ролевих позицій, цінностей, інтересів, круга спілкування, з переходом в принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, розпорядженнями та обмеженнями.

Вплив хворобливого соматичного стану на психіку може бути як саногенним, так і патогенним. Під останнім маються на увазі порушення психічної діяльності в умовах хронічної соматичної хвороби [16].

Отже, історичне перше значення терміну «психосоматика» пов'язане з концепцією психологічного конфлікту як пускового чинника розладу.

Емоційний (внутрішньоособистісний) конфлікт, що витісняється, стає енергетичним резервуаром, підсилюючим хворобу, і як наслідок, невротичний стан.

Отже, для припинення істеричного розладу необхідне усвідомлення цього конфлікту, добитися чого можна за рахунок актуалізації особистісних ресурсів самого пацієнта.

Теорія особистісних профілів пов'язана з ім'ям Ф. Х. Данбар. Нею були виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до пошкоджень типи особистості [12].

Для коронарного типу особи (людей, які схильні до розвитку у них серцево-судинної патології) характерна підвищена агресивність, жорстокість, дратівливість, прагнення завжди бути лідером і переможцем, змагальність, нетерпіння, гнівливість і ворожість по відношенню до інших.

Провідною причиною серцевих розладів у «коронарної» особистості Ф. Данбар вважала придушення через соціальну або емоційну заборону емоції гніву.

Для гіпертонічного типу особистості властиві підвищена гнівливість, відчуття провини за власні ворожі імпульси, виражена потреба в схваленні з оточуючих, особливо – авторитетних або керівних осіб.

У структурі алергічного типу особистості часто зустрічаються такі риси, як підвищена тривожність, незадоволена потреба в любові і захисті, конфліктне поєднання прагнення до залежності і незалежності, підвищена сексуальність (свербіння як символічна форма мастурбації) [17].

У 1934 р. Ф. Александер опублікував дослідження про вплив психологічних чинників на розвиток невротичного стану.

На той час багато хто вже відзначав той факт, що психічним апаратом найбільш «віддається» перевага травній системі для полегшення різного роду емоційної напруги.

Ф. Александер звернув увагу на висловлену в 1926 р. Ф. Дойчем думку про те, що органічні пошкодження можуть бути наслідком тривалого функціонального розладу.

Для пояснення самої можливості подібного феномена Ф. Дойч заявив про символічне значення органічної патології для особистості хворого, привівши в приклад отримані від пацієнта під час аналітичної сесії асоціації між легеневою кровотечею і фантазією про троянди [21].

Ф. Александер розширив цю ідею, припустивши, що не тільки окремий симптом, але і весь патологічний процес може бути викликаний специфічним психологічним стимулом.

У своїй статті він стверджував, що психологічний чинник не стільки викликає само ураження шлунково-кишкового тракту, скільки запускає процес гіпо- або гіперсекреції шлункового соку, сприяє виникненню хронічних болів, а також змінює рухову активність і тиск крові в кишечнику.

Гіпотеза про специфічність, висунута Ф. Александером, спиралася на три базові положення.

1. Психологічний конфлікт поєднується з фізіологічними і біохімічними чинниками, що повертають до захворювання і виникнення невротичного стану.

2. Несвідомий конфлікт активізується під впливом особливо значущих життєвих подій.

3. Супроводжуючі внутрішньоособистісний конфлікт негативні емоції виражаються на фізіологічному рівні, що і приводить зрештою до розвитку невротичного стану [5].

Як відомо, Ч. Дарвін постулював, що кожна емоція виконує функцію виразу певного фізіологічного стану організму. Відповідно, в рамках концепції емоцій У. Кеннона, виходить, що яка емоція виникає на стресову подію, така і відповідно фізіологічна реакція: кожна емоція може викликати тільки визначений, специфічний тільки їй, фізіологічний стан організму.

Основний зміст теорії психосоматичної специфічності:

- психологічні чинники, що викликають соматичні розлади, мають специфічну природу: провідний симптом хвороби, прямо пов'язаний з одним з двох психологічних чинників: емоційно конфліктне неусвідомлюване (тобто витиснене) відношення особистості до самої себе або до навколишнього середовища;



- психічні процеси, що протікають на усвідомлюваному рівні, грають тільки підлеглу роль в розвитку і динаміці захворювання, маскуючи дійсну причину хворобливого соматичного розладу. Негативні емоції страху, гніву, агресії, що усвідомлено проявляються пацієнтом, як правило, мають гострий реактивний характер. Вони нетривалі за часом, виявляються спонтанно, оскільки не вступають в конфлікт з вимогами Супер-его, а тому такі емоції не можуть викликати змін в органічній структурі. Інша справа, коли ці ж емоції пригнічуються через їх несумісність з уявленнями про власну особистість і не знаходять спонтанного виразу. Тоді вони ведуть до хронічної інервації – встановлення тривалих за часом кортиковісцеральних динамічних зв'язків, викликаючи тривалі порушення функціонування внутрішніх органів.

- ситуативні життєві переживання, як правило, також роблять вплив на організм пацієнта. Тому для встановлення психосоматичного характеру захворювання необхідно звертати увагу не на поточні емоційні проблеми, а враховувати весь життєвий шлях пацієнта, оскільки тільки попередній досвід відносин із значущими людьми може пояснити хворобливу реакцію цієї людини на конкретну травмуючу ситуацію [23].

Дослідження, що проводяться послідовниками Ф. Александера, виявили психосоматичні відносини в патології органів дихання, серцево-судинної і ендокринної систем, шкіри і кістково-суглобової системи.

Виникнення психосоматичного розладу з хронічними болями в період життєвої кризи залежить від дисбалансу між трудністю і особистісною значущістю проблеми, з одного боку, і з відсутністю ресурсів для її вирішення, з іншого.

Зростання напруги виявляється в «нападі» тривоги, страху, провини, сорому, що настає із-за відчуття залежності від волі обставин.

У своєму перебігу криза проходить обкреслені фази:

- первинне зростання напруги зі спробою використовувати звичне вирішення проблеми;

- відсутність успіху, що супроводжується зростанням напруги, «нападу» і відчуття неефективності;

- подальше зростання напруги з мобілізацією всіх внутрішніх і зовнішніх ресурсів, пошуком нових методів вирішення проблеми;

- якщо проблема не вирішується або не робиться спроб зміни колишніх підходів до її рішення (продовження звичного способу життя та ігнорування його неефективності), наростає внутрішньоособистісна дезорганізація, яка проявляється в захворюванні [5].

Головною відмінністю соматоформних розладів від психосоматичних є те, що при соматоформних розладах функціональні або незначні органічні порушення супроводжуються надмірною тривогою за своє фізичне здоров'я.

Загальним для всіх соматоформних розладів актуальним психологічним станом є гостро виражена потреба в увазі і турботі з боку тих, кому пред'являються скарги. Надмірна заклопотаність станом свого здоров'я зазвичай пов'язана з психосоціальними та емоційними проблемами людини, але обтяжливих психологічних чинників при цьому не виявляється.

З поняттям суб'єктивної картини хвороби у вітчизняній клінічній психології зв'язана вся система відносин особистості пацієнта, включаючи поведінкові патерни її прояву.

Залежно від змісту внутрішньої картини хвороби у особистості можуть розвиватися різноманітні типи відносини до свого захворювання, серед яких найчастіше виділяють наступні (табл. 2).

*Таблиця 2. Тип відношення особистості до свого захворювання*

Тип відношення	Коротка характеристика відношення до свого захворювання
Адекватне	Відношення відповідає об'єктивному стану: без перебільшення або недооцінки. Небажання обтяжувати оточуючих тяготами догляду за собою, перемикання на доступні сфери діяльності.
Зневажаюче	Недооцінка свого стану
Заперечливе	Активне ігнорування наявності розладу.
Агравуюче	Перебільшення ступеня тяжкості свого стану.
Іпохондрічне	Занурення, «відхід» в хворобу, зосередженість тільки на своєму розладі.
Рентне	Використання свого стану для маніпулювання іншими людьми з метою отримання моральних або матеріальних вигод.
Байдуже	Пасивне ухвалення свого стану, втрата інтересу до всього, що цікавило раніше.

Виявлення структури внутрішньої картини хвороби дозволяє вибрати адекватну програму психокоректувальних заходів, направлену або на зняття дискомфортних відчуттів, або на зміну модальності переживань, або на активізацію зусиль по конструктивному пристосуванню до хворобливого стану, або на корекцію когнітивних установок і способів раціоналізації свого стану.

Зміни в когнітивній та емоційній сферах є найбільш характерними для пацієнтів з психосоматичними захворюваннями, які супроводжуються невротичним станом. У структурі їх особистості чітко простежується фобічний компонент [15].

Страхи можуть бути повністю обґрунтованими, проте значною мірою вони перебільшені і вселені, мають парадоксальний зміст: одночасно відображають актуальний і можливий стани пацієнта. Так, психосоматичний хворий може страждати від страху перед відновленням хронічних болів, дефіциту спілкування, випробовувати страх самоти і одночасно боятися майбутніх зустрічей з іншими людьми.

Серед них нерідкий страх одужання у зв'язку з можливою, на їх думку, втратою любові і підвищеної уваги з боку значущого оточення, а також із-за необхідності повернення до звичайного життя, до якого вони відчувають себе

не готовими. Оскільки алекситимія, тобто нездатність суб'єкта переводити у вербальний план свої емоції може зустрічатися і у здорових людей, і у хворих з різними захворюваннями, то слід мати на увазі, що алекситимія – це не «мотивоване забуття», яке може пояснюватися простим витісненням або запереченням і яке можна виявити в обмовках, розпізнаваному перенесенні.

Її слід відрізнити від такого роду психічної нечутливості, яка може розвиватися як активний мотивований процес унаслідок масивної психічної травми, загрозливою ізоляцією, дезинтеграцією і депресією; її слід відрізнити також від тих видів пізнавальної діяльності та експресії, які характеризують схожі види таких психіатричних синдромів, як звичні афективні порушення при уповільненій шизофренії, а також від того типу операціонального мислення, яке характерне для малограмотних або когнітивно нерозвинених (по Піаже) людей. Те, що кваліфікується як алекситимія, тобто нездатність суб'єкта називати емоції, що переживаються їм самим або іншими, в деяких випадках може виявитися культурною або субкультурною характеристикою.

Г. Аммон дає наступну психологічну характеристику дійсно психосоматичних хворих:

- вони не бачать зв'язку між соматичними симптомами і проблемами, які вони випробовують в житті;

- іноді вони виглядають як шизоїдні особистості, проте пожвавлюються, як тільки у них з'являється можливість поговорити про свої соматичні розлади;

- вони вимагають до себе підвищеної уваги і турботи, демонструють потребу в симбіотичній залежності. Якщо ці потреби не задовольняються, вони виглядають пригніченими, пред'являють різні претензії до оточуючих, але одночасно не випробовують реального інтересу до інших людей і речей [11].

В той час, як йде полеміка щодо того, чи є алекситимія залежним від ситуації станом або стабільною особовою характеристикою, розроблений ряд методів для її вимірювання. Якщо деякі з них враховують лише певні аспекти алекситимії, то в інших робиться спроба зміряти всі компоненти цієї багатовимірної характеристики.

Таким чином, вчення про неврози історично характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання детермінованості невротичних феноменів певними патологічними механізмами біологічної природи, хоча і не заперечують ролі психічної травми як пускового механізму і можливої умови виникнення захворювання. Друга тенденція у вивченні природи неврозів полягає в припущенні про те, що вся клінічна картина неврозу може бути виведена з одних лише психологічних механізмів. В даний час в науковій літературі найбільшого поширення набувають концепції поліфакторної етіології неврозів. Признається єдність біологічних, психологічних і соціальних механізмів. Психотравматизація є провідною причиною неврозу, але її патогенне значення визначається складними взаєминами з безліччю інших привертаючих умов, які є результатом всього життя людини, історії формування його організму і

особи. Александер сформулював принципи, які лягли в основу концепції специфічності:

- психічні чинники, що викликають соматичні розлади, які супроводжуються болем, мають специфічну природу і включають певне емоційне відношення пацієнта до оточення або до власної особистості.

– свідомі психологічні процеси пацієнта відіграють підлеглу роль в причинах хронічних болів і соматичних симптомів, доки такі свідомі емоції і тенденції можуть бути вільно виражені.

- розуміння причинних психологічних чинників може ґрунтуватися лише на знанні розвитку особистості пацієнта, оскільки тільки воно може пояснити реакцію на гостру травмуючу ситуацію [5].

Таким чином, не дивлячись на актуальність досліджуваної проблематики для сучасної психології досить тривалий час в науці не було складено єдиного визначення та підходу до виявлення причин і походження неврозів.

#### *Література:*

1. Візнюк І. М. Психологія іпохондричної поведінки фахівця. Монографія. Вінниця: ТОВ «Друк». 2019. 468 с.
2. Візнюк І. М. Психосоматичні кореляти в аспекті розвитку іпохондричної поведінки особистості. *Психологічний часопис*. Київ. 2019. 8(7). С. 174–188. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.8.1136>
3. Левада О. А., Троян О. С. Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування. *Медичний журнал «Нейроньюс»*. НейроNEWS. 4-5 (97). 2018. С.44-50.
4. Мазяр О. В. Невротичний стан у системі особистісного розвитку. *Посттравматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родини в ситуації війни* / за ред. : І. Маноха, Г. Собчук. Варшава-Київ: ПАН – Гнозис, 2018. Т. II. С. 257–267.
5. Мазяр О. В. Діагностика особистісної проблеми: емоційна сфера. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 4. Т. 1. С. 36–41.
6. Мазяр О. В. Особистісний дисонанс: системний аналіз : монографія. Житомир: Видавець О. О. Євенок. 2020. 332 с.
7. Москалець В. П. Психологія особистості. Навчальний посібник. К.: «Центр учбової літератури». 2013. 416 с.
8. Свиридова Н.К., Щербатий А.А. Невротичні розлади – зворотні порушення нервової системи. *Східно-європейський неврологічний журнал*. № 1 (25). 2019. С.23-29.
9. Сельє Г. Стрес без дистресу. Київ. 1982.
10. Терещенко Л.А., Олінковська Т.А. Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, Том I. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. Вип. 48. 2018. С. 60 – 65.
11. Abbass A. A., Kisely S. R., Town J. M., Leichsenring F., Driessen E., De Maat S., Crowe E. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. issue 7. art. no. CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687. pub4.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000.

13. Bagayogo I. P., Interian A., & Escobar J. I. Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*. 2013. Vol. 33. P. 64-74. DOI: 10.1159/000350057. Epub 2013 Jun 25.
14. Barsky A. J. Assessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78, issue 1. P. 2-4. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000287.
15. Bekhuis E., Boschloo L., Rosmalen J. G., & Schoevers R. A. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015. Vol. 78, issue 2. P. 116-122. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.007. Epub 2014.
16. Browning M., Fletcher P., & Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosomatic Medicine*. 2011. Vol. 73. P. 173-184.
17. Chioqueta A. P., & Stiles T. C. Suicide risk in patients with somatization disorder. *Crisis*. 2004. Vol. 25, issue 1. P. 3-7.
18. Cipriani A., Santilli C., Furukawa T. A., Signoretti A., Naka-gawa A., McGuire H., Barbui C. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009. issue 2. art. no. CD006532. DOI: 10.1002/14651858.CD006532.pub2.
19. Croicu C., Chwastiak L., & Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Medical Clinics of North America*. 2014. Vol. 98. issue 5. P. 1079-1095.
20. Dantzer R., & Kelley K. W. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2007. Vol. 21. P. 153-160.
21. De Waal M. W., Arnold I. A., Eekhof J. A., & van Hemert A. M. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 184. P. 470-476.
22. Dehoust M. C., Schulz H., Härter M., & Andreas S. Is all we know that we know nothing? A critical review of the prevalence of somatoform disorders in the elderly. *Open Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 3. P. 375-383.
23. Dimsdale J. E., & Dantzer R. A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosomatic Medicine*. 2007. Vol. 69. P. 850-854.
24. Drane D. L., LaRoche S. M., Ganesh G. A., Teagarden D., & -Loring D. W. A standardized diagnostic approach and ongoing feedback improves outcome in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2016. Vol. 54. P. 34-39.
25. Erceg-Hurn D. M. Psychodynamic therapy for somatic disorder metaanalysis raises more questions than answers. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2011. Vol. 80. P. 182-183.
26. Fjorback L. O., Arendt M., Ornbol E. Walach H., Rehfeld E., Schröder A., & Fink P. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013. Vol. 74. P. 31-40.
27. Goldstein L. H., Chalder T., Chigwedere C., Khondoker M. R., Moriarty J., Toone B. K., & Mellers J. D. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*. 2010. Vol. 74. P. 1986-1994

## **2.6. Emotional significance of relationships as a determinant of mental health of marital partners**

**Introduction.** Over the past decade, three social explosions have been observed: information, pandemic and military. They have had a significant impact on the well-being of family systems, the harmony of interpersonal relationships, and the mental health of marital partners in general. For example, with regard to the information revolution, its negative impact was that marital partners, due to the variety of digital technologies, reduced the level of verbal and non-verbal communication between them, which led to their emotional alienation and imbalance in their relationships. During the pandemic, at a time of maximum restrictions, many couples experienced exhaustion in their relationships, which led to a higher frequency of conflictual interactions and a decrease in personal resources. The war in Ukraine has had the greatest impact on the psychological state of the people, with a sense of constant anxiety, fear, and uncertainty increasing the psychological instability of partners. During the military actions of the aggressor country against Ukraine, many families are also forced to live separately (the wife lives abroad or the husband is at the front), which causes both emotional distress for the life of the husband and the inability of partners to perform their family functions, which leads to personal discomfort and family breakdown.

One of the most important indicators of a state's civilisation, which indicates the level and success of social development, is the nation's health. Preserving and improving the health of citizens is becoming one of the main issues for Ukraine, which is related to the future of the state and becomes especially important in times of war. The consequences of war are most often assessed in terms of economic losses, destruction of infrastructure, and the number of injured and dead. However, war has a catastrophic impact on health and well-being. The long-term effects of war are much more serious. Wars destroy communities and families and often disrupt the development of the social and economic fabric of nations. The consequences of war include long-term physical and psychological damage to both children and adults. The state of health is determined by the peculiarities of the adaptation process as a reaction to the socially created reality, and the main indicator of health is the level of functional development of adaptive systems of a person and society as a whole. The ability to adapt to changes in the external environment under conditions of internal stability indicates the effectiveness of adaptation mechanisms. If the intensity of the impact of environmental factors exceeds the capacity for adaptation, the level of health can decline sharply to the point of pathological conditions. Among all the possible consequences of war, the impact on the mental health of civilians is one of the most significant.

It is the above-mentioned global social processes that directly affect such an important aspect of a person's life as their mental health. Our task is to investigate such a determinant as emotional significance, which is important for maintaining mental health and acts as a kind of activator of personal resources of marital partners to maintain their resilience and harmonisation.

**Analysis of current research on the topic.** In psychological science, the family as a phenomenon has been studied by both foreign and domestic psychologists, including: N. Ackerman, M. Bowen, D. Bass, R. Bandler, K. Whitaker, D. Gray, J. Lofas, M. Nichols, S. Page, K. Rogers, R. Simon, W. Satir, R. Skinner, S. Freud, E. Fromm. Family conflicts were studied by: W. Harley, K. Gorney, Z. Zellmer; the problem of harmonization of family relations: W. Beck, D. Bela, J. Habermas, S. Johnson, M. Castells, T. Parsons, K. Slan, K. Slecky, E. Toffler. Among domestic scholars, various aspects of family relations were studied by O. Bondarchuk, L. Kotlova, M. Matskovskiy, M. Mushkevych, A. Rudenok, R. Fedorenko, E. Prychepiy, A. Chernii, V. Hvozdetskyi. In the scientific literature, various aspects of mental health have been studied by S. Boltivets, O. Vasylieva, I. Hurvich, S. Maksymenko, R. Stefanchuk, S. Stavytska, G. Nikiforov, Y. Orlov, N. Tvorogova, L. Terletska, N. Shustrov, F. Filatov, and others.

**The purpose** is to theoretically analyze the phenomenon of emotionally significant relationships, the concept of “mental health” in psychological science and to substantiate emotionally significant relationships as a determinant of mental health of partners.

**The main part of the study.** Today, more and more families with different lengths of marriage live together solely for the sake of children, marital duty, property, or divorce without attempting to restore the fullness of their relationship. Emotional distancing and devaluation of the relationship by the spouses are central problems in dysfunctional families. Relationships often lack emotional dialogue between partners and reciprocity. The expression of even negative emotions already encourages communication and can be a key to resolving misunderstandings. Emotional closeness and value-based attitudes, namely the importance and interest of one partner in the inner world of the other, are important phenomena in relationships. Psychologists often have to state the absence of one or two of the above aspects in marital relationships. Therefore, we consider it necessary to theoretically analyse emotional significance as a psychological phenomenon and a necessary component for family functioning and maintaining the mental health of partners.

The problem of forming interpersonal relationships is the subject of many foreign psychological studies. For example, W. James studied the aspect of significance in relationships; J. Mead analysed and derived the "mirror self", which, in his opinion, is a necessary structure in building relationships between people, since each person seeks similar ones; E. Berne studied the problem of transactional communication as one of the important components of interpersonal relationships.

In the psychological dictionary-reference book edited by P. Hornostai, T. Titarenko [18] defines "interpersonal relationships" as connections between people that are subjectively experienced and objectively manifested in the nature and methods of interpersonal interaction, that is, the mutual influence of people on each other in the process of their joint activities and communication. It is a system

of attitudes, orientations and expectations, stereotypes and other dispositions through which people perceive and evaluate each other.

Summing up the opinions of scientists, we can state that interpersonal relationships are subjective ties, mainly of an emotional nature. Psychologists refer to them as the emotional structure of a social group, although they do not deny the presence of a cognitive element in interpersonal relationships. Therefore, interpersonal relationships are realised primarily in interaction.

Thus, researchers of the problem of relationships agree that in all interpersonal relationships, their emotional content is of particular importance, and for the completeness of interpersonal relationships, similarity of views, values, and common goals of their participants are important.

Interpersonal relationships have different modifications, semantic and purposeful content, areas of their occurrence, as well as different characteristics of the participants in the relationship. Relationships can be formed between work colleagues, friends, teammates, relatives and spouses, i.e. in professional, friendly and family spheres of human life, as affiliative motivation is present in all these areas of contact.

Generalisation of researchers' views on this issue allowed us to introduce the concept of emotional significance of relationships as a measure of emotional and value attitudes of the subjects of interaction, filled with attitudes, expectations and meanings.

Business, friendship, and marital relationships can be called emotionally significant. For example, maintaining emotional significance in business relationships is a set of the most appropriate rules of behaviour that improve relationships between people in the course of their professional activities; they are laid down in the canons of professional ethics and professional communication. In friendship, the features inherent in the phenomenon of emotional significance include: support, trust, close communication, joint pastime, spiritual closeness and a wide range of positive emotions received from the partner.

The relationships of people in the process of joint business activities, to which each person devotes a significant part of his or her life, can be called emotionally significant to some extent, since there are constructs of this phenomenon. T. Vozna [7] notes that the main components of the characteristics of productive business relationships between colleagues are: trust between employees, which contributes to the formation of a powerful team that works more efficiently and in which no one needs to spend time on self-defence or covering the rear; respect, in which everyone's contribution and ideas to joint work are valued; attentiveness to the other and tolerance for negative emotions; open, sincere communication.

That is why business relationships play a prominent role in interpersonal relationships, as they help individuals to fulfil themselves professionally. And the more comfortable the climate around them is, the more productive their professional activities are.

Out of the thousands of people who meet in society and spend a lot of time together, only a few become close to each other, and a few establish close



friendships. In everyday consciousness, friendship is reflected as one of the most important values. Friendship, according to E. Klymenko [12], is a relationship based on mutual assistance in various circumstances, based on mutual sympathy, emotional attachment and trust. It is through maintaining and supporting friendly relationships that a person has the opportunity to fulfil his or her need for security and leisure, which are equally important for his or her full development and life. Summing up the above, we can conclude that some features of emotional significance are partially or fully reflected in business and friendship relationships. However, each personality requires a deeper realisation in order to be fully manifested. This is one of the motivations for creating marital relationships, where it is filled through different channels and realised in a more versatile way.

Family is an important aspect of life for everyone. L. Orbán-Lembryk [16] believes that it is in this environment that a person is most fully realised and spends most of his or her time, forms the most important contacts, prototypes of future relationships, and scenarios of partnership interaction. Emotionally significant relationships are so diverse, multifaceted and important that breaking them causes special pain, unlike friendships or business relationships that are emotionally significant. The changes experienced by the modern family are global in nature and are associated with the destruction of traditional values of family life and marriage. However, this does not mean the destruction of the family as such. New times open up new, previously unknown facets in the relationship between a man and a woman.

The variety of trends observed by psychologists in the field of interpersonal interaction and family psychology, the variety of theoretical assumptions that generate a range of conceptual models of interpersonal relationships, indicate the relevance of understanding the psychology of family relationships at the present stage of society's formation.

M. Mushkevych [15] attempts to combine the diverse interests of the family and family relationships, considering the family as a social group consisting of a man and a woman, usually married; their children (own or adopted) and other persons united by kinship with the spouses, blood relatives and carrying out their life activities on the basis of a common economic, household, moral and psychological way of life, mutual responsibility, and child rearing. For a family, the frequency of contacts and their content are determined by how its members treat each other, i.e. the emotional parameter of the emotional significance of marital relations subjectively and objectively determines the state and development of their interaction.

According to K. Sedykh [17], family relationships can be built only if a person has such a quality as readiness. Accordingly, the scientist introduced the concept of "the ability to create a family", which we can identify with the ability of the individual to emotional significance, which involves several components:

- the ability to care for another person, to serve them selflessly, to actively do good;

- the ability to sympathise, empathise, i.e. to "enter" the emotional world of a partner, to understand their joys and sorrows, experiences and failures, defeats and victories, to find spiritual unity with another person;

- the ability to cooperate, co-operate, and communicate interpersonally, having skills and abilities in many types of work, organising household consumption and distribution;

- high ethical and psychological culture, which implies the ability to be patient and indulgent, generous and kind, to accept another person with all their eccentricities and shortcomings, and to suppress one's own selfishness.

All of these characteristics are indicators of a person's ability to quickly change their behaviour in accordance with changing circumstances, to show patience, stability and predictability of their behaviour, and the ability to compromise.

The founders of the strategic approach to family psychotherapy, D. Haley and C. Madanes, consider the family to be a complex system differentiated into hierarchically placed subsystems. S. Johnson [8] proved that the family system is based on the relationship between spouses, which is a kind of centre (core) of the entire family system. It is the spouses who are the centre where a person can find both spiritual and physical fulfilment and psychological experiences of completely different orientation and content, which also gives marital relations emotional significance.

P. Fedorenko [15] characterises marital relationships by the expression of the following parameters: multifacetedness – depth and range of emotional experiences; volume and complexity – full realisation of needs; long-term prospects of maintaining contact indicate that a person always cherishes the hope of staying close, unlike friendship, which may not be planned for life; the presence of joint life plans and strategies of varying length – the fact that partners usually plan to live together for the rest of their lives, or plans for the next vacation; low autonomy, to the point of complete merger of personal spaces, which is not typical among friends or colleagues, where everyone remains with their own inner world intact; spontaneity and intuitiveness are manifested in the absence of partners' opinions on the correctness of an action to improve relationships, while the meaning of actions is understood by semitones and perceived positively; care is a set of actions towards a partner aimed at his/her well-being; attention to his/her needs; caring for him/her; active transactional exchange; value-oriented unity – similarity of life positions, moral and ethical principles and hierarchy of values of partners; intimate and sexual component; having children; physiological compatibility are important factors that determine the very receipt of physiological satisfaction; satisfaction with marriage, i.e. how comfortable partners are together in various parameters; loyalty – everyone's choice to be close to a particular person in body and soul and no one else; trust – confidence in the honesty and integrity of the other; sense of home – when both partners feel comfortable and pleasant in a joint dwelling in terms of everyday life and emotional background; sense of security – lack of anxiety for their own lives, security; suggestibility – unconscious influence on each other; synergy – mutual assistance, uniting two partners into one

progressive organism; introjection – mutual understanding; personal fulfilment of each partner – creation of an appropriate climate in the family that promotes their fulfilment; stability – confidence in the implementation of plans; satisfaction of the need for affiliation – the desire to be specifically with this partner for the rest of life as a satisfaction of the need; interest in the partner – lack of indifference to each other; adaptability – adaptation to each other during conflicts or crises; social and role adequacy – coherence of role expectations of partners; empathy – compassion for the partner, ability to take the place of the one who needs it in order to understand his or her feelings; shared emotional experience – the more emotionally charged events associated with a partner, the higher the emotional significance of the couple; the amount of personal resources spent in the relationship – that is, the more we have invested in this relationship, the more time we have spent, the more we value the partner and the relationship, and therefore the higher the significance [9].

Thus, the family is a crucial environment for the fulfilment of all life needs of an individual through the performance of family functions by each partner. When these aspects are present in family relationships, marital partners feel comfortable, which helps to maintain and normalise their mental health, which in turn activates the psychological resources of the individual and helps to maintain the marital relationship itself. The emotional significance of marital relationships is formed under the influence of a wide emotional spectrum, and only when the above characteristics are present do marital relationships acquire meaning and value for each partner.

Based on the results of the generalisation of research on family relationships, we can synthesise the psychological essence of our subject of study and formulate a definition according to which we consider the emotional significance of marital relationships as giving these relationships a specific combination of experiences that determines their value and meaning and promotes marital intimacy, care and unity.

In recent decades, research on family issues has become increasingly relevant. Sociologists, demographers, psychologists, and educators have noted a trend towards family crisis caused by global social changes in the world. This phenomenon in families is quantitatively manifested in a decline in the birth rate, a significant increase in family divorce and the devaluation of family relationships in general. We can also note the transformation of family values, imperfections in the upbringing of children in families, and an increase in the number of psychological problems among family members. At the same time, the family is one of the main social institutions of society and a crucial factor in the development and formation of the individual. That is why the task of finding a way out of the crisis experienced by the modern structure of family and kinship relations is relevant and needs to be studied. In this context, it is important to study the problem of the emotional significance of marital relations, since what is valuable is what has meaning, which we consider in accordance with the system of attitudes, orientations, expectations of family members from each other, which is determined

by the content and organisation of joint activities and values on which their communication and coexistence is based.

Consideration of the emotional significance of marital relationships as a measure of meaning formation requires a study of a set of emotional and sensory indicators that allow us to meaningfully define significance. Having analysed the works of I. Bech, J. Virna, L. Dolynska, A. Zhuravleva, O. Zaporozhets, I. Kohn, L. Kotlov, A. Kronik, O. Kulchytska, M. Mushkevych, A. Rudenok and others, and based on the synthesised components of the basic concept of our phenomenon, we concluded that it is logical to distinguish three parameters in the emotional significance of marital relations, namely: emotional and sensual, motivational and value, and conative.

Since the phenomenon under study is formed in the process of life experience, it is imprinted in self-awareness depending on the strength of the experience – emotional memory. According to B. Barchi [1], relationships are always accompanied by emotions, as most people do not feel complete without them. Accordingly, the value of a relationship cannot be formed without the emotional and sensory parameter. Through the analysis and synthesis of various combinations of emotional constructs, we have identified what we believe to be the most concise and meaningful content of the latter. These components are: emotional consistency (closeness, passion, loyalty), empathy, trust, and emotional maturity.

Emotional consistency is a set of emotions, experiences and states that are intertwined during the experience of complex phenomena. Since the emotional sphere of interpersonal interaction is constructed from various feelings and experiences that can vary in strength, direction and manifestation, they should all together form a kind of consistency that is unique to these relationships. To understand the essence of this construct, we need to analyse the corresponding set of feelings. In studying the emotional consistency of marital relationships, we relied on the Triangular Theory of Love developed by R. Sternberg. According to it, intimacy, passion and loyalty are its main components. Intimacy includes a sense of belonging and unity. In this context, we can talk about psychological intimacy. L. Magdysiuk [15] believes that people who experience intimacy in relationships can share their deepest feelings with each other and often have a very strong emotional and intellectual connection. Kashpur [11] states that intimacy as a construct of the emotional significance of marital relationships is the absence of boundaries between partners, the feeling that both do not need to worry about their own safety, a complete sense of psychological comfort, which is valuable in the personal needs of each person.

According to A. Adler [20], passion refers to physical and emotional, romantic and sexual attraction. When passion is high, people often feel arousal and may get a positive physical sensation from being around the person they love. Being in intimate love, partners often feel comfortable around each other, anxiety and tension are reduced. Additionally, they may feel especially happy or excited when they are around their partner and experience strong emotions – both positive and negative – while navigating the relationship. Passion includes both falling in

love and sexual attraction. C. Didenko [9] interprets passion as a strong, stable, long-lasting feeling that captures a person, possesses him; it is the essential force of a person who energetically strives for his partner. Thanks to this, we can distinguish the emotional significance of marital relations, excluding friendly and business ones.

Loyalty is about deciding to stick with your partner and making long-term plans together for future success and happiness. T. Bulenko [12] calls loyalty a specific trust directed to a specific person and expressed in unconditional, responsible devotion to loyalty. Y. Kashpur [11] interprets loyalty as a deep and sincere personal feeling. The scientist believes that there is an aspect of the irreplaceability of the subject of affection, and one person becomes significant for another due to the presence of some practically imperceptible feature that others do not see to distinguish. Loyalty, in his opinion, is a personal moral education, which consists in the realization of a person's devoted value attitude to the subject of interaction, which is actualized on the basis of attachment and personal choices, through a sense of attachment, belonging and responsibility.

Thus, the consistency of significance is determined by a combination of the above emotional and moral formations. Combined, they give the individual the opportunity to experience many feelings that motivate their images of married life, making it more valuable and significant. In the future, partners want to experience these feelings again.

The following components of the emotional-sensual parameter are empathy, sensitivity. S. Didenko [9] interprets that empathy is the ability to understand and feel the feelings of another person. Empathy is a key psychological mechanism that provides a person's ability to understand and manage other people's emotions. The analysis of scientific sources made it possible to single out two main approaches to understanding the psychological nature of empathy, which have developed in modern psychological science. One of the representatives of the first approach, N. Lyashenko [14], considers empathy as an emotional phenomenon that provides emotional participation in the experiences of another person and their emotional acceptance. In the process of social interaction, a person emotionally responds to the feelings of another, perceives the joy of the Other as his own, feels his pain as his own, without which, in our opinion, it is impossible to build healthy marital relations, as well as the formation of their emotional significance. In the context of the second approach, I. Bulak [6] interprets empathy as an affective-cognitive phenomenon that provides not only empathy with the Other, but also his knowledge, penetration into his inner world, which is very important for every individual entering into a marital relationship. Without empathy in the partners' attitude towards each other, it is impossible to talk about the emotional significance of their marital relationship, since only through the manifestation of sensitivity and empathy can a person feel comfortable, safe and confident that his or her partner will understand and support them. This indicates the reflective function of marital significance. While the first component emphasises originality and uniqueness, this construct directs the individual to a sense of perception

through the partner's locus – this is what internally unites the psychology of partners.

The essence of trust as a socio-psychological phenomenon is revealed in a person's attitude to various objects or fragments of the world. If, in the process of valuing an object and experiencing connections with it, a person evaluates the object as significant and at the same time safe for him or her, then trust arises. A person cannot live without trust: without it, he or she loses contact with the world, and this has very negative consequences, as he or she becomes lonely, suspicious, and pessimistic. This is especially true in the sphere of marital relationships, as it is very difficult and uncomfortable to live with a person you do not trust. It is a constant state of anxiety and fear of being betrayed. The strategy of blind trust is also ineffective, because trust is always a risk, as it hides the danger of disappointment.

According to R. Borum [21], trust is a mental state of a person's readiness to interact with another person, to whom there is confidence in reciprocal loyalty and integrity. "The one who trusts another," emphasizes B. Lano, and we agree with him, "makes himself vulnerable, because he perceives his partner as connected with him by common goals or values" [20, p. 242]. T. Kemper [22] writes that interpersonal trust is an expectation that the other person will not do anything that would harm the partner's interests. As you know, it is trust that is the fundamental basis, as well as the superstructure of all social relations, especially marital ones. As noted by Z. Kisarchuk [19], trust between partners arises when there is a readiness for its manifestation in at least one of the two interacting people. Such readiness is formed if a person (another) is a significant, reliable and safe partner. If at least one of the mentioned features (significance, reliability, security) is absent from the partner, then this significantly affects the main characteristics of trust (measure, depth, topic, duration, intensity, etc.).

Thus, trust in the relationship between partners is the foundation. In the presence of trusting relationships in a couple, its participants feel comfortable, which can affect other constructs of our phenomenon, such as security and attachment, and this directly ensures the optimisation of the emotional significance of these relationships. According to T. Shulga [19], it is important that trust should be "healthy", not exaggerated; "complete trust" and its absence, unfortunately, lead to a loss of significance. Therefore, we can consider this component to be important for the formation of the emotional and sensory parameter of the emotional significance of marital relations.

Theoretical analysis of psychological research showed that building healthy emotional relationships is possible only if there is maturity in the emotional and sensory sphere of the personality, when partners navigate each other's experiences, are aware of and distinguish between emotions, are able to control their emotional states and express them in the right direction. All these formations are possible on the basis of the emotional maturity of the individual. S. Johnson [8], describing the individual's need for an emotional connection with a significant other, emphasizes the importance of mutual emotional understanding, namely, the presence of emotional intelligence in partners. L. Kovriga believes that an emotionally mature

person has the ability to recognize their own and others' emotional states, to own and manage their own emotions. In this way, you can avoid thoughtless conflicts of emotional misunderstanding. Due to the presence of emotional maturity in partners, it is possible to implement such components of emotional significance as care, concern, sensitivity, since the individual, having a reference point for the emotions of the "significant other", will be able to recognize what the partner is experiencing at this moment and take care of him. The analysis of the scientist's work gives reason to consider emotional maturity as an integrative quality of personality, which characterizes the degree of development of the emotional sphere at the level of adequacy of emotional response in certain socio-cultural conditions. Therefore, we can claim that the properties of emotional maturity can be components of the emotional significance of marital relationships.

Through the value-motivational parameter of EWB, we were able to single out affiliation as the first construct of the above parameter. Since it is the motive in affiliation that clearly highlights the value-motivational parameter of the emotional significance of marital relationships, the motive of affiliation (the desire to be close to a specific person) is the primary one among the constructs of this parameter. A. Varga considers affiliation as a desire to be in the society of other people, a person's need to create warm, trusting, emotionally significant relationships with other people. Affiliation reveals a person's primary desire to be accepted by a particular entity or collective, to achieve authority and favour, to be accepted for one's beliefs and interests. The desire to interact with others helps a person to feel alive, active and fully involved in life. The desire for psychological affiliation is particularly acute during strong emotionally charged situations that bring pleasure and joy to the individual or, conversely, danger and stress. The inability to fulfil the affiliation need causes a person to feel lonely, alienated, and generates frustration. Affiliation as a property of the emotional significance of marital relations reveals the spouses' orientation to unite with each other, to be one in solving the problems of planning their future life. G. Lozhkin [13] believes that affiliation needs regulate the degree of effectiveness of social interaction, the quality of interpersonal contacts, and the ability to establish constructive relationships. It is also logical that this motive, combined with empathy, gives a stronger mutual penetration into the worldview of partners, therefore it is a necessary component in the formation of the emotional significance of marital relationships.

After the emotional attachment, the next thing is a rethinking of the value orientations of the spouses. Therefore, another construct of this parameter is the value unity of partners. It determines how similar the partners are in their views, priorities and beliefs. E. Klymenko [12], researching this construct, argued that it is the similarity of partners in their views on life and values that contributes to long-term relationships, because they build close and long-term plans for life harmoniously and quickly, show less conflict over small or large-scale problems, agreement is quickly reached. E. Kozlovska singles out the compatibility of partners as a separate factor in the harmony of relationships, which is manifested in the combination of characters, tastes, interests, in the similarity of value

orientations, views on various spheres of life (social, psychological, sexual, family and household). The cohesion of their family depends on how compatible young people are in marriage. If we analyze the significance according to O. Basyuk [4], it can be argued that the more common views, interests and value orientations, the higher the cohesion. That is, a personality by its nature seeks a person similar to itself, and when it finds such a person, the emotional significance of it is actualised and manifests itself in the fear of losing it. It is with the help of this construct, a sufficient amount of similarity in the hierarchy of value orientations in a couple, that the emotional connection between partners can be maintained at the proper level.

Attachment in adults is the third construct of the value-motivational parameter. It is worth noting that emotional significance itself is formed during ontogenesis, starting with relationships with maternal and paternal figures. Since it is the mother's personality that is emotionally significant from birth, the image of a safe adult becomes the primary matrix of emotional significance, so it is logical to analyse this connection. This gave us the final grounds to use the term "emotional significance". In attachment theory, the term "attachment" is understood as "a subtype of emotional connection in which a person's sense of security is linked to his or her relationships." An infant's primary experience of relationships and security is through his or her mother. According to his studies of mother-child behaviour, J. Bowlby [8] argued that the close emotional bond between mother and child is not reduced to sexuality (as explained by classical psychoanalysis) or instinctive behaviour. Thus, the main goal of forming an emotional bond between a child and a mother is to convey to the child a sense of security and safety. It is the warmth and affection that a child receives from his or her mother in the first years of life that is important to the child, not the biological care and education provided by an adult. In general, in the process of socialisation, a person needs to be emotionally significant for someone important and to have a circle of significant figures around him or her.

The scientist believes that children's attachment to their mother later changes the motive to find someone who will construct an emotional connection with her in everyday adult life. This proves the existence of attachment in marital relations for the emotional comfort of partners. According to the scientist, the essence of healthy attachment is for the partner to be sure that the "significant other" will lend a shoulder in a problematic stressful situation, he needs confidence that he is irreplaceable. S. Johnson [8] based on the works of J. Bowlby [8] in his studies of attachment proves that it is characteristic not only of children, but also of adults. According to the scientist, it is the presence of emotional support from a "significant other" that is a source of vitality for an individual and, logically, can become the foundation of marital relations. Having analyzed the scientist's research, we can say that confidence in the reliability and safety of partner relationships is the key to the emotional significance of marital relationships. The very feeling of security implies emotional closeness and confidence in the partner's reliability, helps to better accept and show care. In secure close relationships, conflicts are resolved more easily, partners' behavior is less hostile. M. Mikulinser



[23] established that a person, having a reliable rear, is more self-confident and has motivation for self-realization. It is known that the presence of constant close relationships is the foundation of strong emotional and physical health. K. Brisch [23] distinguishes several types of attachment: reliable attachment – when a person can rely on significant others with confidence that his needs for closeness, emotional support and protection will be met; avoidant attachment – characterized by mistrust of individuals in relationships, avoidance of touch, closeness, certain remoteness, keeping the partner at a distance; anxious type of attachment – when individuals need affection and fusion with others; a disorganized type of attachment occurs when the partner is catastrophically lacking in caring for the other, is emotionally or physically unavailable, is severely depressed, or cannot be trusted. Based on the presented varieties, we can say that "reliable attachment" is the most desirable for any individual.

The conative parameter of the emotional significance of marital relations is reflected in specific movements, communications, role interactions, i.e. it is responsible for all components of interpersonal interaction. Let us recall that we reveal this parameter through the following constructs: 1) verbal and non-verbal communication; 2) caring; 3) pattern of relationships, traditions.

1.L.Dolynska [10] notes that communication and relationships between spouses in happy families are characterised by openness, intimacy, trust in each other, a high level of mutual sympathy, constructiveness, reflexivity, flexibility, democratic distribution of roles in the family, moral and emotional support. Communication is an important component of all types of interpersonal relationships, including marital ones. However, the relationship between family partners and the level of their emotional significance can still be recognised through non-verbal means. The more accurate the nonverbal communication between spouses, the more successful their interaction and the higher the level of intimacy. Therefore, verbal and non-verbal communication are one of the components of the conative parameter.

In the process of communication, people exchange various perceptions, ideas, interests, moods, feelings, attitudes, etc. with each other. Traditionally, a distinction is made between verbal communication and non-verbal communication. For example, facing each other promotes close contact and symbolises attention to the interlocutor. Visual communication is eye contact, the initial learning of which is associated with intimate communication. There is no doubt that verbal and non-verbal means of communication should not be interpreted in isolation, but in unity, as they enhance the interaction between the interlocutors. Having analysed the verbal and non-verbal means of communication, their features and functionality, we can confirm the importance of their use in everyday life of spouses. According to S. Ishchuk, it is precisely with the help of the available range of verbal and non-verbal means of communication that partners can express interpersonal interaction and state the emotional significance of marital relations. The more interesting and extensive is the implementation of verbal and non-verbal means in the relationship between partners, the higher is the level of their emotional significance.

2. Patterns of interactions. A pattern is a term that means a repeating pattern.

Patterns of interaction between partners are certain patterns of behaviour that are repeatable. These include, first of all, rituals, traditions, customs.

One of the family functions is recreational, which fulfils the personal need for leisure. It can be realised through the presence of family traditions, which are not just part of leisure, but also strengthen the family. M. Boryshevsky [16] considers traditions as norms, manners of behaviour, customs and views that are passed down from generation to generation and have a symbolic meaning for all family members. The presence of family traditions indicates that the family is united, and the absence of any common ways of family interaction, in turn, indicates that the family is disunited, there is no sense of community among its members. The scientist argued that joint activities, especially if they involve the distribution of roles, cooperation, and communication, contribute to the cohesion of family members. This principle is used in work aimed at creating a more friendly atmosphere and, accordingly, more effective interaction in everyday life. According to L. Tokareva, it is in joint activities that partners can best demonstrate their strengths, learn to distribute roles and, most importantly, solve problems. By following certain traditions, they have the opportunity to feel their involvement in the family as a system, to feel that they belong to something bigger – to their family, their culture, to see their importance and necessity. Thus, participation in family traditions and rituals performs many important functions for spouses, even if they are not aware of them. However, on a subconscious level, the value of the created atmosphere, and thus of the family, increases. Traditions are simply a universal way to relieve tension, to give a sense of predictability to events through various games. Folk traditions and rituals are also incredibly important, because, in addition to all of the above, they give you a sense of connection with your people and culture. And this is also an extremely significant source of resource, because being involved in something big is one of the needs that provides a sense of significance and meaning.

The presence of family traditions promotes cohesion and, to a certain extent, ensures the fulfilment of the family's leisure function and personal needs, which is why it is a component of the emotional significance of spouses.

3. Important for every personality is the need to feel someone's care, as well as (at a certain age) the need to worry about someone. As noted by B. Hellinger [24], care is a complex of actions in relation to an object aimed at its well-being. The concept of "care" is considered in psychology as a systematic practice of multifaceted support of another person. It also includes the creation of conditions for her to experience well-being in life and her full self-realization. Care is a response not only to the expressed and unexpressed situational needs of its object, but also to its specific complex need to "be together". Thus, M. Heidegger [21] defined care as a complex of actions towards another person for his multifaceted support, satisfaction of his needs, creation of conditions for experiencing life well-being and his full self-realization. Care can also be a passive state of a person, when he needs care from other people. The analysis made gives us the opportunity to distinguish the processes of care (giving and receiving it), as well as its internal and external manifestations in the life of a person.

The most important component of the success of a marriage is the fulfillment of a person's marital needs and expectations. As L. Pomytkina notes, a person enters into a relationship with another person only if he hopes to satisfy certain needs thanks to it. The following needs can be distinguished, which are the basis of marital relations: the need for procreation, obtaining sexual satisfaction, confirmation of one's own uniqueness by a partner in marriage, the need for love, self-actualization, affiliation, material support. S. Minukhin [24] believes that each period of the family's life cycle has its own tasks and features, which form new needs of husband and wife in marital relations. Satisfying these needs is one of the main factors of the success of the couple and satisfaction with the marriage, where care has different manifestations and acquires a personal meaning for each of the spouses. On the contrary, the lack of care reduces the comfort of living in a marriage, and as a result, such marital relations lose their value for everyone, and therefore, their emotional significance.

Having analysed in detail the emotional significance as a property of marital relationships, we believe it would be appropriate to move on to consider the phenomenon of mental health. Mental health is defined as mental health. According to the World Health Organisation, it is a state of well-being in which a person can realise his or her own potential, cope with the usual stresses of life and family. In domestic and foreign psychology, a number of concepts are used that are similar in their meaning: "healthy personality", "mature personality", "harmonious personality". To denote the defining characteristic of a personality, one speaks of "psychological", "personal", "mental", "spiritual", "positive mental" and other health.

Domestic and foreign scientists, in particular, A. Adler, B. Bratus, L. Burlachuk, E. Erikson, A. Maslow, K. Horney, E. Fromm, were engaged in researching the peculiarities of mental health. In their investigations, the scientists highlighted the historical aspects of mental health research. Thus, in the works of I. Kotsan, H. Lozhkin, and M. Mushkevych, the basics of psychological health of the individual are systematized and described. Among modern scientists who studied the impact of war on the mental well-being of a person, we can mention such as: M. Markova, N. Maruta, O. Chaban, O. Haustova and others.

The problem of mental health protection has become extremely acute since the beginning of Russia's full-scale war against Ukraine. Factors such as participation in hostilities or staying in the frontline zone with constant rocket and artillery attacks, bombing, and being under occupation significantly increase the vulnerability of our citizens to psychosocial stress, and contribute to the spread of mental disorders such as depression, anxiety, post-stress disorders, etc. The same consequences can result from the loss of a sense of security due to the vulnerability of almost the entire territory of the country to missile attacks and UAV attacks; displacement to other regions or countries and the associated loss of work and a familiar, comfortable environment; domestic problems; financial difficulties; social isolation; uncertainty about the future and anxiety about family and friends. However, in these difficult, extreme conditions, the presence of a loved one and an

emotionally meaningful relationship with them can normalize the person's stressful state and increase the sense of security with them.

At the current stage of development of health sciences, the problem of mental health of the individual is of particular relevance. The health of each individual is the health of the Ukrainian nation as a whole. Today, the problem of forming and preserving the health of Ukrainian citizens is the most important and urgent. The term “mental health”, as well as its synonym “psychological health”, refers to the mental well-being of a person in the sense of the word. If a person is psychologically healthy, he or she can fully enjoy life, feel the meaning of his or her existence, cope with professional and other tasks, love, work and build relationships with others. Mental health is harmony in thoughts, feelings, and worldview. In this state, a person correctly perceives reality, and his or her life is dominated by positive emotions and attitudes that ensure mental comfort and a high quality of life. The mental level is thoughts, images, dreams, and perceptions of the world based on life experience, upbringing, moral values, social stereotypes, and internal attitudes. This is what determines a person's general mood, their ability to perceive the environment, other people's and their own emotions, feelings, sensations. When a person is physically ill, he or she feels pain, physical discomfort and limitations. When problems arise at the mental level, reality is distorted, the perception of the surrounding space, emotions and feelings changes, and the quality of life and internal attitudes decrease. Mental health is a state of complete physical, mental and social well-being, not just the absence of disease, in which everyone can realize their own potential, cope with the normal stresses of life, and work productively and fruitfully. Mental health is a condition in which a person: 1. realizes his/her potential; 2. copes with normal life stresses; 3. works productively and fruitfully; 4. contributes to the life of his/her community. Scientists identify factors that constantly influence each other and determine a person's mental state:

- individual characteristics (genetic and biological characteristics, emotional intelligence) – social circumstances in which they find themselves (socioeconomic status, education, working conditions); – the environment in which they live (access to basic amenities/services, cultural beliefs, etc.) The problem of maintaining mental health has become extremely acute since the outbreak of full-scale war. Taking care of one's mental (or mental) health is as basic a necessity for every person as taking care of physical health, because it is mental health that allows one to live a full life, realize one's own potential and cope with life stresses, work productively and fruitfully, and contribute to the life of one's community. L. Terletska considers health, talking about three types of its components: physical, mental and spiritual [5]. She emphasizes that a person's mental health is characterized by his or her ability to adapt, socialize and individualize. He goes on to point out that spiritual health is manifested in a person's connections with the whole world and is expressed in religious feelings, a sense of beauty and world harmony, a sense of admiration and awe for life.

In our opinion, the proposed characterization of spiritual health can fully reflect mental health. R. Potashnyuk distinguishes between such components of

health as somatic, physical, moral and mental [3]. He understands somatic health as the current state of organs and systems of the human body, which is based on the biological program of individual development, caused by the basic needs that dominate at different stages of ontogenetic development. They are, firstly, the trigger for human development, and secondly, they ensure the individualization of this process. The author understands physical health as the level of growth and development of organs and body systems, based on morphological and functional reserves that provide adaptive responses to changing environmental conditions. We are interested in the scientist's opinion on the definition of the essence of such concepts as “moral health” and “mental health”, or rather, how he distinguishes them. It turns out that R. Potashnyuk considers moral health as a complex of characteristics of the motivational and need-informational sphere of life, the basis of which is determined by the system of values, guidelines and motives of an individual's behavior in society. He believes that moral health is the high spirituality of a person, which is associated with universal values – goodness, love and beauty. As for mental health, the author understands this concept as the state of the mental sphere, which is based on a state of general mental comfort that ensures an adequate psycho-emotional and behavioral response. Such a state is determined by both biological and social needs, as well as the possibilities of their satisfaction [3]. Mental health is a certain reserve of human strength, thanks to which a person overcomes stress or difficulties that arise in exceptional circumstances. When assessing the state of a client's mental health without psychodiagnostic tools, it is advisable to apply the following criteria: adequate level of maturity of the cognitive, emotional, sensory and volitional spheres of the personality, the ability to control one's behavior, the ability to choose life goals and reasonably plan their achievement, personal and social optimism, satisfaction from activities, from personal and social life, communication, contemplation of nature, understanding of the beautiful.

The following mental health criteria were identified by K. Jaspers: – ability to concentrate attention on specific objects; – the ability to remember and retain information with its logical processing; – the ability to adequately navigate in space and time. A. Ellis also attributes the ability to self-control, the adequacy of an individual's mental reactions, the ability to accept uncertainty and responsibility for one's emotional experiences to the main signs of mental health.

Mental health is defined as mental health and is used to describe any level of mental, emotional well-being or the absence of a mental disorder.

Psychological health is not only mental, but also personal health and is defined as the optimal functioning of all mental structures that ensure a state of mental comfort in the social environment. The term "psychological health" was introduced into the scientific lexicon by I. Dubrovin [3]. In her opinion, "psychological health involves a person's interest in life, freedom of thought and initiative, activity and independence, responsibility and the ability to take risks, self-belief and respect for others, the ability to have strong feelings and experiences, awareness of one's individuality, creativity in various spheres of life and activity" [3, 247]. M. Smirnov defines psychological health as a high level

of socio-psychological adaptation, which is manifested in harmonious relations with others, a subjective feeling of psychological comfort and a high potential for achieving well-being in life [4]. A person's psychological health is related to his psychological well-being, quality of life in general. "Actual psychological well-being" and "ideal psychological well-being" are distinguished, in which the idea of "ideal" acts as a global tool for a person's assessment of his existence. Currently, the relationship between psychological well-being and various personality traits (meaningful life orientations, sovereignty of psychological space, life strategies, etc.) and its social characteristics is being actively studied, and a reliable toolkit for measuring psychological well-being is being developed.

N. Berehova [2] defines the following signs of mental (mental) health, namely: 1. The ability to love. The ability to be included in a relationship, to open up to another person. 2. Ability to work. This applies not only to the profession. It is primarily about the ability to create and create, to be inspired, resourceful. 3. Reliable attachment. Having a sense of security, relationships are based on mutual respect of partners, mutual understanding and emotional perception. A good level of cooperation, a high degree of autonomy and emotional differentiation is observed in joint activities. 5. Independence, independence. The ability of a person to maintain his own boundaries, not to interfere with the boundaries of a partner, to have his own goals and passions. 6. Self-acceptance is the ability to stay in touch with all aspects of one's self, acceptance with all one's complexes and "oddities", reactions, feelings, experiences and emotions.

I. Beh [3] noted that a psychologically healthy person is, first of all, a spontaneous and creative person, cheerful and cheerful, open and such that he knows himself and the world around him not only with his mind, but also with his feelings and intuition. She fully accepts herself and at the same time recognizes the value and uniqueness of the people around her. Such a person puts responsibility for his life first of all on himself and learns from adverse situations. Her life is filled with meaning, although she does not always formulate it for herself. It is in constant development and, of course, contributes to the development of other people, it quickly adapts to changing living conditions. And what is important – knows how to be in a situation of uncertainty, trusting what will happen to her tomorrow. Thus, we can say that the "key" word for describing psychological (mental) health is the word "harmony" or "balance". And above all, it is harmony between the various components of the person himself: emotional and intellectual, physical and mental, etc. We share the opinion of researchers who claim that a person's mental health largely depends on a healthy lifestyle, on compliance with certain rules regarding the regime of motor activity, nutrition, normal relationships in everyday life, elimination of bad habits, etc. Positively disposed people who have clear goals in life and do not tend to constantly burden themselves with doubts, insecurities, bad premonitions and pessimism, have good prospects for preserving their own physical and mental health. Highlighting certain aspects of the study of the mental health problem made it possible to formulate the following conclusions.

After analyzing the scientific literature, we identified five main postulates for maintaining mental health, as a state of well-being in which an individual realizes his abilities, can overcome the stresses of everyday life, can work productively and is able to contribute to the development of his society. 1. Healthy nutrition, as a basic human need, affects both the psychological state and other aspects of physical health. 2. Playing sports, physical activity is necessary for activation of the whole organism. 3. Leisure helps to optimize productivity and acquire positive emotions, which are necessary for maintaining emotional health. 4. Sleep, rest is a basic human need, which is indispensable for maintaining both physical and psychological health. 5. Stress management promotes the ability to filter out negative thinking and adjust to optimistic forecasts. 6. Verbal and non-verbal communications. Communication is important for an individual, close communication is even more valuable, when there is frankness in both interlocutors, as well as the presence of tactile sensations (hugs, kisses, touches), which contribute to the release of hormones of happiness. 7. A sense of security, in fact, it provides restful sleep, reduction of stress, optimization of resources. 8. Emotional closeness, the presence of this aspect forms the psychological comfort of the individual, also sex, as a basic need in the presence of emotional closeness in partners, is an absolute source of vitality. 9. Planning for the future. Scientists note that in order to maintain emotional health, it is very important to make real plans for the future, they serve as a stimulator in achieving goals and realizing dreams.

It can be concluded that mental health includes both physical, mental, and emotional well-being, and, in fact, for its maintenance, the first thing that is necessary for an individual is to ensure the fulfillment of his needs. Speaking about the spheres of human life and the conditions for the emergence of emotional significance in relationships, it is worth noting that these relationships between colleagues are formed exclusively at the workplace and in the business sphere. Between friends, leisure and spiritual spheres are mostly covered. For spouses, these relationships cover household, economic, social, intimate, as well as leisure and spiritual spheres of human life. It is in the family that a person has the opportunity to satisfy most of his needs according to A. Maslow's hierarchy of needs [22]: satisfaction of physiological needs, need for safety, satisfaction of social needs, realization of the need for recognition and self-respect, striving for self-actualization as fully as possible development of their capabilities. So: physiological needs mean everything that a person needs for survival (food, water, rest, sex); under the need for security – the absence of a threat to life, confidence in protection, a sense of continuity of life; under social needs – communication, attachment to someone, support, care and care for someone; under the need to feel one's significance – self-respect and self-recognition by other people; under spiritual needs – the desire for development. And the two highest levels are aesthetic needs (the desire for beauty) and cognitive needs (the desire for new knowledge, discoveries, research). A person can satisfy all these needs in an emotionally meaningful relationship with a spouse. This determines their uniqueness.

A. Bukovynskyi [5], having analyzed the interrelationship of the influence of individual needs on marital relationships, states that these relationships become significant in several aspects at once: self-realization of the individual, a sense of significance, fulfillment, compensation for the need for affiliation due to belonging to this social group, compensation warmth, the possibility of implementing a family model, the continuation of traditions, the realization of the individual in motherhood, parenthood, the realization of sexual potential, a sense of security and the justification of personal expectations. It is the fulfillment of individual needs to the fullest extent that distinguishes the emotional significance of marital relationships from the presence of the same phenomenon between friends or colleagues. Therefore, we can claim that the emotional significance of marital relations serves as a determinant for maintaining the mental health of the partners' personalities.

**Conclusions.** War always leaves a deep mark in the history of mankind, manifesting itself in its various aspects, affecting all spheres of existence. The most serious is its impact on the mental health of people who are under constant stress due to uncertainty, constant threat to life and fear of an unknown future. However, according to our research, the family can serve as a so-called sticky place where a person can fulfil themselves, meet their needs and draw resources. It is these aspects that contribute to maintaining mental health and building resilience in partners.

It should be noted that during an emergency, a person may have an inadequate reaction to an inadequate stimulus. And this is normal. During a war, it is normal to resist, to defend one's own, to hate, to be angry and to be furious. When there is stability, predictability, an adequate situation, and confidence in a prosperous future, the normal state of the psyche will return, as will empathy. In general, there are no abnormal emotions for the psyche, each of them is logical and has a place to be. The question is more about what is the action where these emotions are converted. That is, there is a difference when these negative emotions are converted into family protection, help, or aggression against loved ones because the enemy is far away. Having carried out a theoretical analysis of such a psychological concept as mental health, we can summarize that a low level of psychological health negatively affects both the individual and his or her family members, because prolonged stress exhausts a person on the physiological and emotional levels. He or she reacts more sensitively and sharply to stimuli, anxiety and fear levels increase; he or she is constantly tense and waiting for something, which exhausts the body; makes him or her apathetic, depressed, less tolerant, less empathetic, and less able to regulate his or her behavior. These are the indicators that contribute to the deterioration of interpersonal relations between partners, while when a person is mentally healthy, he or she is a resource for himself or herself, for his or her partner, and for their marital relationship in general. She then has the ability to build and maintain the emotional significance of the marital relationship, which in turn will help optimize the mental health of the partners.

Therefore, mental health is the personal capital of every person. Personal capital, like no other, ensures a high quality of life, becomes the foundation of self-



realization, a guarantor of realizing one's own life as a successful, happy one, contributes to the restoration of active life-making, and the achievement of an increasingly healthy lifestyle oriented toward self-development and self-realization. So, after carrying out a theoretical analysis of the concepts of "emotional significance of marital relations" and "mental health of the individual", we came to the conclusion that these two psychological phenomena have a natural relationship. It consists in the fact that if there is such a property as emotional significance in the marital relationship, the spouses are resourceful, they have a sense of security, trust in the partner and the surrounding world, they are stable and confident, accordingly, when a person is mentally healthy, she open to a partner and able to maintain emotional significance in marital relationships.

#### References:

1. Beregova N.P., Komar T.V., Vargata O.V., Dzhyhun L.M. The influence of psychological well-being on professional activity. *Scientific notes of Vernadsky TNU. Series: Psychology*. 2022. №5. P. 21-25.
2. Bekh I.D. Personality on the way to spiritual values: a monograph. Kyiv – Chernivtsi: Bukrek. 2018. 320 p.
3. Basyuk O. B. Theoretical model of self-image functioning on the verge of the relationship “I am a significant other”. *Scientific Bulletin of Lviv State University of Internal Affairs. Issue 1. Series: Psychology*. 2015. P. 14-22.
4. Bukovynskyi A.Y. Study guide for specialists who implement programs of preparation for married life. Kyiv. 2014. 172 p.
5. Personal development of a person in the context of scientific positions of Ukrainian psychologists. *Psychology and psychosocial interventions: a scientific journal*. Kyiv: NaUKMA. 2019. P. 13-20
6. Vozna T.I. On the problem of preventing violence in the family. *Bulletin of the National University of Internal Affairs*. Issue 18. 2012. P.. 55-60.
7. Johnson S. Psychology of love! 7 rules that will change relationships for the better. Kharkiv. 2021. 352 p.
8. Didenko S.V. Psychology of Sexuality: a primer. Kyiv. 2015. 304 p.
9. Dolynska L.V. Psychological regularities of the formation of the process of self-improvement in the system of family value orientations. *Scientific Journal of the National Pedagogical Dragomanov University. Series 12: Psychological sciences*. Issue 7. 2018. P. 24-31.
10. Kashpur YM (2017) Psychological aspects of the phenomenon of loyalty. *Scientific Journal of the National Pedagogical Dragomanov University. Series 12: Psychological Sciences*. № 6. C. 101-107.
11. Klymenko E.O. (2010) Friendship as a kind of attraction. *Bulletin of Chernihiv National Pedagogical University. Series: Psychological Sciences*. Chernihiv: CHDPU. 2010. Vol. 1, no. 82. P. 225-227.
12. Kotsan I.Y., Lozhkin G.V., Mushkevych M.I. Psychology of human health. Lutsk. 2011. 430 p.
13. Lyashenko N.O. Marital roles in a youth family. *Ukrainian society*. 2017. P. 16-23.
14. Mushkevych M.I., Fedorenko R.P., Magdysiuk L.I., Duchiminska T.I. Psychology of a young family: a monograph. Lutsk. 2018. 235 p.
15. Orban-Lembryk L.E., Lembryk S.P. Marital and family relations and stability of family life. *Collection of scientific papers*. Issue 11. Part 1. Ivano-Frankivsk. 2016. P. 120-136.
16. Sedykh K.V. Psychology of the Family: a study guide. Kyiv. 2015. 192 p.
17. Titarenko T.M. Psychological health of the individual: means of self-help in conditions of prolonged traumatization: monograph. Kropyvnytskyi. 2018. 160 p.

18. Shulga T. Moral dimensions of trust: from personal to social. *Kyiv Philosophical Studies. Section 4. Actual problems of ethics, aesthetics and philosophy of culture*. Kyiv. 2018. P. 350-354.

19. Charlson F., Ommeren van M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Shekhar S. New WHO estimates of the prevalence of mental disorders in conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019. Vol. 394. P 240-248. Retrieved from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2930934-1>

20. Murthy R.S., Lakshminarayana R. The mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*. 2006. 5(1). P. 25-30. Retrieved from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/pmc/articles/PMC1472271/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=uk&\\_x\\_tr\\_hl=uk&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/pmc/articles/PMC1472271/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=uk&_x_tr_hl=uk&_x_tr_pto=sc)

21. Maslow Abraham The theory of human motivation. *Psychological review*. 2008. V. 50. №. 4. P. 370-396.

22. Mikulincer M. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York. 2017. 570 p.

23. Salvador Minuchin, Bernice L. Rosman Lester Baker's Psychosomatic Families: Anorexia in context. Cambridge: Harvard University Press. 2017.

## **2.7. Psychological prevention of suicidal risks in adolescents with depressed states**

### **Психологічна профілактика суїцидальних ризиків у підлітків з депресивними станами**

Згідно даних ВОЗ на межі ХХ-ХХІ століття суїцид посів четверте місце серед причин смертності населення (600 тисяч людей у світі щороку ідуть з життя через самогубство). Не може не тривожити той факт, що дане трагічне явище має тенденцію до зростання. З початку 21 століття в Україні спостерігається критичний рівень суїцидної активності (понад 20 самогубств на 100 тисяч населення) [9]. Глобально проблеми психічного здоров'я підлітків, зокрема суїцидальні випадки та депресія, залишаються важливим питанням охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), суїцид входить до числа провідних причин смертності серед підлітків у всьому світі, зокрема в Європі та Америці. В Україні виклики психічного здоров'я підлітків посилюються через конфлікти та соціально-економічний тиск, що призводить до підвищених рівнів самогубств, особливо серед молодих чоловіків, де цей показник сягає 29,6 на 100 тисяч населення, перевищуючи середньоєвропейські показники. У світі підліткова депресія та суїцидальні ризики продовжують зростати. Згідно з даними ВООЗ, щороку близько 700 000 осіб помирають від суїциду, і значна частка цих випадків припадає на підлітковий вік. В Україні, як показують останні дослідження, існує тенденція до зростання депресивних розладів серед молоді, особливо у зв'язку з соціальними та економічними труднощами. Це підкреслює необхідність активного розвитку психологічних послуг для молоді та соціальної підтримки.

Депресія та суїцид серед підлітків є серйозними викликами для сучасного суспільства, і потребують систематичної підтримки з боку батьків, педагогів та фахівців з психічного здоров'я, а також продуманої профілактики, що включає освітні програми, доступ до психологічної допомоги та розвиток навичок стресостійкості.

Щодо депресії, в Україні поширеність великого депресивного розладу (MDD) серед підлітків складає приблизно 3,4%, що є вищим за регіональне значення 2,9%, демонструючи значний тягар психічного здоров'я серед молоді. Оскільки підліткова депресія є сильним передвісником суїцидальних думок, ці дані підкреслюють необхідність цільових профілактичних заходів для підтримки психічного здоров'я молоді та запобігання ризикам самопошкодження в Україні та інших країнах із подібними викликами.

Друге місце серед факторів суїцидального ризику посідають депресивні розлади. Офіційна статистика висвітлює небезпечну тенденцію до зростання чисельності суїцидів серед осіб підлітково-юнацького віку. Так, наприкінці ХХ століття 20% із загальної кількості самогубств на планеті було скоєно молодими людьми цієї вікової категорії.

До провідних причин самогубств фахівці одностайно відносять депресивні розлади, які посідають друге місце (17,3%) серед інших факторів ризику. Суїцидальні думки і спроби фіксуються у 61,9% депресивних юнаків та підлітків [2]. У сучасному світі підліткова депресія є серйозною проблемою, що стрімко набирає обертів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресія є однією з провідних причин зниження якості життя та суїцидальних думок серед молоді. Уразливість підлітків до впливу стресових факторів, таких як сімейні конфлікти, тиск у навчанні, соціальні очікування та нестабільна емоційна регуляція, робить їх особливо схильними до розвитку депресивних станів. Саме тому питання психологічної профілактики суїцидальних ризиків стає надзвичайно важливим, адже своєчасне втручання може допомогти не лише запобігти самогубствам, але й створити фундамент для емоційного здоров'я підлітка.

Психологічна профілактика суїцидальних ризиків включає комплекс підходів і стратегій, спрямованих на виявлення суїцидальних настроїв на ранніх етапах, а також на навчання підлітків здоровим навичкам подолання стресу та підтримку соціальних зв'язків. Ефективна профілактика сприяє підвищенню обізнаності підлітків щодо симптомів депресії, розвитку емпатії та покращенню стосунків у сім'ї та школі. Важливість теми також зумовлена потребою в спеціально розроблених психоосвітніх програмах, що враховують вікові особливості молоді, та можливістю інтегрування профілактичних заходів у загальноосвітню систему для створення безпечного середовища для підлітків.

Тому суїцидальна превенція належить до першочергових завдань психологічної допомоги підліткам з депресивними розладами, яка полягає у запобіганні самогубств на ранніх стадіях формування суїцидогенезу. Активне превентивне втручання має за мету надання невідкладної психологічної допомоги у знятті ризику суїцидних спроб та профілактиці самогубств.

У сучасній науково-методичній літературі представлено широкий спектр психотерапевтичних програм, методів і прийомів попередження самогубств, в тому числі й серед юнаків та підлітків. Однак, реалізація багатьох з цих програм вимагає спеціальної психотерапевтичної освіти, що унеможлиблює їх застосування практичними психологами. Таким чином, постає питання про створення психопрофілактичних методик, доступних для використання психологами закладів освіти, а також спеціальних програм, розрахованих саме для роботи з депресивними підлітками (розроблених з урахуванням психологічних особливостей дітей цієї категорії).

Проблема самогубств ще з давніх часів турбувала людство. Перші спроби зрозуміти природу цього явища знаходимо у Платона, Арістотеля, Лао-Цзи, Конфуція, пізніше (починаючи з епохи середньовіччя) – у працях Е. Канта, Ф. Шеллінга, А. Шопенгауера, Е. Гартмана, Ф. Ніцше та ін. Найбільш яскраві наукові дослідження проблеми суїциду розпочали психологи-класики З. Фрейд, Е. Фромм, А. Адлер, К. Юнг [3]. Важливий вклад у вивчення явища підліткових самогубств належить А.С. Лічко, який

вказав на зв'язок суїцидальної поведінки підлітка з типом акцентуації характеру [2].

В останні десятиліття проблема підлітково-юнацьких самогубств все більше привертає увагу науковців. Серед них, зокрема, В.А. Тихоненко, Й. Пуріч-Пейаковіч, Д. Дуньч та інші [8]. Дослідженнями суїцидальної поведінки підлітків займалися низка науковців як в Україні (С. Максименко, Г. Ходаківська, О. Карабанова, Т. Мартинюк та ін.), так і за кордоном (Т. Джойнер, М. Голд, Д. Шафер), зосереджуючись на психологічних, соціальних та культурних аспектах проблеми. Сергій Максименко та Ганна Ходаківська активно вивчали психологічні основи та фактори ризику суїцидальної поведінки серед підлітків, зокрема в умовах соціальної нестабільності. Вони розробляли профілактичні заходи, спрямовані на підтримку підлітків у кризовий період. Ольга Карабанова вивчала підліткову депресію та її зв'язок із суїцидальною поведінкою, пропонуючи практичні методи психотерапії та підтримки для зниження ризиків. Тетяна Мартинюк працює над вивченням впливу соціальних мереж та Інтернет-середовища на формування суїцидальної поведінки, аналізуючи, як підлітки з нестабільним психоемоційним станом стають вразливими до шкідливих зовнішніх впливів. Thomas Joiner із США є провідним дослідником суїцидальних намірів та поведінки. Він запропонував теорію міжособистісної психології суїциду, яка підкреслює важливість соціальної ізоляції та емоційного болю як факторів ризику. Madelyn Gould з Колумбійського університету досліджувала вплив медіа та інших зовнішніх факторів на підлітковий суїцид. Вона також активно вивчає роль профілактичних програм, орієнтованих на зниження рівня суїцидальної поведінки. David Shaffer, також з Колумбійського університету, зосереджується на ранніх ознаках суїцидальних ризиків серед підлітків і розробці тестів для їхнього виявлення на ранніх стадіях.

Ці науковці зробили значний внесок у розуміння причин підліткових суїцидів і підходів до їхньої профілактики, створюючи основи для розвитку сучасних методик підтримки та втручання.

Проте складність та недостатня розробленість проблеми вимагає подальшого її вирішення на науково-психологічному, науково-методичному рівнях та, звичайно ж, у сфері психологічної практики. Зокрема, існує необхідність у науково-психологічних дослідженнях та розробці ґрунтовних науково-психологічних концепцій, що мали б на меті вивчення і пояснення вікової специфіки підліткових депресивних розладів з врахуванням таких фундаментальних психологічних умов процесу розвитку підлітків, як домінування у його структурі розвитку особистості, сензитивність підліткового віку щодо особистісного розвитку індивіда, депресогенний характер кризи підліткового віку; виявлення особистісних симптомів та механізмів розгортання депресивних розладів у підлітків, розширення знань щодо причин їх виникнення.

Науково-методичний рівень розв'язання проблеми передбачає поповнення арсеналу методик виявлення депресивних розладів та суїцидального ризику у підлітків, діагностики форм цих розладів; розробку

програм і методів профілактики та подолання підліткових депресій з обов'язковим врахуванням їх вікової специфіки; розробку методів надання підліткам з депресивними розладами невідкладної психологічної допомоги як засобу запобігання суїцидних спроб; створення спеціального підходу до розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів.

Депресія та думки про самогубство, як правило, ідуть поруч. Кількість самогубств серед дітей підліткового та юнацького віку особливо зростає за останні роки. Таке положення речей не може не турбувати суспільство.

Широке та всестороннє вивчення депресивних розладів зумовило появу численних гіпотез і теорій, покликаних пояснити причини та умови виникнення депресії, а також розробляти шляхи її подолання. Усі ці теорії можна умовно поділити на дві групи, котрі представляють біолого-психіатричний та психолого-соціологічний підходи до пояснення природи депресивних станів.

Прихильники першого підходу наголошують на тому, що в основі депресивних розладів лежать біологічні фактори: спадкова схильність, патологічні зміни нейроендокринних структур, захворювання головного мозку, черепно-мозкові травми, соматичні захворювання, біологічні критичні періоди тощо. Представники другого підходу відстоюють думку про глибинно-психологічну та соціокультурну природу депресії, при цьому наголос робиться на внутрішньо-особистісних патологічних характеристиках і суспільних факторах, котрі сприяють розгортанню депресивних станів.

У 60-ті роки Джордж Ейнджел зробив спробу подолати цю суперечку, запропонувавши біопсихосоціальний підхід, що передбачає врахування соматичних (біо-), душевних (психо-) і соціальних (соціо-) факторів. За останні роки теорії Ейнджеля приділяється все більше уваги, з'явилося чимало її прихильників. Зокрема, професор Цюрихського університету Даніель Хелл, розробив інтегральний підхід до проблеми депресивності, у рамках якого аналізуються психологічний, біологічний та соціальний рівні депресії, і розглядаються не відокремлено один від одного, а в єдиній еволюційній перспективі.

Системний аналіз психологічного, соціального та біологічного рівнів депресії, врахування соціокультурних, біогенних, глибинно-психологічних причин її виникнення дає найбільш повну, розгорнуту і цілісну картину природи депресивних розладів.

Зазвичай про біологічні фактори виникнення депресії мова йдеться при розладі психотичних форм депресивних станів. Так як безпосередніми причинами, наприклад, соматичних депресій виступають структурні зміни у головному мозку, що можуть бути наслідком церебральних розладів, прогресивного паралічу, черепно-мозкових травм, атеросклерозу тощо. Соматичні депресивні розлади виникають і як супутній синдром екстрацеребрального захворювання, або обумовлюються патогенними факторами, котрі стають причиною ураження функцій головного мозку (інфекцій, перенесені операції, інтоксикації, ендокринні та генодинамічні зміни, а також порушення, викликані вживанням ліків).

Генетичні дослідження дозволили встановити, що на частоту і характер окремих депресивних синдромів впливають спадкові фактори. Це особливо стосується моно- та біполярних депресій, які протікають у формі фаз і циклів. Для людей з такими депресіями розладами ризик захворювання їх найближчих родичів досить відчутний. Однак, генетичні та церебро-органічні фактори повинні враховуватись і при розгляді неспсихотичних депресивних станів зокрема, невротичних депресій.

Питання про те, що саме передається по спадковості й яким чином зовнішні фактори взаємодіють з цією схильністю, формуючи картину депресії, на сьогодні залишається відкритим.

У багатьох випадках розгортання депресивних станів, зокрема неспсихотичних їх форм, провокується виснаженням нервової системи, причиною якого можуть бути важкі душевні травми або тривале психічне перенапруження. Досить часто депресії виступають у ролі супутнього фактору довготривалих соматичних захворювань. Останнім часом активно проводяться дослідження, спрямовані на виявлення участі ендокринних структур у формуванні депресії та біохімічних її механізмів.

Теорії розвитку депресивних розладів пояснюють їх виникнення з біологічної, психологічної та соціальної точок зору.

#### **Біологічні теорії:**

- **Генетична теорія:** Багато досліджень показують, що депресія має спадкову основу. Родичі першого ступеня людей із депресією мають вищий ризик захворіти на цей розлад, ніж ті, хто не має такої спадкової схильності.

- **Нейрохімічна теорія:** Ця теорія пов'язана з дисбалансом певних нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норадреналін. Дефіцит цих речовин у мозку часто асоціюється з депресивними симптомами.

- **Нейроендокринна теорія:** Зміни у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalової (ГГА) осі часто пов'язані з депресією, що проявляється у підвищеному рівні кортизолу (гормону стресу), особливо у хронічному стресі.

#### **Психологічні теорії:**

- **Когнітивна теорія (Аарон Бек):** Ця теорія пояснює депресію через негативні мисленнєві схеми або когнітивні викривлення. Люди, які переживають депресію, часто мають негативні переконання про себе, світ та майбутнє. Ці "негативні триади" можуть підтримувати або поглиблювати депресивні стани.

- **Теорія безпорадності та відчаю (Мартін Селігман):** В основі цієї теорії лежить припущення, що люди схильні до депресії, коли стикаються з ситуаціями, в яких вони відчувають безпорадність і не бачать виходу. Якщо людина переживає такі ситуації регулярно, вона може розвинути стійке переконання у своїй неспроможності контролювати події, що може призвести до депресії.

- **Психоаналітична теорія (Зигмунд Фрейд):** Фрейд вважав, що депресія є результатом неусвідомленого відчуття втрати та гніву, які людина спрямовує на себе. За цією теорією, депресія розвивається як внутрішній

конфлікт, що проявляється в автодеструктивній поведінці та низькій самооцінці.

### **Соціальні теорії:**

- **Модель стресу та соціальної підтримки:** Депресія часто виникає внаслідок накопичення стресових факторів і нестачі соціальної підтримки. Люди, які зазнають соціальної ізоляції, частіше піддаються ризику розвитку депресії, ніж ті, хто має стабільну підтримку з боку сім'ї та друзів.

- **Соціокультурна теорія:** Ця теорія вважає, що депресивні розлади можуть бути пов'язані з соціальними та культурними чинниками, наприклад, соціальними очікуваннями, економічним станом та культурними нормами. Соціокультурні фактори можуть впливати на самооцінку людини, особливо в період юності та ранньої дорослості.

### **Біопсихосоціальна модель:**

Це інтегративна теорія, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні фактори для пояснення депресії. Вона розглядає депресивний розлад як наслідок складної взаємодії генетичної схильності, особистісних рис, життєвих подій та соціального оточення. Це найпоширеніша теорія на сьогодні, оскільки вона охоплює різні аспекти життя людини та враховує мультифакторний характер депресії.

### **Екзистенційна теорія депресії:**

В екзистенційній психології депресію розглядають як результат незадоволеності сенсом життя, конфліктів щодо власного призначення або ідентичності. Відсутність відчуття мети або криза ідентичності можуть призводити до виникнення депресії, особливо у періоди великих змін чи екзистенційної кризи.

### **Еволюційна теорія депресії:**

Деякі дослідники, зокрема Пол Гілберт, припускають, що депресія може мати еволюційну функцію, пов'язану з адаптацією. Наприклад, симптоми депресії могли допомагати нашим предкам адаптуватися до ситуацій втрати або травматичного досвіду, дозволяючи їм зосередитися на самоаналізі та розвитку нових стратегій подолання.

Ці теорії пропонують розуміння причин та механізмів розвитку депресії, а також допомагають визначити ефективні підходи для її лікування, що включають медикаментозну терапію, когнітивно-поведінкову терапію та психосоціальну підтримку. Кожна теорія акцентує на різних аспектах депресії, і в сучасній практиці зазвичай використовується поєднання кількох підходів для комплексного розуміння та лікування цього розладу.

Багато науковців наголошують на ролі особистісних характеристик у генезі депресивних розладів. Як правило, у людей схильних до депресії спостерігаються інфатильні риси характеру, іноді – істеричні прояви, нав'язливі думки і страхи. Їм властива підвищена тривожність, виражений песимізм, апатичність, невпевненість у собі, низька самооцінка, часто при високому рівні домагань. Це переважно ітравертовані особи, заглиблені у власні переживання, емоційно вразливі і неврівноважені, підкреслено сензетивні, з надмірною самокритичністю, загостреним почуттям



відповідальності, схильність до самокопань та самозвинувачень. Знижена самооцінка, невпевненість у власних силах і можливостях, підвищене критичне ставлення до себе у деяких випадках бувають настільки вираженими, що це просто заважає людині нормально жити і працювати, обмежує її ініціативу, сковує, перешкоджає особистісному самовираженню, життєвій самореалізації.

Детальний аналіз депресогенних факторів подано у когнітивній теорії депресії А. Бека. На думку автора, когнітивні процеси являються первинною детермінантою емоцій, настрою і поведінки. Сприйняття індивідом самого себе, навколишнього світу та свого майбутнього розглядається Беком як провідна тріада когнітивних факторів. В силу негативного самосприйняття депресивна особистість вважає себе нікчемною істотою, бачить причину своїх невдач у власній неповноцінності. Негативний погляд на оточуючий світ заставляє людину трактувати свою взаємодію з ним як ланцюжок провалів та поразок, а песимістичність очікування стосовно власного майбутнього призводить до того, що вона бачить попереду лише продовження своїх мук. Отже, первинною причиною депресії, на думку А. Бека, є певна когнітивна схема, котра «диктує» депресивне сприйняття і депресивну концептуалізацію об'єкту або ідеї. Його модель депресії базується на таких характеристиках як відчуття власної неповноцінності і негативні очікування.

Песимістичний стиль мислення і негативне самосприйняття є одним з найбільш вагомих факторів виникнення депресивних станів. Негативний „Я” – образ, песимістичні очікування й атрибуції є суттєвою ланкою депресивного механізму, котрий починає спрацьовувати під впливом певних соціальних факторів – складні життєві ситуації, сімейні конфлікти, невдачі на роботі чи у навчальній діяльності, соціальне відторгнення тощо. У людей схильних до депресії, такі стреси являються пусковим механізмом для сумних роздумів, зосередженості на собі, самозвинувачення. Подібні роздуми провокують депресивний настрій, різко змінюючи думки та вчинки людини, котрі, у свою чергу, підживлюють негативні переживання і депресивний стан. Отже, депресія одночасно виступає і причиною, і наслідком песимістичного стилю мислення, негативного світосприйняття та соціального пізнання.

Слід зазначити, що пусковим механізмом депресивних переживань являються соціальні фактори виникнення депресії, котрі зумовлюють активізацію і зовнішній прояв її внутрішніх особистісно-психологічних структур. Такими соціальними причинами депресивних розладів найчастіше стають різноманітні психотравмуючі події – смерть близьких людей, гострі сімейні конфлікти, розлучення, стресові ситуації, невдачі у професійній або навчальній діяльності. Втрата, як правило, призводить до небажаних для людини, негативних наслідків, незалежно від того, являється ця втрата матеріальною чи ідеальною (смерть близьких, криза сімейних стосунків або втрата партнера, професійні поразки, що глибоко і болюче переживаються

особистістю, крах ідей, надій та сподівань, різка зміна морально-цінісних і життєвих орієнтацій тощо).

На думку З. Фрейда, головним компонентом депресивної динаміки являється втрата об'єкта, котра важко переживається особою, та як зв'язок між нею та втраченим об'єктом, який носить нарцисичний характер. Теорія З. Фрейда неодноразово переглядалась його наступниками, представниками психоаналітичної школи. Деякі її аспекти критикувались, було внесено ряд змін, зокрема, щодо інтерпритації механізмів депресивної реакції. Однак, думка про те, що центральним компонентом депресії є втрата об'єкта, залишалась незмінною.

Як бачимо, психологічні, соціальні й біологічні фактори виникнення депресивних станів тісно переплітаються між собою. Тому проблема причин депресії вимагає інтегративного підходу, цілісного, системного і різнобічного аналізу, в єдності психологічних, соціальних та біогенетичних її аспектів.

До середини ХХ століття серед науковців була поширена думка про те, що діти не страждають від депресії і початок виникнення депресивних розладів припадає на підлітковий вік. Це пояснювали низьким рівнем диференційованості психічного життя та особистісного розвитку дитини. Однак, як з'ясувалося, що депресивні явища можуть мати місце вже в ранньому дитячому віці у зв'язку з несформованістю специфічних психологічних умов, необхідних для нормального розвитку особистості дитини.

У 1946 році Р. Спітц представив результати дослідження, яким було виявлено феномен анаклітичної депресії, що виникає у дітей перших років життя за психологічних умов відсутності материнської уваги та піклування [16]. На нестачу життєво необхідних позитивних емоційних взаємин з матір'ю як на причину психогенних депресій у дітей, вказує і Дж. Боулбі [15]. До сьогодні багато фахівців пов'язують причину дитячих депресивних розладів з «комплексом прихильності», який формується на шостому місяці життя, і характеризується вираженою потребою дитини у материнській увазі та підтримці. Тому часто дитячі психологи та психіатри виключають можливість появи депресії у дітей перших шести місяців життя. Якщо дорослі з різних причин недооцінюють переживання дитини, не приділяють їй достатньої уваги, розглядають її стан і поведінку як пустощі, це може спричинити загострення депресії.

Л. Кільгольц вважав, що депресія має в своїй основі повністю або частково витіснені конфліктні ситуації раннього дитинства, які поглиблюються і формуються в певні комплекси. Впливаючи із підсвідомості, такі комплекси викликають депресивні стани. Відмічаючи певну неспецифічність емоційних реакцій у дітей, дослідники цим обґрунтовували частоту психогенних станів на ранніх вікових етапах. Вони вказували на короткочасність і разом з тим більш ранне негативне реагування у вигляді сліз, крику, що при частому повторенні може стати тривалим і стійким, тобто характеризуватися як знижений настрій. Інтенсивність емоцій у дітей не завжди пропорційна подразнику, у збудливих дітей частіше

проявляються негативні емоції. У хлопчиків відмічається більш виражена симптоматика емоційних порушень, ніж у дівчаток.

Причинами негативних емоцій і формування зниженого настрою у дітей є:

- 1) зміна обставин або кола спілкування;
- 2) неправильна побудова режиму дня дитини;
- 3) неправильні виховні приклади;
- 4) відсутність необхідних умов для гри;
- 5) створення односторонньої афективної прихильності;
- 6) відсутність єдиного підходу до дитини.

Негативні емоційні реакції і знижений настрій у дітей можуть проявлятися: агресією; ворожим ставленням до оточуючих; неслухняністю, вимогами до інших дітей, бажанням образити їх; спробами повернути до себе увагу, в тому числі скаргами на інших дітей; ознаками сильної тривоги; страху; високим рівнем нерішучості; невмінням нормально вести себе; небажанням веселитися, посміхатися. Негативне реагування, як правило, спостерігається при адаптації до інших, менш сприятливих умов, особливо на ранніх вікових етапах.

Психогенними факторами, що сприяють зміні настрою і призводять до емоційних потрясінь і депресії в дошкільному і молодшому шкільному віці є смерть, розлучення батьків, а в старшому – вагітність.

Власне негативні емоційні реакції і стани у дітей можуть проявлятися у вигляді напруженості, тривоги, непосидючості, страшних снів, поганих звичок, наприклад, кусання нігтів, ссання пальців, а також труднощів в розмовному мовленні, відсутності апетиту, проявах інфантильної поведінки, істеричних випадках. Реактивна депресія (іноді називається також депресивною реакцією) — це форма депресії, яка виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію або травматичну подію. У підлітків ця форма депресії може мати специфічні особливості, пов'язані з віком та етапом розвитку. Далі наведено детальний опис реактивної депресії серед підлітків, включаючи її симптоми, причини, діагностику та підходи до лікування.

Реактивна депресія може виникати внаслідок різних стресових подій, таких як:

1. Втрата: смерть близького родича або друга, розставання з партнером.
2. Конфлікти в сім'ї: проблеми з батьками, сімейні сварки або розлучення.
3. Соціальні труднощі: булінг у школі, відчуження, конфлікти з ровесниками.
4. Академічний тиск: високі вимоги щодо навчання, страх невдачі, переживання через оцінки.
5. Зміни в житті: переїзд, зміна школи, початок нових відносин або нові обов'язки.

Симптоми реактивної депресії можуть варіюватися, але зазвичай включають:

1. *Емоційні симптоми:*
  - ✓ Печаль, смуток, безнадія.
  - ✓ Відчуття провини або сорому.
  - ✓ Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення.
  - ✓ Перепади настрою.
2. *Фізичні симптоми:*
  - ✓ Втома, зниження енергії.
  - ✓ Зміни в апетиті (підвищення або зниження).
  - ✓ Проблеми зі сном (безсоння або надмірна сонливість).
3. *Соціальні симптоми:*
  - ✓ Ізоляція від друзів і сім'ї.
  - ✓ Уникання соціальних контактів.
  - ✓ Зниження продуктивності в школі.
4. *Когнітивні симптоми:*
  - ✓ Проблеми з концентрацією уваги.
  - ✓ Негативне сприйняття себе та світу.
  - ✓ Думки про безвихідь або безперспективність.

Реактивні стани, викликані травмуючою ситуацією, зустрічаються дуже часто на всіх етапах життя дитини. При цьому, на відміну від гострих реакцій, відсутня перша стадія шоку. У дітей спостерігається стан пригніченості, підвищеної збудливості, роздратованості, повернення до більш низького ступеня розвитку (відмова від навичок самостійного харчування, одягання). Афективна насиченість депресивних станів особливо в шкільному та підлітковому віці нерідко дуже сильна. Можливі навіть тенденції і спроби самогубства. В ряду причин реактивної депресії можуть бути:

- відлучення від грудного харчування; перебування в дитячих закладах;
- поява другої дитини, яка супроводжується агресією по відношенню до малюка і матері; сексуальні травми; взаємовідносини з однолітками;
- сімейні конфлікти в дошкільному і шкільному віці;
- конфлікти в школі; непорозуміння з оточуючими і з самим собою в підлітковому віці.

Характеризуючи реактивну депресію, слід відзначити, що як наслідок якогось важкого переживання, у дитини розвивається пригнічений настрій, який, по суті, є ні що інше, як більш виражена нормальна реакція. Дитина часто знає причину суму, пов'язує її з певним пережитим важким моментом; звичайно в таких випадках шукає допомоги і підтримки в оточуючих. На фоні депресивного настрою іноді відмічаються капризність, роздратованість, підвищена втомлюваність і т.п. В деяких випадках відволікання дитини від важких спогадів виводить її на деякий час зі стану депресії, тоді вона стає більш жвавою, але згодом знову впадає в пригнічений стан. У маленьких дітей депресія зустрічається нечасто і є нетривалою. Частіше спостерігається

депресія у препубертатному та пубертатному віці, причому у дівчаток частіше, ніж у хлопчиків.

Реактивна депресія в підлітковому віці часто проявляється у відповідь на конкретні стресові ситуації або травматичні події, такі як втрата близької людини, конфлікти в сім'ї або булінг у школі. У цей період підлітки переживають інтенсивні емоції, які можуть призводити до значних змін у їхньому настрої та поведінці. Відчуття безвиході, смуток і тривога стають супутниками повсякденного життя. Підлітки можуть почати уникати соціальних контактів, втрачати інтерес до активностей, які раніше приносили радість, і переживати труднощі в навчанні.

Симптоми реактивної депресії можуть включати як емоційні, так і фізичні прояви. Емоційно підлітки можуть відчувати глибоку печаль, безнадійність, втрату мотивації та зниження самооцінки. Вони можуть також проявляти агресію або дратівливість, що відображає їхнє внутрішнє напруження. Фізично це може проявлятися у вигляді порушень сну (безсоння або надмірна сонливість), зміни апетиту (підвищення чи зниження) та постійної втоми. Підлітки можуть також скаржитися на головний біль, болі в животі або інші соматичні симптоми, які не мають медичних причин.

Важливо звернути увагу на те, що реактивна депресія може бути тимчасовою реакцією на стрес, але при тривалому або сильному емоційному навантаженні вона може призвести до серйозніших психічних проблем. Якщо не вжити заходів для надання підтримки, підлітки можуть зіткнутися з ризиком розвитку хронічної депресії. Тому вкрай важливо вчасно виявляти симптоми та забезпечувати необхідну психологічну підтримку, включаючи терапію, консультації або, у разі потреби, медикаментозне лікування. Надання емоційної підтримки та створення безпечного середовища для спілкування можуть суттєво допомогти підліткам у цій складній ситуації.

При реактивній депресії реакції часто проявляються у формі страхів і невротичних явищ. Афект суму звичайно виражений в малоінтенсивній формі – на перше місце виступає в'ялість, апатія, втома. Підкреслюючи нестійкість і короткочасність депресивного стану у дитячому віці, факторами, які сприяють прояву депресивного синдрому є нестійкість нервової системи і „афективна сензитивність”, вразливість особистості дитини на ранньому етапі розвитку. Часто депресивні стани є наслідком хронічної психотравми (невстигання в школі, втрата близьких, розлука з ними), характеризуються вони підвищеною вразливістю, емоційною нестійкістю.

Підлітковий вік є критично важливим етапом розвитку, коли молоді люди переживають численні фізичні, емоційні та соціальні зміни. Ці трансформації можуть бути джерелом значного стресу та невизначеності, що робить підлітків більш уразливими до депресивних розладів. Відчуття самотності, тиск з боку ровесників, а також труднощі в налаштуванні стосунків з батьками можуть спричиняти емоційний дискомфорт. Підлітки часто не мають достатніх навичок для ефективного управління своїми емоціями, що може призводити до розвитку депресії.

Крім того, у підлітків часто спостерігається наявність психічних розладів у сімейній історії, що підвищує ризик виникнення депресивних станів. Генетична схильність до депресії може проявлятися через вплив на біохімічні процеси в мозку, що пов'язані з регуляцією настрою. Стресові ситуації, такі як втрата близької людини, розлучення батьків або академічний тиск, можуть активувати ці генетичні передумови, призводячи до розвитку депресивних симптомів. Це підкреслює важливість врахування як біологічних, так і соціальних факторів у розумінні ризиків розвитку депресії серед підлітків.

Соціальні медіа також відіграють значну роль у формуванні психічного здоров'я підлітків. Постійна експозиція до ідеалізованих образів та порівняння себе з іншими можуть створювати відчуття неповноцінності та низької самооцінки. Анонімний характер спілкування в інтернеті може сприяти булінгу і відчуженню, що в свою чергу впливає на емоційний стан підлітків. У такій ситуації депресія може розвиватися як реакція на постійний стрес і емоційний тягар, що робить важливим підтримку психічного здоров'я та активне спілкування з молоддю.

Депресія у підлітковому віці має специфічні особливості, які обумовлені етапом психологічного та соціального розвитку, що робить її відмінною від депресії у дорослих. У підлітковому віці депресія часто супроводжується інтенсивними емоційними реакціями, конфліктністю, зниженням самооцінки та труднощами в адаптації до соціального середовища. У підлітків депресія проявляється через пригнічений настрій, втрату інтересу до раніше важливих занять, часті та різкі перепади настрою. Важливим симптомом є дратівливість, яка може проявлятися замість суму, як у дорослих. Інші симптоми включають труднощі у концентрації, погіршення навчальних успіхів, зниження мотивації та відсутність цілей. Деякі підлітки демонструють ознаки суїцидальної поведінки та самопошкодження, що є серйозним сигналом і потребує негайного втручання спеціалістів. Причини депресії в підлітковому віці можуть бути комплексними та багатофакторними, зокрема включаючи біологічні, генетичні, соціальні та психологічні аспекти. Біологічні фактори можуть включати зміни в гормональній системі, які спричиняють перепади настрою. До психологічних факторів належать низька самооцінка, висока чутливість до стресу та проблеми зі стратегіями подолання стресових ситуацій. Соціальні фактори, такі як складні відносини в сім'ї, тиск з боку однолітків та соціальні очікування, можуть також значно вплинути на розвиток депресивного стану у підлітків.

У підлітків з реактивною депресією, як правило, діагностується ознаки невротичного реагування, такі як намагання бути визнаним; втрата здатності до опору і наполегливості; тривога через можливість втрати своєї репутації; зниження здатності самостверджуватись. Все це призводило до хвилювання – виявитися несформованим як особистість. Проявляється незадоволеність потреб в спокої і у взаємній довірі, розчарованість в надіях, почуття

ізолюваності від інших, намагання відгородитися від того, що може виснажити сили.

Підлітковий вік традиційно прийнято вважати складним, побутує думка про те, що схильність до бунтарства, конфліктності, негативізму характерна для усіх підлітків. Підліткову кризу пов'язують з духовним зростанням особистості підлітка і зміною його соціального статусу. В психологічній літературі існують різні точки зору щодо характеру перебігу підліткової кризи:

а) розуміння всього періоду підлітковості як однієї безперервної, тривалої кризи;

б) погляд на кризу, як на точку, момент дуже нетривалих за часом змін;

в) розглядання кризи, як результату неправильних виховних впливів;

г) оцінка кризи, як необхідного і закономірного етапу психічного розвитку.

Розмаїття цих уявлень базується на емпіричних дослідженнях, які справді таки вказують на те, що в одних підлітків яскраво виявляються основні симптоми кризи: впертість, негативізм, егоцентризм, зухвалість, протести проти авторитетів, відчуження (деперсоналізація), порушення оцінки образу фізичного «Я» та ідентичності, асоціальність поведінки. В інших особистісний розвиток відбувається без особливих екстраординарних зовнішніх проявів.

У підлітковому віці в особистості з'являються різні проблеми, і вона не завжди буває спроможна виробити відповідно новій соціальній ситуації розвитку механізми подолання труднощів. Підліткова криза об'єднує в собі різні види поведінки і переживань, які пов'язані з труднощами особистісного зростання. Найчастіше вони характеризують кризу ідентичності. Останню можна розглядати як реакцію на втрату статусу дитини, на глибоку невідповідність біологічних можливостей соціальним, на невпевненість у своїй компетентності у багатьох питаннях життя. Підлітки починають «пошук себе». Важливим фактором, що впливає на виникнення кризи ідентичності, стає особистісна рефлексія на свій внутрішній світ і глибока незадоволеність собою. Багато підлітків відчувають сумніви у наявності в себе власної індивідуальності, інколи можуть сприймати себе «як копію» іншої людини. Ці побоювання часто призводять до неприйняття соціальних зразків, у тому числі батьківських і вчительських.

Реакції протесту проти авторитетів можуть мати генералізований характер і бути спрямовані проти сім'ї, школи, інститутів соціалізації. Зміст їх – протистояння авторитетам (батькові, вчителю, тренеру), існуючим порядкам, структурі соціальних норм. Інколи спостерігається відмова від опору і уникнення його, що сприяє входженню до псевдорелігійних спільностей або неформальних угруповань.

Криза особистості в період дорослішання може бути пов'язана з переживанням «відчуження». Під останнім розуміють зміни у сприйнятті самого себе (деперсоналізація), інших людей або оточуючої дійсності

(дереалізація). Для деперсоналізації характерна тривога, пов'язана зі змінами власного тіла. Підліткам здається, що їх руки і ноги значно збільшилися, пропорції обличчя порушилися, зріст або дуже малий, або занадто високий і т. ін. Дехто відчуває сумніви у реальності власної особистості. Щоб позбутися таких переживань, вони виробляють «істинні» поведінкові ритуали, що дозволяють впевнитися у реальності своїх дій і самого себе. Наприклад, можуть годинами не відходити від дзеркала, уважно розглядаючи своє обличчя і все тіло. Деперсоналізація у межах підліткової кризи виступає і як переживання відірваності від зв'язків з людьми, цінностями і світом. Підлітки можуть скаржитися на те, що їх ніхто не розуміє, що вони самотні, не знайшли свого місця у житті, не заслуговують на повагу, не мають власного «Я».

Актуальним стає порівняння з однолітками. Уважно спостерігаючи за ними і постійно порівнюючи себе з іншими, підліток часто перебільшує свої справжні фізичні недоліки. Зниження самооцінки, обумовлене переживаннями з приводу надуманих недоліків образу фізичного «Я», призводить до появи «комплексу Терзіта». Існують значні індивідуальні відмінності у проявах цього комплексу. У дуже чутливих підлітків можуть виникати важкі кризи самооцінки, хоча в інших їх однолітків, навіть значні дефекти тіла (диспластична фігура) не викликають «комплексу Терзіта».

У багатьох підлітків переживання кризи пов'язане із зовнішніми проявами негативізму та егоцентризму. Негативізм – це відносно нетривалий за часом емоційний стан, який проявляється у діях і вчинках підлітка, що не несуть ніякого смислу. Точніше, це протидія іншому та невмотивовані протистояння дорослим (частіше батькам).

Швейцарським психологом Ж. Піаже був відкритий феномен «вербального егоцентризму», суть якого надалі, у роботах вченого, був уточнений і пов'язаний з фактом пізнання речей, інших людей і самого себе. Це певна спонтанна розумова позиція людини. З одного боку егоцентризм — це відсутність розуміння відносності пізнання світу, а з іншого — це позиція неусвідомленого приписування якостей власного «Я» і власної перспективи речам та іншим людям. У такій позиції людина не здатна «вийти» з власного «Я», щоб знайти своє місце в системі взаємин з людьми.

Підлітковий егоцентризм являє собою неадекватно сильну сконцентрованість на власній особистості. Егоцентричні підлітки відрізняються переоцінкою своїх здібностей і можливостей, надлишковим честолюбством, надмірними і необумовленими очікуваннями у ставленні до оточуючих. Так, у взаєминах з оточуючими в егоцентрика спостерігається перебільшена сконцентрованість на собі, яка виявляється у почутті власної виключності і завищеній самооцінці, які досягають ступеня гротеску. Він може виявляти нечутливість до близьких, гостро реагувати на критику, задрити успіхам оточуючих. Для його самооцінки властиві часті коливання між переоцінкою себе і відчуттям неповноцінності. У переважній більшості підлітків егоцентризм має тимчасовий характер і не досягає значної



виразності, але в деякого може загострюватися і переходити в нарцисичну кризу.

Криза в період сходження до дорослості є достатньо розповсюдженим явищем, але часто буває так, що її сприймають неадекватно: або недооцінюють, або, навпаки, вважають досить небезпечною. Важливо вчасно виявити її і правильно кваліфікувати. Адже в одних випадках, вона закінчується спонтанно, в інших — для стабільної інтеграції особистості необхідно використати допомогу спеціалістів (психологів, психотерапевтів), які допоможуть підлітку справитися з новими і важкими для нього особистими переживаннями. Підліткова криза, як і будь-яка інша, характеризується нестійкістю емоцій та поведінки, схильністю до імпульсивних, бурхливих, часто деструктивних реакцій, що може зумовлювати її суїцидиногенну сензитивність.

Через специфічні особливості підліткової кризи афективні та поведінкові розлади підлітків часто сприймаються дорослими як природний стан, зумовлений віковими особливостями. З цієї причини депресивним підліткам не надається необхідна психологічна допомога, емоційна підтримка, навпаки — їх можуть карати за неадекватну поведінку, що призводить до погіршення психоемоційного стану. За таких умов важливого значення набуває необхідність чіткого визначення депресивної симптоматики у підлітків.

У підлітків найчастіше спостерігаються легкі форми депресивних розладів психогенного характеру (невротичні, реактивні), субдепресивні стани та масковані депресії. Переважання саме легких психогенних розладів зумовлюється недостатньою психічною зрілістю підлітків, яка проявляється у несформованості здатності до внутрішньої афективно-когнітивної переробки інформації із зовнішнього світу, її аналізу, критичної оцінки та у незавершеності процесу соціалізації особистості підлітка. Масковані депресії часто залишаються нерозпізнаними через складність їх діагностики. У клінічній картині маскованих підліткових депресій на перший план виступають психосоматичні розлади: головний біль, енурез, харчові розлади, порушення сну, іпохондричні скарги; пригнічений настрій, тривожність, туга при такій формі депресії яскраво не виражені [2].

Загалом, згідно даних підліткової й юнацької психології, в особистостей віком від 13 до 19 років середня і важка форми депресії зустрічаються досить рідко, але її симптоми можуть представляти загрозу для життя тих, хто опинився у такому стані. Наприклад, вище згадані форми депресії досить часто супроводжуються харчовими розладами (булемія, анорексія), особливо у дівчаток — підлітків, що зазвичай призводить до соматичних захворювань. Як відомо, небезпеку депресії завжди пов'язують з нездоров'ям, спираючись на думку про те, що депресивні розлади роблять людину уразливою щодо захворювань. Крім того, значно виражені форми депресії нерідко є джерелом суїцидних спроб.

Суїцидальна поведінка дітей і підлітків, маючи подібність з діями дорослих, відрізняється природною віковою своєрідністю. Дітям характерна

підвищена вразливість і сугестивність, здатність яскраво відчувати і переживати, схильність до коливань настрою, слабкість критичних здібностей, імпульсивність в ухваленні рішення. Поширені випадки, коли самогубство дітей і підлітків викликається гнівом, протестом, злістю або бажанням покарати себе й інших. При переході до підліткового віку виникає підвищена схильність до самоаналізу, песимістичної оцінки навколишніх і своєї особистості.

До специфічних особливостей суїцидальної поведінки дітей фахівці відносять такі:

1) недостатньо адекватна оцінка наслідків аутоагресивних дій. Поняття “смерть” у цьому віці, звичайно, сприймається досить абстрактно, як щось тимчасове, схоже на сон, не завжди пов’язане з власною особистістю. Саме поняття про смерть виникає у дітей між 2-3 роками. Для більшості вона не є подією, що лякає. У дошкільному віці діти не вважають її завершенням життя, а сприймають як тимчасове явище, подібне сну або від’їзду.

Разом з тим, смерть близьких, домашньої тварини або однопітця через особливості мислення й обмеженості досвіду усвідомлюється дитиною як результат його бажань, що нерідко призводить до сильного почуття провини. Сум і смуток очевидні і досягають великої інтенсивності, але тривають не довго.

У молодшому шкільному віці діти вважають, що смерть невидима і, щоб залишитися непоміченою, вночі ховається в таких затишних місцях, як цвинтар, її ототожнюють із примарами або небіжчиками, що можуть украсти дітей. Часто молодші школярі вважають, що смерть є покаранням за кепські справи. У цьому виявляється неподоланий егоцентризм і аутистичне (магічне) мислення. Вони вважають смерть малоймовірною, не усвідомлюють її можливості для себе, не вважають незворотною. Ближче до підліткового віку об’єктивні факти смерті стають більш важливими, чим фантазії, формується розуміння розходження між живим і неживим. Для підлітків смерть стає більш очевидним явищем. Але вони фактично заперечують її для себе, ганяючи на мотоциклах, експериментуючи з небезпечними речовинами або будучи втягнутими в іншу привабливу, але ризиковану активність. Надалі підліток приймає думку про свою смерть, але, переборюючи виниклу тривогу, заперечує реальність цієї можливості.

Діти, а нерідко і багато підлітків, здійснюючи суїцид, прямо не передбачають смертельного результату. У групі тринадцяти-шістнадцятилітніх 20% вірили в збереження свідомості після смерті; 60% – в існування душі; 20% – у смерть як припинення тілесного і духовного життя – свідчать західні соціологи.

Тим не менше, наслідки аутодеструктивних дій можуть бути надзвичайно небезпечними для їхнього життя. На відміну від дорослих, у них відсутні чіткі межі між істинною суїцидною спробою і демонстративно-шантажним аутоагресивним вчинком. Це змушує у практичних цілях усі види аутоагресії в дітей і підлітків розглядати як різновид суїцидної поведінки.

2) несерйозність, скороминущість, незначущість (на думку дорослих) мотивів, якими діти пояснюють спроби самогубства. Цим обумовлені труднощі своєчасного розпізнавання суїцидних тенденцій і істотна частота несподіваних для навколишніх випадків.

3) наявність взаємозв'язку спроб самогубств дітей і підлітків з відхиленою поведінкою: втеча з будинку, прогули школи, раннє паління, дрібні правопорушення, наркотизація, сексуальні ексцеси і т.д.

4) у дитячому і підлітковому віці виникненню суїцидної поведінки сприяють депресивні стани, що виявляються по-іншому, ніж у дорослих [6].

Емоційна нестабільність, що часто призводить до суїциду, у даний час вважається варіантом тимчасової видозміни характеру майже у чверті здорових підлітків.

Суїцидальна поведінка підлітків часто пов'язана із жорстокістю, насильством, знехтуванням або занедбаністю в сім'ях. Важливим фактором може бути дефіцит спілкування між батьками та дітьми. Дуже часто підлітки не знаходять розуміння, підтримки і навіть батьківської любові. Як бачимо, провідним фактом, що призводить до суїцидної поведінки – є психічні травми, перелічені вище.

Багато неповнолітніх суїцидентів виховується батьками з аморальною поведінкою, в неповних сім'ях або в інтернатах. Незадоволення і роздратування дорослого, який перебуває у пасивній позиції, зосереджуються на дітях. У неблагополучних сім'ях у вихованні дітей переважає жорстокість, холодність і грубість, що породжує в них підвищену вразливість, невпевненість у собі, недостатню здатність до правильного вирішення життєвих ситуацій і як гіперкомпенсацію у вигляді прагнення «визнання», самоствердження. Такі підлітки часто здійснюють суїцидальні спроби, завдаючи собі незначних ушкоджень (порізи на руках). Приводом до цього є різні особисті і соціальні конфлікти (сварки з коханою людиною, батьками тощо). Їх суїцидальні висловлювання і спроби мають демонстративний характер і спрямовані на досягнення бажаної мети. Поєднання істеричних розладів з реактивною депресією також може проявитися в різних демонстративних суїцидальних діях. Психологи повинні виявляти неабияку уважність до таких осіб, оскільки через слабкість їх функціональної емоційно-вольової сфери демонстративна спроба може трансформуватися в справжню з летальним фіналом.

У сім'ї несприятливі умови пов'язані з педагогічно невиправданою батьківською взаємодією з дитиною, емоційним неблагополуччям та конфліктними стосунками, низьким освітнім рівнем батьків, неповним складом сім'ї, примітивним інформаційно-комунікативним полем, аморальною чи асоціальною спрямованістю сім'ї тощо. У школі вони проявляються в незадоволеності навчанням і соціально-психологічною атмосферою, у несприятливому соціально-психологічному кліматі учнівського та учительського колективів, статусі та ролі підлітка. Несприятливими чинниками позашкільного оточення є фрустрована потреба самоствердження

серед ровесників, непорозуміння з ними, групова ізоляція, розрив емоційних стосунків з другом чи подругою тощо.

Суїцидальна поведінка підлітків є складним і багатогранним явищем, яке може проявлятися різними способами в залежності від індивідуальних і соціальних факторів. Однією з ключових особливостей є те, що підлітки часто виявляють свої суїцидальні думки і наміри неявно. Вони можуть демонструвати зміни в настрої, поведінці та соціальних взаємодіях, що може залишатися непоміченим оточуючими. Наприклад, підлітки можуть ставати більш замкнутими, відмовлятися від активностей, які раніше приносили їм радість, або виявляти підвищену дратівливість. Ці зміни можуть бути ознакою того, що підліток переживає внутрішній емоційний конфлікт і потребує допомоги.

Дослідження показують, що підлітки можуть бути схильні до імпульсивної суїцидальної поведінки, часто викликані сильними емоціями, такими як страх, гнів або відчай. Це може статися під час стресових ситуацій, наприклад, після конфлікту з батьками або друзями, або внаслідок переживання важкої втрати. Імпульсивність часто посилюється через недостатню зрілість в емоційному управлінні, що робить підлітків більш уразливими до моментів, коли вони можуть вважати суїцид єдиним виходом зі своїх проблем. Така поведінка підкреслює важливість своєчасного виявлення і реагування на ознаки стресу та емоційного болю у молоді.

Суїцидальна поведінка підлітків також може мати соціальні прояви. Наприклад, вони можуть шукати підтримку у своїх однолітків або через соціальні мережі, але водночас переживати почуття ізоляції та нерозуміння. Взаємодія з друзями може бути двозначною: підлітки можуть намагатися поділитися своїми переживаннями, але часто стикаються з непорозумінням або зневагою. Це може призводити до ще більшого відчуття безнадійності і бажання уникнути соціальних контактів, що, в свою чергу, поглиблює їхній емоційний стан і підвищує ризик суїцидальної поведінки.

Іншою особливістю є гендерні відмінності у прояві суїцидальної поведінки. Дослідження показують, що дівчата частіше виражають свої суїцидальні думки через вербальні прояви, такі як висловлювання про бажання померти, тоді як хлопці частіше вдаються до більш ризикованих і імпульсивних дій, які можуть призвести до фактичних спроб суїциду. Це може бути пов'язано з соціальними нормами, що вимагають від хлопців демонструвати силу та стриманість, що ускладнює їхню здатність говорити про емоційний біль.

Усі ці обставини зумовлюють складні прояви поведінкової дезадаптації та особистісної деформації в підлітковому віці. Їх профілактика та подолання повинні бути комплексними. Десоціалізуючий вплив аморальних, асоціальних сімей потребує застосування адміністративно-правових заходів. Інші негативні обставини в сім'ях можна подолати, вдаючись до психолого-педагогічної та соціально-психологічної корекції і психотерапевтичної допомоги. Корекція повинна, бути спрямована на оздоровлення емоційних компонентів у структурі внутрішньосімейного спілкування, подолання

негативного впливу на дитину, властивого авторитарному чи ліберально-поступливому стилям взаємодії з нею, на ліквідацію психолого-педагогічної неграмотності батьків.

Визначення суїцидальних нахилів та думок у підлітка є важливим кроком у забезпеченні їхнього психічного здоров'я та безпеки. Оскільки підлітки можуть не завжди відкрито висловлювати свої почуття, важливо звертати увагу на певні ознаки та зміни в їхній поведінці. Один із найбільш поширених сигналів тривоги — це зміни в настрої. Якщо підліток став більш замкнутим, відмовляється від активностей, які раніше приносили йому радість, або демонструє ознаки тривоги, депресії або безнадії, це може свідчити про наявність суїцидальних думок.

Іншою важливою ознакою є зміна в поведінці підлітка. Якщо молодий чоловік або жінка починає уникати друзів, погіршує навчання або змінює свої звички, це може бути сигналом того, що він або вона бореться з внутрішніми переживаннями. Підлітки, які вживають алкоголь чи наркотики, також можуть бути більш уразливими до суїцидальних думок, оскільки ці речовини можуть посилювати емоційний біль і знижувати контроль над імпульсами. Важливо не ігнорувати такі зміни і звертатися за професійною допомогою, якщо є підозри на суїцидальні нахили.

Словесні прояви суїцидальних думок можуть бути ще однією важливою ознакою. Якщо підліток говорить про смерть, висловлює бажання померти або жартує про суїцид, це може свідчити про серйозні внутрішні переживання. Важливо ставитися до таких висловлювань серйозно і не зневажати їх. Запитання, що стосуються їхніх почуттів, можуть допомогти зрозуміти, чи справді підліток відчуває суїцидальні нахили. Часом, просте висловлення готовності вислухати та підтримати може бути першим кроком у виявленні їхніх думок та емоцій.

Крім того, існують певні фактори ризику, які можуть вказувати на підвищену ймовірність суїцидальних думок. Це можуть бути стресові події в житті підлітка, такі як втрата близької людини, розлучення батьків, булінг або серйозні проблеми в навчанні. Також важливо враховувати сімейну історію психічних розладів, оскільки наявність депресії або інших психічних захворювань у сім'ї може підвищувати ризик. Розуміння цих факторів може допомогти дорослим вчасно виявити проблеми і надати необхідну підтримку.

Вчені обстежили юнаків та дівчат, котрі вдавались до суїцидних спроб і провели психологічну аутопсію здійснених самогубств з метою визначення соціально-психологічних факторів, що підвищують ймовірність суїциду [6].

Серед загальновідомих факторів ризику помітно виділяються такі:

1. Психічні розлади, депресія, розлади поведінки, наявність антисоціальних рис особливості.
2. Стресові життєві ситуації.
3. Попередня спроба самогубства.
4. Глибокі почуття депресії, безвиході, безпорадності.
5. Вживання алкоголю, наркотичних препаратів.

Загалом, спроби самогубства серед молодих людей є результатом довготривалого перебування у пригніченому стані, через якість серйозні особисті чи сімейні проблеми, котрі постійно накопичуючись, з часом стають невимовно важким тягарем.

До ключових чинників актуалізації суїцидальної поведінки серед підлітків належать:

- **Соціальні чинники:** булінг, самотність, високий рівень очікувань з боку родини або школи, вплив соціальних мереж.
- **Психологічні чинники:** депресія, тривожні розлади, низька самооцінка, вразливість до стресу.
- **Сімейні чинники:** нестабільне сімейне середовище, відсутність підтримки від батьків, наявність у родині історії депресії або суїциду.
- **Біологічні чинники:** генетична схильність до психічних розладів, особливості нейропсихологічного розвитку в підлітковому віці.

Хоча підлітки, відчувають на собі вплив окремих чи усіх вище згаданих факторів, не обов'язково вдаються до самогубства, дуже важливо виділити ці фактори ризику. Подібна інформація буде корисною при розробці і організації запобіжних виховних та профілактичних заходів.

Для запобігання суїцидам важливо знати ознаки суїцидального ризику, аби вчасно виявити потенційного суїцидента і надати йому необхідну допомогу. В.П. Москалець виділив такі ознаками суїцидального ризику:

- стан депресії чи параноїальні тенденції;
- сильне хвилювання;
- розмови про самогубство чи погрози здійснити його;
- наявність спроб самогубства у минулому;
- підвищена тривожність;
- відсутність «сенсу життя»;
- зловживання алкогольними напоями чи наркотичними засобами;
- дивна поведінка чи тривожність з приводу того, що «може щось трапитись»;
- яскраво виражені зміни поведінки;
- надмірний спокій, як ознака рішучості покінчити з собою;
- нереальні висловлювання про зміни у житті;
- байдужість до подій і оточуючих;
- роздача своїх речей.

На депресію, як одну з причин і факторів ризику суїциду серед підлітків, традиційно вказують фахівці. За даними наукових досліджень підлітково-юнацької психології, серед дітей цього віку поширені переважно легкі форми депресії. В силу слабкої симптоматичної вираженості їх перебіг часто залишається непоміченим. Хворим не надається потрібна допомога, а це в ряду випадків призводить до негативних наслідків: поглиблення депресивного стану, поява хворобливих симптомів, труднощі у навчанні та спілкуванні і, навіть, формування небажаних рис характеру, зростання суїцидального ризику. Досить часто, у відповідь на зовнішнє та внутрішнє напруження, депресія з'являється одночасно з іншими психічними розладами

(тривожні стани, аномалії поведінки, імпульсивність та неврівноваженість, нервові зриви, відчай, думки про самогубство). Подібні негативні фактори зазвичай ускладнюють життя підлітка. Через зниження самооцінки та самоповаги з'являється гіперсором'язливість, внутрішня замкнутість, бажання відгородитися від оточуючих, уникнення стосунків з ними, наскільки це можливо.

Викликане депресією збіднення спілкування, погіршує взаємини молоді людини з батьками, однолітками, вчителями, і є ймовірність, що це матиме негативні наслідки – розчарування в людях, боязнь близьких стосунків, недовіра і нерішучість при спілкуванні з оточуючими. Тут постає питання про необхідність своєчасного виявлення та подолання депресивних тенденцій у підлітків і старшокласників, як провідного чинника суїцидального ризику.

Депресивні стани стоять в числі найбільш поширених психічних розладів. Їх властиві різноманітні форми прояву та перебігу. Термін “депресія” використовується для опису широкого кола розладів у сфері переживань і поведінки людини.

У зв'язку з тим, що депресивні синдроми є наслідком різноманітних, часто неоднорідних причин і їх прояви сильно варіюють, свого часу настало питання про необхідність впровадження та систематизації депресивної симптоматики. Різними авторами – науковцями було розроблено ряд класифікацій депресивних станів. При цьому за основу бралися клінічні прояви депресії або ж причини і умови їх виникнення [12]. Зокрема, за нозологічною класифікацією, депресії поділяють на психологічні, ендogenous та соматогенні.

Такий поділ відображає рівень накопичення знань про різноманітність причин, механізмів і шляхів формування дисперсії. Дослідження особливостей цього психологічного розладу призвело до прояви різноманітних гіпотез, теорій та підходів, покликаних пояснити природу депресії (нейрофізіологічних, біохімічних, біогенетичних, соціокультурні підходи, психоаналітична теорія, когнітивна, теорія наuczіння депресії і т.д.).

Не дивлячись на те, що проблема депресії розглядалась здавна і в рамках різних психологічних та психотерапевтичних підходів, немає єдиної всеохоплюючої моделі, котра б могла відобразити механізми виникнення; перебігу усіх форм цього захворювання. Відсутність такої моделі спричиняє труднощі при діагностиці депресії. Розпізнавання депресивних синдромів ускладнюється ще тим, що не існує обов'язкових симптомів і майже всі психічні та соматичні розлади, котрі діагностуються в рамках депресії, можуть супроводжувати й інші хворобливі стани.

Депресія розпізнається за наявністю симптомів, котрі торкаються різних сторін особистості, суб'єктивних переживань та поведінкових тенденцій, що спостерігаються за сторони. “Психічні, психологічні, соматичні порушення у різних комбінаціях і різній мірі вираженості, а також у соціальних наслідках хворобливого стану характеризують особливості депресії в кожному окремому випадку” [12].

Щоб прослідкувати наявність депресії як у дорослих, так і у дітей, слід бути надзвичайно уважним, спостережливим, обізнаним в плані особливостей депресивних проявів. “Найбільш характерними ознаками депресії є пригнічений, тужливий настрій, песимізм, апатія, почуття самотності, безпорадності, непотрібності, безвиході” [12]. У такому настрої людина не обов'язково перебуває постійно. Частіше це спостерігається у вигляді різних перепадів настрою. Депресивний підліток може справляти враження “важкого”. Причиною цього, як правило є імпульсивність поведінки школяра, нестриманість, неврівноваженість, негативізм.

Через підвищене внутрішнє напруження, часто вороже, недовірливе ставлення до оточуючих формується постійне очікування конфлікту та готовність до самозахисту. Інколи це проявляється раптовим проявом агресії. В деяких випадках спостерігається своєрідний соціальний відхід – втрата інтересу до спілкування з оточуючими. Підлітки можуть скаржитись на такі соматичні розлади, як порушення сну, апетиту, головні болі чи болі м'язового характеру, фізичне безсилля, низька рухова активність. Їм властива так звана “плаксивість”, схильність у всьому жаліти себе, або ж навпаки, надто висока самокритика, а звідси – низька самооцінка, самоприпинення, відсутність самоповаги.

Через знижений енергетичний рівень, швидко втомлюваність втрачається інтерес до будь-яких занять і у школі, і за її межами. Відсутність зацікавленості навчанням, його результатами, нездатність сконцентруватися на учбовому матеріалі, труднощі запам'ятовування, якщо і не виступають на перший план при депресії, то обов'язково її супроводжують.

Часто, не знаючи істинних причин зниження навчальної успішності, батьки та вчителі починають чинити тиск на дитину, вдаючись до більш-менш жорстких нормативно-виховних заходів, що ще більше поглиблює її депресивний стан. Тому, аби уникнути подібних явищ, бажано, щоб у ході психопросвітницької роботи шкільним психологом приділялось достатньо уваги проблемі дитячої та юнацької депресивності. Психологічну інформацію подібного характеру слід поширювати як серед батьків та вчителів, так і серед самих школярів.

Організація корекційних і профілактичних заходів, спрямованих на запобігання та подолання депресивних станів у школярів є компонентом діяльності шкільного психолога. Тут хочемо зазначити, що сферою діяльності психолога без відповідної психотерапевтичної підготовки є лише психогенні депресії легкої або середньої форми вираженості. Школярі з глибокими ендогенними та соматогенними депресіями потребують допомоги психотерапевта.

Психокорекція та психопрофілактика депресивних розладів повинна здійснюватись з обов'язковим врахуванням основних етіологічних механізмів депресії, характеру її перебігу та індивідуальних особливостей школярів.

Слід пам'ятати про психосоціальні фактори, котрі підвищують ймовірність виникнення депресії у старшокласників:



1. Дисфункція сім'ї, проблеми психічного здоров'я батьків.
2. Сімейні розлади, економічні та побутові негаразди.
3. Негативний образ фізичного "Я", на думку багатьох спеціалістів, призводить до депресії.
4. Труднощі перехідного вікового періоду.
5. Підвищення критичності мислення, оцінювання себе та своїх можливостей також може підштовхнути підлітка до депресивних переживань, особливо, якщо він фіксується переважно на негативних аспектах власної особистості та песимістичних прогнозах майбутнього.
6. Ризик появи депресії підвищує також низька популярність серед однолітків.
7. В ряді випадків до розвитку депресії і порушення поведінки призводять труднощі у навчанні та низька успішність.
8. За останні роки досить вагомим фактором появи депресивних розладів стала соціально-економічна нестабільність у нашій країні. Ця нестабільність досить часто змушує старшокласників боятись за своє майбутнє, виникає невпевненість у завтрашнім дні.

Модель профілактики депресивних розладів та суїцидальної поведінки серед підлітків є комплексним підходом, що включає різноманітні стратегії на індивідуальному, соціальному та системному рівнях. Одним із ключових компонентів цієї моделі є раннє виявлення та інтервенція. Освіта батьків, вчителів та медичних працівників про ознаки депресії та суїцидальної поведінки допомагає швидше виявляти підлітків, які можуть бути в групі ризику. Проведення тренінгів та семінарів для дорослих, які мають справу з підлітками, може бути дуже ефективним, оскільки це сприяє формуванню чутливості до емоційних потреб молоді.

Другим важливим аспектом моделі профілактики є створення підтримуючого середовища. Це включає формування позитивного соціального середовища в школах та громадах, де підлітки відчують безпеку та підтримку. Школи можуть впроваджувати програми розвитку соціально-емоційних навичок, які навчають молодь справлятися зі стресом, покращувати комунікативні навички та розвивати стійкість. Такі програми допомагають підліткам навчитися висловлювати свої почуття та шукати підтримку в складні часи, знижуючи ризик розвитку депресивних розладів.

Крім того, важливою складовою є залучення підлітків до активної участі в житті громади. Програми, що пропонують волонтерство, участь у спортивних або культурних заходах, можуть не лише зміцнити соціальні зв'язки, а й підвищити самооцінку та відчуття значущості. Дослідження показують, що активна участь у позитивних соціальних активностях знижує ризик депресії та суїцидальної поведінки. Створення простору для підлітків, де вони можуть ділитися своїм досвідом і отримувати підтримку однолітків, також є важливим елементом профілактики.

Важливо також розглядати можливість інтеграції психічного здоров'я в загальні програми охорони здоров'я. Це включає забезпечення доступу до психологічних послуг у школах та громадах, де підлітки можуть отримати

допомогу без бар'єрів і стигми. Створення програм, що пропонують консультативну підтримку та терапію, може суттєво знизити рівень депресивних розладів і суїцидальних нахилів серед молоді. Коли підлітки мають доступ до фахівців, які можуть надати їм підтримку і навчити здоровим способам справлятися зі стресом, це допомагає створити стійкіший контингент молоді.

Загалом, модель профілактики депресивних розладів та суїцидальної поведінки серед підлітків має бути багатогранною, включаючи освіту, соціальну підтримку та доступ до психічного здоров'я. Комбінація цих елементів не лише допомагає запобігти розвитку проблем, а й сприяє загальному благополуччю підлітків, формуючи у них позитивні навички і стосунки, які можуть служити захистом проти депресії і суїцидальної поведінки.

Модель профілактики депресивних розладів та суїцидальної поведінки серед підлітків є багатогранним підходом, що поєднує освітні, соціальні та психотерапевтичні стратегії. Вона спрямована на створення безпечного і підтримуючого середовища, де підлітки можуть отримати допомогу і розвивати навички, необхідні для успішного подолання емоційних труднощів. Ефективна реалізація цієї моделі може суттєво знизити рівень депресії та суїцидальної поведінки серед молоді, забезпечуючи їм здорове майбутнє. Основною метою цієї моделі є запобігання розвитку депресії та зменшення ризиків суїцидальної поведінки шляхом раннього виявлення проблем, створення підтримуючого середовища та забезпечення доступу до необхідних ресурсів:

#### 1. Раннє виявлення та навчання

Перший етап моделі передбачає проведення освітніх програм для батьків, вчителів та медичних працівників, спрямованих на розпізнавання ознак депресії та суїцидальних нахилів у підлітків. Навчання має включати інформацію про симптоми, фактори ризику та способи підтримки молоді в кризових ситуаціях. Раннє виявлення проблем може суттєво знизити ризик розвитку серйозних психічних розладів, оскільки дозволяє своєчасно втрутитися і надати допомогу.

#### 2. Створення підтримуючого середовища

Другим ключовим аспектом є формування позитивного соціального середовища, в якому підлітки відчувають безпеку та підтримку. Школи та громади можуть реалізовувати програми соціально-емоційного навчання, які навчають молодь навичкам спілкування, управління емоціями і подолання стресу. Такі програми допомагають підліткам розвивати соціальні зв'язки, що є критично важливим для їхнього психологічного здоров'я.

#### 3. Активна участь у житті громади

Залучення підлітків до активностей у громаді, таких як волонтерство, спорт або мистецькі проекти, сприяє підвищенню самооцінки і відчуття приналежності. Це також забезпечує підліткам можливість спілкуватися з однолітками та отримувати підтримку в позитивному середовищі. Дослідження показують, що активна участь у спільноті знижує ризик

депресії та суїцидальної поведінки, оскільки формує здорові соціальні зв'язки.

#### 4. Психологічна підтримка

Доступ до психологічних послуг є важливим компонентом моделі профілактики. Необхідно забезпечити можливість отримання консультацій та терапії для підлітків у школах та медичних установах. Програми, що пропонують психологічну допомогу, можуть допомогти молоді навчитися справлятися зі стресом, розуміти свої емоції та розвивати здорові стратегії подолання. Це може включати індивідуальну терапію, групи підтримки та тренінги з розвитку навичок.

#### 5. Співпраця між різними службами

Успішна модель профілактики вимагає тісної співпраці між школами, медичними установами, соціальними службами та громадами. Створення міждисциплінарних команд, які працюють над проблемами психічного здоров'я підлітків, дозволяє об'єднати зусилля для забезпечення комплексної підтримки. Також важливо залучати підлітків до процесу прийняття рішень стосовно програм профілактики, щоб враховувати їхні потреби та вподобання.

Запобігання факторам ризику та можливе їх усунення становитиме чи не половину усієї психопрофілактичної роботи. Однак, позитивного результату буде досягнуто лише при умові тісної співпраці психолога з батьками та педагогами. Тобто, вище означена робота повинна проводитись на таких рівнях:

- дитина-психолог-педагог
- дитина-психолог- педагог (школа)
- дитина-сім'я-психолог.

Обов'язковою у профілактиці депресивних розладів є корекція акцентуованих рис характеру та негативних змін соціально-вольової сфери, що може здійснюватись через організацію системи корекційних занять з використанням елементів психотерапії. Сюди бажано включити вправи, ігри та інші психотерапевтичні методи впливу, спрямовані на зниження тривожності, послаблення агресивних та імпульсивних поведінкових тенденцій, підвищення самооцінки, самоповаги, впевненості у власних силах, розвиток вольового самоконтролю, формування навичок організації і саморегуляції життєдіяльності.

Молодих людей потрібно вчити захищатись від впливу негативних факторів, що спричиняють появу психічних розладів різного характеру, в тому числі і депресії. Грейс Крайг, зокрема виділяє три групи захисних механізмів, які допомагають підліткам та юнакам долати труднощі [6]. Найперше, це хороші стосунки з батьками, що є надійним амортизатором різноманітних стресових ситуацій, пов'язаних з життєвими змінами. Потім, це певна сфера компетентності чи майстерності, наприклад, спорт, музика, навчання і т.д., що може забезпечити основу для реальної впевненості у собі. І нарешті – роль, котра передбачає відповідальність за інших (наприклад, членів команди, молодших братика чи сестричку). Це допоможе молодій

людині визначити пріоритети і зустрічати життєві труднощі, не впадаючи у відчай.

Результати нашого дослідження, присвяченого проблемі підліткових депресій показали, що в багатьох випадках фактором, який провокує розгортання депресивних розладів у підлітків є несприятливі умови їх соціального оточення; вони не лише стимулюють появу депресивного стану, а й утримують та посилюють його. Тому подолання депресії на соціальному рівні вимагає усунення або зміну тих факторів соціального середовища підлітків, які провокують виникнення депресивних розладів. Вирішення даного завдання можливе лише за умови співпраці психолога з близькими родичами та педагогами підлітків. Ці люди складають найближче соціальне оточення школярів, і саме їх неконструктивні дії та вчинки часто спричиняють появу підліткових депресивних розладів.

У випадку, коли депресивний стимул криється у найближчому соціальному оточенні підлітка, він потрапляє у своєрідне депресивне соціальне середовище, дійовими особами якого можуть виступати його батьки, близькі родичі, педагоги, друзі. Під соціально-депресивним середовищем ми розуміємо складну систему негативних соціальних факторів, які тісно переплітаючись між собою, провокуючи і підсилюючи один одного, створюють умови для розгортання депресивних розладів. До цих факторів належать негаразди в сім'ї, низький статус серед однолітків, утруднене спілкування з педагогами, неконструктивні методи сімейного виховання, відсутність ефективної системи педагогічного впливу тощо.

Неможливо просто вилючити підлітка із депресивного соціального середовища з усіма його проблемами та негараздами. Аби розв'язати цю проблему, потрібно усунути несприятливі фактори соціального оточення підлітка, шляхом реорганізації та оптимізації взаємостосунків з близькими людьми; перебудови стратегії сімейного виховання; вибору нових, більш ефективних, прогресивних методів педагогічного впливу; оздоровлення психологічного клімату в сім'ї. Це дасть можливість зруйнувати соціально-депресивне середовище навколо підлітка та блокувати його депресивно-стимулюючу дію.

Розроблена нами програма взаємодії з батьками та педагогами досліджуваних, передбачає вирішення двох основних завдань:

1) усунення несприятливих факторів соціального оточення підлітків та руйнування їх депресивного соціального середовища;

2) створення спільними зусиллями спеціальних соціально-реабілітаційних умов, які сприяли б послабленню, усуненню депресивного розладу та подальшому закріпленню досягнутого терапевтичного ефекту.

Оточення, у якому росте і розвивається підліток, неодмінно впливає на процес формування його особистості, стан психічного здоров'я, психологічного та соціального благополуччя. Для максимально повного подолання депресії у підлітків необхідно, щоб цей вплив був не лише позбавлений негативних факторів, але й спрямовувався на оздоровлення психічного стану молодих людей, гармонійний, всебічний розвиток їх

особистості, створення умов для самореалізації, самоствердження, формування здатності і вироблення навичок самостійно будувати своє життя, тобто, оволодіння мистецтвом життєтворчості.

Процес подолання депресивних розладів у підлітків буде більш ефективним, якщо його завдання реалізовуватимуться в рамках спеціально створеного реабілітаційного середовища. Основне призначення такого середовища полягає у здійсненні позитивного психологічного впливу, який сприятиме послабленню депресивних страждань, підвищенню опірності депресогенним факторам, розвитку навичок соціальної адаптації і самостійного подолання численних життєвих труднощів.

Реабілітаційне середовище повинно створюватися на базі існуючого сімейно-суспільного життя підлітків, спільними зусиллями людей, які складають їх найближче соціальне оточення. Дане середовище являє собою організуючу структуру, в рамках якої відбувається процес оздоровлення і реабілітації депресивних підлітків. В основі цієї структури лежить складна система психолого-педагогічних і сімейно-виховних впливів, спрямованих на створення умов необхідних для звільнення молодих людей від депресії, підвищення соціальної адаптованості, індивідуально-психологічної здатності чинити опір несприятливим життєвим факторам, та гармонійного, повноцінного розвитку особистості.

У процесі формування реабілітаційного середовища ми керувалися такими принципами:

- врахування індивідуально-психологічних властивостей підлітка, його інтересів, потреб, можливостей та особливостей депресивного розладу;
- спеціальна підготовка батьків підлітка, педагогів та шкільного психолога до участі у психокорекційному процесі;
- сприяння батькам, педагогам досліджуваного у реалізації, оптимізації стратегії виховання, виборі методів педагогічного і сімейного виховання, які мають психологічно підтримуючий та розвиваючий характер;
- усунення аномалій сімейного і педагогічного виховання;
- врегулювання внутрішньо-сімейних стосунків, взаємин підлітка з педагогами, однокласниками;
- врахування інтересів сім'ї і можливостей її участі у психокорекційному процесі;
- вибір таких методів психолого-педагогічного та сімейного впливу, які сприятимуть психологічному оздоровленню і реабілітації підлітка, підвищенню його адаптованості до реально існуючих умов сімейного та суспільного життя.

Завдання реабілітаційного середовища покликані вирішувати люди, які становлять основу його складу і беруть безпосередню участь у вихованні підлітка – мати, батько, бабусі, дідусі, класний керівник, шкільний психолог. У випадку, коли існує потреба лікування соматичних захворювань та подолання депресії на біологічному рівні, до діяльності реабілітаційного середовища долучаються медичні працівники. При організації і формуванні середовища потрібно також враховувати якісну роль його опосередкованих

учасників, тобто людей, які безпосередньо не залучаються до реабілітаційного процесу, але в більшій чи меншій мірі впливають на психоемоційний стан підлітка, це – брати, сестри, друзі, родичі, педагоги-предметники.

З метою формування реабілітаційного середовища та організації його діяльності нами було розроблено і реалізовано спеціальний комплекс заходів, який включав у себе консультативні бесіди з батьками, педагогами досліджуваних, налагодження співпраці з шкільним психологом, зустрічі з штатним лікарем навчального закладу, участь у підготовці та проведенні психолого-педагогічного консилиуму, тематичні виступи на психолого-педагогічних семінарах. Даний комплекс заходів дозволив нам вирішити ряд важливих завдань, які полягали у:

- інформуванні батьків та педагогів досліджуваних про необхідність створення реабілітаційного середовища;
- наданні людям, які складають найближче соціальне оточення підлітків, спеціальної інформації про умови, принципи та методи формування реабілітаційного середовища;
- визначення стратегії дій кожного учасника реабілітаційного середовища;
- налагодженні взаємодії між безпосередніми учасниками реабілітаційного середовища, корекції та регуляції їх дій.

Результати дослідження показали, що наявність дієвого реабілітаційного середовища значно розширює можливості подолання депресивних розладів у підлітків. У тих випадках, коли батьки і педагоги розуміли необхідність та важливість своєї участі в реабілітаційному процесі, підлітки значно швидше виходили з депресивного стану, а досягнутий терапевтичний ефект був більш високим і стійким.

Серед причин виникнення депресивних станів вагоме місце посідає низький рівень психологічної культури, тобто недостатність або й відсутність необхідних знань про особливості і закономірності психічної діяльності, про власні індивідуально-психологічні властивості, про реальні можливості і потенціал особистісного та інтелектуального розвитку, про реакцію людської психіки на різноманітні зовнішні впливи (соціальні, природні, технічні, тощо), про роль внутрішніх, особистісних факторів у виникненні психологічних проблем. За відсутності достатнього рівня психологічної культури як школярі, так і дорослі, часто будучи неспроможними самостійно подолати власні психологічні труднощі, не звертаються за допомогою до фахівців (психологів, психотерапевтів, кваліфікованих консультантів). Намагаючись вийти з кризи, вони діють методом спроб і помилок, або ж покладаються на власну інтуїцію, життєвий досвід та поради друзів, знайомих. Юнаки і підлітки в переважній більшості шукають розради серед однолітків, дорослі часто звертаються до знахарок та сумнівних цілителів. В результаті – і одні, і другі стають жертвами непрофесійності та шарлатанства. Такі неконструктивні дії, як правило, призводять до загострення вже існуючих проблем і появи нових. Тому розвиток особистісної

компетентності, підвищення психологічної культури людей є необхідною умовою профілактики та подолання багатьох психологічних проблем, зокрема, депресії та суїцидів.

Пропонуємо здійснювати профілактику депресії і суїцидальних ризиків в рамках особистісно орієнтованого підходу. Цей підхід забезпечує як інтегративне бачення депресивного розладу в кожному конкретному випадку, так і об'єднання методів подолання депресії представників різних галузей – психологів, психотерапевтів, педагогів, соціальних працівників, тощо. Наше бачення базується на таких тезах:

- у процесі розгортання депресивних розладів утворюється проблемне коло депресивного розладу, що призводить до звуження і обмеження особистісного простору людини, утворюючи базову внутрішньо-особистісну перешкоду на шляху подолання депресії;

- у побудові стратегії і тактики подолання депресивних розладів слід керуватися тезами про необхідність пошуку найбільш слабкої ланки у проблемному колі депресивного розладу і впливу на неї для його розірвання;

- найбільш слабкою ланкою у колі депресивного розладу, – компонентом, найбільш чутливим щодо корекційних впливів, – виступає особистісна компетентність.

Особистісна компетентність являє собою обізнаність людини відносно своїх особистісних якостей і властивостей. Рівень особистісної компетентності визначається здатністю людини адекватно сприймати і оцінювати риси свого характеру, власні життєві цінності і пріоритети, бажання, здібності та потенційні можливості. Особистісна компетентність виявляється також у здатності людини бачити свої слабкі і сильні сторони, усвідомлювати особистісні проблеми та ті зовнішні і внутрішні фактори, які спричиняють виникнення цих проблем.

Особистісна компетентність – це найбільш чутлива щодо психокорекційних і розвиваючих впливів ланка проблемного кола депресивних розладів. Тому у побудові моделі подолання депресивного розладу особистісна компетентність як найбільш слабка ланка проблемного кола депресивного розладу має визначатися як пріоритетна щодо психокорекційного і розвиваючого впливу, оскільки це дає можливість розірвання цього кола.

Результати опитувань засвідчують, що в переважна більшість людей не усвідомлює наявність у них депресивних розладів. Вони страждають, переживають глибокий психологічний дискомфорт, намагаються якось вийти із скрутної ситуації, але часто не розуміють, що шлях до позитивних змін потрібно шукати не зовні, а в самих собі. Це складний, тривалий і, як правило, болючий процес внутрішньої особистісної перебудови, зміни мотивів, ідеалів, поглядів, переконань, цінностей, а подекуди й власної життєвої концепції. У більшості випадків депресивні переживання підштовхують людей до самоаналізу, до розуміння необхідності саморозвитку та самовдосконалення. Однак їх прагнення залишаються нереалізованими через нестачу відповідних знань і життєвого досвіду. Тому

при наданні психологічної допомоги людям, які страждають від депресії, необхідно робити акцент на розвитку їх особистісної компетентності. Ця робота повинна проводитись на всіх етапах реалізації запропонованої моделі подолання депресії з орієнтацією на поглиблення особистісної компетентності клієнта, та включати такі цілі психологічної допомоги:

- 1) формування у клієнта необхідної бази загальних знань про психічну діяльність людини, її життєве значення; психічні процеси, стани, властивості;
- 2) формування адекватних та коректних уявлень про особистість як психічну властивість людини;
- 3) розширення, поглиблення і корекція уявлень клієнта про власні індивідуально-психологічні особливості (тип темпераменту, властивості характеру, здібності, потенційні можливості, тощо);
- 4) створення умов для розуміння, усвідомлення, аналізу клієнтом власних бажань, потреб, прагнень, життєвих цілей, ідеалів; чіткої конкретизації і диференціації «Я»-реального та «Я»-ідеального;
- 5) вироблення у клієнта вміння адекватно сприймати і оцінювати себе, свої вчинки, мотиви, поведінку; здатності бачити свої сильні і слабкі сторони, усвідомлювати власні проблеми, та зовнішні і внутрішні причини їх виникнення;
- 6) надання клієнту необхідної інформації про особливості його актуального психічного стану, з метою створення умов для усвідомлення ним наявності депресивного розладу; формування адекватного розуміння і оцінки власного душевного стану;
- 7) вироблення загальних уявлень про найбільш поширені психологічні порушення, з акцентуацією уваги на депресії;
- 8) формування оптимістичної позиції та активного бажання і психологічної готовності до протистояння депресії.

Для досягнення визначених цілей доцільно застосовувати такі психокорекційні методи і прийоми: психологічна бесіда, групова дискусія, проєктивний малюнок, музикотерапія, вправи на розвиток самосвідомості, поглиблення процесу самоаналізу, усвідомлення і конкретизацію життєвих цінностей, розкриття особистісного потенціалу; психологічні техніки, що сприяють активізації внутрішніх резервів особистості.

На початковій стадії психологічної допомоги важливу увагу слід приділяти реалізації одного з першочергових завдань, яке полягає у наданні клієнту інформації про наявний у нього депресивний стан. Подібна тактика психокорекційної роботи зумовлюється необхідністю досягнення ряду важливих цілей:

- 1) формування у клієнта високої мотивації та адекватного ставлення до психологічних занять (зустрічей, консультацій);
- 2) роз'яснення клієнту, що його важкий душевний стан зумовлений депресивним розладом, а тому має тимчасовий, перехідний характер;
- 3) переконання клієнта у реальній можливості звільнення від душевних страждань та виходу з кризової ситуації;



4) досягнення усвідомлення клієнтом необхідності терплячого ставлення до дискомфортних коливань психофізичного стану;

5) вироблення у клієнта оптимістичної позиції активної протидії депресії.

Як відомо, найбільше людину лякає те, чого вона не може зрозуміти і пояснити. Дуже часто люди не знають причин своїх депресивних переживань, взагалі не розуміють, що з ними відбувається. Це значно ускладнює їх страждання, посилює тривогу.

Діти та молодші підлітки переважно не вдаються до глибоких роздумів про причини своїх страждань. Їхні дії, як правило, спрямовані лише на те, аби якось полегшити свій стан; при цьому вони часто вибирають неконструктивні способи розв'язання проблеми (агресія, конфлікти, сумнівні розваги, тощо). Пояснення молодшими підлітками причин своїх труднощів ґрунтується на поверхових, ситуативних судженнях. Зрештою, багато з них приходять до висновку, що вони нещасливі, нікому не потрібні, а життя вкрай несправедливе. Подібна спрямованість думок небезпечна тим, що може призвести до формування депресивного світосприйняття, соціального відчуження, аномалій характеру.

Старші підлітки, юнаки, дорослі перебуваючи у стані депресії, намагаються зрозуміти причину своїх страждань. Вони багато і глибоко розмірковують над життям, конкретними подіями, над собою; аналізують свої риси характеру, власні вчинки, та вчинки і мотиви інших людей. Однак, якщо роздуми стимулюються депресією, то нею ж і детермінуються, а тому нерідко підштовхують до ірраціональних висновків про власну неповноцінність, нікчемність, безперспективність, життєву безнадійність.

Таким чином, відсутність об'єктивної інформації про наявність депресії та її особливості вагомою мірою зумовлює формування депресивної спрямованості думок, яка, у свою чергу, поглиблює і загострює психологічну проблему. За несприятливих умов, коли легка депресія переходить у помірну та важку стадії, депресивна спрямованість думок набуває тотального характеру і переростає у депресивне мислення. Депресивне мислення спотворює сприйняття і пізнання людиною самої себе та оточуючого. Воно руйнівне за своєю природою тому, що продукує безпідставні думки про крах надій, сподівань, усіх життєвих планів; про відсутність можливостей для самореалізації, а отже, про нікчемність життя. Людина, тотально охоплена депресивним мисленням, втрачає перспективу та сенс життя, і сприймає його не як великий дар, найбільшу цінність, а як важкий тягар. Формується «екзистенційний вакуум», сприятливе середовище для думок про самогубство.

У стані важкої депресії людина може втратити не лише сенс життя, але й розуміння необхідності шукати його взагалі. Мислення стимулює, продукує бажання людини. Депресивне мислення спотворює, знищує адекватні, раціональні бажання, серед них – і бажання відшукати втрачений смисл життя. В. Франкл у зв'язку з цим писав: «Смисл потрібно не просто зрозуміти, за нього потрібно боротись, і боротьба ця важка» [11, с.10].

Депресія забирає в особистості життєву силу і енергію, необхідну для боротьби, про яку говорив В. Франкл, а депресивне мислення знищує бажання боротися.

Тому, одне з першочергових завдань психологічної допомоги при депресії полягає у зміні спрямованості думок клієнта, у переорієнтації його на оздоровлення та звільнення від депресії. Процедура зміни спрямованості думок депресивного клієнта може реалізовуватись за таким алгоритмом:

1) інформування клієнта про причинно-наслідкові зв'язки між ірраціональними поглядами, установками, оцінками, цілями та появою депресії;

2) досягнення усвідомлення клієнтом необхідності корекції індивідуально-психологічних особливостей та соціальних установок, які провокують розгортання депресії;

3) розвиток у клієнта позитивного мислення, самоставлення, світосприйняття та усунення психологічних і соціальних причин депресивного стану;

4) допомога в раціональному вирішенні психотравмуючих ситуацій, які породжують і посилюють депресію.

Важливо аби надана інформація була доступною, зрозумілою, незатеоретизованою та сприймалась клієнтом через призму його власних переживань і відчуттів. З цією метою ми пропонуємо спеціально розроблену нами методику, яка називається «Роз'яснення симптомів». В основу методики покладено тактику «поступового розпитування» [2]. На прохання психолога, клієнт розповідає про свої депресивні переживання. На основі розповіді психолог роз'яснює клієнту взаємозв'язок між його переживаннями та депресивним розладом, аналізуючи кожен названий симптом. Застосування методики «Роз'яснення симптомів» дає можливість сформулювати у клієнта адекватне розуміння і оцінку власного душевного стану. Методика сприяє послабленню трагізму сприйняття клієнтом актуальної життєвої ситуації.

Трактування душевних страждань і проблем клієнта як наслідку та симптомів тимчасового психічного стану поступово руйнує, сформовані під впливом депресії, ірраціональні уявлення, установки, мислеформи типу: «Я – нікчема», «Життя скінчилось», «Попереду лише страждання», тощо. Зміна спрямованості думок клієнта починається з усвідомлення ним депресивної обумовленості своїх проблем і душевних страждань, сприйняття складної життєвої ситуації як тимчасового, перехідного явища. Переконавання клієнта у тому, що він у змозі подолати депресію, переорієнтація на оздоровлення сприяє руйнуванню депресивної спрямованості думок та формуванню позиції активної протидії депресогенним чинникам.

Ми розробили та апробували програму невідкладної психологічної допомоги підліткам з депресивними розладами. Теоретико-методологічною основою програми стали три наукові концепції суїциду: психологічна, соціальна і психопатологічна. Психологічна концепція включає в себе психоаналітичну, екзистенційну і поведінкову теорії. Основоположник

психоаналізу З. Фрейд, розглядав самогубство як прояв «інстинкту смерті», який виражається у вигляді агресії та аутоагресії. На думку екзистенціалістів, головна причина самогубств полягає у втраті сенсу життя, так званому, «екзистенційному вакуумі» [13]. З позицій поведінкової теорії, самогубство є наслідком втрати рефлексу цілі. За словами І.П.Павлова, «... життя перестає кликати до себе, коли зникає рефлекс цілі» [7].

В основі соціальної концепції суїциду лежить ідея Е. Дюркгейма про те, що причиною самогубств є зниження і нестійкість соціальної інтеграції [4].

Згідно з концепцією професора психіатрії А.Г.Амбрумової, причини формування суїцидної поведінки потрібно розглядати в сукупності психологічних, соціальних і біологічних факторів. На її думку, самогубство є наслідком дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, який вона переживає. А.Г. Амбрумова поділяє усіх суїцидентів на три категорії: психічно хворі, особи з пограничними нервово-психічними розладами і практично здорові люди [1].

Спираючись на теоретичне пояснення причин самогубств, викладене у вище згаданих концепціях суїцидної поведінки, ми визначили завдання невідкладної психологічної допомоги, які включають:

- зняття ризику суїцидних спроб, усунення суїцидних тенденцій шляхом корекції агресивності і саморуйнівної поведінки;
- формування позитивного самоствавлення;
- подолання «екзистенційного вакууму», вироблення конкретної програми життєвих цілей та формування позитивної життєвої концепції, корекцію ірраціональних життєвих поглядів і переконань, допомога у відкритті або створенні життєвих смислів;
- створення умов для підвищення активності, оптимізму;
- відновлення відчуття власної життєвої продуктивності та перспективи; навчання конструктивним формам поведінки та основ комунікації;
- регуляцію системи соціальних стосунків та цінностей;
- зняття ефекту «коридорного бачення конфліктної ситуації», вироблення альтернативних поведінкових тенденцій.

З метою реалізації поставлених завдань використовувались психологічні методи регуляції емоційного стану та зниження психічного напруження. В ході занять значна увага приділялась формуванню у підлітків уявлень про психічний стан, в якому вони перебували на даний час (результати опитування досліджуваних показали, що переважна більшість підлітків не усвідомлюють наявності у них депресивних розладів а тимчасові труднощі, під впливом депресії, розглядають як особисте фіаско, життєвий крах). Роз'яснювалось саме поняття «депресія», деякі особливості її перебігу та можливі причини виникнення. При розробці занять здійснювався ретельний підбір і підготовка інформації, яка подавалась підліткам, з урахуванням їх вікових, індивідуальних особливостей та відповідно вимог щодо організації психотерапевтичної бесіди.

Завдання корекційно-профілактичних занять передбачали не лише регуляцію емоцій, але й досягнення усвідомлення підлітками наявності у них депресивних розладів та формування установки на активну протидію депресії. З цією метою застосовувалась методика «випередження», яку Ю.В. Каннабіх образно назвав зведенням песимізму депресивного хворого до ступеня простих симптомів хвороби [2]. Дана методика спрямована на те, щоб у ході терапевтичної бесіди через роз'яснення клієнту особливостей депресії змінити його ставлення до власних депресивних переживань. Він повинен досягти розуміння того, що його психічний стан і депресивні страждання не є чимось надзвичайним, що почуття безвиході, безпорадності, життєвої непридатності і трагізму – це лише симптоми депресивного розладу, а не реальне свідчення життєвого краху. Застосування методики «випередження» сприяло формуванню у підлітків розуміння своїх страждань як болючих симптомів депресивного стану, оптимістичної переорієнтації їх суб'єктивних прогнозів стосовно власних проблем, та бажання і готовності боротись з депресією.

Принцип невідкладної психотерапії передбачає діагностику наявності у клієнта суїцидних думок. З цією метою крім групових занять з підлітками проводились індивідуальні консультативно-терапевтичні бесіди. Поетапне розпитування дозволяло прослідкувати наявність у підлітка суїцидних думок та визначити ступінь ризику. Якщо у ході бесіди розкриваються суїцидні наміри підлітка та існує висока ймовірність самогубства, необхідно вжити застережних заходів – проінформувати батьків і обговорити можливі варіанти розв'язання проблеми.

Під час індивідуальних бесід підліткам також пояснювалось, що думки про самогубство є природнім наслідком депресивного стану, наголошувалось на тимчасовості і перехідному характері душевних страждань. Такі пояснення мали за мету знецінити в очах підлітків ідею самогубства. Представлення важких внутрішніх переживань, пригніченості, туги і думок про самовбивство як симптомів депресії допомагало виробити у підлітків оптимістичну активну позицію, сформуванню у них переконання в тому, що їх страждання мають ситуативний характер а, отже, їх можна позбутись, потрібно тільки набратись терпіння та трохи попрацювати над собою.

Одним із центральних завдань індивідуальних консультативно-терапевтичних бесід було вироблення у підлітків активної позиції, готовності до сумлінної роботи над собою. Підлітки переважно сприймали психолога як лікаря, котрий дасть рецепт і вирішить усі проблеми без особливих зусиль з їх сторони. Необхідно було зруйнувати подібні пасивно-вичікувальні установки та сформуванню у молодих людей правильні уявлення про сутність психологічної допомоги, про особливості взаємодії клієнта і консультанта. Це вимагало від психолога особливої активності та терплячості: депресивні підлітки, як правило, дуже пасивні, а надто на початкових стадіях консультування. Часто підлітки ухилялись від розмови з психологом, не хотіли відверто розповідати про свої проблеми. Тому під час перших консультативно-терапевтичних бесід психолог займав виражено активну

позицію, аби подолати пасивність підлітка та стимулювати його до взаємодії. Ефективність корекційно-профілактичної роботи на даному етапі великою мірою залежить від професійного рівня психолога, його знань, умінь і майстерності.

Частота індивідуально-профілактичних бесід з депресивними підлітками залежала від глибини депресивного розладу: у випадку вираженої депресії вона становила 2-3 рази на тиждень; при легких депресивних станах достатньо було однієї тижневої зустрічі. Частота зустрічей варіювала відповідно до стану клієнта.

Під час проведення індивідуальних занять з депресивними підлітками важливо створити позитивну атмосферу довіри, щирості і взаємоповаги. Не варто говорити банальних заспокійливих фраз, переконувати підлітка у тому, що його проблеми – це лише звичайні життєві перипетії, з якими стикаються тисячі людей. Таке «емоційне поглажування» може викликати агресивну реакцію та поглибити депресію. Емпатійне вислуховування, терплячість, щирість і повага до підлітка допоможуть психологу створити потрібну атмосферу терапевтичної бесіди. Психолог повинен уникати критичних, оцінних суджень в адресу молоді людини, не допускати бурхливих емоційних реакцій на її розповіді, не виражати надмірної цікавості приватним життям юного клієнта. Терапевтичну бесіду потрібно організувати так, аби підліток відчув повагу, теплоту зі сторони психолога, його щире прагнення зрозуміти, підтримати і допомогти.

Для реалізації завдань запобігання суїцидальним ризикам серед підлітків використовувались такі методи психологічного впливу [2]:

- інтерпретація – метод формування у підлітка альтернативного бачення реальності, сприяє зміні його настрою та поведінки;
- саморозкриття – метод побудований на «Я-реченнях» психолога і сприяє встановленню зворотного зв'язку. Психолог ділиться власним досвідом та переживаннями, намагається зрозуміти, розділити почуття клієнта;
- зворотній зв'язок – дає можливість клієнту зрозуміти, як його сприймають психолог, оточуючі. Даний метод розширює і збагачує самосприйняття підлітка;
- логічна послідовність – психолог пояснює підлітку логічні наслідки його мислення та поведінки. Це допомагає молодій людині зрозуміти свої дії, переживання, сформувані у неї вміння передбачати результати власних вчинків;
- відображення почуттів – допомагає у розкритті почуттів клієнта та емоційного підтексту ключових моментів розповіді;
- переказ – метод являє собою повторення психологом змісту розповіді підлітка, його переживань, думок. Переказ активізує обговорення проблеми, показує рівень взаєморозуміння між психологом і клієнтом;
- порада – функція методу полягає у наданні підлітку корисної інформації, яка допоможе йому зрозуміти свій стан, його причини та розширити можливості самостійного пошуку шляхів розв'язання проблеми;

- директива – являє собою побажання і вказівки психолога, або певні психотехніки, які підліток зобов'язаний виконувати;
- впливове резюме – прояснює, чого психолог і клієнт досягли в ході заняття, допомагає підлітку зробити висновки на основі проведеної бесіди та втілити нові ідеї в реальне життя.

У ході індивідуально-профілактичних занять використовувався метод «Сократівського діалогу». Мета цього прийому полягає у залученні клієнта до співпраці і розширенні сфери його свідомості. Застосування методу «Сократівський діалог» давало можливість корегувати непослідовні, суперечливі, бездоказові судження підлітків. Діалог будувався на основі обговорення і логічної аргументації життєвих цінностей. Його завдання полягало у тому, аби допомогти підліткам зрозуміти, глибоко усвідомити цінність життя загалом і, особливо, цінність власного життя, емоційно та чуттєво пережити, відчутти, прийняти свою особистісну цінність та вагомість у цьому житті.

У силу того, що депресія спотворює сприймання людиною минулого, теперішнього й майбутнього, більшість депресивних підлітків забувають моменти щастя та успіху, які вони пережили колись, і нездатні побачити, об'єктивно оцінити нові свої досягнення. Цим зумовлюється схильність підлітків, які страждають від депресії, до самозвинувачень, самоприниження, втрати відчуття власної цінності а, отже, й цінності свого буття. Використання методу «Сократівський діалог» дозволило через логічну аргументацію минулих і теперішніх досягнень підлітків, зруйнувати їх відчуття своєї малоцінності, нереалізованості, життєвої непридатності та безперспективності. Сутність методу полягає у тому, що психолог ставить такі запитання, які змушують підлітка давати максимальну кількість позитивних відповідей і самооцінних суджень. Таким чином він поступово підводиться до розуміння безпідставності, непослідовності, ірраціональності своїх самозвинувачень. Молода людина повертає собі відчуття власної цінності, впевненість, оптимізм, надію та радість переживання власних успіхів і досягнень.

У процесі реалізації завдань невідкладної психологічної допомоги важлива увага приділялась емоційній регуляції підлітків: зниження нервово-психічного напруження; покращення емоційного стану, формування позитивного настрою, послаблення негативних переживань та тривожності; подолання агресивних і аутоагресивних тенденцій; створення атмосфери безпеки як основи подальшої роботи у групі.

Школярам було запропоновано нескладні релаксаційні методики, які сприяють зниженню нервового напруження, відновленню душевної рівноваги, розслабленню м'язів. Зокрема, використовувались вправи «Антистрессова релаксація», «Дерево». В основі яких лежить поєднання позитивного самонавіювання з класичними прийомами м'язевого розслаблення. З метою підвищення ефективності релаксації для кожної вправи було підібрано відповідний музичний супровід. Ми використовували

класичні музичні композиції, такі як «Баркарола» П. Чайковського, «Ода до радості» Л. Бетховена та ін.

Музичний супровід виступав не просто як приємний звуковий фон для проведення релаксаційних вправ, він виконував власну терапевтичну функцію. Відомо, що музика суттєво впливає на психічний стан людини. Вона сприяє заспокоєнню, розслабленню, допомагає подолати перевтому, а також здійснює тонізуючий і стимулюючий ефект. Однак, не всі музичні твори мають позитивний вплив. Неприємна музика погіршує емоційний стан людини. Тому при підборі музичного супроводу для релаксаційних вправ ми обов'язково враховували вплив, що здійснює та чи інша мелодія на психічний стан підлітків.

Програма занять передбачала чергування релаксаційних вправ і соціально-психологічних ігор, спрямованих на згуртування групи, формування дружніх взаємостосунків між її членами. Така організація занять дозволяла уникнути ефекту емоційного перенасичення та сприяла оптимізації спілкування підлітків, створенню довірливої атмосфери, зживанню страху перед групою. Вже під час перших занять було видно позитивний ефект застосування соціально-психологічних ігор («Гомеостат», «Воскова паличка», «Телефон», «Впізнай мене», «Телепатія» та ін.) [10]. Вони помітно пожвавлювали атмосферу у групі, руйнували бар'єри, піднімали настрій у підлітків, стимулювали їх активність та ініціативність.

Важлива увага приділялась заключному етапу кожного заняття. Здійснювався ретельний підбір терапевтичних методів і прийомів, які стимулювали позитивні емоції підлітків, створювали умови для завершення зустріч на мажорній ноті. З цією метою відповідно організовувалась заключна бесіда. Акцентуючи увагу школярів на досягнутих результатах, ми намагались показати їм позитивний ефект проведеної роботи, довести до їх розуміння необхідність перенесення набутого досвіду в реальне життя, а також сформувати у них своєрідний запас позитивних емоцій і почуттів, які б виконували функцію психологічного буфера в буденних ситуаціях, що провокують депресивні переживання. Аби заключна бесіда викликала у підлітків потрібний позитивний відгук, а не сприймалась як пуста формальність, вона організовувалась за принципом доказовості: висновки про ефективність заняття робились на основі демонстрації реальних досягнень.

Для стимуляції у досліджуваних позитивних емоцій на завершальному етапі занять використовувались елементи музикотерапії. Підліткам настільки сподобався цей терапевтичний прийом, що вони придумали йому назву «Прощальна музична п'ятихвилинка». «Прощальна п'ятихвилинка» складалась з трьох музичних фрагментів, які звучали у строго визначеній послідовності. При підборі і комплектації мелодій ми керувались рекомендаціями. «П'ятихвилинка» розпочиналась з тихої, повільної, сумної мелодії, співзвучної душевному стану підлітків («Аве Марія» Ф. Шуберта, тощо). Меланхолійна музика для людини у пригніченому емоційному стані є своєрідним голосом співчуття і співпереживання [2].

Наступною звучала композиція, яка за своїм характером була прямо протилежною першій: легка, дещо піднесена мелодія, що заспокоює і вселяє надію (наприклад «Ода до радості» Л. Бетховена). Третій музичний фрагмент «П'ятихвилинки» мав стимулювати у підлітків оптимізм, силу волі, впевненість у собі. Тому на завершення звучала динамічна тонізуюча мелодія («Чардаш» В. Монті, «Шербургські зонтики» М. Леграна, тощо).

Завершення корекційного заняття на позитивному емоційному фоні при роботі з депресивними підлітками набуває особливого значення, так як має сприяти створенню у них необхідного настрою для психічного оздоровлення, зміні напрямку думок, афективної і когнітивної переорієнтації на активну протидію депресії.

Особливу увагу хочемо звернути на застосування арт-терапевтичних технік, які сприяють активізації внутрішніх резервів особистості підлітка в депресивному стані. Техніки арттерапії є ефективними для подолання нервовопсихічного напруження, страхів та тривожності, досягнення внутрішньої гармонії у клієнтів різних вікових категорій. Вони володіють потужним ресурсом розвитку емоційної сфери особистості, їх застосування дає можливість створення адекватних каналів виходу негативних емоцій і переживань. Арттерапія актуалізує процеси самопізнання особистості, усвідомлення та прийняття свого «Я», налагодження конструктивної комунікації між «Я» та зовнішнім світом. Її переваги передовсім у тому, що вона орієнтована на позитивний внутрішній потенціал, який властивий особистості. Задіяння цього потенціалу сприяє активізації творчої продуктивності, подоланню внутрішніх протиріч, розвитку навичок самоорганізації і самомотивації, проживанню ситуацій успіху та підвищенню самооцінки, самоефективності, самоприйняття.

Оскільки технології арттерапії надають широкі можливості для самовираження, це допомагає підліткови не лише зрозуміти себе, але й відкрити незнайомі до того частини свого «Я», переглянути власні позиції щодо відторгнутих, недооцінених, проігнорованих його рис. В ході арттерапевтичної роботи відбувається зняття внутрішніх блоків, подолання опорів, розкриття неочікуваних здібностей, появу нешаблонних творчих ідей.

Універсальний характер арт-терапевтичних технік та можливості актуалізації конструктивного ресурсу глибинних підструктур особистості дозволяють вирішувати широкий спектр важливих психологічних задач з профілактики та подолання депресивних і суїцидальних ризиків серед підлітків:

- створити атмосферу безпеки і довіри між психологом та підлітком;
- обійти психологічний опір підлітка, послабити обмежувальну дію раціональної цензури;
- допомогти підліткови подолати труднощі вербалізації цілей, мотивів, почуттів, позицій, ставлень тощо;
- створити умови для усвідомлення підлітком глибинних переживань, інтеграції відторгнутих аспектів особистості та досягнення її цілісності;



- дозволяють підліткові прояснити власні актуальні потреби і незавершені внутрішньо-особистісні процеси;
- допомагають в усвідомленні образів внутрішньої суб'єктивної та зовнішньої об'єктивної реальності підлітка, оптимізацію зв'язків між ними;
- задіяти ресурс ірраціональної складової особистості;
- активізувати природний потенціал особистості до саморозвитку і самоцілення;
- моделювати процеси минулого, теперішнього і майбутнього у внутрішній картині світу підлітка з метою їх переосмислення як ресурсу та досвіду;
- терапевтично пропрацювати наслідки психотравмуючих ситуацій з життя клієнта, уникаючи ретравматизації;
- актуалізувати прихований потенціал особистісного розвитку, з метою досягнення максимально можливого рівня функціональної інтеграції особистості, необхідної для її успішної адаптації та управління своєю життєдіяльністю.

У сучасній науково-методичній літературі представлено широкий спектр психотерапевтичних програм, методів і прийомів попередження самогубств, в тому числі й серед юнаків та підлітків. Однак, реалізація багатьох з цих програм вимагає спеціальної психотерапевтичної освіти, що унеможлиблює їх застосування практичними психологами. Тому постає питання про розробку та впровадження психопрофілактичних методик, доступних для використання психологами закладів освіти. Запропонована нами програма вирішує це завдання.

Хочемо також зазначити, що завдання реалізації програм профілактики та депресивних розладів і суїцидів у підлітків покладаються безпосередньо на сферу психологічної практики. Практичне розв'язання проблеми підліткових депресивних розладів вимагає створення розгорнутої диференційованої системи спеціальних профілактичних, психорозвиваючих та психокорекційних заходів, яка б насамперед охоплювала провідні інститути соціалізації підлітків – сім'ю та школу. Тому профілактика депресій та суїцидів має стати одним з найважливіших напрямів діяльності шкільної психологічної служби і соціально-психологічної служби сім'ї і молоді.

Основою профілактики суїцидальної поведінки є суїцидальна превенція – запобігання суїциду, яке полягає у здатності визначити небезпеку реалізації суїцидальних дій на ранніх стадіях формування суїцидогенезу.

На початковому етапі, коли ще відсутні аутоагресивні прояви, превенція полягає у психопрофілактичній та просвітницькій роботі, спрямованій на виявлення осіб групи ризику, руйнування соціальних міфів і помилкових суджень про самогубство, якими мотивовано чимало суїцидів.

На необхідність активного превентивного втручання вказує виявлення перших ознак аутоагресивних спонук: суїцидальні сигнали (погрози) або суїцидальні комунікації – характерні прояви суїцидальних намірів людини у міжособистісному спілкуванні. Активне превентивне втручання має за мету

надання невідкладної психологічної допомоги, яке полягає у знятті ризику суїцидних спроб та профілактиці самогубств.

Основні завдання невідкладної психологічної допомоги включають:

- зняття ризику суїцидних спроб, усунення суїцидних тенденцій шляхом корекції агресивності і саморуйнівної поведінки;
- підвищення самооцінки, формування позитивного самоствавлення;
- подолання «екзистенційного вакууму», вироблення конкретної програми життєвих цілей та формування позитивної життєвої концепції, корекцію ірраціональних життєвих поглядів і переконань, допомога у відкритті або створенні життєвих смислів;
- створення умов для підвищення активності, оптимізму;
- відновлення відчуття власної життєвої продуктивності та перспективи; навчання конструктивних форма поведінки та основ комунікації;
- регуляцію системи соціальних стосунків і цінностей;
- зняття ефекту «коридорного бачення конфліктної ситуації», вироблення альтернативних поведінкових тенденцій.

На даному етапі психологічної роботи доцільно застосовувати психологічні методики та прийоми спрямовані на зниження нервово-психічного напруження, регуляцію емоційного стану, зниження тривожності, формування особистісної готовності до активного протистояння аутоагресивним тенденціям (методи раціонально-мотивної терапії А. Елліса, методи когнітивно-поведінкової терапії А. Бека, методи релаксації та емоційної саморегуляції, методи клієнтцентованої терапії К. Роджерса, методи християнської психотерапії, методи розвитку особистості, методи тренінгу особистісного росту, методи тренінгу асертивності, методи активного соціально-психологічного навчання, методи музикотерапії і т. ін.).

Профілактика суїцидальної поведінки охоплює різноманітні заходи, спрямовані на зниження рівня аутоагресивної активності, зокрема на запобігання формуванню суїцидальних спонукань, вчиненню суїцидальних дій, рецидивам суїцидальної поведінки.

Виокремлення видів профілактики суїцидальної поведінки здійснюють за різними критеріями:

За змістом профілактики суїцидальної поведінки визначають:

- спеціалізовані психіатричні терапевтичні (медикаментозні й немедикаментозні) заходи, спрямовані на запобігання формуванню та рецидивам суїцидальної активності, а також на лікування психічних розладів, що спричиняють суїцидогенез;
- психологічна діагностика суїцидальних тенденцій, виявлення осіб групи ризику;
- психологічні корекційні заходи, мета яких полягає у зміні особистісних установок щодо аутоагресивних проявів, підвищенні рівня психологічної захищеності, формуванні антисуїцидального бар'єра (активізації антисуїцидальних факторів особистості);

- соціально-психологічні та соціальні заходи, зорієнтовані на розробку та масове впровадження антисуїцидальних соціально-психологічних та соціальних програм; спеціальна соціальна допомога щодо зміни соціального статусу, соціально-економічних умов життя осіб групи ризику;

- психопросвітницькі заходи щодо поширення знань про особливості генезису і формування суїцидальної поведінки, способи самопомоги при виникненні аутоагресивних проявів, робота суїцидологічних служб; спеціалізовані навчальні суїцидологічні програми для спеціалістів, які працюють у галузі суїцидології і суміжних галузях.

За послідовністю здійснення профілактики суїцидальних тенденцій:

- первинна (виявлення осіб групи ризику; надання їм невідкладної психологічної допомоги, спрямованої на усунення ризику суїциду; психопросвітницькі антисуїцидальні програми та заходи для усіх категорій населення);

- вторинна (психотерапевтична, психіатрична, психологічна допомога людям, які здійснили спробу самогубства, з метою уникнення рецидивів);

- третинна (надання психологічної та психопросвітницької допомоги близькому оточенню осіб, які скоїли суїцидальну спробу).

Здійснення психопрофілактичної та психокорекційної роботи з підлітками, що мають депресивні розлади, вимагає відповідної підготовки практичних психологів, реабілітологів, соціальних педагогів, що працюють в освітніх та реабілітаційних закладах. Вона включає у себе ряд аспектів:

1) формування знань про природу дитячої і підліткової депресивності, причини її виникнення, клінічні прояви та особливості перебігу;

2) оволодіння методикою діагностики депресивних розладів у дітей та підлітків;

3) ознайомлення з основними принципами профілактики і подолання депресії у школярів;

4) оволодіння необхідними психокорекційними методами та прийомами подолання депресивних розладів;

5) формування знань про особливості розробки психопрофілактичних та психокорекційних програм;

6) ознайомлення з основними вимогами щодо проведення психопрофілактики і психокорекції депресивних станів у школярів;

7) вироблення навичок аналізу ефективності психопрофілактичних, психорозвиваючих та психокорекційних заходів.

Особливу увагу майбутніх фахівців необхідно звертати на проблеми, що можуть виникати у процесі психологічної роботи з депресивними школярами. Зокрема, це – труднощі при постановці діагнозу, визначенні цілей, завдань психологічної допомоги, розробці психопрофілактичних, психорозвиваючих та психокорекційних програм з обов'язковим урахуванням вікових, індивідуально-психологічних особливостей школярів, виборі корекційних методів і прийомів.

Підготовка практичних психологів, соціальних педагогів та реабілітологів освітніх і реабілітаційних закладів до роботи з такою

кризовою категорією, як школярі з депресивними розладами є вирішальною умовою профілактики і подолання депресії. Це, на нашу думку, дає підстави для запровадження у навчальних планах вищих навчальних закладів спеціальності «Психологія» спецкурсу «Психологія та психотерапія депресивних розладів».

Специфіка підліткових депресивних розладів зумовлює необхідність формування вимог адресованих психологам-практикам, щодо надання підліткам психологічної допомоги, а саме:

- включати до програм психодіагностичного мінімуму для школярів підліткового віку експрес-методики діагностики депресії;
- здійснювати профілактичну роботу з підлітками групи ризику;
- своєчасно виявляти у підлітків депресивні розлади, не залишати нерозв'язаними проблеми виявленої депресії;
- надавати підліткам з депресивними розладами невідкладну системну психологічну допомогу;
- з огляду на депресогенний характер кризи підліткового віку, здійснювати спеціальну психологічну антидепресивну підготовку підлітків. З цією метою пропонуємо запровадити у навчальних планах шкіл «Основи депресологічних знань».

Усі заходи з подолання депресій у підлітків (діагностичні, профілактичні, корекційні) повинні мати системний характер та базуватись на єдиній концептуальній основі. Це можливо за умови застосування спеціального підходу, характеристикам якого найбільше відповідає, на нашу думку, особистісний підхід як такий, що базується на уявленнях про те, що сферою, у якій інтегративно репрезентуються причини і наслідки виникнення депресивного розладу є особистість підлітка.

Розв'язання проблеми запобігання депресії та суїцидів серед підлітків передбачає і формування у них особистісної захищеності щодо дії депресогенних чинників: активізація внутрішніх резервів особистісного розвитку підлітків; формування у них психологічних якостей, які забезпечуватимуть особистісну стійкість щодо дії депресогенних чинників (позитивне самоствалення і самооцінка, впевненість у своїх силах, оптимістична життєва концепція, позитивне мислення, тощо); розвиток адаптивних здібностей школярів, необхідних для кращого пристосування і протистояння до різноманітних життєвих труднощів; формування життєтворчих здібностей, які передбачають здатність орієнтуватись у різноманітних життєвих ситуаціях і досягати особистісних та навчально-професійних цілей.

Ці завдання є принципово важливими, оскільки їх розв'язання забезпечує умови для запобігання виникненню повторних депресивних розладів чи суїцидальних спроб.

*Література:*

1. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида. *Актуальные проблемы суицидологии*. М., 1981. С. 37 – 41.
2. Бігун Н.І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами. Монографія. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. 2006, 2011. 160 с.
3. Бігун Н.І. Формування позитивного самоствалення як психологічна умова запобігання депресії у підлітків. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №12. № 1 (46). Психологічні науки: Зб. Наукових праць*. К.: НПУ імені М.П.Драгоманова. 2015. С. 11 – 17.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство / Пер. с франц. СПб.: Союз. 1998. 496 с.
5. Калина Н.Ф. Основы психотерапии М.: Рефл-бук; К.: Ваклер. 1997. 272 с.
6. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. СПб.: Питер. 2005. 940 с.
7. Павлов И.П. Рефлекс цели. <https://portal.iapm.edu.ua/portal/media/books/77278af5abe1422299fb4c329165c841.pdf> (дата звернення 4.11.2024).
8. Пурич-Пейякович Йу., Дуньич Душан Й. Самоубийство подростков / Пер. с серб. М.: Медицина. 2000. 168 с.
9. Сулицький В.В. Психологія суїцидальної поведінки. К.: «МП Леся». 2001. 316 с.
10. Федорчук В.М. Соціально-психологічний тренінг «Розвиток комунікативної компетентності викладача»: Навч.-метод. посібник. Кам'янець-Подільський: Абетка. 2003. 240 с.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла / пер. с англ. и нем. М.: Прогресс. 1990. 368 с.
12. Фрайбергер Г., Розе Г. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапія. М.: Алетея. 1999. 320 с.
13. Фрейд З. По той бік принципу задоволення. К.: Андронум. 2021. 84 с.
14. Хелл Д. Ландшафт депрессии / пер. с нем. И.Я.Сапожниковой. М.: Алетея. 1999. 280 с.
15. Bowlby J. Childhood Mourning and Its Implications for Psychiatry. *Am. J. of Psychiat.* 1961. Vol. 118. № 6. P. 481 – 498.
16. Spitz R.A. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1945. 1. P. 53 – 74.

## **2.8. Development of communication skills in children with disabilities in the process of integration into society**

### **Розвиток комунікативних навичок у дітей з інвалідністю в процесі інтеграції в соціум**

**Актуальність дослідження.** Сьогодні в Україні одним з пріоритетів державної політики є реформування систем надання соціальних та освітніх послуг, які мають максимально забезпечити необхідні умови для всебічного гармонійного розвитку, виховання і соціалізації особистості дитини з інвалідністю. Метою цих змін є захист прав на гідне життя, подолання соціальної ізоляції та перешкод до соціалізації та інтеграції в суспільство.

На першому місці повинна бути не інвалідність дитини і всі обмеження які з нею пов'язані, а повинна бути дитина, – розвиток її фізичних, розумових та творчих здібностей, формування соціальних навичок, почуття гідності та самоповаги. Це стане можливим у тісній співпраці педагогів, батьків та кола фахівців в одному напрямку, напрямку формування у дитини з інвалідністю загальнокультурних, соціально-комунікативних навичок, необхідних для успішної самореалізації в житті.

Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності, здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному стані, і як наслідок впливає на психічний розвиток. У зв'язку з цим існує нагальна потреба у вирішенні комплексу соціальних, психолого-педагогічних проблем із соціалізації дітей.

Це вимагає від фахівців знання інноваційних тенденцій в соціальній реабілітації, освіті, володіння сучасними та ефективними технологіями, які сьогодні вже використовуються в системі роботи з соціалізації дітей з інвалідністю, залучення сім'ї до співпраці. Головним у цьому питанні є врахування індивідуальних потреб, інтересів, здібностей, можливостей здоров'я, але завжди за основу беруться сильні сторони розвитку дитини з інвалідністю, робота з батьками займає важливе місце

Різні аспекти порушеної проблеми, знайшли висвітлення у наукових працях С. Тарасюк, З. Зайцевої, А. Капської, Л. Яскал, М. Сварника, А. Венгер, Є. Стребелевої, які розглядали питання соціальної адаптації та соціалізації дітей з інвалідністю; психолого-педагогічні особливості соціалізації дітей з інвалідністю висвітлювались С. Морозової, І. Кона, В. Баруліна, В. Черкашенко; над теорією та практикою з формування комунікативних навичок, навичок спілкування працювали Л. Фрост, Э. Бонді, С.Ф. Течнер, С. Байорат, Х. Мартинсен, К. Роббінс.

Сучасні українські науковці В. Рахманов, М. Маркова, О. Ковальова, О. Прокоф'єва, Н. Родіна, А. Душка, Г. Кукуруза вивчали питання соціалізації та психолого-педагогічної реабілітації дітей з порушеннями розвитку, надання ефективної психологічної допомоги батькам;

висвітлювали найактуальніше питання – мотивацію бітьківв процесі реабілітації дитини як чинник її успіхів [1; 4; 8; 13; 14].

А. Душка відмічає, що: «Суперечливі та неоднозначні процеси, що відбуваються у нашій країні, які в свою чергу позначаються на всіх соціальних інститутах, серед найуразливіших з яких є родини, які виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку. З огляду на відсутність соціальних гарантій, послідовної медичної допомоги і безперешкодної реалізації права на освіту, ці родини перебувають у нестабільному, а інколи екстремально кризовому стані. Надмірний і тривалий психологічний тиск, що відчувають батьки таких дітей, а також ситуація невизначеності спричиняють психотравмуючі наслідки – індивідуально-психологічну та соціальну дезадаптацію» [4]. Рівень цивілізованості суспільства визначається ставленням до найменш захищених та найбільш вразливих верств населення. Питання захисту прав дітей з інвалідністю не втрачає сьогодні своєї актуальності, незважаючи на те, що йому приділяється увага як на законодавчому рівні шляхом закріплення прав на реабілітацію та освіту, пільг та компенсацій, на суспільному рівні шляхом передбачення державних гарантій їх економічної та моральної підтримки. За останні десять років м. Запоріжжя питанню допомоги дітям з інвалідністю приділяється особлива увага. Реабілітаційні послуги діти з інвалідністю отримують у відділеннях комплексної реабілітації дітей з інвалідністю (далі – відділення) Запорізького міського територіального центру соціального захисту населення (надання соціальних послуг) (далі – територіальний центр), які створені та фінансуються за кошти місцевого бюджету. Це унікальна для України система соціального захисту та підтримки дітей з інвалідністю та батьків.

Відділення працюють в кожному районі міста, що максимально наближає послуги до отримувача за місцем проживання. Основними завданнями функціонування відділень є: а) надання комплексу реабілітаційних заходів спрямованих на створення умов для всебічного розвитку дітей з інвалідністю віком до 18 років та дітей віком до 3-х років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності; б) зменшення та подолання фізичних, психічних, інтелектуальних, сенсорних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок; в) надання соціальної послуги денного догляду; г) надомний психолого-педагогічний патронаж дітей з важкими формами інвалідності, які за станом здоров'я не можуть відвідувати відділення щодня.

Реабілітаційні заходи проводяться виключно на підставі складених рекомендацій індивідуальних програм реабілітації за індивідуальним графіком, в групах або за місцем проживання дитини. Також, з метою адаптації та соціалізації дітей з важкими формами інвалідності, щонеділі, за графіком, спеціальним автотранспортом територіального центру дітей підвозять до занять з фахівцями у відділенні та участі в розважальних та святкових заходах.

Соціальну підтримку вразливих верств населення відображено у Запорізькій міській комплексній програмі соціального захисту населення. За програмою, сім'ї, які виховують дітей з інвалідністю (діти з аутизмом, ДЦП, онкологічні захворювання, генетичні захворювання) отримують адресну матеріальну допомогу; допомогу отримують батьки, які мають інвалідність та самі виховують дитину з інвалідністю (неповні сім'ї); сім'ї, в яких мати та батько з інвалідністю та які виховують дитину з інвалідністю; сім'ї, в яких виховуються двоє дітей з інвалідністю отримують пільги на оплату комунальних послуг у розмірі 50%.

Неодноразово досвід м. Запоріжжя щодо соціального захисту та підтримки вразливих верств населення був відмічений на засіданнях асоціації міст України як довід, який заслуговує на поширення. Звичайно, це тільки один бік питання захисту прав дітей з інвалідністю. Ще залишається багато проблем, які необхідно вирішувати, зокрема як відмічає М. Сварник, – «Діти з інвалідністю формально захищені настільки, наскільки й інші діти, тобто законодавство декларує повагу гідності, право на життя і охорону здоров'я, освіту, соціальний захист при потребі, виховання в родині і т.п.» [15]. Діти з інвалідністю мають загальні права як і інші неповносправні (заборона дискримінації на підставі інвалідності, право на освіту, на реабілітацію, право на Індивідуальну реабілітаційну програму, а також на здобуття професії).

Держава гарантує дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям. Дошкільне виховання, навчання здійснюється в загальних або спеціальних дошкільних та навчальних закладах. Обдаровані діти з інвалідністю мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або позашкільних навчальних закладах. Які права дітей з інвалідністю не є захищеними у законах України?

В українському законодавстві не передбачені або практично ігноруються більшість рекомендацій Стандартних правил ООН, зокрема: замість поглиблення усвідомлення – явне ігнорування; в охороні здоров'я – явно недостатня профілактика неповносправності; реабілітаційні послуги за місцем проживання – велика рідкість, звичайно треба кудись їхати; щодо освіти – не передбачена освіта дітей з середніми і важкими вадами; слабе або відсутнє професійне навчання дітей з інвалідністю; доступність середовища передбачена законом, але практично ігнорується; участь громадських організацій у виробленні політики недостатня». Включення дітей з інвалідністю до соціуму – організованої системи зв'язків та соціальних норм, які б задовольняли їх основні потреби та потреби оточуючих, сьогодні не втрачає свого значення для України.

**Мета дослідження** – проаналізувати особливості формування комунікативних навичок у дітей з інвалідністю з метою соціалізації та інтеграції в соціум.



## **1. Методи з формування та розвитку комунікативних навичок у дітей з ментальними порушеннями та відсутністю мовлення**

Ментальні порушення – психічне захворювання або порушення психічного (інтелектуального) розвитку (шизофренія, епілепсія, аутизм, дефекти мови, розумова відсталість, органічні поразки ЦНС, генетичні захворювання), які призводять до стійких комплексних порушень, наслідком яких є проблеми в розумовому та психічному розвитку, труднощі соціальної взаємодії з іншими людьми і складності з розумінням емоцій інших людей [7].

Ступінь прояву цих порушень варіюється від легких до глибоких форм і може проявлятися у нездатності до соціальної взаємодії і поведінки; відсутності інтересу до навколишніх предметів, бажання контактувати з однолітками і дорослими; часткової або повної відсутності розуміння мовлення (звернене мовлення виключно в наглядній конкретній ситуації); використанні експресивно-мімічних засобів спілкування; виразах протесту, незгоди жестами та мімікою; зверх чутливості до зовнішніх сенсорних подразників [6].

Народження дитини з порушенням у розвитку покладає значні обов'язки на сім'ю, виникає потреба у комплексній фаховій допомозі задля покращення якості життя дитини. Особливої важливості набуває послуга раннього втручання, яка сьогодні тільки запроваджується в Україні. За основу береться багаторічний успішний досвід зарубіжних країн, який вже сьогодні можна впроваджувати в практику роботи через застосування програм ранньої педагогічної допомоги «Маленькі сходинки» та «Кароліна», які дозволяють займатися з дитиною на сучасному рівні батькам і фахівцям як в місті, так і у віддалених районах сільської місцевості [11]. В основі програм раннього втручання є дотримання прав людини, права дитини на виховання в сім'ї і права на розвиток, опанування навичками, серед яких навички спілкування, сприйняття мовлення та соціальні. Систематична та цілеспрямована робота призводить до зменшення проявів порушень розвитку, надає дитині можливість адаптуватись до умов соціуму та опанувати комунікативні навички відповідно можливостей здоров'я.

Порушення у розвитку можуть зумовлювати адаптаційні проблеми в житті. Обмеження у спілкуванні, не сформованість комунікативних навичок призводять до порушень комунікації. Несвоєчасна допомога призводить до стійкої дезадаптації дитини, втрати інтересу до колективу, в наслідок чого – порушення емоційного плану перетворюватимуться на стійку нервово-психічну патологію [9].

Можна відокремити декілька типів бар'єрів, що призводять до порушення спілкування дитини з інвалідністю з оточуючими:

- внутрішні бар'єри особистості – пов'язані з такими поняттями, як норми, установки, цінності, а також з особистісними особливостями – ригідність, комфортність;
- бар'єри поза особистістю – нерозуміння зі сторони іншої людини, дефіцит інформації;

– макробар’єри – виявляються в інформаційному перевантаженні, розмаїтті носіїв, перевантаженні інформацією, що призводить до знецінення її змісту, вмінні користуватися інформацією;

– мікробар’єри – причина в особливості інтелекту тих, хто спілкується; неоднакове знання предмета розмови; відсутність єдиного розуміння ситуації спілкування; психологічні особливості партнерів; соціальні, релігійну відмінності;

– настанова батьків – ізоляція дитини від колективу здорових однолітків;

– естетичні – мають значення зовнішній вигляд, манера поведінки, стиль одягу дитини;

– інтелектуальні – виникають в результаті різної швидкості протікання інтелектуальних процесів в процесі спілкування;

– емоційні – взаєморозуміння виникає внаслідок антипатії до співрозмовника, небажання заглиблюватись у його проблеми та співчувати йому [88].

Труднощі соціального розвитку дитини обумовлені порушенням її здоров’я, та можливість опанувати навички комунікації є в будь-якому випадку, і це немає значення вербальна чи невербальна дитина. Звичайно, чим раніше батьки звернуть увагу на нетиповий розвиток своєї дитини, і у разі занепокою звернулися за допомогою, – тим більш вагомих результатів можливо досягти в соціальному розвитку дитини.

Застосування психолого-педагогічних методів (спостереження, тестування, бесіда) дозволяє комплексно провести оцінку рівня розвитку дитини згідно з віковими та індивідуальними особливостями, вивчити проблему та акцентувати увагу на головних її аспектах [67].

Під час роботи необхідно створити атмосферу довіри та доброзичливості; враховувати фізичний та емоційний стан дитини; зважати на індивідуальні особливості її розвитку; враховувати вік, місце проживання, мову спілкування тощо [10].

З дитиною, яка має порушення у розвитку, метод бесіди застосовується задля емоційного відгуку. Важливо дотримуватись інтонаційної виразності мовлення, слідувати за силою голосу, темпом та паузами, що сприятиме її співпраці відповідно до можливостей здоров’я.

Процес оцінки проводиться в ігровій кімнаті, у якій створені умови: килим для гри з дитиною на підлозі, маленький столик і маленькі стільчики, шафа з іграшками, доступна для дитини. Іграшки та обладнання підбирає фахівець, який може спиратись на інформацію, отриману при зверненні сім’ї. Для встановлення кращого контакту з дитиною та створення найбільш комфортної та довірливої атмосфери фахівці розташовуються «на одному рівні» під час спілкування з дитиною, наприклад, на підлозі або використовувати дитячі (невисокі) меблі.

Проводячи спостереження фахівцям важливо: звертати увагу та описувати дії дитини, те, що вона робить під час первинної оцінки, тобто фіксувати можливості дитини; фіксувати найвищий рівень володіння

дитиною тією чи іншою навичкою (що дитина робить сама та що їй ще складно робити); максимально докладно і детально описувати рівень володіння навичками; описувати навички дитини з точки зору того, як вона використовує їх для гри, спілкування, пізнання, переміщення, тощо – тобто в щоденній діяльності [12].

Батьки мають знаходитись в кімнаті під час зустрічей, брати активну участь в процесі оцінки, обговоренні профілю розвитку дитини, узгоджувати з фахівцями ціль роботи, план дій. Батьки не завжди можуть чітко сформулювати проблему, яка найбільш бентежить. В цьому випадку важливо ставити до них запитання «що вас турбує зараз (тобто на момент зустрічі)», «що вам або вашій дитині важко робити в повсякденному житті?». Ставлячи запитання в такому порядку, фахівці відразу фіксують увагу батьків на труднощах дитини в теперішній час та в їх повсякденному житті. Ця інформація дає розуміння спрямованості подальшої оцінки й подальшого формування запиту батьків. Описуючи вголос те, що батьки й фахівці спостерігають одночасно, фахівці узгоджують з батьками бачення можливостей та обмежень дитини [5].

Підсумовуючи спостереження та роблячи висновки після первинної оцінки, фахівці надають батькам своє професійне бачення ситуації та зони найближчого розвитку дитини, в якому важливе місце відіграє формування комунікативних навичок.

Метод спостереження, як метод вивчення сформованості комунікативних навичок, має позитивні особливості. За допомогою цього методу фахівець має змогу відстежити у дитини розвиток вербального та невербального мовлення, рівень сформованості комунікативних навичок, тобто, форми спілкування з оточуючими. Під час спостереження фіксується майже все: рухи, дії, міміка, жести, мовлення, мовленнєві реакції. Найбільших показників можливо досягнути, якщо спостереження проводиться у звичайному для дитини середовищі [17].

Використовуються методи тестування задля визначення рівня розвитку та сформованості комунікативних навичок у дітей з ментальними порушеннями, ступінь прояву яких може варіюватися від легких до глибоких форм. Якщо дитина має глибокі порушення розвитку, слід вдаватися до тестових завдань для дітей більш молодшого віку, чим хронологічний вік дитини.

Науковці Э. Кипхардт, Х. Зиннхубер [18] розробили методіку проведення тестування сенсомоторного та соціального розвитку, яка застосовується в роботі з дітьми, та є основою для складання індивідуальної корекційної програми. До дітей ставляться мінімальні вимоги до оцінки, що на практиці дуже зручно, так як вона може допомогти виявити затримку і порушення розвитку.

Проведення тестування дитини в ранньому віці дозволяє побачити її слабкі і сильні сторони в усіх сферах діяльності, виявити порушення розвитку, спланувати зміст та обсяг корекційного втручання, не втрачаючи дорогоцінного часу в період очікування відвідування дошкільного

навчального закладу. Важливим є той факт, як у дитини налагоджено та відбувається спілкування з батьками, особливо, якщо у дитини порушення в розвитку мови або її повна відсутність. Неувага до цієї проблеми може спричинити виникнення комунікативного бар'єру у дитячо-батьківських співвідносинах, зниження у дитини потреби в спілкуванні, наслідком чого можуть бути поведінкові порушення в розвитку особистості.

## **2. Роль ігрової діяльності у формуванні комунікативних навичок**

Гра є провідним видом діяльності через яку дитина пізнає світ, своє найближче оточення, засвоює знання, уміння та навички. Гра є важливим методом розвитку комунікативної компетентності, формою діяльності в умовних ситуаціях, спрямованих на відтворення та засвоєння суспільного досвіду [3]. В ігровій діяльності дитина набуває основних навичок спілкування, необхідних для соціального розвитку, правил поведінки в різних комунікативних ситуаціях. Всі ці якості відповідно формуються у дітей з нейротиповим розвитком. Але все стає набагато складніше у дитини з інвалідністю, яка обмежена у здатності адаптуватись, розвиватись як її однолітки, опановувати необхідні навички для життя в суспільстві [7].

Е.А. Стребелева відмічає особливості гри у дітей з ментальними порушеннями [10]:

- дії з іграшками носять примітивний характер, найчастіше прості маніпуляції з предметами;
- сюжетно-рольова гра відсутня; поверхневий і нестійкий інтерес до гри;
- неадекватність використання іграшок, відсутність елементів сюжету;
- пасивний емоційний стан;
- відсутність зв'язку між мовленням та ігровими діями.

Дослідження в галузі дитячої гри [3; 16] дають достатньо інформації про розвиток соціальної поведінки. У своїх роботах Е. Сеген, К. Грачова, А. Смирнова, В. Постовська, що стосуються специфіки гри дітей з ментальними порушеннями, наголошують на її значенні для корекції та компенсації дефекту, а також вказують на необхідність використання гри як розвиткового фактору, необхідного для формування комунікативних навичок.

Практично усі діти з ментальними порушеннями відчувають труднощі в спілкуванні: не здатність виявляти ініціативу в спілкуванні; складність в оцінці емоцій у інших людей; не розуміння інтонації в мовленні і емоційного стану співрозмовника. Якщо до цього ще додати соціальну ізольованість та відсутність навичок спілкування, то діти мають дуже низьку можливість збудувати комунікацію.

Через що можуть виникнути проблеми з опануванням комунікативних навичок? Труднощі в комунікації не витікають прямо з порушення здоров'я, але обумовлені ним. Що можна зробити? Для кожної дитини слід знайти індивідуальні методи. Загальним для них буде те, що розвиток і відробіток соціальних і комунікативних навичок повинні відбуватися в групах від трьох чоловік це вже можна вважати своєрідним міні-соціумом зі своєю ієрархією,

з різними характерами людей, з різними взаємовідносинами. Слід учити дитину не просто знаходитися в суспільстві, але ще уміти звертати увагу на інших, наслідувати позитивну поведінку, реагувати на вітання, ділитися іграшками [16].

У переважній більшості дітей з ментальними порушеннями, які за віком та станом здоров'я не можуть навчатись в загальноосвітніх закладах з інклюзивною формою (або інтернатних закладах) коло спілкування обмежується лише родиною. Цю проблему вирішують реабілітаційні заклади, які надають комплексні послуги, одними з яких є: соціальна адаптація, соціальний розвиток дітей; психологічна підтримка дітей та їх сімей; розробка психолого-педагогічних рекомендацій, які сприяють соціальній активності, розвитку комунікативної діяльності.

Аналіз літератури [7; 16; 18; 20; 21; 22] з теми дозволив виявити:

1) Компоненти соціальної активності дітей: мотиваційний – потреби у комунікації; комунікативний – прийняття норм та правил комунікативної діяльності; емоційний – розвиток емпатії, почуттів, вміння адекватно реагувати на комунікативні події навколо тощо; креативний – творче сприйняття комунікацій, пошук нестандартних рішень у розв'язанні комунікативних завдань.

2) Визначити складові комунікативної активності, які можна вважати показниками її сформованості: розвинуті організаторські здібності; вміння гармонічно спілкуватися з оточуючими; комунікабельність, небайдужість, ініціативність.

Отже, компоненти соціальної активності та складові комунікативної активності можливо успішно розвивати в процесі ігрової діяльності дитини. Гра як найважливіший соціалізуючий чинник дає можливість кожній дитині відчувати себе частиною колективу, здолати дефіцит спілкування. У груповій формі гри дитина без зайвих стресових навантажень вступає в контакт з навколишнім світом, отримує емоційну підтримку, може проявляти сильні емоції (плакати, сміятися), знімає психологічну напругу. Завдання, які вирішує гра у формуванні комунікативних навичок: вибудовує дії так, щоб учасники активно спілкувалися один з одним; створює динамічний процес, немає пасивних спостерігачів; формує рівні партнерські права, взаєморозуміння і підтримку; виховує вміння вибудовувати взаємовідносини в групі, учить бути її частиною; вчить погоджувати дії, гнучко реагувати і перебудовуватися; розвиває творчі здібності.

Важливим є той факт, що для дітей з важкою формою інвалідності, якою обумовлені множинні порушення, роль ігрової діяльності значно зростає, оскільки вона виконує функції розвитку, адаптації, соціалізації, корекції. Використання різноманіття засобів, форм та ситуацій дозволяє в процесі гри розвивати довільну увагу, пам'ять, уяву, творчість. Принципи, якими слід керуватись в процесі використання ігор [2; 3]:

– доступності змісту гри для дитини відповідно її стану здоров'я (структурі і складу порушень);

– індивідуального підходу, врахування можливостей та уподобань;

- систематичності, тільки за цієї умови у дітей формуються і закріплюються правильні стереотипи;
- наочності матеріалів (колір, розмір, фактура, тощо);
- поступового ускладнення завдань;
- співпраці з батьками, що дозволяє відстежити ключові моменти, які мотивують дитину, спонукають до дії.

Застосування комунікативних ігор в процесі роботи дозволяє дотримуватись перелічених принципів.

Комунікативні ігри – це ігри, які спрямовані на розвиток навичок спілкування, подолання складнощів у процесі взаємодії, підвищення впевненість в собі [16].

Основними завданнями можна виділити наступне: включення дітей у міжособистісні відносини; розвиток навичок наслідування під час спілкування; формування соціально прийнятих правил поведінки в певних ситуаціях; створення умов для прояву індивідуальних якостей дитини.

Значним у комунікативних іграх є те, що кожна дитина отримує увагу з боку дорослого та усіх дітей, залучених до гри. Для дитини з ментальними порушеннями, стає можливим відчувати власну значимість у колективі, отримати позитивні емоції від доброзичливого ставлення інших дітей, відчувати впевненість у собі [7; 9].

Одним із чинників успіху сучасної людини, майже у всіх сферах життя, є вміння будувати комунікацію з оточуючими людьми, і цьому вона вчиться з народження, проходячи всі етапи свого розвитку в соціальному середовищі. Переважна більшість дітей з ментальними порушеннями з раннього віку обмежені у можливостях розвиватись та навчатись в оточенні однолітків, здебільшого, досвід спілкування дитини обмежується сім'єю та установами охорони здоров'я. Обмеження у спілкуванні дитини не сприяє формуванню комунікативних навичок, що в свою чергу призводять до порушень комунікації.

В психолого-педагогічній літературі не існує спільного підходу до питання розвитку комунікативних навичок у дітей з ментальними порушеннями, враховуючі той факт, що це найважливіше завдання в процесі реабілітації дитини. У дітей слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена не сформованістю функцій комунікації. Повноцінне спілкування дитини з однолітками є особливо важливе для збереження психічного здоров'я [7; 16].

Сьогодні в Україні тільки розвивається система комплексної допомоги дітям з множинними порушеннями розвитку, бракує діагностичних та навчальних методик, якісного навчання фахівців ефективних європейських методів роботи з дітьми з ментальними порушеннями. Але ми розвиваємось, використовуємо доступні для нас ресурси, продовжуємо вивчати досвід зарубіжних колег, створюємо систему корекційної допомоги дітям, які вже сьогодні потребують нашої професійної допомоги.

### **3. Експериментальне дослідження особливостей формування та розвитку комунікативних навичок у дітей з інвалідністю в процесі інтеграції в соціум**

У відділеннях комплексної реабілітації дітей з інвалідністю (далі-відділення) Запорізького міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг) щороку курс реабілітації проходять більш ніж 400 дітей віком до 18 років а також діти групи ризику щодо отримання інвалідності віком до 3 років.

Із загальної кількості дітей, які отримують комплексні послуги фахівців відділень, близько 65% дітей, віком до 7 років та мають такі нозології: ранній дитячий аутизм, розлади аутичного спектру, органічні психічні розлади, дитячий церебральний параліч, генетичні захворювання, синдром Дауна тощо. У майже 80% дітей відсутнє мовлення. До звернення у відділення близько 95% дітей не мають досвіду відвідування інших закладів як закладів освіти, так і соціального захисту. Є непоодинокі випадки короткочасного відвідування дошкільних навчальних закладів, з яких батьки, піддаючись тиску, вимушені забирати дітей із-за складностей поведінки обумовлених порушеннями розвитку.

Надання послуг у відділеннях з соціально-побутової реабілітації відбувається на підставі індивідуальних програм реабілітації, виданих дітям з інвалідністю лікарсько-консультативними комісіями установ охорони здоров'я. Термін курсу визначає реабілітаційна комісія відділення на підставі проведення обстеження рівня розвитку дитини та запиту батьків.

Формування та розвиток у дітей з ментальними порушеннями соціальних навичок є складовою соціально-побутової реабілітації, і відбувається вона шляхом: формування комунікативних навичок, збагачення комунікативного досвіду, активізації комунікативної взаємодії, вивчення правил поведінки в різних соціальних ситуаціях, конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, ініціативності спілкування, небайдужості по оточуючих подій тощо. Проведення діагностики на початку роботи дозволяє скоректувати форми і методи, які будуть використані, з врахуванням віку, якому дитина фактично відповідає в силу порушень розвитку.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань і перевірки гіпотези в роботі використано такий комплекс методів, адекватних предмету дослідження: теоретичні (аналіз психологічної, психолого-педагогічної літератури, монографій, статей, наукових публікацій, які відображають стан вивченості питання розвитку комунікативних навичок у дітей з інвалідністю в процесі інтеграції в соціум; емпіричні (анкетування, спостереження, бесіда, тестування) процедури якісна та кількісна обробка даних; експертного оцінювання (отримання узагальненої інформації від незалежних експертів); методи обробки даних (ранжування, факторний аналіз, методи математичної та статистичної обробки); методи корекції (індивідуальні і групові заняття).

До початку експерименту умовно було визначено три рівні сформованості комунікативної активності дітей [12]:

1) достатній рівень – діти ініціативні в комунікаціях, активно беруть участь в соціальних подіях, позитивно ставляться до оточуючих як дорослих, так й однолітків, створюють комунікативні ситуації, небайдужі до оточуючих, намагаються допомогти тим, хто на їх погляд потребує допомоги;

2) середній рівень – діти спрямовані на взаємодію з оточуючими, беруть участь у заходах, але їх необхідно зацікавлювати певними діями, спонукати до комунікативної активності, вони небайдужі до того, що коїться навколо, але не завжди намагаються щось змінити, допомагають та відповідають тільки після просьби;

3) низький рівень – діти недовірливі, по-більшості замкнені, важко включаються у сумісну діяльність та комунікативні взаємини, не беруть на себе провідні ролі, без особливого інтересу беруть участь у заходах, пасивні, складно встановлюють комунікативні контакти, не виявляють ініціативи в спілкуванні з оточуючими, бажання запропонувати власні варіанти вирішення певних соціальних ситуацій.

У створенні комунікативних ситуацій, підборі ігор та іграшок, враховувались індивідуальні та вікові особливості, інтереси, прихильності та уподобання дітей (виявлені за результатами бесіди з батьками). Також враховувалась форма участі дітей в заняттях: індивідуальна, індивідуальна-групова (2-3 дитини), групова (4-5 дітей); участь батьків в заняттях.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилось на базі відділень комплексної реабілітації дітей з інвалідністю (далі – відділення) Запорізького міського територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг). В експерименті прийняли участь 26 дітей з інвалідністю, віком: від 4 до 5 років – 8 дітей; від 5 до 6 років – 8 дітей; від 6 до 7 років – 10 дітей. Кількість дітей в експериментальній та контрольній групі – по 8 в кожній, в порівняльній групі – 10 дітей. За інвалідизуючими захворюваннями: ранній дитячий аутизм та розлад аутичного спектру – 8 дітей; дитячий церебральний параліч – 4 дитини; органічні психічні розлади – 7 дітей; синдром Дауна – 2 дитини; генетичні порушення – 5 дітей.

При дослідженні, була проведена оцінка уваги дітей з ментальними порушеннями, як важливого організуючого психічного процесу від якості та довільності якої залежить формування провідної діяльності та навичок дитини: гри, навчання, спілкування з оточуючими, емоційно-вольової. В процесі дослідження були використані наступні методики:

- «Відшукування карток» (діагностика стійкості уваги, цілеспрямованості сприйняття);
- «Лабіринти» С. Забрамної (дослідження концентрації зорової уваги, зорово-моторної координації, організації своєї діяльності);
- «Виконання словесної інструкції» (дослідження концентрації зорової уваги, зорово-моторної координації, організації своєї діяльності);
- «Вербально-логічне мислення» О. Бернштейн (дослідження слухової уваги, довільності та вміння програмувати власну діяльність);



– «Соціально-емоційний розвиток» Т. Даніліна, В. Зегенідзе (дослідження можливості встановлення послідовності подій, розуміння ситуації, передбачення подій);

– «Соціальна компетентність та комунікативні навички» (експертне оцінювання соціальної компетентності та комунікативних навичок).

У листопаді 2019 року проведено діагностику, корекційну роботу розпочато в грудні цього ж року. Відповідно індивідуальних планів реабілітації, діти відвідували заняття за індивідуальним графіком 2 рази на тиждень, час роботи з дитиною (в залежності від віку) становив від 20-30 хвилин. За одне відвідування дитина брала участь у 2-3 заняттях у різних фахівців. Форма роботи з дітьми: індивідуальна, індивідуально-групова (2-4 дитини), групова (до 8 дітей), також діти брали участь в розважальних та святкових заходах.

Проведення корекційних заходів здійснювали: експериментальна група – Н. Кваша, контрольна та порівняльна група – фахівці відділення. В кожній з груп до участі залучались батьки дітей через присутність на заняттях, отримання рекомендацій з метою виконання завдань вдома з дитиною.

З березня 2020 року роботу з дітьми було призупинено у зв'язку із запровадженням карантинних заходів, пов'язаних із COVID-19. Відділення, на базі яких проводився експеримент, не працювали, діти послуги не отримували. З метою запобігання втрати навичок, регресу у розвитку, батькам дітей експериментальної групи було запропоновано продовжити співпрацю у дистанційному форматі. Таким чином, один раз на тиждень, відбувались індивідуальні зустрічі на платформі ZOOM. Під час зустрічей батьки ділились тим, що вдалося зробити а що ні, що саме їх зараз турбує. Кожному з батьків надавалась подальші рекомендації. Також, один раз на місяць батьки брали участь у груповій зустрічі, ділились досвідом, підтримували один одного. Такі зустрічі виявилися ефективними не тільки в плані роботи з дітьми а й підтримки батьків. Відновлення роботи з дітьми відбулось у вересні 2020 року. З метою визначення рівня знань, умінь та навичок було проведено дослідження, результати якого проаналізовано та продовжено цілеспрямовану корекційну роботу з дітьми.

Аналіз та інтерпретація результатів дослідження психологічних особливостей формування та розвитку комунікативних навичок у дітей з ментальними порушеннями відображено у порівнянні: листопад 2019 року (до проведення експерименту); вересень 2020 року (відновлення роботи з дітьми).

За допомогою методики «Відшукування карток» були визначені показники стійкості уваги, цілеспрямованості сприйняття у дітей експериментальної групи:

1) у листопаді, 2019:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- середній рівень – 63%;
- низький рівень – 37%;

2) у вересні, 2020:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- середній рівень збільшився та становить – 87%;
- низький рівень знизився та становить – 13% (рис. 1).

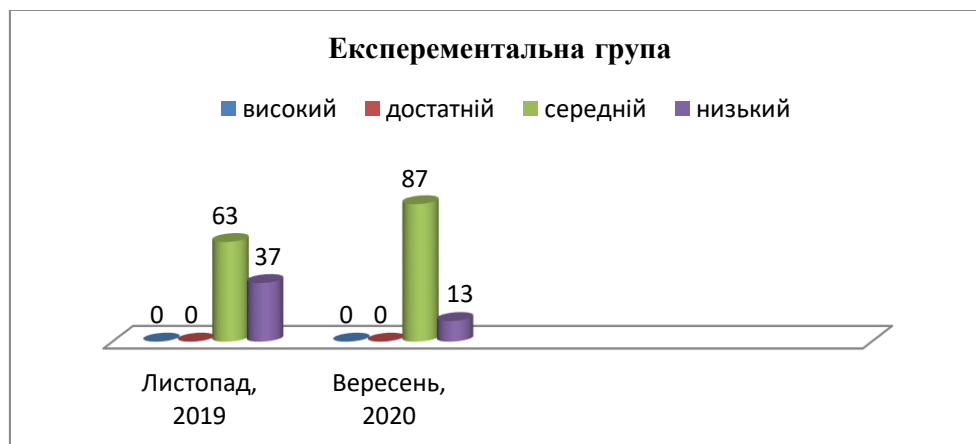


Рис. 1. Результати експериментальної групи до експерименту за методикою «Відшукування карток» [складено автором]

У дітей контрольної групи показники наступні:

1) у листопаді, 2019:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- середній рівень – 50%;
- низький рівень – 50%;

2) у вересні, 2020:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- середній рівень знизився та становить – 37%;
- низький рівень збільшився та становить – 63% (рис. 2).

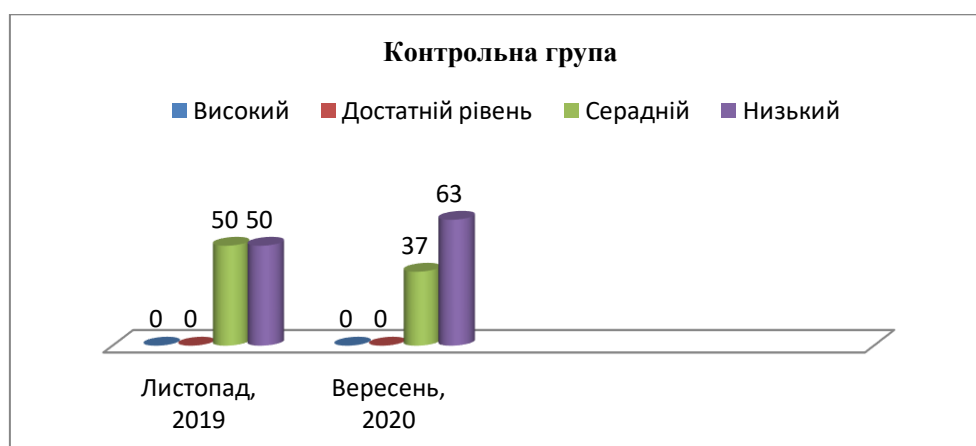


Рис.2. Результати контрольної групи до експерименту за методикою «Відшукування карток» [складено автором]

У дітей порівняльної групи результати становлять:

1) у листопаді, 2019:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 10%;
- середній рівень – 40%;
- низький рівень – 50%;

2) у вересні, 2020:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- середній рівень збільшився та становить – 50%;
- низький рівень залишився на показнику – 50% (рис. 3).

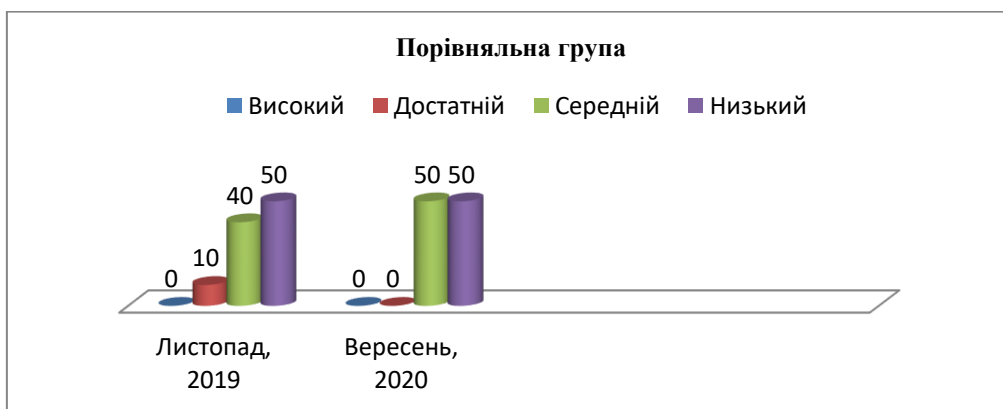


Рис. 3. Результати порівняльної групи до експерименту за методикою «Відшукування карток» [складено автором]

Таким чином можна зробити висновок, що станом на вересень 2020, показник рівня стійкості уваги, цілеспрямованості сприйняття у дітей контрольної та порівняльної групи (рис. 2, 3) знизився у порівнянні з показниками до проведення експерименту. Переважає слабка самоорганізація, низький рівень сформованості довільності та процесу сприйняття.

За допомогою методики «Лабіринти» С. Забрамної проводилось дослідження концентрації зорової уваги, зорово-моторної координації та вмінні організувати власну діяльність. За результатами були виявлені наступні показники:

1) листопад, 2019:

- високий рівень – 25%;
- середній рівень – 50%;
- низький рівень – 25%;

2) вересень, 2020:

- високий рівень зменшився та становить – 13%;
- середній рівень збільшився та становить – 74%;
- низький рівень зменшився та становить – 13% (рис. 4).

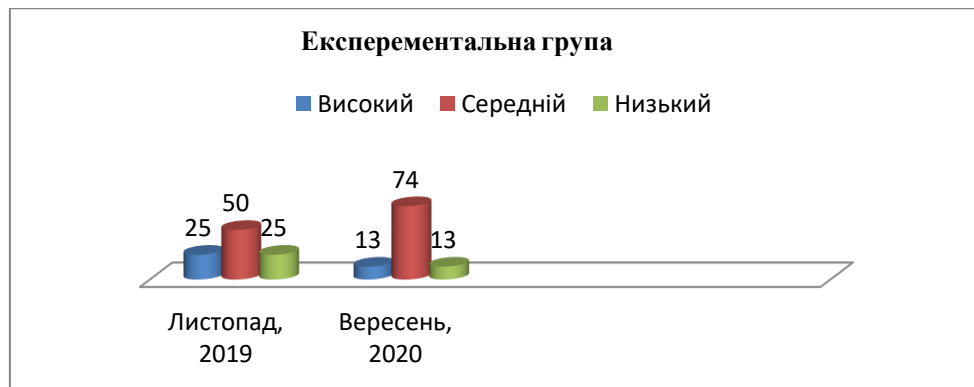


Рис. 4. Результати експериментальної групи до експерименту за методикою «Лабіринти» С. Забрамної [складено автором]

За допомогою методики «Лабіринти» С. Забрамної були виявлені наступні показники у дітей контрольної групи:

1) листопад, 2019:

- високий рівень – 24%;
- середній рівень – 38%;
- низький рівень – 38%;

2) вересень, 2020:

- високий відсутній та становить – 0%;
- середній рівень збільшився та становить – 63%;
- низький рівень збільшився та становить – 37% (рис. 5).

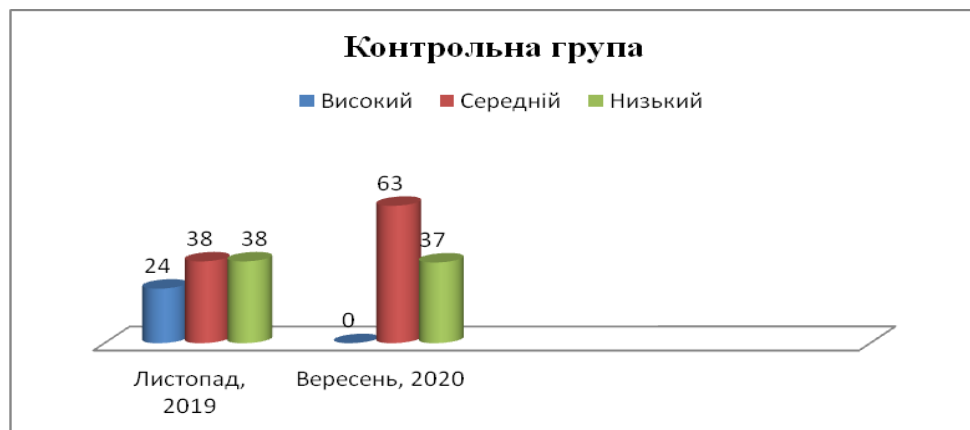


Рис. 5. Результати контрольної групи до експерименту за методикою «Лабіринти» С. Забрамної [складено автором]

У порівняльній групі отримали такі результати:

1) листопад, 2019:

- високий рівень – 10%;
- середній рівень – 60%;
- низький рівень – 30%;

2) вересень, 2020:

- високий відсутній та становить – 0%;
- середній рівень збільшився та становить – 70%;
- низький рівень не змінився та становить – 30% (рис.6).

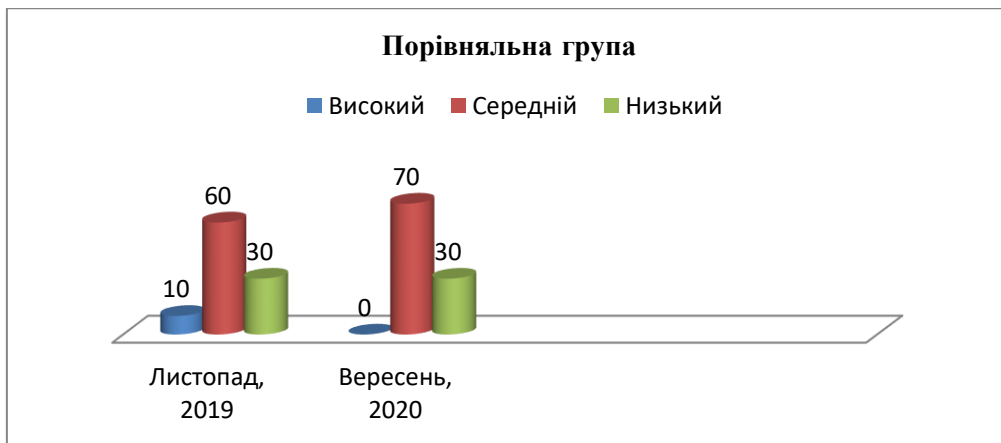


Рис. 6. Результати порівняльної групи до експерименту за методикою «Лабіринти» С. Забрамної [складено автором]

За даною методикою було виявлено зниження показників мотивації у дітей контрольної та порівняльної групи до виконання сумісного з фахівцем завдання, а також зниження рівня зорово-моторної координації, довільної уваги. Такий показник може свідчити про недостатність ігор та завдань у щоденній діяльності дитини на період карантину. Фактором результатів дітей експериментальної групи виступає використання в ігровій діяльності ігор та вправ. Для дослідження слухової уваги, довільності та вміння програмувати власну діяльність була використана методика «Виконання словесної інструкції». Результати, які отримали в експериментальній групі:

- 1) листопад, 2019:
  - достатній рівень – 0%;
  - середній рівень – 13%;
  - низький рівень – 87%;
- 2) вересень, 2020:
  - достатній – 13%;
  - середній рівень – 37%;
  - низький рівень – 50% (рис. 7).

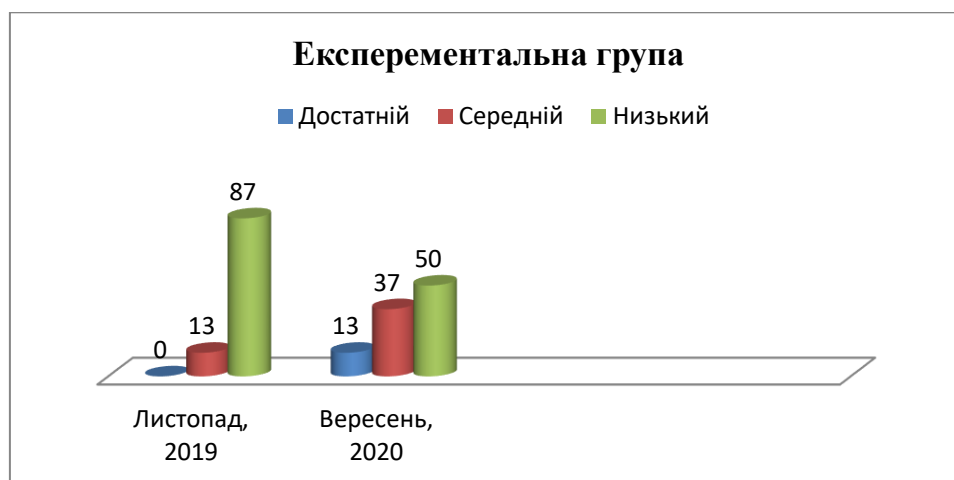


Рис. 7. Результати експериментальної групи до експерименту «Виконання словесної інструкції» [складено автором]

Результати, які отримали в контрольній групі:

1) листопад, 2019:

– достатній рівень – 0%;

– середній рівень – 13%;

– низький рівень – 87%;

2) вересень, 2020:

– достатній – 0%;

– середній рівень – 13%;

– низький рівень – 87% (рис. 8).

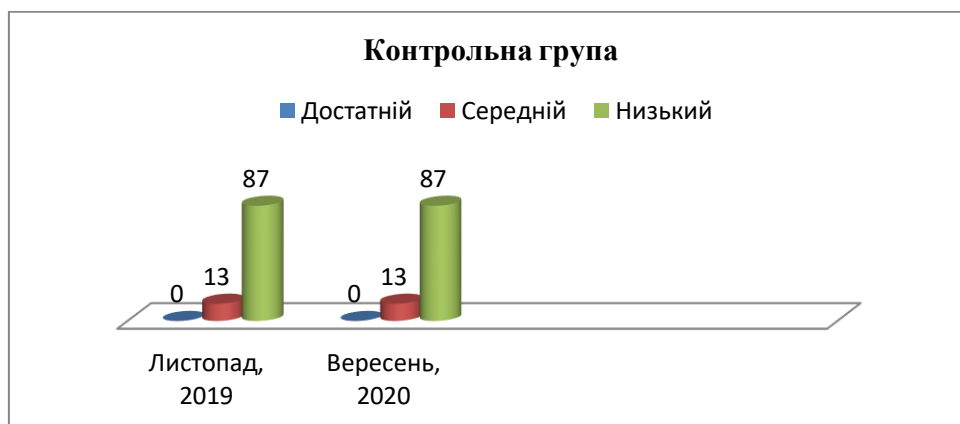


Рис. 8. Результати контрольної групи до експерименту «Виконання словесної інструкції» [складено автором]

Результати, які отримали в порівняльній групі:

1) листопад, 2019:

– достатній рівень – 0%;

– середній рівень – 20%;

– низький рівень – 80%;

2) вересень, 2020:

– достатній – 0%;

– середній рівень – 10%;

– низький рівень – 90% (рис. 9).



Рис. 9. Результати порівняльної групи до експерименту «Виконання словесної інструкції» [складено автором]

Результати, отримані в експериментальній групі (рис. 7) свідчать про продовження занять батьків з дітьми в період карантину, що сприяло продовженню процесу розвитку вміння планувати кроки виконання завдання. Результати, які висвітлені в контрольній та порівняльній групі (рис. 8, 9), дають підстави припускати, що у дітей не формувалась ці навички, рівень розвитку яких залишився майже на тому ж показнику.

За допомогою методики «Вербально-логічне мислення» О. Бернштейна досліджувались слухова увага, довільність та вміння програмувати власну діяльність та були визначені такі результати:

1) листопад, 2019:

– достатній рівень – 0%;

– середній рівень – 25%;

– низький рівень – 75%;

2) вересень, 2020:

– достатній – 0%;

– середній рівень – 38%;

– низький рівень – 62% (рис. 10).

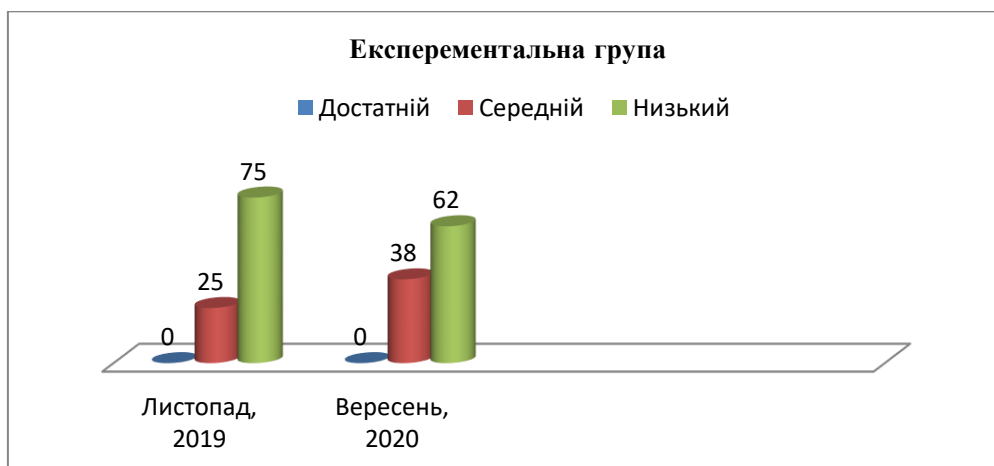


Рис. 10. Результати експериментальної групи до експерименту «Вербально-логічне мислення» О. Бернштейна [складено автором]

Результати, які отримали контрольній групі:

1) листопад, 2019:

– достатній рівень – 0%;

– середній рівень – 25%;

– низький рівень – 75%;

2) вересень, 2020:

– достатній – 0%;

– середній рівень – 13%;

– низький рівень – 87% (рис. 11).

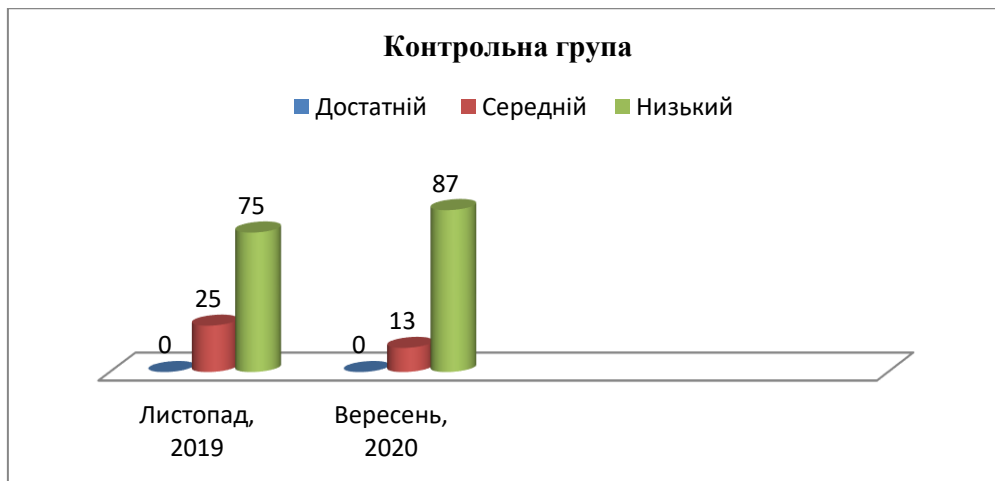


Рис. 11. Результати контрольної групи до експерименту «Вербально-логічне мислення» О. Бернштейна [складено автором]

Результати, які отримали в порівняльній групі:

1) листопад, 2019:

- достатній рівень – 0%;
- середній рівень – 20%;
- низький рівень – 80%;

2) вересень, 2020:

- достатній – 0%;
- середній рівень – 20%;
- низький рівень – 80% (рис. 12).

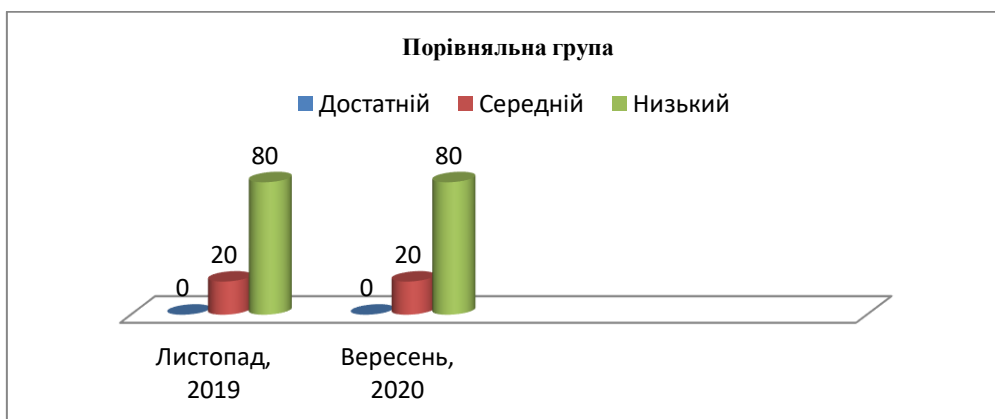


Рис. 12. Результати порівняльної групи до експерименту «Вербально-логічне мислення» О. Бернштейна [складено автором]

Результати, які отримані за методикою «Вербально-логічне мислення» О. Бернштейна, свідчать про значні складності, у дітей з ментальними порушеннями, скласти логічно-послідовної серії (в переважній більшості вдається скласти з 2 картинок). За відсутності мовлення або значному його порушенні діти не описують та не складають оповідання, але показують на картинках предмети або діючих героїв. Показники, виявлені в експериментальній групі (рис. 10) свідчать про ефективність запровадженої корекційної роботи та продовження батьками занять з дітьми.



Показники, виявлені в контрольній та порівняльній групі (рис. 11, 12) свідчать про повернення до результатів, виявлених у вересні 2019 року, не зважаючи на проведену корекційну роботу.

За допомогою методики «Соціально-емоційний розвиток» Т. Даніліної, В. Зегенідзе, були визначені показники: вміння діяти за інструкцією фахівця, вибірковість у відносинах, уміння розрізняти емоції, долучатись до сумісної діяльності в групових заняттях, засоби спілкування.

Результати, які отримали за методикою в експериментальній групі:

1) листопад, 2019:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- недостатній рівень – 75%;
- низький рівень – 25%;
- дезадаптація – 0%;

2) вересень, 2020:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 13%;
- недостатній рівень – 75%;
- низький рівень – 12%;
- дезадаптація – 0% (рис. 13).



Рис. 13. Результати експериментальної групи до експерименту «Соціально-емоційний розвиток» Т. Даніліної, В. Зегенідзе [складено автором]

Результати, які отримали за методикою в контрольній групі:

1) листопад, 2019:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- недостатній рівень – 50%;
- низький рівень – 50%;
- дезадаптація – 0%;

2) вересень, 2020:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;

- недостатній рівень – 37%;
- низький рівень – 63%;
- дезадаптація – 0% (рис. 14).

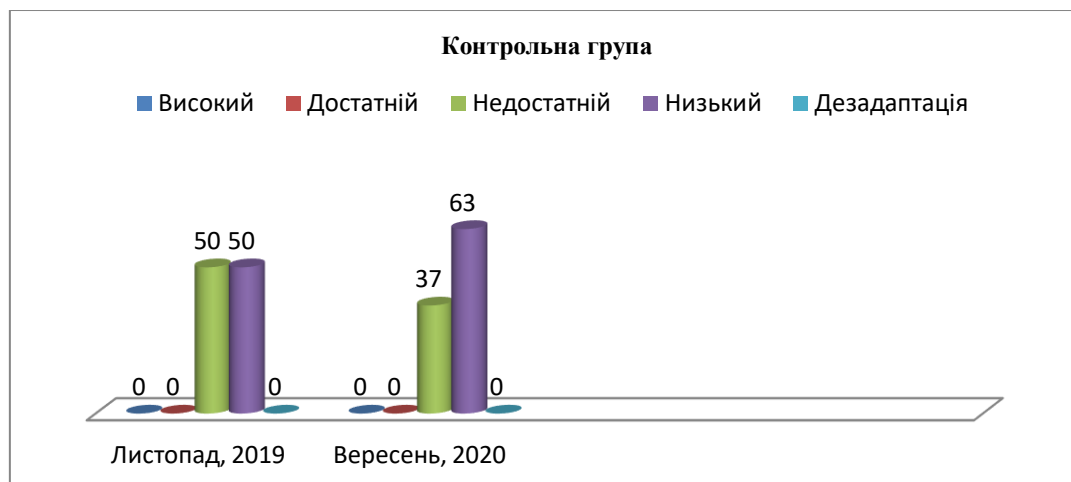


Рис. 14. Результати контрольної групи до експерименту «Соціально-емоційний розвиток» Т. Даніліної, В. Зегенідзе [складено автором]

Результати, які отримали за методикою в порівняльній групі:

1) листопад, 2019:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- недостатній рівень – 60%;
- низький рівень – 40%;
- дезадаптація – 0%;

2) вересень, 2020:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;
- недостатній рівень – 40%;
- низький рівень – 60%;
- дезадаптація – 0% (рис. 15).

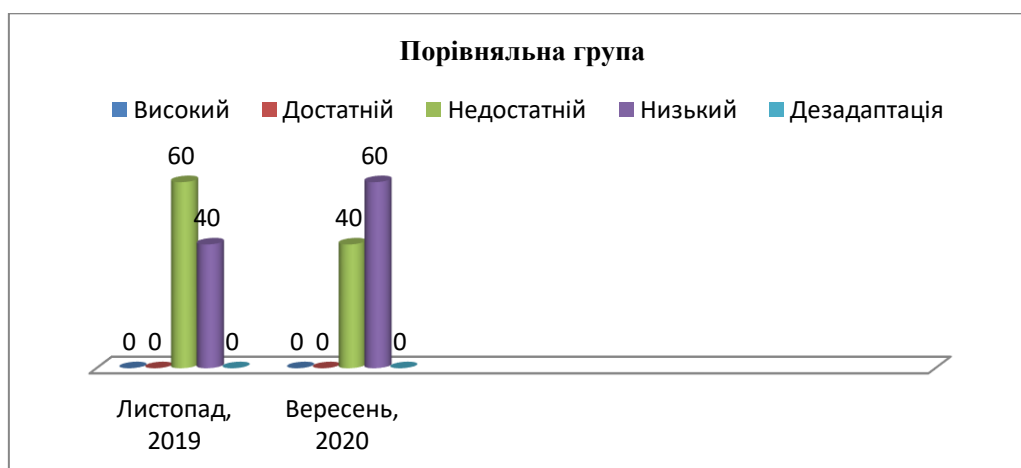


Рис. 15. Результати порівняльної групи до експерименту «Соціально-емоційний розвиток» Т. Даніліної, В. Зегенідзе [складено автором]

Враховуючи показники дослідження в експериментальній групі, порівнюючи їх з показниками в контрольній та порівняльній групі, можна стверджувати про результативність корекційної роботи та занять батьків з дітьми в період карантину експериментальної групи (рис. 13). Діти експериментальної групи стали більш розрізняти емоції, емоційні стани в залежності від ситуації та дій, розрізняти та показувати на малюнках дітей (дівчинка, хлопчик) та дорослих (мамо, тато, дідусь, бабуся), стали більш охоче включатись в сумісну діяльність з дітьми та фахівцями. У дітей контрольної та порівняльної групи (рис. 14, 15) залишилась (або стала проявлятися) вибірковість у відносинах з дітьми та фахівцями, недостатня мотивація для сумісних занять, посилювались прояви негативної поведінки (негативна реакція).

За допомогою методу експертного оцінювання «Соціальна компетентність та комунікативні навички», батьками дітей та фахівцями було заповнено «Профіль соціального розвитку дитини», в якому було досліджено розвиток соціальних та комунікативних якостей дітей сприяючись на повсякденні спостереження.

Результати, які отримали в експериментальній групі:

1) фахівці:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 13%;
- середній рівень – 62%;
- низький рівень – 25%;

2) батьки:

- високий рівень – 25%;
- достатній рівень – 37%;
- середній рівень – 25%;
- низький рівень – 13% (рис. 16).

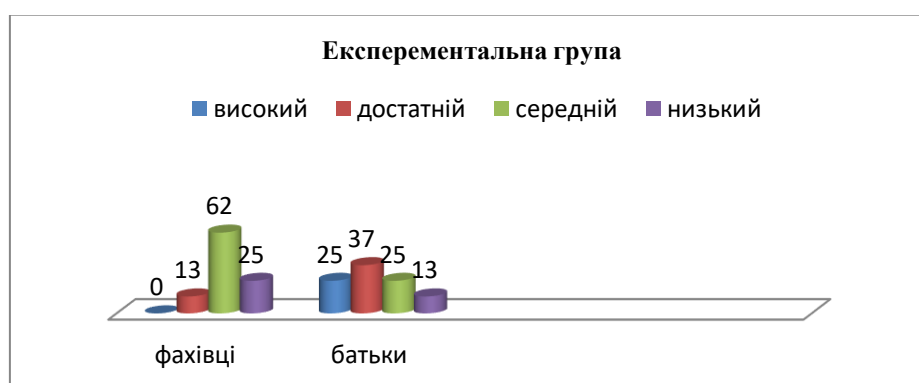


Рис. 16. Результати експериментальної групи до експерименту «Соціальна компетентність та комунікативні навички» [складено автором]

Результати, які отримали в контрольній групі:

1) фахівці:

- високий рівень – 0%;
- достатній рівень – 0%;

- середній рівень – 75%;
- низький рівень – 25%;
- 2) батьки:
  - високий рівень – 13%;
  - достатній рівень – 50%;
  - середній рівень – 37%;
  - низький рівень – 0% (рис. 17).

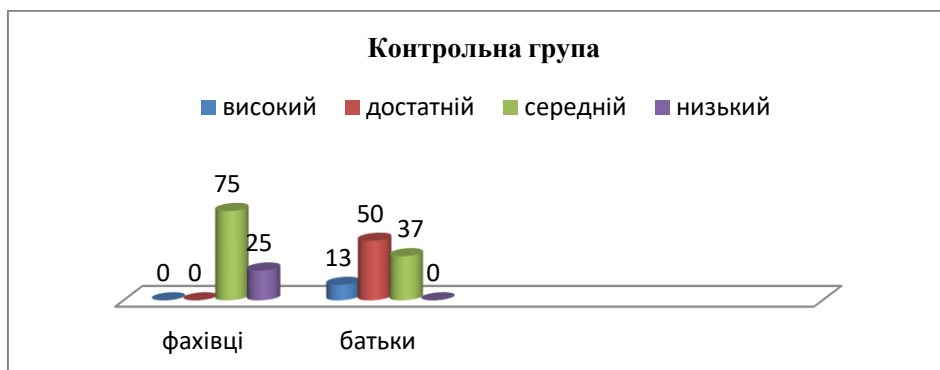


Рис. 17. Результати контрольної групи до експерименту «Соціальна компетентність та комунікативні навички» [складено автором]

Результати, які отримали в порівняльній групі:

- 1) фахівці:
  - високий рівень – 0%;
  - достатній рівень – 30%;
  - середній рівень – 60%;
  - низький рівень – 10%;
- 2) батьки:
  - високий рівень – 30%;
  - достатній рівень – 50%;
  - середній рівень – 20%;
  - низький рівень – 0% (рис. 18).

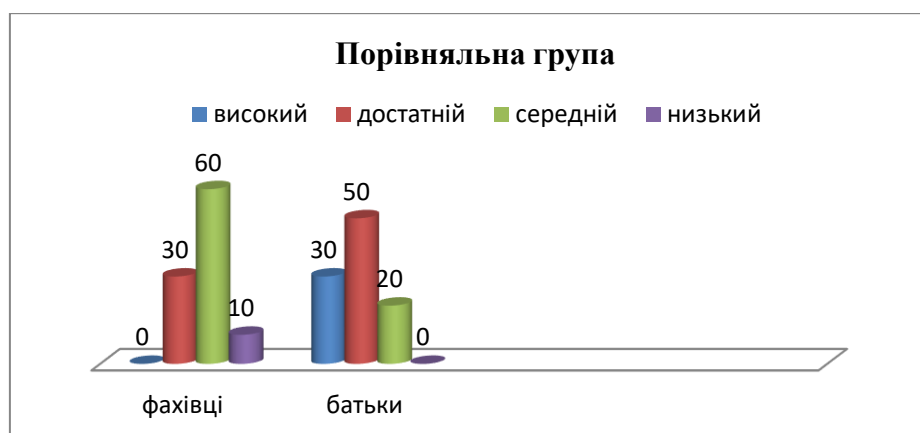


Рис. 18. Результати порівняльної групи до експерименту «Соціальна компетентність та комунікативні навички» [складено автором]

За допомогою даною методики виявлено результат оцінки фахівцями та батьками рівня соціального розвитку дітей. Значна різниця у показниках фахівців та батьків, дає підстави припускати, що переважна більшість батьків схильні значно завищувати рівень знань, умінь та навичок своєї дитини.

Також, у дослідженні було проведено порівняння відповідей батьків, які беруть участь в заняттях (присутні разом з дитиною під час заняття) і, які не беруть участі (не присутні разом з дитиною під час заняття) діти яких були в експериментальній, контрольній та порівняльній групі.

Результати, які отримали:

1) батьки беруть участь в заняттях:

- високий рівень – 10%;
- достатній рівень – 50%;
- середній рівень – 37%;
- низький рівень – 13%;

2) батьки не беруть участі в заняттях:

- високий рівень – 50%;
- достатній рівень – 40%;
- середній рівень – 10%;
- низький рівень – 0% (рис. 19).

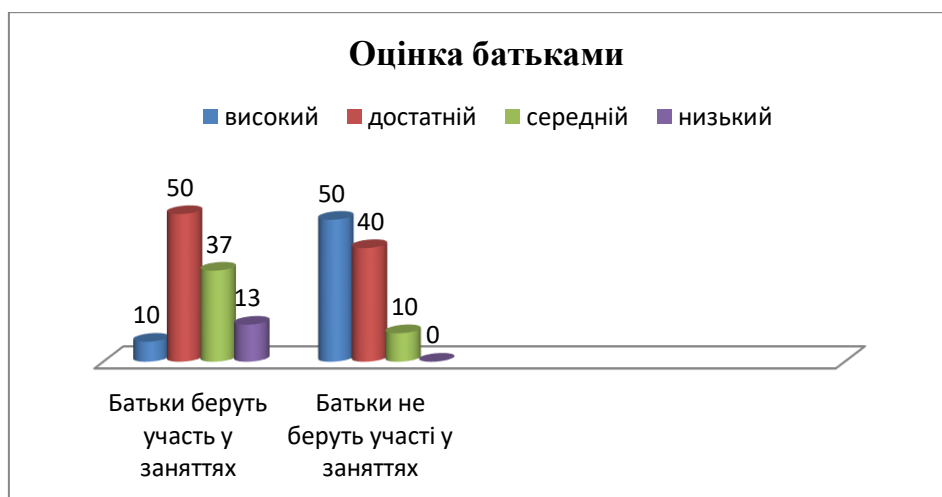


Рис. 19. Результати до експерименту «Соціальна компетентність та комунікативні навички». Оцінка батьками, які беруть та не беруть участі в заняттях [складено автором]

Таким чином, отримані дані вказують що переважна більшість батьків схильні перебільшувати рівень сформованості у дітей соціальних якостей, бажані припущення сприймають як дійсність. Батьки не звертають особливої уваги та не усвідомлюють значення розвитку комунікативних навичок у дитини, від якості яких залежить подальший процес та результат будь якої корекції та навчання. Це прослідковується у відповідях батьків не лише хто не бере участі у заняттях, а й тих, які щоразу присутні. Звичайно, значно більшою мірою це спостерігається у батьків, які не беруть участі в заняттях разом із своєю дитиною.

#### 4. Корекційні заходи з формування та розвитку комунікативних навичок

Таблиця 1. Корекційні заходи з формування та розвитку комунікативних навичок [складено автором]

Формування та розвиток навичок	Проведення корекційної роботи	
	Складові	Висновки за результатами
Співпраця з педагогом (керівна роль педагога)	Важливо правильно давати інструкції дитині. Інструкція надається дитині один раз, помірно голосно (так щоб дитина добре її почула, але не надмірно голосно), чітко. Не треба вживати додаткові слова. Коли багато разів повторювати інструкцію, додаючи в неї різні уточнення, описи дитина утруднюється в розумінні інструкції. В такому випадку є велика вірогідність не виконання інструкції дитиною. Максимальна кількість слів на початковому етапі 2-3, далі кількість можливо збільшити до 5 слів. Дитині необхідно надати час, щоб вона сприйняла інструкцію, зрозуміла і, як наслідок, відповіла дією. Але інструкцію можна повторити через 10 сек. Дитину треба хвалити за досягнення в навичках (особливо опанування нових), але обґрунтовано, не треба цього робити, якщо для цього немає явних підстав.	До навчання імітації необхідно щоб дитина оволоділа наступними навичками у співпраці з педагогом: сидіти, не встаючи з місця, під час виконання завдання (час необхідно збільшувати поступово, використовуючи цікаві для дитини ігри); підтримувати візуальний контакт (якщо у дитини аутизм – індивідуально, відповідно особливостей сприйняття дитини); під час виконання дитиною завдання її руки повинні знаходитись на столі (в залежності від вправи можливо і на колінах); концентрувати увагу на предметі, дивитись на нього, наслідуючи інструкцію педагога.

<p>Імітація (рухи)</p>	<p>Навички імітації для дитини критично важливі, вони є фундаментом будь якого навчання. Без уміння імітувати дій інших людей дитині вкрай складно буде вчитись надалі будь якої навички. Основа імітації – здатність імітувати новий рух, дію, реакцію (емоційну в тому числі), поведінку (комунікацію) в цілому. Здатність дитини імітувати виявляється у відтворенні нової моделі поведінки після, наприклад, фрази «зроби ось так», тобто навчання відбувається за допомогою прямої інструкції.</p>	<p>Скласти список з 20-30 простих рухів. Наприклад, поторкати ніс, поплескати в долоні, підняти м'ячик з підлоги, переступити через «місточок», присісти тощо. Тобто, починати треба з крупної моторики. Розпочинати з 3 найпростіших рухів. Кожного разу, звертаючись до дитини на ім'я, показувати і казати «зроби так». Якщо дитина робить щось хоч би схоже на цей рух, треба схвалювати та емоційно реагувати на успіх дитини. Повторювати кожен рух 3 рази у випадковому порядку. У разі засвоєння руху дитиною його треба видалити із списку. Список доповнити іншим рухом.</p>
<p>Імітація з предметами</p>	<p>Навчання імітації з предметами, поєднувати з навчанням навичкам самообслуговування: зняти/одягти шарф, шапку, взути капці тощо (тобто з дією, яку дитина може виконати самостійно, або із незначною допомогою). Також слід використовувати ігрові вправи з предметами. У разі успішного виконання дії дитиною (імітації), додавати нову імітацію, важливо – включити опановану імітацію в різні заняття, повсякденну діяльність (реальне життя).</p>	<p>Використовувати парні предмети для імітації з предметом, що відповідають статі (іграшки для хлопчика і дівчинки можуть різнитись) і віку дитини. Головне – дитині вони повинні подобатись, викликати зацікавленість, бажання торкнутись, взяти в руки). Тренувати імітацію простих ігрових дій (демонструвати та промовляти дію): скочувати м'яча з імпровізованої гірки «Я кочу і ти як я», «Моя машина їде по дорозі і твоя», «Я буду гараж і ти (ставити цеглини один на один). Важливо, після того, як побудували гараж обов'язково пограти в нього з машинами.</p>

<p>Вказівний жест</p>	<p>Для початку обрати іграшку (предмет), яка цікавить дитину. У разі того, якщо дитина зможе зімітувати дію, спочатку сам показує пальцем на іграшку (предмет) і чекає коли дитина скопіює його дію. Після того, одразу дати дитині бажану іграшку (предмет) в руки.</p> <p>Використовувати підказку «рука в руці», яка допомагає дитині в копіюванні вказівного жесту (якщо дитина не може повторити без підказки).</p> <p>Супроводжувати емоційним відгуком успішне виконання завдання дитиною, як самостійно так з допомогою. Поступово в підказці робить паузи задля того, щоб дитина намагалась відтворювати жест самостійно. Процес формування вказівного жесту не супроводжувати багатослівними коментарями чи додатковим поясненням, обмежитись первинною інструкцією у межах 2-3 слів і обов'язковим схваленням наприкінці виконання завдання.</p>	<p>Закріплювати набуту навичку у різних сферах діяльності: харчуванні (обрати те, що дитина хоче з'їсти – яблучко чи банан); іграх (яку обрати саме зараз для гри), перегляді картинок в книжках (яскраві, великі картинки з якісним художнім виконанням) тощо.</p> <p>У випадку, коли дитина після називання «Покажи котика» не показує її вказівним жестом, а хоче взяти картку в руку та показати її педагогу, тримаючи у руці, необхідно призупинити «ні, покажи». В процесі роботи використовувати широкий спектр дидактичних ігор, предметів побуту, формуючі розуміння вказівки «покажи».</p>
<p>Розуміння мовлення</p>	<p>Розпочинаємо проводити роботу з виконання простих інструкцій: «підійди до мене», «сідай на стілець», «відкрий (закрий) шафу», «викинь папірець у сміття» тощо. Такі вправи важливо виконувати в ході кожного зайняття, з акцентом на роботу в просторі. На першому етапі всі події відбуваються в одній кімнаті (кабінеті), тобто без переходу з приміщення в приміщення. В роботу залучаються батьки:</p>	<p>Використовувати з дітьми у яких відсутнє мовлення, або значні порушення мовлення прості інструкції з візуальною підказкою. Візуальною підказкою можуть бути предметні картки, світлини тощо. Наприклад: на столі лежать іграшки – машина і лялька. Надавати інструкцію «візьми ляльку» і відразу показувати картку, на якій зображена лялька. Слід підкреслити, що це сама проста схема, яка не потребує від педагога спеціальних знань. Звертати увагу на звучання слів: на первинному етапі слова повинні різнитись по звучанню (не навчати стіл – стілець, киця – лисиця тощо). Але задля використання в роботі системи</p>



	<p>«Віднеси мамі ляльку», «Поклади на стіл книгу», «Дай мені машину» тощо. Важливо слідкувати за своїми жестами, поглядами, положенням тіла задля того, щоб не давати дитині неусвідомлених підказок. Інструкція дитині говориться один раз. Саме від цього залежить розуміння зверненого мовлення дитиною. Успішним можна вважати той факт, що дитина виконує 8-10 простих інструкцій в просторі.</p>	<p>альтернативної та додаткової комунікації необхідне сертифіковане навчання методу PECS.</p>
<p>Розрізнення емоцій</p>	<p>Розуміння та розрізнення дитиною емоцій життєво важлива навичка, необхідна для комунікації, формування ігрових та навчальних навичок. На першому етапі вчити дізнаватися і називати основні емоції (радість, смуток, страх, гнів) на світлинах і піктограмах. На другому етапі застосовуються зображення життєвих ситуацій, які викликають у дитини різні емоції, почуття емпатії. Дитина повинна засвоїти, яку емоцію повинна викликати та або інша ситуація.</p>	<p>Підібрати якісні піктограми, світлини, картки, сюжетні малюнки, дитячі книжки з якісними ілюстраціями. Уважно моделювати відповідний вираз обличчя, тон голосу і ефект дії, під час демонстрації відповідної до емоції поведінки. Дитина повинна бачити і відчувати насправді «радість», яку їй показуємо: сила голосу, посмішка, можна плескати в долоні або вигукнути «Ух ти» або «Вау!». Робити більше, ніж проста зміна виразу обличчя, корисно трохи перебільшувати свої дії. Можна сказати, виявляємо свої акторські здібності. Дитині необхідно демонструвати глибину емоції, зображення якої чекаємо від неї. Під час занять комбінувати з формуванням та розвитком інших (перелічених вище) навичок, наприклад: дай мені сумну ляльку; покажи радісного хлопчика тощо. В процесі роботи стимулювати визначення емоцій та виражати їх на обличчі: що хлопчик відчуває? що ти відчуваєш? що я відчуваю? Можливо модулювати різні ситуації, в яких дитина буде сама показувати свої емоції, наприклад «Давай уявимо що в тебе сьогодні день народження? Тобі подарували подарунки. Тобі цікаво подивитись що там? Відкриваємо...». Дитина, яка навчається розуміти емоції легше реагує на підказки до відповідної комунікативної взаємодії: ти скривдив цим дівчинку, подивися, дівчинка дуже засмучена. Надалі використовувати узагальнення навички розрізняти емоції до рівня саморегуляції: ти виглядаєш</p>

		<p>засмученим, хочеш пограти у свою улюблену гру? Тобто, з дитиною обов'язково треба розмовляти, запитувати і ні в якому разі не вирішувати за неї коли пропонуємо вільний вибір. Дати дитині вирішити і обрати самостійно. Це комунікативна дія! Дитині слід допомагати в комунікації, наприклад: коли ти кричиш і робиш так (назвати), я починаю думати, що ти злишся. Я хочу, щоб ти попросив мене ввічливо і спокійно.</p>
<p>Розвиток навичок гри</p>	<p>Метод покрокового навчання ігровим діям – структурована гра, головна мета якої – навчання дитини умінню ділитися, виконувати дії по черзі і взаємодіяти з іншими дітьми. Чітка структура допомагає дитині зрозуміти, які кроки, уміння, дії і поняття потрібні для досягнення кінцевої мети гри. Кожен крок гри візуально позначається (предмет, картинка) і виставляється на дошці, далі – відкріпляється кожен пройдений крок у міру просування дитини в грі, щоб вона чітко бачила, в чому полягає наступна її стадія. Поступово знижувати об'єм допомоги. Дитина вчить необхідні для гри дії, з часом починає і завершує гру без сторонньої допомоги. Важливими для розвитку дитини залишаються вільні ігри.</p>	<p>Обрати гру, яка подобається дитині або викликає зацікавленість, і головне їй під силу. Враховувати сильні сторони дитини. Використовувати предмети, картинки, розміщуючи їх у відповідній послідовності. Для структурованих ігор краще всього підходять ті ігри, де є чітка мета і кінцівка, такі як: сортування різноколірних кубиків, пазли, головоломки, лото з картинками тощо. Пам'ятаємо про чіткість інструкції для дитини, час гри не повинен бути довгим. Можна робити кроки по черзі дитиною «спочатку ти – потім я».</p>

<p>Розвиток навичок групової комунікації</p>	<p>Розвиток навичок групової комунікації здійснювався шляхом залучення дітей до участі в індивідуально-групових (2-4 дитини) та групових (до 8 дітей) заняттях.</p> <p>Ігрові прийоми та ігри за видом діяльності (переважно): рухова, музична, образотворча, мовленнєва.</p> <p>Метою було – розвиток умінь, необхідних для спільної гри: повторювати прості дії, виконувати дії по черзі, ділитися іграшками, бути готовим до спілкування з іншими дітьми.</p>	<p>Проводиться День гри, створюється середовище для комунікації всіх дітей відділення (діти розподіляються по групах та підгрупах). Заняття спрямовані на створення позитивного настрою, радості від спілкування, підвищення комунікативної активності, відтворення набутих знань та та умінь в процесі індивідуальних занять.</p> <p>Проводяться сумісні ігри: рухливі; з музичним супроводом та з використанням дитячих музичних інструментів; творчі майстерні (малювання, ліплення, виготовлення поробок тощо). Метою групової комунікації є: увага на рухах та емоціях оточуючих; діяти за інструкцією (візуальна, словесна); вчити обирати іграшки для гри; уміння розподілити іграшки з іншою дитиною (парна взаємодія); брати участь в групових спільних діях; виконувати інструкції дорослих; вдосконалювати рухи великої та дрібної моторики; розвиток слухової уваги; утримання зорового контакту тощо.</p>
--	--	--

У зв'язку із закриттям відділень на час карантину, стало неможливим продовжити заплановану корекційну роботу. Батьки експериментальної групи погодились продовжити співпрацю у дистанційному форматі. На початку роботи з батьками було проведено анкетування результати стали підґрунтям для розуміння особливостей кожній сім'ї задля побудови співпраці та надання консультативної допомоги.

У вересні 2020 року проведено опитування щодо труднощів, які батьки відчували у період самостійної діяльності з дітьми, досягнутих успіхів. За допомогою опитування було виявлено труднощі у батьків експериментальної групи в процесі занять з дітьми: дотримуватись режиму дня – 75%; мотивувати себе, не «прогулювати» – 50%; мотивувати дитину – 100%; дистанційна форма спілкування – 38%; прояви небажаної поведінки у дитини – 75%; негативні емоції від неуспіху дитини (звинувачення себе у неспроможності) – 100%; дотримуватись часу заняття – 50%; досягати мети заняття – 100%; дотримуватись рекомендацій – 25%. Таким чином, це показує наскільки батькам було не просто, впродовж тривалого часу, навчати свою дитину самостійно, прикладати зусилля задля досягнення результату та рідити успіхам.

Проведення експерименту відзначалось рядом труднощів, пов'язаних із особливостями психічного розвитку дітей з ментальними порушеннями, які в переважній більшості не вербальні або із значним порушенням розвитку мовлення. Більшість батьків не усвідомлювали важливість розвитку у дитини комунікативних навичок, перевага віддавалась виключно корекційним заняттям іншого змісту і спрямування. Запровадження карантинних заходів,

пов'язаних із COVID-19, закриття відділень, обмежило термін проведення експерименту, але за відведений час вдалось виявити ряд труднощів в оволодінні дітьми комунікативними навичками: дітям важко планувати свою діяльність, усвідомлювати та діяти за інструкцією (правилами), наслідувати дії; необхідне додаткове, не одноразове пояснення завдання, надання підказок; існує нагальна потреба у чіткому візуальному зразку дій, візуалізація «зараз-потім»; при відсутності зворотної комунікації діти відчувають негативні емоції, які в свою чергу, – негативні прояви поведінки; переважна більшість батьків схильні значно завищувати рівень знань, умінь та навичок своїх дітей.

З метою полегшення процесу навчання комунікативним навичкам, при плануванні корекційної роботи з дітьми, було використано методи, спрямовані на подолання складнощів в засвоєнні інформації, прояву ініціативи, підвищення мотивації до співпраці з фахівцями і участь в спільній діяльності з однолітками [19]. Для кожної дитини, разом з батьками, було знайдено індивідуальний мотивуючий стимул, що допомагало уникати стресу, також використовувались схвалення, як соціальний наслідок задля досягнення успіху.

Враховуючі результати експерименту, було переглянуто цілі в індивідуальних картах реабілітації дітей, внесено зміни та додатково включено форми роботи та методики: комунікативні ігри, візуалізація подій (соціальні історії), альтернативна та додаткова комунікація (картки), емоційний розвиток.

#### *Література:*

1. Бочелюк В.Й., Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури. 2020. 264 с.
2. Гладченко І.В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання та виховання розумово відсталих дітей у спеціальних дошкільних закладах» (програма з ігрової діяльності, методичні рекомендації, дидактичні матеріали). К. 2012. 112 с.
3. Гордій Н.М. Визначення ролі гри та іграшок у розумовому вихованні дітей у сім'ї. *Підготовка бітків до виховання дітей у педагогічній журналістиці: монографія*. Суми: ВВП «Мрія». 2016 183 с.
4. Душка А.Л. Дитина з розладами аутистичного спектра. Харків: Вд-во «Ранок», ВГ «Кенгуру». 2018. 32 с.
5. Іванова І.Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації. *Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів*. К.: Логос. 2000. С. 58-74.
6. Конопляста С.Ю., Сак Т.В., Шеремет М.К. Логопсихологія: навч. посібник. К.: Знання. 2010. 293 с.
7. Кричковська Т.Д. Психологія аномального розвитку: навч. посіб.: навч. посіб. К.: КНТ. 2019. 165 с.
8. Кукуруза А. Технологія раннього втручання: принципи, алгоритм, зміст (методичні рекомендації). Харків: Національна академія медичних наук України, МОЗ України. 2017. 37 с.
9. Навчання дітей з важкими розумовими вадами: посібник для вчителів. Львів: Галицька видавнича спілка. 2001. 160 с.

10. Нагорна О.Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник. Рівне. 2016. 141 с.
11. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. К. 2018. 252 с.
12. Пітерс М., Трелоар Р. Маленькі сходинки. Програма раннього втручання для дітей із затримкою розвитку. Рівне. 2005. Режим доступу <http://busk.irc.org.ua/korekcijni-programi-dlya-ditej-ranogo-viku-16-44-43-07-02-2019/>
13. Рахманов В. Аутизм. Аутического круга (спектра) расстройства. Методы оказания помощи. За и против. Днепр: РИА «Днепр-VAL». 2019. 379 с.
14. Родіна Н.В. Патопсихологія з елементами нейропсихології: навчально-методичний посібник. Одеса: ОНУ ім. І.І. Мечникова. 2015. 196 с.
15. Сварник М. Інклюзивна освіта в Україні: попередній аналіз ситуації. *Інклюзивна освіта. Збірник матеріалів проекту*. К. 2013.
16. Соснін О.В. Комунікативна парадигма суспільного розвитку: навч. посіб. К.: НАДУ. 2011. 220 с.
17. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / За ред. проф. А.Й. Капської. К.: ДЦССМ. 2003. 168 с.
18. Шевцов А.Г. Методичні основи соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: Монографія. К.: НТІ «Інститут соціальної політики». 2004. 240 с.
19. Штраусова Р., Кноткова М., Матлова І. Візуальний словник соціальних ситуацій. Для дітей з розладами аутистичного спектру. APLA. Прага. 2016. 126 с.
20. Dodds M., Schwartz S., Tracey A. sc Rose S. The effects of social context and verbal skill an the stereotypic and task involved behaviour of autistic children. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1988. 29. P. 669-676.
21. Franclin H. Silverman. Communication for the Speechless: An Introduction to augmentative Communication for the Severely Communicatively Impaired. Englewood Cliffs. NJ.: Prentice Hall. 1989. 346 p.
22. Quill K.A. Teaching Children with Autism: Strategies to Enhance Communication and Socialization. NJ.: Cengage Learning 1995. 356 p.

## 2.9. Stress-related maladaptation in children of the first year of education

### Стресасоційована дезадаптація у дітей першого року навчання

Серед «Глобальних цілей сталого розвитку до 2030 року», визначених Організацією Об'єднаних Націй, одними з головних є добре здоров'я населення та його благополуччя. Саме на цьому наголошував президент Європейського конгресу дитячих лікарів професор M.Burlea (Europaediatrics 2017, м.Бухарест, Румунія, 2017), підкреслюючи необхідність розвитку взаєморозуміння у сфері збереження здоров'я дітей в країнах Європи та поліпшення якості надання медичної допомоги дитячому населенню континенту. В сучасних умовах в Україні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція до невпинного збільшення рівня загальної захворюваності та поширеності хронічних хвороб, при цьому протягом останніх двох десятиріч визначається тривожна тенденція – зменшення кількості здорових дітей на тлі зменшення чисельності дитячого населення [3].

Практично незамінним та єдиним після сім'ї важливим фактором, що впливає на стан здоров'я дітей є навчальний заклад, оскільки, при вступі дитини до школи змінюється соціальна складова її розвитку. Рівень психоемоційного та фізичного навантаження дітей в школі викликає хронічне напруження механізмів адаптації та може призводити до її зриву. На перший план виступають аспекти, що стосуються розвитку особистості учнів, формування у першокласників навичок засвоювання знань – основної форми учбової діяльності, притаманної даному віку.

Процес адаптації в цей період має характер стресової реакції, особливо в теперішній час, коли постійно змінюються напрямки початкової освіти та форми навчання (періодичний перехід на дистанційний варіант).

Утруднює це становище і вплив складних соціально-економічних умов багатьох сімей, що призводить, в першу чергу, до нераціонального харчування, недотримання режиму дня та відпочинку, недостатнього перебування на свіжому повітрі, тощо.

До причин, що можуть сприяти зниженню стресостійкості і розвитку дезадаптації у школярів, можна віднести недостатність цілого ряду біотиків в організмі, зокрема, таких як вітаміни, макро- і мікроелементи, поліненасичені жирні кислоти, дефіцит яких впливає на фізичний та розумовий розвиток, емоційний стан дитини і призводить до зниження пізнавальних та психомоторних функцій в усіх вікових групах.

Незважаючи на значну кількість досліджень, проведених за останнє десятиріччя, в яких представлені результати вивчених особливостей біологічного, когнітивного, соціального розвитку дітей шкільного віку, в літературі майже відсутні роботи, що стосуються розвитку шкільної дезадаптації, як прояву стресасоційованого розладу у зв'язку з недостатністю в організмі визначених біотиків.

Між тим, в останні роки доведена важлива роль вітаміну D в регуляції метаболічних процесів головного мозку, формування психомоторних

функцій у дітей та показаний вплив поліненасичених і окремих насичених жирних кислот на процеси життєдіяльності нейронів та їх функціональний стан [1; 2].

В цьому аспекті набуває актуальності вивчення забезпеченості організму дітей молодшого шкільного віку вітаміном D та поліненасиченими жирними кислотами (ПНЖК) і обґрунтування можливостей використання саплементації цими біотиками для нівелювання проявів стресасоційованих станів (шкільної дезадаптації) і підвищення готовності до навчального процесу [21].

**Мета дослідження** – проаналізувати особливості профілактики та корекції проявів шкільної дезадаптації, як стресасоційованого розладу у дітей молодшого шкільного віку.

Останні 10 років в Україні зберігається тренд до зменшення народжуваності, а через війну його масштаби стають катастрофічними: для того, щоб забезпечити відтворення поколінь коефіцієнт народжуваності має становити щонайменше 2.15 на одну жінку. Падіння народжуваності в Україні почалось з 2013 рок, а з початком російської агресії в 2014 р народжуваність знизилась вже на 7.5%. а в 2015 році на 11,6%. За період з 2013 по 2021 рік народжуваність в країні впала майже в 2 рази (з 503,7 тис до 277,8 тис). У 2023 році коефіцієнт народжуваності не перевищив 0,8 (народилось 187387 дітей), а за перші півроку 2023 р. в країні народилось на 9% менше дітей, ніж за аналогічний період 2022 року і на 28% менше дітей, ніж за перші 6 міс 2021 року. До початку повномасштабної війни в ООН констатували, що населення України скорочується одним з найшвидших темпів у світі, а з початком війни прогноз такий, що до 2030 року населення України скоротиться до 35 млн.

Стан здоров'я є комплексним поняттям та визначається за ВООЗ як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів». Саме тому на стан здоров'я з точки зору зовнішніх факторів впливає не тільки сім'я, оточуюче середовище та соціум, але й і навчальний заклад, оскільки, при вступі дитини до школи повністю змінюється соціальна складова її розвитку. І більшою мірою це пов'язано з механізмами адаптації дитини, що стосуються розвитку особистості учнів в нових умовах та формування у першокласників навичок засвоювання знань [9]. В цей період адаптація функціонально має характер стресової реакції, що в теперішній час посилюється за рахунок зміни напрямків початкової освіти та форми навчання (періодичний перехід на дистанційний варіант), становища і впливу складних соціально-економічних умов багатьох сімей, а саме нераціонального харчування, недостатнього перебування на свіжому повітрі, занять фізичною культурою, недотримання режиму дня та відпочинку, тощо.

Розлади адаптації мають достатньо високу частоту зустрічаємості, як в дорослій, так і дитячій популяції і супроводжуються негативними соціальними та медичними наслідками: за даними різних авторів частота зустрічаємості розладів адаптації має суттєві коливання – від 1 до 21% у

популяції [18; 25]. Такі відмінності пояснюються використанням різних методів дослідження, обстеженням специфічних соціальних груп, труднощами діагностики, а також поліморфним характером даної нозографічної категорії.

В МКХ (міжнародна класифікація хвороб X перегляду) розлади адаптації віднесені до рубрики розладів, пов'язаних зі стресом (stress – related disorders) [8], а в DSM-4 вони виділені в окрему рубрику і описуються як психічні розлади, в патогенезі яких емоційний стрес відіграє важливу роль [13].

За визначенням багатьох провідних фахівців, стрес – це загальна (неспецифічна) реакція організму на фізичний або психологічний вплив, що призводить до порушень гомеостазу організму (постійність внутрішнього середовища) та до змін стану нервової системи [22; 30]. Частота стресу і психічного напруження є досить високою у дітей і підлітків. Умовно стрес розділяють на еустрес, дистрес, емоційний, фізичний [19]. Але незважаючи на цей умовний розподіл, стрес має загальні неспецифічні риси і протікає у три стадії: – починається з первинної тривоги, змінюється періодом опору і закінчується виснаженням, що завжди впливає на емоційний і фізичний стан дитини, визначаючи ризик розвитку хронічних захворювань вже в дорослому житті [7]. На сьогодні вже доведено, що з точки зору реакції організму, стрес – це системна нейроендокринна відповідь, яка активується поєднаною дією симпатичної нервової та ендокринною системами [26; 32].

На сьогодні дані багатьох досліджень демонструють, що для виникнення і розвитку розладів адаптації необхідна наявність емоційно-стресового впливу. Ця стресова ситуація має відповідати наступним критеріям: не повинна загрожувати життю, фізичному та психічному благополуччю, а також не повинна бути надзвичайною для конкретної людини. Існують типові стресові події, які і можуть приводити до порушень психічної адаптації: зміна укладу життя, зміна соціального статусу (наприклад, початок навчання у школі), зміна кліматичної зони проживання, підвищене фізичне та емоційне напруження, розлука з рідними [13; 22; 30]. Але слід відмітити, що прояви клінічної картини у різних пацієнтів може суттєво відрізнятися: за своїми проявами, розлади адаптації достатньо варіабельні [35]. Автори виділяють достатньо типові клінічні варіанти, які характеризуються превалюванням тривожної або депресивної симптоматики, або їх комбінацією; описані клінічні форми з превалюванням психовегетативних і астеничних розладів; також клінічній картині можуть домінувати агресивні, гнівливі реакції, порушення поведінки [18; 34].

Тривалість клінічних проявів стрес-асоційованих розладів у відповідності до діагностичних критеріїв може тривати від декількох місяців до 2 років, тривалість розладів адаптації може коливатися від декількох місяців до 2-х років і може проявлятися у вигляді як короточасних стресових реакцій, так і тривалих психогенних розладів [22; 30]. Тривалість також залежить від перебігу. Виділяють сприятливий, затяжний і несприятливий перебіг. При сприятливому перебігу спостерігається регрес



симптоматики з подальшою нормалізацією стану здоров'я. При зтяжному перебігу виділяють два варіанти: по типу зтяжних дезадаптаційних реакцій від 6 місяців до 2 років та по типу мішированих реакцій, що повторюються і виникають після періодів відносної нормалізації стану. Несприятливий перебіг характеризується поглиблення психічної та соматичної симптоматики.

Прогноз спроможності людини адаптуватись до змін в житті або психотравмуючої події залежить від багатьох факторів: як індивідуальних, так і загальних. До них відносяться психологічні характеристики пацієнта, наявність або відсутність родинної та соціальної підтримки, наявність астенизуючих впливів, таких як додаткове навантаження (фізичне, розумове, емоційне), інтоксикація, соматичні захворювання та інше [9; 25].

До джерел стресу у дітей більшою мірою відносяться шкільні та родинні проблеми (такі, як розлучення батьків, їх безробіття, розставання із друзями, пресинг з боку однолітків, переїзд родини), хронічні важкі захворювання або інвалідність батьків, та відсутність адекватних копінг-стратегій подолання й адаптації до стресів у родині. Також американськими дослідниками встановлено, що стресові події можуть погіршувати самоконтроль, і в цих випадках пов'язана зі стресом імпульсивна поведінка може трактуватися невірно – наприклад, як дефіцит уваги і гіперактивність, і в цих випадках ведення пацієнта може бути невірним та не мати очікуваних позитивних результатів [14].

Ще одним потужним стресогенним чинником є екологія. Так, австралійськими вченими встановлено, що діти особливо чутливі до таких змін клімату, які негативно впливають на їх здоров'я, а саме: за рахунок збільшення забруднення повітря, різких змін погодних умов, коливань температури і атмосферного тиску, зниження якості води, нестачі екологічно чистого і якісного харчування, потужного впливу токсинів. Внаслідок цього підвищується ризик інфекційних, алергічних захворювань, хвороб органів дихання, а також стрес-пов'язаних психосоматичних розладів [36].

Особливо це стосується школярів початкових класів, у зв'язку з тим, що початок їхнього навчання потребує від них адаптаційних зусиль, враховуючи значну зміну умов шкільного середовища. Утруднює це становище вплив складних соціально-економічних умов багатьох сімей, що призводить до нераціонального харчування, недотримання режиму дня та відпочинку, недостатнього перебування на свіжому повітрі, тощо [16].

Ключову роль в реалізації стресу відіграє стан гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та вегетативна нервова система, і від їх функціонального стану залежить адекватність процесів, які виникають як відповідь на дію стресорних факторів, а саме дестабілізація глутаматергічної системи, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також гіпоксії і енергодефіциту клітин і тканин, що лежать в основі порушення адаптації до стресів і подальшому розвитку психосоматичних захворювань.

Найбільш пріоритетним соціальним завданням сучасної медицини є зміцнення здоров'я підростаючого покоління, але відсутність показників так

званої "норми здоров'я" не дозволяє чітко диференціювати відхилення в його стані, особливо, на донозологічному етапі. Особливу увагу педіатрів завжди викликали хронічні захворювання дитячого віку, як фактор формування патології, інвалідності та смертності у подальші вікові періоди. Доведено, що ефективна корекція здоров'я можлива на етапі функціональних порушень, які прогресуючи від преморбідних станів до органічних уражень органів та систем, стають ланкою, яка з'єднує норму та патологію. В той же час, у критичні періоди розвитку дитини (початок навчання у школі), саме функціональні порушення сприяють та обтяжують органічну патологію.

Численні дослідження останніх років констатують зниження у сучасної дитини резистентності та адаптаційно-компенсаторних резервів. Особливо це стосується дітей молодшого шкільного віку і пов'язується не лише з еко-біологічними, а й з соціально-економічними факторами сучасного життя. Хронічні стреси, урбанізація, перенавантаження шкільних програм, різні форми навчання (періодичний дистанційний варіант), гіподинамія, тощо, призводять до дисгармонії фізичного, емоційного та інтелектуального розвитку дитини.

Відомо, що до 80,0% дитячого населення мають ті чи інші порушення здоров'я або хронічні захворювання. Їх успішна профілактика залежить від ранньої ідентифікації та модифікації числених факторів ризику, серед яких увагу дослідників все більше привертає полінутритивна недостатність.

Дані досліджень свідчать, що сучасний тип харчування не задовольняє потреби дітей у біотиках, а питанням організації харчування школярів, постійному забезпеченню їх раціонів достатньою кількістю есенціальних нутрієнтів приділяється недостатня увага.

Останніми роками в регуляції фізіологічних процесів в організмі велика увага надається ролі вітаміну D<sub>3</sub> та поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК). Доведено, що більше 40% населення має дефіцит вітамінів групи В, С, А та Е, а також мікроелементів (заліза, цинку, йоду, магнію). При цьому, виявляемий дефіцит має характер комплексної недостатності, яка існує не лише зимою та навесні, а й влітку. Цей факт вказує на те, що корекція та профілактика дефіцитних станів повинна бути не сезонною, а проводитись протягом всього року. Таким чином, через аліментарно-залежні стани, формуються порушення фізичного розвитку та хронічні захворювання. При цьому, клінічні симптоми частіше всього або виражені нечітко або зовсім відсутні протягом довгого часу, а пов'язані з розвитком дефіциту метаболічні зміни розвиваються дуже повільно і можуть маніфестувати при наявності будь-якого напруження в житті дитини, що переважає її компенсаторно-резервні можливості [2].

Особливо це стосується дітей молодшого шкільного віку з початком навчання у школі – складному і відповідальному стані в їх житті. Діти 6-7 років переживають психологічну кризу, пов'язану з необхідністю адаптації до школи. Діти реагують на стан невизначеності всією своєю суттю: у них порушується біологічна і психологічна рівновага, знижується стійкість до стресів, зростає напруженість.

Зміна умов життя й діяльності здатні викликати у першокласників емоційну дезадаптацію. Такі реакції дітей на шкільні труднощі, як почуття тривожності, невпевненості, страх перед учителем, однокласниками, виконанням завдань, занурення в себе, розгальмована або загальмована поведінка, свідчать про явні ознаки емоційної дезадаптації і наявність хронічного стресу. Тобто, виникають стани, які можуть бути віднесені за МКХ-10 до розділу F 43.25 "Змішані розлади емоцій і поведінки, які обумовлені розладом адаптації" [8].

Стан здоров'я дітей сьогодення взаємопов'язаний з двома важливими механізмами – здібністю до адаптації і можливістю покращити навколишнє середовище, у тому числі, екологічне, психологічне, а також подолати полінутритивну недостатність (дефіцит споживання білків, вітамінів, мінералів і мікроелементів), тобто оптимізувати умови, в яких проходить розвиток дитини.

Наукові літературні джерела свідчать, що недостатність забезпеченості організму вітаміном D та ПНЖК, навіть у незначній мірі, може бути причиною розвитку багатьох захворювань, зниження адаптаційних можливостей організму дітей. Тому, своєчасне визначення ступеню забезпеченості організму дитини вітаміном D та ПНЖК і корекція їх нестачі має велике значення для підтримки здоров'я, особливо на початку та у процесі їх систематичного навчання [1; 2; 3; 4; 5; 6].

Для досягнення поставленої мети була обстежена 101 дитина із 250 оглянутих дітей молодшого шкільного віку 6-8 років (учнів 1-2 класів) після проведеного їм скринінгового клінічного обстеження вузькими спеціалістами (I етап дослідження). Обстежені діти були розподілені на дві групи: I групу склали діти з проявами шкільної дезадаптації (74 дитини), групу співставлення (II) склали 27 дітей, у яких період адаптації до навчання мав фізіологічний характер, відповідно їх віку (розподіл проводили методом незалежної послідовної рандомізації).

При тривалому або багаторазово повторюваному стресі розвиваються або загострюються хронічні соматичні захворювання. Поширеність психосоматичних розладів в дітей становить від 10 до 25% [10; 14; 27].

Тривога і депресія – найчастіші наслідки як екстремальних, так і тривалих, хронічних стресів, які супроводжують початок систематичного навчання у дітей молодшого шкільного віку. При цьому, почуття тривоги під час стресу можуть відчувати і здорові діти. Але, хронічний стрес сприяє формуванню патологічної тривоги, що завжди призводить до виснаження адаптаційних можливостей організму.

Визначення типологічних особливостей дітей дало змогу більш глибоко проаналізувати адаптаційні можливості даного контингенту, насамперед, шкільної адаптації та тривожності. Вступ дитини до школи пов'язано з виникненням найважливішого особистісного новоутворення – внутрішньої позиції школяра. Внутрішня позиція – це той центр мотивації, який забезпечує направленість дитини на навчання, його емоційно-позитивне відношення до школи, прагнення відповідати образу хорошого учня. У тих

випадках, коли найважливіші потреби дитини, які відображують внутрішню позицію школяра, не задоволені, вона може переживати стійке емоційне неблагополуччя: постійне очікування неуспіху в школі, поганого відношення до себе з боку вчителів та однокласників, боязливість школи, небажання її відвідувати.

Особистісно-орієнтовне навчання передбачає передусім активізацію внутрішніх стимулів навчання. Такою внутрішньою силою є мотивація навчання. По змінам цього параметра можна судити про рівень шкільної адаптації дитини, ступеню оволодіння навчальною діяльністю та задоволенню дитини.

Шкільна тривожність – це порівняно м'яка форма проявлення емоційного неблагополуччя дитини. Вона виражається в підвищеному хвилюванні в навчальних ситуаціях в класі, очікуванні поганого відношення до себе, від'ємної оцінки з боку вчителів, однолітків. Дитина постійно відчуває свою неадекватність, неповноцінність, не впевненість в правильності своєї поведінки, своїх рішень. Як правило, це не викликає стурбованості дорослих, а між тим тривожність, в тому числі і шкільна – це один з передвісників неврозу [4; 6].

Оцінити рівень шкільної мотивації можна за допомогою спеціальної анкети, відповіді на 10 запитань якої оцінюються від 0 до 3 балів (від'ємна відповідь – 0 балів, нейтральна – 1, позитивна – 3 бали).

Діти, які набрали 25-30 балів, характеризуються високим рівнем шкільної адаптації (ША), 20-24 бали – характерні для середньої норми, 15-19 балів вказують на зовнішню мотивацію, 10-14 балів свідчать про низьку ША та нижче 10 балів – про негативне відношення до школи, шкільну дезадаптацію.

Дітей зі шкільною тривожністю можна виявити після адаптаційного періоду до школи, після закінчення першої чверті, коли у більшості дітей проходить ситуативна тривога, яка пов'язана зі вступом до школи. Зробити це можливо за допомогою спеціального тесту тривожності.

Експериментальний матеріал – 14 малюнків розміром 8,5×11 см. Кожний малюнок представляє деяку типову для молодшого учня ситуацію.

На основі протоколів підраховується індекс тривожності дитини (ІТ), який дорівнює відсотковому відношенню числа емоційно негативних відповідей до загального числа малюнків. Залежно від рівня тривожності діти підрозділяються на 3 групи: високий рівень тривожності (ІТ вище 50%), середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%), низький рівень тривожності (ІТ від 0 до 20%).

У обстежених дітей з проявами ШД було виявлено, що більше половини з них (57,42%) мають лише зовнішню мотивацію, 13,86% – низький рівень шкільної адаптації та 7,92% показали негативне відношення до школи. Середній рівень шкільної адаптації виявлено у 16,83% і лише 3,96% мали високу шкільну адаптацію. Дані щодо рівнів шкільної адаптації у дітей молодших класів представлені в таблиці 1.

Як видно, із наведених у таблиці 1 даних, відмічається значне переважання зовнішньої мотивації і негативного відношення до навчання у дітей I групи у порівнянні з II (47,52 та 6,93%, проти 9,90 та 0,99%). При цьому і в I, і в II групі встановлений однаковий відсоток дітей з високим рівнем шкільної адаптації (1,98%).

*Таблиця 1. Шкільна адаптація у дітей молодших класів, абс.ч. (%)*

Рівень адаптації	Загальна група, n=101	I група, n=74	II група, n=27
Високий рівень ША	4 (3,96)	2 (1,98)	2 (1,98)
Середній рівень ША	17 (16,83)	6 (5,94)	11 (10,89)
Зовнішня мотивація	58 (57,42)	48 (47,52)	10 (9,90)
Низький рівень ША	14 (13,86)	11 (10,89)	3 (2,97)
Негативне відношення	8 (7,92)	7 (6,93)	1 (0,99)

Оцінюючи шкільну тривожність, було виявлено, що серед всіх учнів 1-2 класу зі шкільною дезадаптацією 37,62% мали високий рівень тривожності та 35,64% середній рівень тривожності. Низького рівня тривожності не було діагностовано взагалі (табл.2).

*Таблиця 2. Рівень тривожності серед учнів молодших класів, абс.ч. (%)*

Рівень тривожності	Загальна група, n=101	I група, n=74	II група, n=27
Всього	101 (100,0)	74 (73,27)	27 (26,73)
Високий	59 (58,42)	38 (37,62)	21 (20,79)
Середній	42 (41,58)	36 (35,64)	6 (5,94)
Низький	0	0	0

Також була проведена коректурна проба (діагностика Бурдона) для виявлення здібності школяра концентрувати свою увагу на виконанні завдання, її стійкості та вміння переключатися з одного завдання на інше (табл.3).

На основі аналізу результатів коректурної проби з'явилася можливість проаналізувати рівень концентрації уваги, її стійкість і як швидко дитина стомлюється. Було встановлено, що у дітей з проявами шкільної адаптації спостерігався у більшості випадків середній та низький рівень концентрації (61,39%). При оцінці стійкості уваги також визначено переважання середнього та низького рівня (47,54 та 17,82% відповідно). Окрім того, у 8 дітей (7,92%) концентрація та стійкість уваги були дуже низькими. Співставлення результатів тесту з клінічними проявами встановило, що ці результати були притаманні для дітей з синдромом гіперактивності та дефіциту уваги. В нашому дослідженні ці діти склали 10,1% (10 дітей). Аналогічна тенденція відмічалась і при оцінці тесту на переключення уваги.

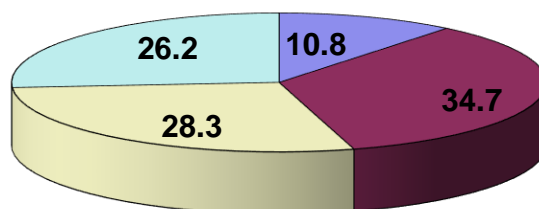
Таблиця 3. Визначення стійкості та переключення уваги, абс.ч.(%)

Результат	Значення	I група, n=74	II група, n=27
Стійкість уваги, бали			
0-2	Дуже висока	-	1 (0,99)
3-4	Висока	-	17 (16,83)
5-6	Середня	48 (47,54)	8 (7,92)
7-8	Низька	18 (17,82)	1 (0,99)
9-10	Дуже низька	8 (7,92)	-
Переключення уваги, %			
0-20	Дуже висока	-	1 (0,99)
21-40	Висока	-	15 (14,85)
41-60	Середня	44 (43,56)	10 (9,90)
61-80	Низька	18 (17,82)	1 (0,99)
81-100	Дуже низька	12 (11,88)	-

До індивідуально-типологічних характеристик, що значно впливали на рівень адаптаційних можливостей був віднесений тип темпераменту, тому що разом з фізичною конституцією дитина має психічну, пов'язану з анатомією та фізіологією нервової і ендокринної систем. Сукупність найбільш стійких (нетрансформуємих) психічних якостей можна розглядати з двох боків – як психологічний тип (темперамент), так і акцентуацію особистості. Психологічний тип відображає різновидність конституціональної норми.

Для своїх досліджень ми використовували класифікацію психологічних типів за Д. Кейрсі, в якій виділено 4 психологічних типи: сенсорно-плануючий, сенсорно-спонтанний, інтуїтивно-раціональний, інтуїтивно-емоційний [23].

На рисунку 1 представлений розподіл дітей залежно від типів темпераменту в загальній групі.



- Інтуїтивно-емоційний
- Сенсорно-плануючий
- Інтуїтивно-раціональний
- Сенсорно-спонтанний

Рис.1. Розподіл дітей залежно від типів темпераменту в загальній групі

Встановлено, що в загальній групі превалював сенсорно-плануючий тип (34,7%), сенсорно-спонтанний та інтуїтивно-раціональний типи розподілились рівномірно (26,2 та 28,3% відповідно) і інтуїтивно-емоційний тип склав лише 10,8%.

Нами були визначені особливості навчання дітей у школі залежно від типу темпераменту. Так, діти сенсорно-спонтанного типу були активні, неслухняні, непосидючі, мінливі, не звертали особливої уваги на оцінки, відношення до однокласників було лояльним, деякі з них були в центрі уваги, заводіями, енергійними, з "легким характером", часто збуджувалися.

Для дітей сенсорно-плануючого типу було характерним рівне, доброзичливе відношення до однокласників, вони були дисциплінованими, старанними, "ідеальними" учнями, які признають авторитет та значущість вчителя, тремтливо відносяться до оцінок, при зауваженнях намагаються змінити поведінку на краще, дуже чутливі до змін, слухняні, уважні. Інтуїтивно-емоційні діти чуйні, товариські, вразливі, незахищені від негативних емоцій, запальні, при наказанні "заглиблюються в себе", поринають в свої думки, орієнтовані на думку класу – "як всі", оцінки сприймають як оцінку своїх особистих якостей.

Діти з інтуїтивно-раціональним типом мали добрі здібності, були самостійними, критичними, допитливими, з об'єктивним відношенням до однокласників, оцінки приймають до уваги, але оцінюють себе самі.

Враховуючи вік дітей скласти більш детальний "психологічний портрет" не вдалося.

Враховуючи вище наведені дані та результати коректурної проби у дітей з ШД встановлено, що низький рівень якості уваги поєднується з високим рівнем тривожності, низьким рівнем шкільної адаптації та превалюванням зовнішньої мотивації до навчання у співставленні з групою порівняння. Більше, ніж у третини дітей прояви шкільної дезадаптації спостерігалися у школярів з сенсорно-спонтанним та інтуїтивно-емоційним типами темпераменту (31,6%). При цьому, для інтуїтивно-емоційного типу був характерний тільки високий рівень шкільної тривожності (16,7%). Тоді як у дітей з сенсорно-спонтанним типом відмічався як високий рівень (13,3%), так і середній (14,3%) рівень тривожності.

Таким чином, проведені дослідження продемонстрували наявність впливу вікових, індивідуально-типологічних, морфо-функціональних особливостей дітей молодшого шкільного віку на перебіг адаптації у процесі систематичного навчання.

Вибір методів спеціального поглибленого обстеження з використанням кардіоінтервалографії із спектральним аналізом варіабельності ритму серця, а також особливостей соматичного і психоемоційного стану та забезпеченість організму вітаміном D, поліненасиченими і насиченими жирними кислотами та ліпідний спектр у дітей з проявами шкільної дезадаптації визначався задачами дослідження (II етап дослідження).

На основі проведеного аналізу даних медичної документації встановлено, що структуру патології у дітей молодшого шкільного віку

переважно формували: функціональні порушення органів травлення; хвороби ока та придаткового апарату; хвороби шкіри та підшкірної клітковини; порушення кістково-м'язової системи; захворювання верхніх дихальних шляхів (зокрема, гіпертрофія мигдаликів та аденоїдні вегетації).

Оцінка даних антропометрії встановила, що у дітей 6-8 років динаміка ростових процесів, а саме напівростовий стрибок, визначається найбільш часто у 7-8 років, що відображає темп біологічного дозрівання, оскільки, у 57,4% дітей спостерігалась повна відповідність біологічного віку календарному. У той же час, більше третини дітей молодшого шкільного віку за біологічним розвитком не відповідала календарним даним, що може обумовлювати певні особливості адаптаційних можливостей в процесі систематичного шкільного навчання.

При аналізі фізичного розвитку, який оцінювався окремо за масою та ростом, було встановлено, що нормальний фізичний розвиток за рахунок маси (45,2%), і зросту (46,8%) виявлено, майже, у половини обстежених дітей даної вікової групи. Негативна тенденція до зниження маси тіла при ростових показниках, відповідних віку виявлена у 24,8%. Аналіз гармонічності фізичного розвитку дозволив встановити, що 72,4% дітей розвинені гармонічно, а 27,6% мають дисгармонічний розвиток.

Представлені дані свідчать, що навіть у здорових дітей процеси розвитку та росту проходять індивідуально, при цьому формується контингент дітей, яких необхідно віднести до групи ризику за зниженими адаптаційними можливостями. Особливо це стосується перших років навчання, коли дитина знаходиться під впливом тривалого стресу. Нажаль, ця частина дітей не може повноцінно пристосуватися до нового соціального середовища, що проявляється порушенням особистісного розвитку і формуванням шкільної дезадаптації (ШД).

Були визначені найбільш характерні клінічні симптоми, які супроводжують період дезадаптації. У цей період у дітей можуть відмічатися катаральні явища (25%) з лімфоаденопатією (12%), гіпотонія (11%), різні вегето-судинні реакції (74%), дихальні пароксизми (2%), функціональні порушення з боку серцево-судинної системи (35%), загострення алергічної патології у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом (28%). У дітей розвиваються поведінкові зміни: порушення сну (52%), апетиту (28%), емоційна лабільність та внутрішнє напруження (44%). У більшості дітей захворювання, частіше респіраторні, мають гострий перебіг із різною циклічністю і тривалістю, що додатково може виснажувати адаптаційно-резервні можливості організму.

Для дітей, які увійшли до I групи, найбільш частими проявами поведінкових порушень в період адаптації були: тривале засинання, укорочений, неспокійний, поверхневий сон; вибірковість апетиту, відмова від прийому їжі, анорексія, аж до невротичної блювоти; нестійкий, негативний, байдужий настрій; пасивність, зниження рухової активності, хвороблива потреба в захисті будь-якого дорослого, зниження або підвищення орієнтовної активності; порушення контактів з дорослими та дітьми.



Зниження резистентності (підвищення гострої захворюваності) було виражено у 62% дітей в гострому періоді адаптації, при цьому діти протягом перших 4 місяців могли переносити від 2 до 6 епізодів захворювання.

Клінічні спостереження за дітьми протягом перших 10 місяців перебування в шкільному закладі свідчать про значну вираженість перерахованих симптомів, циклічність, фазність їх проявів. У зв'язку з цим, такий клінічний симптомокомплекс можна розглядати, як формування «адаптаційної хвороби» – порушення адаптації у дітей шкільного віку, що мають недосконалі адаптаційні механізми.

Прояви зазначеної клінічної симптоматики спостерігалися у дітей І групи протягом 1-6 місяців, в тому числі, у 2% дітей – протягом всього першого року навчання, і у 12% дітей вони повторювались з початком навчання у 2 класі.

Встановлено, що процес дезадаптації у першокласників може проявлятися у двох формах. Перша форма дезадаптації виражається в тривалій неадекватній поведінці дитини на межі з передневротичним станом, при цьому у неї швидко пропадає мотивація вчитися і будь-який інтерес до шкільного життя (28% дітей). Друга форма дезадаптації проявляється у повторних захворюваннях, частіше це респіраторні, при яких порушується сон, стабільна прибавка маси тіла, знижується апетит, підвищується частота серцевих скорочень та цілий ряд інших соматично-вегетативних проявів (62% дітей), що можливо також пов'язано з критичними періодами дозрівання центральної і вегетативної нервових систем.

Перераховані симптоми можна оцінити, як відповідь на стрес, і в більшості випадків, вони мають невизначений характер, різняться за інтенсивністю, і в цілому, розглядаються як прояви порушеної адаптації у вигляді синдрому вегетативної дисфункції та дисбалансу імунної системи.

Так, відомо, що одним із факторів розвитку ШД, який сприяє підвищенню гострої захворюваності та алергічної патології у дітей є дефіцит вітаміну D та ПНЖК, враховуючи їх виражений імунорегілюючий потенціал, починаючи з періоду новонародженості, для підтримки нормального розвитку та становлення імунної системи. Для її функціонування важливе значення має збалансоване надходження нутритивних речовин, за рахунок яких запускаються біохімічні процеси регуляції міжклітинної взаємодії, що проявляється в оптимальному співвідношенні цитокінів Th-1- та Th-2-типу, які мають взаємо інгібуючі функції [11; 33]. І вітамін D, і ПНЖК можуть сприяти попередженню розвитку гострих інфекційних захворювань і алергічних станів [15]. Доведено, що ці нутрієнти суттєво впливають на цитокінову регуляцію запалення, подавляючи його процес і зменшуючи негативні ефекти гострої активної фази. Так, встановлено, що ДГК подавляє некротичні і дегенеративні процеси, які обумовлені дією ФНП- $\alpha$  [17; 28], а її додавання у раціон призводить до зниження ФНП- $\alpha$  і С-реактивного білку в сироватці крові [24]. Окрім того, збільшення споживання омега-3 ПНЖК призводить до зниження підвищеного рівня ІФН- $\gamma$  і сприяє стиханню запального процесу. Імунорегуляторні властивості вітаміну D добре

відображені в багатьох працях, де висвітлюється його позитивний вплив на стан імунної системи.

Окрім симптоматики, яка була наведена вище, необхідно відмітити і цілий ряд порушень психологічної та соціальної готовності до школи.

На основі проведеного дослідження були виявлені основні прояви стресу у дітей 6-8 років, які знаходились під спостереженням: перепади настрою та дратівливість; підвищена тривожність, почуття побоювання та надмірна пильність; підвищена стомлюваність; порушення сну; нічне нетримання сечі; фізичний дискомфорт, у т. ч. болі в животі, грудях, спині та головні болі; дихальні пароксизми; метушливість, зниження концентрації уваги, різке зниження успішності; емоційна лабільність. Перелічені симптоми різні за інтенсивністю і, загалом, їх можна віднести до проявів порушеної адаптації.

Наявність високого рівня тривожності та шкільних страхів у обстежених дітей молодшого шкільного віку можна пояснити тим фактом, що початок навчання у них пов'язаний з виникненням важливої особистісної перебудови – внутрішньої позиції школяра, яка є тим мотиваційним центром, що забезпечує направленість дитини на навчання, його емоційно-позитивне відношення до школи, прагнення відповідати образу гарного учня. У тих випадках, коли найбільш важливі потреби дитини, які віддзеркалюють його внутрішню позицію учня, незадовільнені, він може переживати стійкі емоційні негаразди: постійне очікування неуспіху в школі, погане відношення до себе з боку учителя та однокласників, страх школи, небажання її відвідувати. Стан несвідомого невизначеного занепокоєння визначає хронічну тривогу та незадовільний рівень мотивації.

На перебіг шкільної дезадаптації, окрім індивідуально-типологічних характеристик, значно впливає і стан вегетативної нервової системи, комплексний підхід до оцінки якої дозволив виявити більш, ніж у половини дітей парасимпатичну спрямованість вихідного вегетативного тону. Вивчення вегетативної реактивності у дітей з шкільною дезадаптацією показало переважання, у більшості з них (46,6%), гіперсимпатикотонічної ВР, що співпадає з даними у дітей II групи (43,3%) і свідчить про напруженість адаптаційних механізмів вегетативної регуляції у цій віковій групі.

У 35% обстежених дітей I групи та 28% – II групи, спостерігалася асимпатикотонічна вегетативна реактивність, яка вказувала на виснаження компенсаторних механізмів. Симпатикотонічна реактивність відзначалася у 18,4% дітей (I група) та у 28,7% (II група). У половини всіх обстежених початково реєструвалася надлишкова вегетативна забезпеченість, яка свідчила про порушення у них функціонального стану ВНС.

При спектральному аналізі у дітей розраховували частоту серцевих скорочень, загальну потужність спектра ритму серця (TP, мс<sup>2</sup>), потужності в діапазоні до 0,04 Гц (VLF, мс<sup>2</sup> – дуже низькочастотний спектр), 0,04-0,15 Гц (LF, мс<sup>2</sup> – низькочастотний спектр), 0,15-0,4 Гц (HF, мс<sup>2</sup> – високочастотний

спектр) і співвідношення потужностей (LF/HF). Спектральні складові LF і HF аналізували як в абсолютних значеннях, так і в процентному співвідношенні.

Показники спектрального аналізу дітей характеризувалися значним збільшенням як TP, так і потужності LF і HF хвиль, що вказувало на активацію гуморально-метаболічної ланки. Співвідношення LF/HF у дітей свідчило про підвищений рівень парасимпатичного впливу на ритм серця. Це підтверджувалося і більш високими значеннями HF хвиль в групах обстежених дітей ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати свідчать про відносну недосконалість механізмів ВР у сучасних дітей молодшого шкільного віку у зв'язку з незрілістю регуляторних центрів ВНС і, відповідно, нераціональним способом підтримки гомеостазу, а також з принципом домінування парасимпатичних механізмів адаптації (трофотропних) над симпатоадреналовими (ерготропними).

Прояви шкільної дезадаптації і симптоматика вегетативної дисфункції, які були визначені у обстежених дітей, обумовлені не тільки порушенням регуляторних функцій вищих відділів ВНС, а й порушенням макро- та мікроциркуляції, судинного тонуусу і кровонаповнення, що знайшло своє відображення у результатах дослідження мозкового кровообігу.

Було встановлено, що кожний тип РЕГ у обстежених дітей мав деякі особливості. Так, при нормальному типі реоенцефалографії більшість дітей мали ознаки гіперволемії (55,5%) при нормальному тонусі судин, що на реоенцефалографії виражалось підвищенням амплітуди систолічної хвилі. Для гіпертонічного типу кривої характерним було підвищення тонуусу судин (на реограмі зниження періоду швидкого та повільного наповнення), порушення венозного відтоку у вигляді утруднення (на реограмі проявляється як підвищення діастолічного індексу). При гіпотонічному типі РЕГ у всіх дітей спостерігалися ознаки гіперволемії та зниження діастолічного та дикротичного індексів, тобто порушення венозного кровотоку по дефіцитному типу та зниженню тонуусу судин. Особливостями дистонічного типу РЕГ була помірна асиметрія кровонаповнення, порушення регіонарного кровотоку.

Для підтвердження впливу центральної нервової системи на процеси дезадаптації та наявності визначення симптомів функціональної незрілості мозку у дітей 6-8 років з проявами шкільної дезадаптації в процесі систематичного навчання проводилась ЕЕГ.

Отримані дані свідчать про особливості внутрішньої регуляції відносно незрілості механізмів зв'язку між корою, таламусом та гіпоталамусом. Можливо, все це, в якійсь мірі, відображає донозологічні відхилення у психоемоційному статусі. Необхідно підкреслити, що обстежені діти мали значне психоемоційне напруження, при якому виникають дисфункції медіобазальних відділів, де в основному локалізуються психічні та вегетативні центри.

Таким чином, у патогенезі вегетативних порушень на надсегментарному рівні, напевно, провідну роль відіграють дисфункції в

інтегративних системах мозку, завдяки яким здійснюється взаємодія функціональних систем організму.

Встановлено, що фонові біоелектрична активність у 6-7 літніх дітей недосконала, а альфа-ритм представлений окремими хвилями у 8 років представляє перехідний період до більш стійкої фонові активності. Ознаки роздратування (іритатії) досить виражено наголошувалися практично у всіх вікових групах від 31,3 до 37,5%. При цьому незначна іритатія спостерігалася у обстежених нами дітей 6-7-8 років (25; 30,4; 18,7% відповідно), що обґрунтовує наявність рівнозначних порушень корково-підкоркових взаємостосунків у дітей 6-8 років. При цьому у 6-річних дітей спостерігається найуразливіша коркова активність.

Таким чином, слід відзначити зниження активних можливостей у дітей 6 років, що дозволяє говорити про наявність критичного віку з боку електрофізіологічних властивостей. Отже, з нашої точки зору, характер взаємовідносин основних компонентів ритміки ЕЕГ, особливо враховуючи реакцію на провокаційні проби, найбільш достовірно відображає ступінь морфо-функціональної зрілості мозку, як системи, а дисфункції лімбіко-ретикулярного комплексу можуть грати значну роль у патогенезі вегетативних порушень на надсегментарному рівні і клінічних проявах шкільної дезадаптації у дітей 6-8 років.

Проведені дослідження дають змогу прогнозувати можливість маніфестації порушень адаптації не тільки в першому класі, в 6 років, а і в подальшому у дітей 7-8 років, враховуючи морфо-функціональну незрілість мозку і дисфункцію лімбіко-ретикулярного комплексу.

Враховуючи наукові дані останніх років, які розглядають вітамін D як гормон-нестероїд, який має значний вплив на функціонування нервової системи, було проведено вивчення забезпеченості організму цим вітаміном у дітей 6-8 років [12].

На основі отриманих даних, було встановлено, що у дітей з фізіологічною адаптацією до шкільного навчання не було відмічено наявності дефіциту та D-вітамінної недостатності. Частота субклінічного дефіциту та оптимального рівня значно перевищувала показники дітей з ШД (40,74 проти 35,1% і 59,26 проти 10,81%, відповідно). 7% дітей періодично отримували (за даними анамнезу) вітамін D<sub>3</sub> у дозі 1000 МО і, відповідно, при обстеженні мали рівень, який коливався в межах 20-30 нг/мл.

Серед дітей I групи у 10,8% випадків відмічався дефіцит вітаміну D (8,88±0,24 нг/мл), що свідчить про низький рівень забезпеченості організму, з більшою вірогідністю, який спостерігається вже тривалий час. Рівень вітаміну D, який коливався між 10 та 20 нг/мл спостерігався у 43,24% дітей і складав найбільшу групу і, лише тільки 10,81% дітей мали рівень вище 30 нг/мл.

Окрім того, у дітей I групи концентрація кальцію була достовірно нижча, ніж у II групи, а рівень лужної фосфатази вищий, що, при наявності низької забезпеченості вітаміном D, сприяє розвитку остеопенії в критичний

період розвитку кісткової системи у дітей молодшого шкільного віку в період напівростового стрибку.

Достатньо високі відсотки випадків дефіциту та D-вітамінної недостатності на фоні порушення кальцієвого гомеостазу, може бути одним з факторів, який спричиняє розвиток та пролонгацію перебігу шкільної дезадаптації та зниженню стресостійкості учнів початкових класів.

Отримані дані співпадають з даними інших авторів, які відмічають, що і в Україні, а також багатьох країнах Європи, де насичена вітаміном D їжа майже відсутня, а рівень інсоляції порівняно невисокий, діти та дорослі знаходяться в особливо високій зоні ризику дефіциту вітаміну D [20; 31]. У зоні ризику, також знаходяться вагітні та жінки, що годують. Показано, що недивлячись на щоденний прийом мінерально-вітамінних комплексів, в яких кількість вітаміну D складає 400 МО, на момент народження 73% жінок та 80% новонароджених мали концентрацію 25ОНD<sub>3</sub> нижче 20 нг/мл. Дослідження, проведені у дитячій лікарні Бостона, показали високу поширеність дефіциту вітаміну D серед новонароджених та грудних дітей (біля 40% мали концентрацію 25ОНD<sub>3</sub> нижче порогової).

В нашому дослідженні тільки 7% вагітних жінок додатково отримували вітамін D у дозі 1000 МО, а 25% дітей першого року життя взагалі не отримували профілактику рахіту. Аналогічна тенденція притаманна і для прийому омега-3 ПНЖК, які отримували під час вагітності тільки 4 вагітні жінки (3,97%) – за даними анамнезу. Тобто, можна вважати, що ще з внутрішньоутробного періоду, особливо з 30 тижня гестації, діти не отримували достатньої кількості вітаміну D та ПНЖК, які вкрай необхідні для розвитку їхнього мозку і нормального розвитку нервової системи. Зокрема відомо, що омега-3 ПНЖК в перші три роки життя активно накопичуються в сірій речовині мозку і стають важливими компонентами клітинних мембран та попередниками багатьох біологічних медіаторів. Дефіцити вітаміну D та ПНЖК у матері погіршують, в подальшому у дитини, процеси навчання, пам'яті, сприяють ризику розвитку аутизму, розладів мовлення та шизофренії.

Тому, визначення особливостей ліпідного обміну і забезпеченості дітей молодшого шкільного віку ПНЖК та НЖК було вкрай актуальним.

Дослідження ліпідного спектру крові показали, що група дітей молодшого шкільного віку гетерогенна за рівнями різних фракцій ліпопротеїнів в сироватці крові, які відрізняються від показників вікової норми. У 70,5% дітей виявлено збільшення вмісту тригліцеридів та ліпопротеїнів низької щільності у дітей II групи до рівня пограничних значень при нормальному рівні інших фракцій, тоді як у дітей I групи з проявами ШД, спостерігався дисбаланс вмісту холестерину, ЛПНЩ, ліпопротеїнів дуже низької щільності і значно підвищений рівень тригліцеридів у порівнянні як з рекомендуємими нормативами, так і з показниками II групи дітей.

Більш детальний аналіз результатів показав, що рівень холестерину у 76,9% дітей був вище норми, при цьому у однаковій кількості дітей (38,4%)

його показник знаходився на пограничних та підвищених значеннях. У 23,07% дітей виявлено підвищення рівня ЛПНЩ, при цьому 15,3% дітей мали пограничні значення та 7,6% – високі. Підвищення рівня ЛПДНЩ виявлено у 61,5% дітей. Рівень тригліцеридів був вище норми у 61,53% дітей у 7,6% дітей відмічались пограничні значення та у 53,8% дітей підвищені показники.

Виявлені зміни ліпідного обміну, недостатня забезпеченість організму вітаміном D, наявність проявів шкільної дезадаптації у дітей були асоційовані зі змінами рівнів окремих ПНЖК та НЖК у сироватці крові.

У всіх обстежених дітей молодшого шкільного віку, за нашими даними, було встановлено, що як в I, так і в II групах спостерігається виражений дисбаланс вмісту омега-3 та омега-6 ПНЖК, співвідношення яких становило 1:15 та 1:13, відповідно, тоді як рекомендованим співвідношенням вважається 1:4-5 з підвищенням сумарного вмісту омега-3 ПНЖК до 1,5-2,1г (0,7-1% від добової енергетичної цінності раціону харчування).

Аналіз середніх значень показників ПНЖК у крові обстежених дітей, окрім вираженого дисбалансу, виявив достовірне зниження (у відсотках від загальної кількості) в групі дітей із ШД докозагексаєнової ( $0,56 \pm 0,02$  проти  $0,70 \pm 0,03$ , ( $p < 0.05$ )) та лінолевої ( $15,90 \pm 0,20$  проти  $17,34 \pm 0,24$ ) і підвищення арахідонової кислоти ( $12,26 \pm 0,12$  проти  $0,20 \pm 0,18$ , ( $p < 0.05$ )).

Лінолева кислота (родина  $\omega$ -6) визнана як фактор, знижуючий рівень холестерину в плазмі крові, що дозволило сформулювати концепцію впливу ПНЖК на обмін фосфоліпідів, ліпопротеїнів і, відповідно, структурний склад мембран клітин. Відомо, що ДГК та інші ПНЖК функціонують виключно через мембрани клітин, в яких укріплюються за допомогою фосфоліпідних молекул та мають диференційований вплив: переважання впливу ДГК для розвитку мозку, у той час як ейкозапентаєнова кислота більш впливає на поведінку і настрої. Також ці ПНЖК активно генерують різні нейропротекторні метаболіти, регулюють нервову сигналізацію, експресію генів, виконують трофічну функцію.

Одночасно, з вивченням вмісту ПНЖК, вивчався і спектр насичених жирних кислот у дітей. Встановлено, що в обох групах дітей має місце виражений дисбаланс ЖК: переважає кількість насичених жирних кислот (39,7%), меншу – становлять поліненасичені (32,6%) та мононенасичені (25,7%).

При аналізі якісного складу насичених жирних кислот виявлено, що серед них визначається досить високий вміст пальмітинової (17,1%) та стеаринової (7,56%) ЖК. Вміст бегенової та енантової кислоти становить 3,72 та 3,0% відповідно. Вміст валерианової (1,65%) та капронової ЖК (1,18%) виявлено в менш високих рівнях. Концентрації інших ЖК не виходили за межі одного відсотка.

Отримані дані щодо вмісту НЖК відображають результати раніше проведених у відділенні медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів ДУ "ІПАГ ім.акад.О.М.Лук'янової НАМН України" досліджень по аналізу раціонів харчування дітей молодшого шкільного віку, коли була

виявлена виражена негативна тенденція: знижена забезпеченість білками (на 42,7%), жирами (на 14,9%) та вуглеводами (на 51,9%), що призводило до зниження енергетичної забезпеченості організму на 42,2%. При співвідношенні білків, жирів та вуглеводів 1:0,5:3,4 (норма 1:1:4) переважали жири тваринного походження.

При проведенні лінійного кореляційного аналізу за методом Пірсона для виявлення вірогідності зв'язків між показниками ліпідів, поліненасичених і насичених жирних кислот та вітаміном D було встановлено цілий ряд достовірних взаємозв'язків: прямий зв'язок між рівнем вітаміну D та ліпопротеїнів високої щільності ( $r=0,61$ ) та зворотній з коефіцієнтом атерогенності ( $r=-0,63$ ), високий зворотній зв'язок між доказагексаєною ( $\omega-3$ ) кислотою та ЛПДНЩ і ТГ ( $r=-0,79$ ). Також, відмічався прямий кореляційний зв'язок між лінолевою кислотою і ЛПДНЩ ( $r=0,76$ ) та ТГ ( $r=0,73$ ) і високий прямий зв'язок між гексадекадієною кислотою та ЛПДНЩ і ТГ ( $r=0,77$ ).

Отримані результати кореляційного аналізу підтверджують той факт, що  $\omega-3$  ПНЖК можуть зменшувати кількість ЛПНЩ та збільшувати ЛПВЩ за рахунок зниження синтезу аполіпопротеїну апоВ-100 тригліцеридів, що сприяє евакуації ЛПДНЩ із кровотока печінки і периферичних тканин [29].

Проведений кореляційний аналіз між показниками ліпідного обміну та насиченими жирними кислотами, виявив високий прямий зв'язок між рівнем холестерину, ЛПДНЩ, ТГ та НЖК і високий зворотній зв'язок між ЛПВЩ і стеариною кислотою ( $r=-0,76$ ).

У дітей молодшого шкільного віку, незважаючи на ранній вік, виявлено підвищення показників ХС, ТГ, ЛПНЩ та ЛПДНЩ у порівнянні з нормою, які можливо залежать, як показали результати лінійного кореляційного аналізу, від рівня ПНЖК в крові.

Враховуючи отримані результати щодо зв'язків проявів дезадаптації з рівнем забезпеченості вітаміном D, ПНЖК, показниками ліпідного спектру, з метою нормалізації виявлених порушень був розроблений комплекс, який складався з діагностичних методів для визначення адаптаційних можливостей та стресостійкості організму і комплексної диференційованої корекції.

Протягом 2-х місяців всі діти з проявами ШД базово отримували: раціональне харчування з саплементацією ПНЖК, вітаміном D<sub>3</sub> (вітамін D<sub>3</sub> в дозі 1500-2000 МО залежно від вихідного рівня та препарати омега-3 у дозі 800-1000 мг на добу). Дітям з гіпокальціємією додатково призначали препарати кальцію у дозі 250 мг на добу. При виражених проявах вегетативної дисфункції, для збалансування процесів збудження та гальмування, призначалися нейроадаптагени "природного" походження (комплекси амінокислот, вітамінів групи B, екстракти трав). Для нормалізації поведінкових та когнітивних порушень дітям проводились психотерапевтичні заходи з метою як підвищення рівня самоконтролю та/або покращення навичок подолання стресу, і розроблялись рекомендації по адекватному розумовому та фізичному навантаженню.

Аналіз динаміки проявів ШД показав зменшення числа і інтенсивності скарг астеноневротичного характеру і зниження вираженості больового синдрому (головний біль, кардіалгії, біль у животі) у 68% дітей вже через 2 місяці від початку корекції, але 32% дітей потребували повторних курсів.

З метою оптимізації психічної активності та зниження нервово психічного напруження було апробовано «Комплекс диференційованих поведінкових та психотерапевтичних заходів, направлений на оптимізацію нейродинамічних показників психічної діяльності, розвиток міжпівкульних взаємодій та нормалізацію емоційних порушень», який включав наступні вправи:

**1. Комплекс вправ, направлений на розвиток міжпівкульних взаємодій.**

**«Один – п'ять»**

Мета: розвиток міжпівкульових взаємодій, дрібної моторики, здатності до перемикання.

Вік: від 6 років.

Кількість учасників: від 1 до 3 осіб.

Підсобний матеріал: не потрібний.

Процедура проведення

Початкове положення: сидячи.

1-й рівень складності

Дитина витягує собі руки, стиснувши кулаки. Потім одночасно розкриває кулаки, лівою рукою показуючи п'ять пальців, правою один палець (вказівний). Після цього знову стискає кулаки і розкриває їх навпаки – лівою рукою показує один вказівний палець, а правою – усі п'ять пальців.

2-й рівень складності

Коли дитина опанує рухи першого рівня, можна запропонувати йому іншу програму: однією рукою показувати п'ять пальців, а іншою – два. Потім він показує п'ять і три пальці, п'ять і чотири.

**«Диригент»**

Мета: розвиток міжпівкульових взаємодій, функції контролю та здатності до перемикання.

Вік: від 6 років.

Кількість учасників: від 1 до 3 осіб.

Підсобний матеріал: таблиця з літерами та позначеннями рухів рук (рис.2).

Процедура проведення: перед дитиною кладеться таблиця з літерами та позначеннями рухів рук.

Завдання дитини – промовляючи вголос кожен рядок, руками здійснювати рухи, позначені під нею у другому рядку. Вправа виконується в послідовності зліва направо, потім справа наліво.



А	Б	В	Г	Д
Л	П	П	В	Л

Е	Ж	З	И	К
В	Л	П	В	Л

Л	М	Н	О	П
Л	П	Л	Л	П

Р	С	Т	У	Ф
В	П	Л	П	В

Х	Ц	Ч	Ш	Я
Л	В	В	П	Л

Рис. 2. Таблиці для вправи "Диригент". Верхній рядок: літери, які вимовляє дитина. Нижній рядок: позначення руху рук: Л – ліву руку підняти на ліву сторону; П – праву руку підняти у правий бік; В – обидві руки підняти вгору

## 2. Методи психологічної корекції емоційних порушень у дітей «Малюнок із геометричних фігур»

Мета: формування навичок комунікації, вміння ясно викладати свої думки, тренування витримки, терпіння та вміння відмовлятися від свого егоцентризму у спілкуванні з іншими людьми.

Вік: від 7-8 років; у дітей мають бути сформовані основні просторові поняття (право-ліво, верх-низ).

Кількість учасників: від 2 до 8 осіб (кількість учасників має бути парним).

Підсобний матеріал: аркуш паперу та олівець для кожного.

Процедура проведення: спочатку кожен учасник робить на своєму аркуші малюнок із геометричних фігур. Важлива умова — малюнки ніхто, крім авторів, не повинен бачити.

Далі робота йде в парах: діти по черзі диктують один одному свої малюнки. Для цього одна дитина з пари встає за іншою і, дивлячись у свій малюнок, пояснює партнеру, що той повинен малювати, щоб у нього вийшов такий самий малюнок. Можна використовувати будь-які способи пояснення, окрім назви предметного зображення. Наприклад, можна сказати: "Намалюй квадрат, а зверху трикутник", але не можна говорити: "Це будиночок". Коли малюнок готовий, партнери міняються місцями, і все повторюється.

Коли всі учасники закінчили роботу, малюнки порівнюються та розпочинається обговорення. Педагог спрямовує обговорення питаннями: «Що тобі допомагало, а що заважало? Що ти відчував, коли твій партнер не розумів тебе? Що ти намагався зробити, щоб він краще зрозумів тебе? Які ти використовував стратегії та які слова?»

### «Пластліновий настрій»

Ціль: відпрацювання негативних емоційних станів, формування навички самостійної трансформації негативних емоцій.

Вік: від 4-5 років.

Кількість учасників: робота може відбуватися як індивідуально, так і у групі.

Підсобний матеріал: пластилін різних кольорів.

Процедура проведення: педагог пропонує дитині зліпити із пластиліну свій поганий настрій. Далі йдеться обговорення того, що вийшло.

Потім педагог пропонує дитині перетворити цей виріб на щось інше — на щось таке, що може його порадувати або хоча б не нагадуватиме колишніх негативних почуттів. При цьому весь пластилін із першого виробу має бути задіяний, але до нього можна додавати й інший пластилін.

Потім у розмові з педагогом промовляється, як вдалося позбутися неприємних почуттів, що допомогло, як отриманий досвід можна використовувати у повсякденному житті.

### **«Побудова світу»**

Ціль: під час гри діти виявляють своє емоційне ставлення до людей, предметів. Ця гра є певною діагностичною цінністю; крім того, у процесі гри дитина переробляє свої душевні конфлікти.

Вік: від 5-6 років.

Кількість учасників: робота може проходити як індивідуально, так і в парі або малій групі (до 7 дітей; визначальним є розмір пісочниці).

Підсобний матеріал: пісочниця (плоска і відкрита скринька, наповнена піском); набір різних предметів: фігурки людей, тварин, частини будівель, будиночки, автомобілі, дерева.

Процедура проведення

В індивідуальній роботі

У розпорядження дитини надаються пісочниця та набір різних предметів. З цього матеріалу дитина будує свій світ. («Мири» створюються дітьми відповідно віку та індивідуальним особливостям кожного) Потім педагог обговорює з дитиною процес та кінцевий результат його творчості.

У груповій роботі.

Пісочниця поділяється на окремі ділянки у довільному чи заданому порядку за кількістю дітей. Кожна дитина вибирає собі ділянку у пісочниці та будує свій світ. У результаті вправи чітко виявляються внутрішньоособистісні і міжособистісні особливості кожного учасника, створення кордонів, тактики захисту тощо. По завершенні проводиться обговорення етапів побудови, обмін думками, промовляння спірних моментів, якщо вони виникали під час вправи.

За результатами інтеграції «Комплексу диференційованих поведінкових та психотерапевтичних заходів, направлених на оптимізацію нейродинамічних показників психічної діяльності, розвиток міжпівкульних взаємодій та нормалізацію емоційних порушень» виявлено поліпшення психоемоційного фону, зникнення тривожності, значне підвищення працездатності, нормалізація сну і апетиту відзначалася у 73,3% дітей.

Для впровадження в медичну практику рекомендується диференційований комплекс заходів для попередження виникнення і корекції проявів шкільної дезадаптації, який включає:

1. Діагностичні методи для визначення адаптаційних можливостей та стресостійкості організму:

- оцінки готовності дитини до шкільного навчання,
- визначення індивідуально-типологічних особливостей організму та відповідність біологічного віку календарному,
- стан вегетативного гомеостазу,
- активне виявлення дітей, які мають низьку стресостійкість
- особливості харчового раціону та режиму дня,

2. Заходи по підвищенню адаптаційних можливостей та стресостійкості організму:

- Адекватне розумове навантаження та регулярна фізична активність
- Режим сну, відповідно віку
- Загальнозміцнюючі процедури, направлені на посилення кровообігу головного мозку та збагачення його киснем
- Дихальні вправи для підвищення рівня нейродинаміки
- Раціональне харчування з саплементацією вітамінів, ПНЖК, мікроелементів
- Корекція порушень ліпідного обміну,
- Нормалізація вегетативного гомеостазу із збалансуванням процесів збудження та гальмування
- Комплекс диференційованих поведінкових та психотерапевтичних заходів з урахуванням проявів шкільної дезадаптації, направлений на оптимізацію нейродинамічних показників психічної діяльності, розвиток міжпівкульних взаємодій та нормалізацію емоційних порушень

Отримані дані свідчать, що вже після першого курсу комплексної корекції (через 2 місяці від її початку) спостерігається позитивна динаміка у показниках ліпідного обміну і вмісту вітаміну Д в сироватці крові. Але у дітей з вираженим дефіцитом та недостатністю цього вітаміну необхідно було пролонгувати курс саплементації ще на 2 місяці. Позитивна динаміка біохімічних показників співпадає з динамікою соматовегетативних порушень та психоемоційного статусу, ступенем концентрації мозкових процесів.

Таким чином, аналіз літературних джерел та проведені дослідження свідчать, що подолання симптомів стресу – важливий компонент корекції проявів шкільної дезадаптації. Однак сучасне розуміння сутності стресу і його негативного впливу на дитину, яка росте та розвивається, ґрунтується на здатності дитячого організму, особливо мозку, пристосовуватися до гострих та хронічних стресів. Дефіцит таких нутриєнтів, як вітаміну D та ПНЖК, можна вважати однією з причин стресу і низької стресостійкості дітей молодшого шкільного віку, оскільки їх недостатність в організмі сприяє дестабілізації систем, що відповідають за адаптацію (регуляція рівнів дофаміну, серотоніну, ендогенного норадреналіну) і сприяє її сенситизації, що визначає тривожність і високу стресодоступність дітей. Вплив стресу реалізується в умовах підвищеної збудливості організму на клітинно-тканинному і системному рівнях, що знайшло своє відображення в клінічній картині синдрому вегетативної дисфункції у нашому дослідженні,

та психоемоційних порушень у дітей, а також в значному зниженні резистентності організму до гострих респіраторних інфекцій. Підтримувати достатній рівень забезпеченості організму вітаміном D та ПНЖК омега-3, особливо важливо у періоди вираженого стресового навантаження (адаптація до дошкільного та шкільного закладу, початок учбового року, різні родинні обставини та ін.).

Результати проведених досліджень обґрунтовують необхідність проведення заходів, що полегшують перебіг адаптації, і які повинні включати підготовку дітей до початку навчання в школі, а також комплексні дії безпосередньо в період адаптації. Вони спрямовані на полегшення тяжкості адаптаційного синдрому, запобігання розвитку "адаптаційної хвороби" і маніфестації прихованих дизонтогенетичних відхилень в стані здоров'я і розвитку дітей.

**Висновки.** Частота розладів адаптації як у дорослих, так і дитячій популяції суттєво коливається – від 1 до 21%. Незважаючи на значну кількість робіт, проведених за останнє десятиріччя, праці, в яких представлені особливості показників біологічного, когнітивного, соціального розвитку дітей шкільного віку, розвиток шкільної дезадаптації, як прояв стресасоційованого розладу у дітей з нутритивним дефіцитом вивчений недостатньо, тому пошук нових методів діагностики та корекції залишається актуальним в педіатрії. Перебіг шкільної дезадаптації у дітей першого року навчання має різноманітну симптоматику, частіше спостерігається у дітей із затримкою біологічного віку (42,6%) і може проявлятися тривалою неадекватною поведінкою з низькою мотивацією до навчання (28%); частими респіраторними захворюваннями (52%); соматовегетативною клінікою (74%). Особливостями вегетативного гомеостазу у дітей з проявами шкільної дезадаптації в період першого року навчання є виражений дисбаланс між процесами збудження та гальмування, про що свідчить зміна спрямованості вихідного вегетативного тону (p<0,05) і вегетативної реактивності (p<0,05). Встановлено, що в обох досліджуваних групах були діти, у яких рівень вітаміну D був нижче рекомендуємих 30 нг/мл. Але, у дітей з фізіологічним перебігом адаптації не було відмічено наявності дефіциту та D-вітамінної недостатності, а частота субклінічного дефіциту та оптимального рівня значно перевищувала показники у дітей з проявами шкільної дезадаптації (40,74 проти 35,1% і 59,26 проти 10,81% відповідно, p<0,05). У дітей останньої групи в 10,8% відмічався дефіцит вітаміну D (8,88±0,24 нг/мл), а у 43,2% дітей – D-вітамінна недостатність. При вивченні забезпеченості організму поліненасиченими жирними кислотами встановлено, що в обох групах дітей молодшого шкільного віку спостерігається виражений дисбаланс омега-3 та омега-6 (1:15 та 1:13, відповідно), тоді як рекомендованим співвідношенням вважається 1:4-5. Аналіз середніх значень показників поліненасичених жирних кислот у крові дітей, окрім вираженого дисбалансу, виявив достовірне зниження в групі дітей із шкільною дезадаптацією докозагексаєнової (0,56±0,02 проти 0,70±0,03, (p<0.05)) та

лінолевої ( $15,90 \pm 0,20$  проти  $17,34 \pm 0,24$ ) і підвищення арахідонової кислоти ( $12,26 \pm 0,12$  проти  $0,20 \pm 0,18$ , ( $p < 0.05$ )).

В рамках дослідження доведена ефективність розробленого комплексу діагностики і корекції проявів шкільної дезадаптації у дітей молодшого шкільного віку, який складався з діагностичних методів для визначення адаптаційних можливостей та стресостійкості організму і комплексної диференційованої корекції, що нормалізувала вміст вітаміну D, ПНЖК, показники ліпідного обміну, нівелювала дисбаланс процесів збудження та гальмування, підвищувала адаптаційні можливості і стресостійкість організму у 78,3% дітей.

Отримані результати визначають необхідність підтримувати достатній рівень вітаміну D і омега-3 ПНЖК у періоди вираженого стресового навантаження (адаптація до шкільного закладу, початок учбового року).

#### Література:

1. Антипкін Ю.Г., Омельченко Л.І., Квашніна Л.В. Обґрунтування доз вітаміну D3 для профілактики D-вітамінної недостатності та вітамін-D дефіцитних станів у здорових дітей різного віку. *Інформаційний лист №63*. 2017.
2. Антипкін Ю.Г., Омельченко Л.І., Квашніна Л.В., Ошлянська О.А., Бондаренко Н.Ю., Людвік Т.А., Майдан І.С.. Вітамін D у практиці педіатра та сімейного лікаря: від народження до зрілості. *Матеріали XIV Конгресу педіатрів України. Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2019.13(3). С. 6
3. Антипкін Ю.Г., Омельченко Л.І., Квашніна Л.В., Шадрін О.Г., Уманець Т.Р. Нагальні етичні проблеми охорони здоров'я дітей. *Четвертий національний конгрес з біоетики з міжнародною участю*. Київ. 2010. 178 с.
4. Бекетова Г.В., Савінова К.Б. Профілактика шкільної дезадаптації за допомогою здоров'язберігаючих технологій у дітей молодшого шкільного віку. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2018. VIII (4). С.37-42.
5. Квашніна Л.В., Маковкіна Ю.А., Кузюк Л.Г., Костенко А.В., винахідники; ДУ "ІПАГ НАМН України", патентовласник. Спосіб оцінки адаптаційних можливостей у дітей 6-17 років. Патент України на корисну модель № 26173. 2007 Вер 10.
6. Лук'янова О.М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень. *Мистецтво лікування*. 2005. 2. С.6-15.
7. Марушко ЮВ, Гищак ТВ. Системні механізми адаптації. Стрес у дітей. Київ. 2014. 140 с.
8. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (исследовательские диагностические критерии). ВОЗ. Женева, 1996. 208 с.
9. Beketova G.V., Mozgova G.P., Soldatova O.V., et al. Prevalence clinical features, and prognosis of the psychosomatic pathology in children with psychophysical developmental disorders. *Світ медицини та біології*. 2020. 1 (71). P.7-13.
10. Brill S.R., Patel D.R., Macdonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian J. Pediatr.* 2001. 68(7). P. 597-603.
11. Calder P.C., Krauss-Etschmann S., de Jong E.C., et al. Early nutrition and immunity — progress and perspectives. *Br. J. Nutr.* 2006. 96. P. 774-790.
12. Chowdhury R., Stevens S., Ward H., et al. Circulating vitamin D, calcium and risk of cerebrovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2012. 27(8). P. 581-591.
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2000.

14. Duckworth A.L., Kim B., Tsukayama E. Life stress impairs selfcontrol in early adolescence. *Front. Psychol.* 2012. 3. P. 608.
15. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on dietary reference values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA J.* 2010.8. 1462 p.
16. Ekvall S.W. Ekvall V.K. Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders. Prevention, assessment, and treatment. 2nd ed Oxford University Press. Oxford/New York. 2005. 532 p.
17. Flock M.R., Skulas-Ray A.C., Harris W.S., et al. Effects of supplemental long-chain omega-3 fatty acids and erythrocyte membrane fatty acid content on circulating inflammatory markers in a randomized controlled trial of healthy adults. *Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids.* 2014. 91(4). P.161-168.
18. Grassi L., Mangelli L., Fava G.A., et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V. *J. Affect. Disord.* 2007.101(1-3). P. 251-4.
19. Hellhammer D., Hellhammer J. Stress: the brain-body connection. Basel: Karger. 2008. 108 p.
20. Holick M.F. High prevalence of vitamin D inadequacy and implications for health. *Mayo Clin Proc.* 2016. 81. P. 353-373.
21. Holland I.B., Smith L., Saarem K. et al. Maternal supplementation with very-long-chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation augments children's IQ at 4 years of age. *Pediatrics.* 2003. 111. e39-e44.
22. Kawa S., Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos. Ethics Humanit. Med.* 2012.7. 2.
23. Keirse D. Portraits of temperament. Del Mar, CA: Prometheus Nemesis Book Co.1989. 243 p.
24. Li K., Huang T., Zheng J., et al. Effect of marine-derived n-3 polyunsaturated fatty acids on C-reactive protein, interleukin 6 and tumor necrosis factor: a meta-analysis. *PLoS One.* 2014. 9 (2). 88103.
25. Lung F.M., Lee F.E., Shu B.C. The premorbid personality in military students with adjustment disorders. *Military Psychology.* 2006.18(1). P.77-88.
26. Mariotti A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain-body communication. *Future Sci OA.* 2015.1(3). P.23.
27. Min M.O., Minnes S., Kim H., Singer L.T. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Negl.* 2013. 37(6). P. 361-373.
28. Pacheco F.J., Almaguel F.G., Evans W., et al. Docosahexanoic acid antagonizes TNF-induced necroptosis by attenuating oxidative stress, ceramide production, lysosomal dysfunction, and autophagic features. *Inflamm. Res.* 2014. 63(10). P. 859-871.
29. Pekkavez Rae-Ellen W., Simons-Morton D.G., de Jesus JM. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescent: Summary Report. *Pediatrics.* 2011. 128(5). P.1085-1087.
30. Pierre J.M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future. *J. Psychiatr. Pract.* 2010.16(6). P.375-386.
31. Pludowski P., Holick M.F., Pilz S., Wagner C.L., Hollis B.W., Grant W.B. et al. Vitamin D effects on musculoskeletal health, immunity, autoimmunity, cardiovascular disease, cancer, fertility, pregnancy, dementia and mortality-a review of recent evidence. *Autoimmun Rev.* 2013. 12(10). P. 976-989.
32. Scult M.A. Flexible Adaptation of Brain Networks during Stress. *J Neurosci.* 2017. 37(15). P. 3992-3994.
33. Spencer S.P., Belkaid Y. Dietary and commensal derived nutrients: Shaping mucosal and systemic immunity. *Curr. Opin. Immunol.* 2012. 24(4). P.379-384.

34. Stosberg K. Sociological aspects of addictive behavior. *Offentl Gesundheitswes.* 1980. 42(1). P. 3–7.
35. Strain J.J., Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr. Psychiatry.* 2008. 49(2). P.121-130.
36. Xu Z., Sheffield P.E., Hu W., Su H., Yu W., Qi X., Tong S. Climate change and children's health – a call for research on what works to protect children. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2012. 9 (9). P. 3298-3316.

## **2.10. Psychological determinants of the impact of kidney diseases on patients' quality of life**

### **Психологічні детермінанти впливу захворювань нирок на якість життя пацієнтів**

**Вступ.** За даними ВООЗ на хронічну хворобу нирок страждає близько 10% людей у світі. Згідно даних статистики Національного реєстру хворих на хронічні хвороби нирок за 2019 рік в Україні зареєстровано 490 тисяч українців, що страждають на хронічну хворобу нирок, з них 5 тис. мають термінальну стадію захворювання, яка потребує проведення гемодіалізу або трансплантації нирки. Контроль щодо збільшення захворюваності, в тому числі на хронічну хворобу нирок, є одним із найважливіших завдань Міністерства охорони здоров'я в Україні (Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (зі змінами та доповненнями).

Основними нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я в організації нефрологічної допомоги в Україні є:

1) Наказ АМН України та МОЗ України від 30.09.2003 № 65/462 «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю»;

2) Наказ від 11.05.2011 №280/44 «Про затвердження стандарту та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «нефрологія»;

3) Наказ від 11.07.2012 № 514/41 «Про затвердження форм первинної облікової документації, форми звітності з питань реєстрації пацієнтів з хронічною хворобою нирок, трансплантованою ниркою або гострим пошкодженням нирок та інструкції щодо їхнього заповнення»;

4) Наказ від 30.09.2014 №74/688 «Про внесення змін до наказу Академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня 2003 року №65/462»;

5) Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 89 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу або перитонеального діалізу».

Провідними й найбільш розповсюдженими захворюваннями, що спричиняють розвиток ниркової недостатності є цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ожиріння, обструктивні захворювання сечовивідних шляхів. Також до розвитку ниркової недостатності можуть призвести такі захворювання як пієлонефрит, гломерулонефрит, полікістоз нирок, системні захворювання сполучної тканини з ураженням нирок. Прогресуючий перебіг хронічної хвороби нирок супроводжується розвитком термінальної стадії, що в свою чергу потребує лікування методами замісної ниркової терапії.



Відмічається зв'язок зростання захворювань нирок з погіршенням екології, неправильним харчуванням, шкідливими звичками (палінням, алкоголем, наркотиками), неконтрольованим вживанням лікарських засобів.

Досить часто хронічну хворобу нирок діагностують занадто пізно і хворі, які звертаються за медичною допомогою вперше, вже потребують проведення гемодіалізу.

Проблемою дослідження впливу захворювань нирок на життя пацієнтів займаються ряд міжнародних та державних організацій одними із яких є Генеральна асамблея Організації Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук (АМН) України, ДУ «Інститут нефрології НАМН України», ДУ «Інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України», Українська асоціація нефрологів.

В Україні ДУ «Інститут нефрології НАМН України» виконує функції головної установи з проблем нефрології та діалізу в державі; здійснює активну організаційно-координаційну діяльність. Зокрема, створена принципово нова структура організації поетапної медичної допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні з чітко визначеними функціональними обов'язками обласних, міських, районних і сателітних центрів нефрології та діалізу. Основними напрямками роботи є вивчення етіології, патогенезу, морфогенезу, вдосконалення діагностики, лікування та профілактики уражень сечової системи у дорослих і дітей. Інститут щорічно формує і публікує довідник «Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок», який відповідає міжнародним вимогам і з 2006 р. включений до Європейського реєстру ERA-EDTA. [44].

Директор ДУ «Інститут нефрології НАМН України», член-кореспондент НАМН України, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, президент Асоціації нефрологів нових незалежних держав, член правління Української асоціації нефрологів Микола Колесник у своїй доповіді зазначає, що наукові дослідження у галузі нефрології (згідно з міжнародним консенсусом) здійснюються у рамках трьох основних напрямів.

#### 1. Ідентифікація нових терапевтичних мішеней («druggable targets»):

- ідентифікація і підтвердження нових терапевтичних мішеней шляхом проведення молекулярно-генетичних досліджень, використання прецизійних підходів до визначення цих мішеней, через виконання преклінічних та пілотних клінічних досліджень, встановити пошкодження мікробіома кишечника та запропонувати дієтичні способи його відновлення для покращення перебігу хронічної хвороби нирок (ХХН);

- поліпшення моделювання ХХН включно з коморбідними станами, з використанням найсучасніших технологій;

- отримання персоніфікованих моделей людських тканин — шляхом використання цільових мутацій ліній стовбурових клітин для їх диференціації у структури людської нирки;

- міждисциплінарні дослідження патофізіологічних механізмів ХХН.

2. Підвищення якості доклінічних і клінічних результатів досліджень ХХН:

- збільшення кількості, розмірів та якості клінічних досліджень;
- удосконалення інфраструктури збору, виконання «State of art» аналізу людського біологічного матеріалу для ідентифікації біомаркерів прогресування і/або відповіді на лікування;
- покращення взаємодії та обміну ідеями між науковцями і виробниками лікарських засобів;
- підтримка академічних нефрологів та надання їм можливості виконання біотехнологічних досліджень;
- надання грантів для постійного співробітництва біотехнологів, виробників ліків та академічних нефрологів для реалізації кар'єрного зростання останніх.

3. Підвищення доступності нових терапевтичних підходів для лікування пацієнтів із ХХН:

- оцінка можливості застосування існуючих лікарських засобів для лікування пацієнтам із ХХН та її ускладнень (наприклад алопуринол, метформін);

- через співробітництво з біотехнологами і фармацевтичною індустрією оцінка лікарського препарату, який пройшов I фазу клінічних досліджень для нениркових хвороб, як потенційного лікарського засобу для лікування патології сечової системи;

- покращення доступу пацієнтів до ефективних лікарських засобів, біотехнологічних засобів і новітнього обладнання у країнах з низьким або середнім доходом;

- допомога від організацій економічного співробітництва і розвитку повинна спрямовуватися на превенцію і лікування ХХН;

- створення мультидисциплінарних асоціацій – глобальних, національних, регіональних (зокрема, у США відповідне міждисциплінарне утворення отримало назву «Kidney Health in US» і об'єднує такі авторитетні організації, як Управління з харчових продуктів та лікарських засобів США (US Food and Drug Administration, FDA), Наукове товариство нефрології США (American Society of Nephrology, ASN) та Національні інститути здоров'я (National Institutes of Health, NIH).

Якість життя пацієнтів із захворюваннями нирок в своїх працях досліджували наступні науковці:

1) Л.Д. Денова, Д.Д. Іванов (Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна та Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна) «Якість життя хворих з додіалізною хронічною хворобою нирок, її зв'язок з оксидантним стресом і екскрецією уромодуліну»;

2) Є.Д. Єгудіна «Застосування НПЗП при хронічних захворюваннях нирок: доцільність та управління профілем безпеки»;

3) к. мед. н., доцент С.В. Кушніренко (Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ) «Лікування ураження нирок при подагрі»;

4) Н.М. Андон'єва, О.А. Гуц, М.Я. Дубовик, Г.В. Лісова, Т.Л. Волконська (Харківський національний медичний університет, Україна Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала, м. Харків, Україна) «Якість життя пацієнтів із хронічною хворобою нирок залежно від кардіальної патології на перитонеальному діалізі»;

5) С.Т. Рустамян, аспірант І.П. Катеренчук, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри А.С. Свінцицький, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри (Кафедра внутрішньої медицини № 2 з професійними хворобами, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна (Кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна) «Особливості впливу психосоціальних факторів на якість життя та ступінь кардіоваскулярного ризику в пацієнтів із захворюваннями нирок, які перебувають на програмному та перитонеальному діалізі».

Крім того, існує ряд зарубіжних публікацій, присвячених проблемам якості життя пацієнтів із захворюваннями нирок, зокрема хворих, які перебувають на діалізі: J.A. Diaz-Vuxo (2000), R. Gokal (2002), P.H. Juergensen (2006).

З 1995 року MAPI Research Institute, некомерційна міжнародна організація, вважається провідним координатором досліджень якості життя. В Україні на сьогодні немає аналогічної координаційної структури.

Аналіз медичної та психологічної літератури з дослідження проблеми впливу захворювань нирок на якість життя пацієнтів засвідчив, що питання вивчення психологічного дискомфорту, пов'язаного із погіршенням якості життя в цій групі пацієнтів, потребують систематичного міждисциплінарного вивчення та комплексного аналізу потреб відповідної категорії пацієнтів.

Захворювання нирок є серйозною патологією, яка може суттєво вплинути на якість життя пацієнтів. Пацієнти з хронічними та іншими захворюваннями нирок зіштовхуються з фізичними, психологічними та соціальними викликами, які вимагають спеціалізованої допомоги та підтримки. Дослідження впливу захворювань нирок на якість життя пацієнтів є важливим завданням, яке дозволяє краще розуміти цю проблему та розробляти ефективні стратегії запобігання розвитку ускладнень й відповідно погіршенню стану, підтримки, відновлення та профілактики.

**Мета.** Дане дослідження має на меті поглиблене розуміння проблеми впливу захворювань нирок на психологічний і соціальний стан пацієнтів, щоб надати конкретні рекомендації для подальших дій для сприяння покращення якості їхнього життя.

**Виклад основного матеріалу.** Здоров'я визначається однією з базових цінностей XXI століття. Сучасна українська людина працює не на попередження та профілактику різного роду захворювань, а навпаки, на їх лікування. Межі цієї проблеми сягають стану навколишнього середовища,

соціально-економічного статусу, умов праці, побутових умов та способу життя особистості.

Стан загального самопочуття виступає основною відмінною рисою між здоров'ям і хворобою. Здорова людина – та, хто відчуває себе добре й може виконувати свої щоденні соціальні обов'язки. Хвора людина – та, хто відчуває незадовільне самопочуття й не може виконувати звичайні соціальні функції. Варто зазначити, що наявність або відсутність різних аномалій на біологічному рівні зазвичай не визначає, чи є людина здоровою чи хворою. Це означає, що поняття здоров'я більше, ніж просто відповідність нормі, а поняття хвороби має відмінності від поняття патології з точки зору значення.

Загальне визначення здоров'я, що було запропоновано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), включає такий стан людини, при якому:

- 1) збережені структурні і функціональні характеристики організму;
- 2) наявна висока пристосованість до змін у звичному природному і соціальному середовищі;
- 3) зберігається емоційне і соціальне благополуччя.

Таким чином, здоров'я являє собою динамічне сполучення різних показників, тоді як хворобу, навпроти, можна визначити як звуження, зникнення або порушення критеріїв здоров'я [30, с. 23].

Хвороба – це порушення життєдіяльності організму під впливом надзвичайних подразників зовнішнього і внутрішнього середовища, яке характеризується зниженням пристосувальної реакції організму з одночасною мобілізацією компенсаторно-пристосовних механізмів.

Будь – яке захворювання має вплив на фізичне та психічне здоров'я людини, що в свою чергу змінює процес життєдіяльності організму.

Термін "фізичне здоров'я" є відносним і визначається об'єктивно за допомогою різноманітних клінічних, фізіологічних, біохімічних та антропометричних показників, що враховують вікові та статеві особливості. Разом з репродуктивним здоров'ям, фізичне здоров'я входить до складу соматичного здоров'я особи. За визначенням Г.Л. Апанасенко, фізичне здоров'я – це динамічний стан організму, який визначається резервами енергетичного, пластичного і регуляторного забезпечення функцій, характеризується стійкістю до дії патогенних чинників і здатністю компенсувати патологічний процес, а також є основою здійснення соціальних (праця) і біологічних функцій.

Фізичне здоров'я визначається через вплив зовнішніх (природних та соціальних) і внутрішніх (спадкових, статевих, вікових) чинників. До важливих факторів для збереження фізичного здоров'я відносяться:

- ✓ Підтримка рухової активності. Оптимальний руховий режим сприяє гармонійному розвитку тіла та підтримує високий рівень функціонування систем організму, що впливає на загальну працездатність людини.
- ✓ Дотримання правил особистої гігієни.
- ✓ Правильне чергування праці та відпочинку.
- ✓ Раціональне харчування.

✓ Процес загартування, а також інші фактори, що впливають на нормальне функціонування організму.

До основних показників фізичного здоров'я людини належать:

- здатність зберігати індивідуальне існування й саморозвиток;
- рівень фізичного розвитку;
- рівень та здатність до мобілізації адаптивних резервів організму, які забезпечують його пристосування до впливу факторів навколишнього середовища;
- стійкість до дії патогенних чинників (імунітет);
- стан вегетативних систем організму – травної, дихальної і ін.;
- стан опорно-рухової системи;
- рівень фізичної підготовленості;
- рівень функціональної підготовленості організму до виконання фізичних навантажень (фізичної роботи);
- стан регулюючих систем організму – нервової та ендокринної [3, с.46].

Компонентами фізичного здоров'я є:

- анамнез хвороби;
- алергічні реакції;
- медикаментозний профіль;
- стан здоров'я;
- харчовий статус організму;
- потреби в паліативній допомозі;
- дієтичні потреби [40, с. 39].

*За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це стан добробуту, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал та впоратися із життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Інакше кажучи, психічно здоровою є людина, яка не має симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та отримує задоволення від життя.*

До критеріїв психічного здоров'я, визначених ВООЗ, відносяться:

- усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»;
- відчуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе та своєї власної психічної діяльності і її результатів;
- відповідність психічних реакцій (адекватність) силі та частоті впливів середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;
- здатність самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати заплановане;

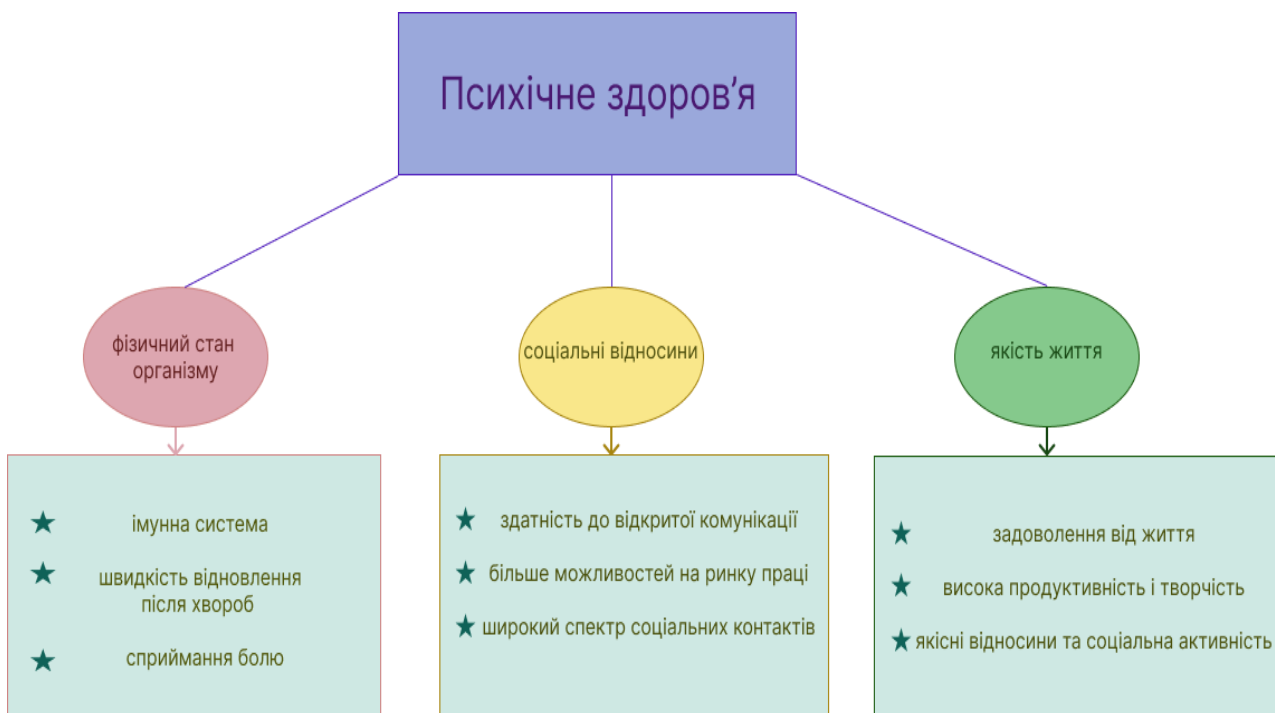
- здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Психологічно здорова людина – це людина, яка відчуває себе гармонійно та має певний резерв сил до подолання складнощів і достатній рівень продуктивності в повсякденному житті.

Компонентами психічного здоров'я є:

- функціональний та емоційний стан та рівень залучення членів сім'ї та доглядача;
- здатність до спілкування та самообслуговування;
- стан психічного здоров'я, зокрема особисті характеристики та поведінка;
- когнітивний стан;
- соціально-економічний статус;
- культурні та духовні потреби і вірування [41, с. 39].

Психічне здоров'я тісно пов'язане з фізичним здоров'ям та має на нього значний вплив, а також відіграє важливу роль у соціальній взаємодії (рис. 1).



*Рис. 1. Вплив психічного здоров'я на сфери та загальний стан життя людини [складено автором]*

Захворювання нирок є широко поширеними проблемами, оскільки підвищений ризик функціональних ускладнень в цьому органі має близько один з десяти жителів планети. небезпечність ниркової патології полягає в тому, що часто воно виникає раптово або проявляється на пізніх стадіях, коли розвивається хронічна ниркова недостатність. Тоді єдиним способом

допомоги хворому може бути замісна терапія нирок або трансплантація органу.

Концепцію хронічної хвороби нирок (ХХН) було запропоновано в 2002 році Національним нирковим фондом США (National Kidney Foundation – NKF) за участю великої експертної групи (комітет KDOQI – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative), яка об'єднала фахівців з епідеміології, нефрології, лабораторної діагностики тощо.

ХХН на сьогоднішній день вражає понад 800 мільйонів людей у світі, що становить глобальну поширеність понад 9%. За прогнозами, до 2040 року ХХН може стати п'ятою основною причиною смертності. Щороку майже 5% смертей пов'язані з порушеннями функції нирок. ХХН вже є глобальною проблемою для систем охорони здоров'я, а її прогресування до п'ятої стадії значно підвищує витрати – від 1,3 до 4,2 разів. Щорічні витрати на одного пацієнта становлять від 20 000 до 100 000 доларів США.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) – це симптомокомплекс, що виникає внаслідок незворотного та важкого ураження нирок. Практично всі двобічні хронічні захворювання нирок зрештою призводять до розвитку ХНН, що спричиняє втрату працездатності, передчасну інвалідизацію та смерть пацієнтів.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) – це клініко-лабораторний синдром, який розвивається як кінцева стадія хронічних двобічних захворювань нирок. Він характеризується значним зменшенням кількості функціонуючих нефронів, що призводить до порушення екскреторних та інкреторних функцій нирок. Це проявляється азотемією, гіпертонією, анемією, розладами водно-електролітного обміну та порушенням кислотно-лужної рівноваги.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) являє собою порушення екскреторної, ендокринної та гомеостатичної функцій нирок, що виникає внаслідок загибелі нефронів. Тому ниркова недостатність не може бути зведена лише до порушення азотовидільної функції та накопичення в організмі азотистих шлаків, токсичний вплив яких тривалий час вважали основною причиною уремії. Погіршення функції нирок призводить до серйозних змін у водно-електролітному обміні, а також до інших метаболічних порушень, які, поряд з азотемією, відіграють важливу роль у патогенезі ХНН і часто визначають перебіг та результат уремії.

У здорової людини нирки містять приблизно 2 мільйони нефронів. При хронічних захворюваннях їхня кількість поступово зменшується. Проте компенсаторні можливості нирок настільки великі, що перші біохімічні відхилення від норми з'являються лише тоді, коли кількість функціонуючих нефронів знижується до 50%, а виражена клінічна картина ХНН розвивається при загибелі не менше 75% нефронів. Коли кількість функціонуючих нефронів залишається в межах 100-50%, це може і не вплинути на функцію нирок. Якщо кількість нефронів зменшується до 50-30%, нирки все ще можуть виконувати свої функції, але з допомогою артеріальної гіпертензії та гіперфільтрації. Однак, коли кількість нефронів знижується до менш ніж

30%, цих механізмів вже недостатньо, і прогресує хронічна ниркова недостатність (ХНН). Швидкість відмирання нефронів може значно збільшуватись: якщо перші 50% нефронів можуть бути втрачені за 10-15 років, то наступні 50% можуть відмирати всього за 2-3 роки.

Прогресуюче зниження кількості нефронів призводить до зменшення швидкості клубочкової фільтрації, що, в свою чергу, спричиняє накопичення в крові речовин, які зазвичай виводяться цим шляхом, таких як сечовина, креатинін та інші.

ХНН діагностують, якщо є наявність ознак ураження нирок та/або зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) <60 мл/хв впродовж 12-ти і більше тижнів незалежно від їх причини.

Хронічна хвороба нирок (ХХН) часто супроводжується такими захворюваннями, як сечокам'яна хвороба (СКХ) із супутніми інфекціями сечовивідних шляхів, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, гіперурикемія (подагра), а також серцево-судинні захворювання. Наявність цих коморбідних станів негативно впливає на здоров'я пацієнтів, спричиняючи підвищення рівня захворюваності та смертності. Порушення сну та хронічна втома також погіршують загальний стан здоров'я, особливо психічне, що може призводити до розвитку різних психічних розладів і симптомів. Усе це значно знижує якість життя пацієнтів із ХХН [4, с. 7].

Прояви хронічної ниркової недостатності (ХНН) різноманітні, оскільки вони залежать не лише від порушення функції нирок, але й від змін, що виникають у різних органах і системах. Ранніми ознаками ХНН, на які часто не звертають уваги, є поліурія та ніктурія, а також поступово й непомітно розвивається анемія.

Різнманіття клінічних проявів при хронічній нирковій недостатності (ХНН) дозволяє виділити кілька основних клінічних синдромів:

1. **Нейрастенічний синдром:** характеризується підвищеною стомлюваністю, загальною слабкістю, адинамією, апатією, дратівливістю та порушенням сну.

2. **Серцево-судинний синдром:** включає уремічну кардіопатію, перикардит, порушення ритму та провідності, які значною мірою зумовлені електролітними порушеннями, артеріальною гіпертензією та анемією.

3. **Ураження легень:** проявляється уремічними пульмонітами, інтерстиціальним набряком легень, абактеріальними запаленнями, а також альвеолярним нефрогенним набряком легень ("водяна легеня"), що виникає внаслідок гіпергідратації.

4. **Шлунково-кишковий синдром:** включає диспепсичні явища та анорексію.

5. **Суглобово-кістковий синдром:** обумовлений порушенням обміну кальцію (остеопороз) та сечової кислоти (вторинна подагра).

6. **Анемічно-геморагічний синдром.**

7. **Реногенні ураження центральної нервової системи:** енцефалопатія із судомним синдромом, аж до розвитку епілептиформного статусу, геморагічні інсульти, уремічна кома.



## 8. Дистрофічний синдром [8, с. 9].

Лікування хронічної ниркової недостатності (ХНН) вимагає застосування методів високотехнологічної медичної допомоги, які є дорогі. До таких методів відносяться позаниркове очищення крові, включаючи перитонеальний діаліз і хронічний програмний гемодіаліз, а також трансплантація донорської нирки.

Гемодіаліз і перитонеальний діаліз є двома основними методами очищення крові, які були відкриті в середині 1940-х років і згодом стали широко використовуваними для лікування пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН).

Гемодіаліз був впроваджений як метод лікування в 1960 році. Відразу після свого впровадження він став загальноприйнятим методом лікування у всьому світі. Гемодіаліз полягає в тому, що кров пацієнта проходить через апарат, який фільтрує шлаки та токсини, після чого очищена кров повертається в організм. Процедура зазвичай проводиться в спеціалізованих центрах кілька разів на тиждень.

Перитонеальний діаліз почали використовувати як метод лікування з 1976 року. Перитонеальний діаліз полягає в очищенні крові через черевну порожнину, яка виступає як природний фільтр. Рідина для діалізу вводиться в черевну порожнину через катетер, де вона залишається на кілька годин, поглинаючи шлаки і токсини, після чого виводиться з організму.

Обидва методи, хоча і відрізняються за технікою виконання, мають на меті забезпечення очищення крові і підтримання нормального функціонування організму у пацієнтів з важкими порушеннями функцій нирок.

Трансплантація нирки є методом вибору для лікування пацієнтів із термінальною стадією хронічної ниркової недостатності і визнана одним із головних досягнень сучасної медицини. Цей метод надає можливість пацієнтам повернутися до нормального життя, забезпечуючи тривале функціонування організму без необхідності регулярного діалізу. Трансплантація нирки значно покращує якість життя пацієнтів, знижує смертність і дає змогу уникнути багатьох ускладнень, пов'язаних із хронічною нирковою недостатністю.

Захворювання нирок заслуговують на увагу з двох основних причин:

1. Гострий гломерулонефрит, який найчастіше трапляється у молодих людей, та хронічний гломерулонефрит, який призводить до хронічної ниркової недостатності (ХНН) і є основною причиною смертності людей молодого віку від терапевтичних захворювань;

2. Щодо хронічних нефропатій, що призводять до хронічної ниркової недостатності та потреби у донорських або штучних нирках (гемодіаліз), тут переважають діабетична та гіпертензивна нефропатії.

Оскільки кількість людей із цукровим діабетом та гіпертонічною хворобою постійно зростає, проблема хронічної хвороби нирок стає все більш актуальною. Тому велике значення має їх попередження:

- гострого гломерулонефриту – санація вогнищ інфекції;

- цукрового діабету та гіпертонічної хвороби – ведення здорового способу життя та їх рання діагностика й лікування [39, с. 4].

Нирки виконують багато функцій, головною з яких є підтримання стабільності внутрішнього середовища організму – гомеостазу. Вони контролюють рівень азотистих відходів у крові, регулюють водно-електролітний баланс та кислотно-лужний рівень. Кінцевим продуктом їхньої роботи є сеча, яка видаляється з організму. Це завдання здійснюється через процеси клубочкової фільтрації, канальцевої секреції та канальцевої реабсорбції.

Нирки виводять речовини з організму через фільтрацію у клубочках або секрецію через канальці. Процес канальцевої реабсорбції спрямований на збереження води та високої концентрації сечі в організмі. Первинна сеча, що утворюється під час фільтрації крові нирковими клубочками, подібна до плазми крові за складом, але без ліпідів та з мінімальною кількістю білків. Її об'єм у 100 разів більший за об'єм кінцевої сечі. За допомогою реабсорбції води у ниркових канальцях, первинна сеча перетворюється на кінцеву, яка потім виводиться з організму через сечові шляхи.

Нирки виконують важливу функцію регуляції кров'яного тиску в організмі. Це досягається через спеціальні клітинні структури, які знаходяться поруч з клубочками – юктагломерулярний апарат (ЮГА). При значних втратах крові, ниркова тканина, зокрема клітини ЮГА, досвідчує ішемію, що призводить до збільшеного вироблення реніну, що перетворюється на ангіотензин. Це підвищує тонус судин, що є важливим компенсаторним механізмом для уникнення різкого падіння артеріального тиску при значних крововтратах.

Крім того, нирки регулюють артеріальний тиск через ендокринну функцію, таку як калікреїн-кінінова система, яка впливає на тонус судин та артеріальний тиск, а також за допомогою гормонів, наприклад, простагландинів.

Ще одна важлива роль нирок – участь у процесі кроформування. Еритропоетин, речовина, яка виробляється нирками, стимулює утворення еритроцитів в кістковому мозку [38, с.7].

Нирки є одними з найважливіших парних органів у людини, вони виконують безліч життєво важливих функцій. Серед них – фільтрація та очищення понад 200 літрів крові на день від непотрібних та шкідливих речовин. Також вони регулюють артеріальний тиск, виробляють червоні кров'яні клітини та контролюють водно-сольовий баланс. У нирках відбуваються дві групи процесів, що забезпечують підтримку сталості внутрішнього середовища: це процеси сечоутворення та вивільнення в кров різних гормонів, ферментів, біологічно активних речовин та сполук.

Нирки виводять шкідливі речовини, які утворюються під час розпаду їжі та під час функціонування м'язів. Окрім очищення організму від цих речовин і рідини, нирки здійснюють низку інших важливих функцій:

- ✓ Регулюють вміст води та різних хімічних елементів у крові таких як, натрій, калій, фосфор та кальцій.

- ✓ Виводять медикаменти і токсини, що потрапили в організм.
- ✓ Виділяють у кров гормони, необхідні для нормальної життєдіяльності.

Гормони, які нормалізують життєдіяльність організму, виконують наступні функції:

1. Регулюють кров'яний тиск.
2. Стимулюють утворення червоних кров'яних тілець.
3. Забезпечують міцність кісток.

Нирки виконують важливі функції, забезпечуючи підтримку гомеостазу та регуляцію різних процесів в організмі:

1. **Видільна або екскреторна функція.** Нирки видаляють надлишок води, органічних і неорганічних речовин, продукти азотистого обміну (креатинін, сечовина, сечова кислота, аміак), а також лікарські препарати та їх метаболіти.

2. **Волюморегулююча функція.** Вони регулюють водний баланс, об'єм крові, внутрішньоклітинної та позаклітинної рідини шляхом зміни об'єму води, що виводиться з сечею.

3. **Осморегулююча функція.** Нирки підтримують сталість осмотичного тиску рідин внутрішнього середовища організму, змінюючи кількість осмотично активних речовин (солей, сечовини, глюкози).

4. **Іонорегулююча функція.** Вони коригують іонний склад рідин внутрішнього середовища та іонний баланс через вибірккову екскрецію іонів з сечею.

5. **Регуляція кислотно-основного складу.** Нирки виводять водневі іони, кислоти та луги, підтримуючи кислотно-лужний баланс в організмі.

6. **Інкреторна функція.** Вони утворюють і виділяють у кровотік фізіологічно активні речовини, такі як ренін, еритропоетин, активна форма вітаміну D, простагландини, брадикініни, урокінази.

7. **Регуляція рівня артеріального тиску.** Нирки впливають на артеріальний тиск через внутрішню секрецію реніну, речовин депресорної дії, екскрецію натрію і води, а також зміни об'єму циркулюючої крові.

8. **Регуляція еритропоезу.** Вони регулюють процеси кровоутворення, виділяючи еритропоетин, який стимулює утворення червоних кров'яних клітин.

9. **Регуляція гомеостазу.** Нирки утворюють і виділяють у кров гуморальні регулятори згортання крові і фібринолізу, такі як урокіназа, тромбопластин, тромбоксан, а також беруть участь в обміні гепарину, фізіологічного антикоагулянту.

10. **Метаболічна функція.** Вони беруть участь у обміні білків, жирів і вуглеводів.

11. **Захисна функція.** Нирки здатні видаляти з організму чужерідні або токсичні речовини.

Ці функції базуються на процесах ультрафільтрації у клубочках, реабсорбції та секреції у канальцях, що відбуваються в паренхімі нирок.

Нирки відіграють основну роль у підтримці стабільності фізико-хімічних параметрів крові та інших рідин організму.

Нирки відіграють ключову роль у регуляції артеріального тиску через кілька важливих механізмів:

**1. Видалення надлишкових речовин:**

○ **Екскреція води і солей.** Нирки видаляють з крові надлишок води, солей (натрію, калію, кальцію) та кінцеві продукти метаболізму, такі як сечовина і креатинін. Це допомагає підтримувати оптимальний склад крові та внутрішньоклітинної рідини, а також регулює загальний баланс рідини в організмі.

○ **Регуляція осмотичного тиску.** Нирки підтримують сталий осмотичний тиск, що важливо для нормального функціонування клітин і тканин. Порушення цього балансу може призвести до набряків, підвищення чутливості судин і підвищення артеріального тиску.

**2. Виробництво біологічно активних речовин:**

○ **Пресорні і депресорні фактори.** Нирки виробляють речовини, які можуть як підвищувати, так і знижувати артеріальний тиск. У здоровому організмі є баланс між пресорними (підвищуючими тиск) і депресорними (знижуючими тиск) системами. При хронічних захворюваннях нирок часто переважає продукція пресорних факторів, що сприяє підвищенню артеріального тиску.

**3. Продукція реніну і ангіотензинового механізму:**

○ **Ренін.** Нирки виробляють ренін, який секретується при погіршенні кровопостачання нирок (наприклад, при звуженні ниркової артерії чи спазмі дрібних артерій). Ренін не має прямого впливу на артеріальний тиск, але він перетворює ангіотензиноген на ангіотензин I, який потім перетворюється на ангіотензин II.

○ **Ангіотензин II.** Ця речовина викликає звуження дрібних артерій і артеріол, як у нирках, так і в інших частинах тіла, що призводить до підвищення артеріального тиску. Ангіотензин II також стимулює виділення альдостерону з наднирників.

○ **Альдостерон.** Гормон, що затримує натрій і воду в організмі. Це веде до збільшення об'єму крові та підвищення артеріального тиску. Альдостерон також сприяє набряку стінок дрібних артерій, що ще більше звужує їх просвіт.

Таким чином, нирки впливають на артеріальний тиск через підтримку водно-солевого балансу, виробництво біологічно активних речовин і участь у ренін-ангіотензин-альдостероновій системі.

Хронічна хвороба нирок (ХХН) може тривалий час протікати без виражених симптомів, проявляючи себе лише у вигляді змін в аналізах крові та сечі. Однак, при детальному вивченні історії розвитку хвороби часто виявляються такі ознаки:

• **Загальна слабкість і швидка втомлюваність.** Пацієнти часто відчують занепад сил і втому навіть при незначних фізичних навантаженнях.

- **Зниження або порушення апетиту.** Може знижуватися апетит або змінюватися харчові уподобання.
- **Поганий сон.** Часті проблеми зі сном, включаючи безсоння або часті пробудження.
- **Нічні судоми.** Судоми, особливо в нічний час, є досить поширеними.
- **Набряки.** З'являються на гомілкках, ступнях, а також навколо очей, переважно вранці.
- **Сухість і свербіж шкіри.** Відчуття сухості шкіри та свербіж можуть бути постійними.
- **Спрага.** Постійна потреба пити більше води.
- **Почастішання сечовиділень у нічний час.** Пацієнти можуть часто вставати вночі для сечовиділення, що також відомо як ніктурія.

Ці симптоми можуть бути непомітними на ранніх стадіях, але з часом вони стають більш вираженими, що підкреслює важливість своєчасного виявлення та лікування хронічної хвороби нирок.

Хронічне ураження нирок може спричинити діабет, підвищений кров'яний тиск та інші захворювання. Пошкоджені нирки втрачають здатність підтримувати організм у здоровому стані, оскільки перестають виконувати свої функції. З прогресуванням захворювання в організмі збільшується накопичення шкідливих речовин, що призводить до загального погіршення самопочуття. Це може викликати ускладнення, такі як підвищений тиск, анемія, проблеми з кістками, втрата апетиту та маси тіла, а також ураження нервів. Захворювання нирок також підвищує ризик хвороб серця та судин, які можуть розвиватися повільно протягом тривалого часу.

Однак, при своєчасній діагностиці та початку лікування хронічної хвороби нирок можна уникнути або затримати її прогресування. Якщо хвороба продовжує прогресувати, це може призвести до ниркової недостатності. Для підтримки життя пацієнта з нирковою недостатністю необхідні пересадка нирки або діаліз.

Так, хронічна хвороба нирок часто виникає в результаті двох основних причин: діабету та підвищеного кров'яного тиску. Діабет призводить до підвищення рівня цукру в крові, що може пошкодити різні органи та тканини, включаючи нирки, серце, судини, нерви та очі.

Гіпертонія супроводжується підвищенням тиску крові на стінки судин. Якщо кров'яний тиск не контролюється, це може призвести до серйозних ускладнень, таких як інфаркт, інсульт чи розвиток хронічної хвороби нирок.

Ці два стани взаємозв'язані: хронічна хвороба нирок може призводити до підвищення кров'яного тиску через різні механізми, створюючи таким чином взаємне посилення цих проблем. Такий цикл може значно погіршити стан нирок і загальне здоров'я.

Також до захворювань, які призводять до ураження нирок, відносяться:

- **Гломерулонефрити** – група захворювань, які спричиняють запалення і пошкодження фільтруючих елементів нирок. Ці захворювання займають третє місце серед найпоширеніших хвороб нирок.

- Спадкові захворювання, зокрема, полікістоз нирок, при якому в нирках утворюються великі кісти. Ці кісти руйнують навколишні ниркові тканини.

- Вроджені вади виникають під час розвитку плода в лоні матері. До таких вад належить звуження сечових шляхів, яке перешкоджає нормальному відтоку сечі та зумовлює закидання її струменя назад у нирки. Внаслідок цього розвиваються інфекції, і тканина нирок може зазнати пошкодження.

- Вовчак та інші хвороби, при яких уражається імунна система організму.

- Перешкоди для відтоку сечі, наприклад, камені в нирках, пухлини або збільшення простати у чоловіків.

- Повторні інфекції сечових шляхів [43, с. 7].

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) є поступовим процесом, який розвивається через тривалий період компенсаторної поліурії, за якої спостерігається низька відносна густина сечі. Етапи розвитку ХНН можна розділити на кілька стадій:

1. **Ранній етап:**

- **Компенсаторна поліурія.** На початковій стадії хворі можуть мати поліурію з низькою відносною густиною сечі.

- **Зміни в лабораторних показниках.** Підвищення рівня креатиніну в сироватці крові до 0,176-0,440 ммоль/л і сечовини до 8,3—13,3 ммоль/л.

- **Симптоми.** Зниження працездатності, швидка втома, слабкість, порушення сну і апетиту. Можуть спостерігатися відразу до їжі, нудота, блювання, іноді понос.

2. **Прогресуючий етап:**

- **Симптоми уремії.** З'являється свербіж шкіри через накопичення уремічних токсинів, що виділяються потовими залозами.

- **Нервова система.** Наростаюча сонливість, можливе немотивоване збудження, посмикування окремих м'язових груп.

- **Лабораторні показники.** Гіперкреатинемія (0,88—1,32 ммоль/л), підвищення рівня сечовини в сироватці крові (33,3—49,9 ммоль/л), виражений метаболічний ацидоз, гіперкаліємія у разі олігоурії (зменшене виділення сечі).

3. **Фінальний етап:**

- **Симптоми.** Різка слабкість, зменшення виділення сечі, посилення порушень функцій нервової системи.

- **Супутні ускладнення.** Різко виражена артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, анемія, підвищення числа лейкоцитів (лейкоцитоз).

- **Плеврит і перикардит.** Фібринозний плеврит, перикардит, що проявляється шумом тертя перикарду.

**Тривалість етапів:**

- Перший етап може тривати від кількох місяців до багатьох років, в залежності від природи основного захворювання.

- Другий етап зазвичай триває від кількох тижнів до декількох місяців.

Швидкість прогресування хронічної ниркової недостатності (ХНН) залежить від кількох ключових факторів:

1. **Важкість основного захворювання:**

- **Швидке прогресування:** гломерулонефрит, системний червоний вовчак (вівчаковий нефрит), діабетична нефропатія. Ці захворювання зазвичай викликають швидке зниження функції нирок.

- **Повільніше прогресування:** хронічний пієлонефрит, подагра, вроджений полікістоз. Прогресування ниркової недостатності при цих захворюваннях зазвичай відбувається повільніше.

2. **Прогресування попри лікування.** У значному числі випадків, навіть коли розвиток основного захворювання припиняється, ниркова недостатність може продовжувати прогресувати.

**Стадії ХНН:**

1. **Доуремічна стадія:**

- **Лікування.** Проводиться консервативне лікування, яке може включати контроль симптомів, підтримання балансу електролітів і води, а також лікування основного захворювання, яке викликало ХНН.

2. **Уремічна або термінальна стадія:**

- **Лікування.** Для врятування життя пацієнта необхідні активні методи лікування:

- **Гемодіаліз.** Процедура, що використовує машину для фільтрації відходів і зайвої рідини з крові.

- **Перитонеальний діаліз.** Метод, при якому фільтрація крові відбувається через перитонеальну порожнину.

- **Трансплантація нирки.** Хірургічна операція з пересадки здорової нирки від донора.

Рання діагностика і своєчасне лікування можуть значно уповільнити прогресування ХНН і покращити якість життя пацієнтів.

За захворювання нирок можуть суттєво впливати на фізичне та психічне здоров'я пацієнтів. Нирки відіграють ключову роль у видаленні токсинів, збалансуванні рівня рідини та електролітів у організмі. Якщо нирки функціонують неналежним чином, це може викликати ряд проблем.

У більшості людей немає виражених проявів недуги, поки хвороба нирок не почне прогресувати. Проте, ви можете зауважити в себе наступні симптоми:

- підвищену втомлюваність і загальну слабкість;
- труднощі з концентрацією уваги;
- поганий апетит;
- порушення сну;
- нічні судоми;
- набряки на гомілках і стопах;
- припухлість довкола очей, особливо зранку;

- сухість та свербіння шкіри;
- почастішання позивів на сечовипускання, особливо вночі [43, с. 8].

Психічне здоров'я – це стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки, діяльності. Порушення регулятивної функцій психіки призводить до станів соціально-психологічної дезадаптації, а у більш тяжких випадках – до психічних розладів.

Психічні аспекти захворювань нирок можуть бути досить різноманітними і включати:

- **Психічні розлади.** Захворювання нирок можуть спричиняти різні психічні розлади, такі як депресія, тривога, панічні атаки, дезорієнтація та навіть психоз. Це може бути пов'язано з накопиченням токсинів в крові через недостатню функцію нирок.

- **Когнітивні проблеми.** Ниркові захворювання можуть впливати на когнітивні функції, такі як концентрація, пам'ять та здатність приймати рішення. У важких випадках це може призвести до погіршення пам'яті та зниження когнітивних здібностей.

- **Стан тривоги та стрес.** Хворобливий стан може викликати стрес і тривогу у пацієнтів, оскільки вони стикаються з несподіваними або тривалими змінами у своєму здоров'ї та способі життя.

- **Соціальна ізоляція та емоційне відчуження.** Захворювання нирок може обмежити пацієнтів у їхній здатності до соціальних контактів або здійснення різних видів діяльності, що може викликати відчуття відокремленості та відчуження.

Зміни, які відбуваються в нервовій системі при захворюваннях нирок, є предметом досліджень значної кількості літературних джерел. Нефрогенні неврологічні розлади відомі вже понад 100 років. Перші звіти переважно стосувалися порушень вищої нервової діяльності та психічних розладів, які є найбільш виразними проявами масивної соматогенної інтоксикації при тяжкій нирковій недостатності.

Різнманітні форми ниркових захворювань, особливо на їх початкових стадіях, можуть проявлятися симптомами неврастенії, що може бути ознакою "тихої" уремії – поступового накопичення токсинів в організмі. Патогенез неврозоподібних станів при хронічних захворюваннях нирок складний і, до певної міри, характерний саме для цієї соматичної патології. Пошкоджені нирки впливають на центральну нервову систему, включаючи нейродинамічні взаємовідносини між корою, підкорковими структурами та мозковим стовбуром досить різноманітно: з одного боку – загально, а з іншого – специфічно, в залежності від патології органу. Тому потрібно враховувати патогенетичне значення патологічної аферентної імпульсації з інтерорецептивних зон нирок, початкові прояви інтоксикації та формування ниркової гіпертензії.



Різні неврозоподібні синдроми – неврастенічний, астеничний, астеноіпохондричний, істеричний, депресивно-іпохондричний, тривожно-депресивний і астенодепресивний – описуються багатьма авторами у контексті хронічних захворювань нирок. Чіткої залежності між вираженістю неврозоподібних порушень і ступенем тяжкості ниркової патології та хронічної ниркової недостатності не спостерігається, проте деякі автори вказують на те, що неврастенічний синдром гіперстенічного варіанту спостерігається в ранній стадії хвороби та при її легкому перебігу. При більш важких стадіях хронічної ниркової недостатності можлива зміна гіперстенічного варіанту неврозоподібного синдрому на гіпостенічний. Різні невротичні синдроми при хронічній патології нирок розглядаються як патологічна реакція організму на хворобу, при цьому визначальними у формуванні відповідного типу реакції є психічні особливості особистості перед початком захворювання [28].

Відомо, що хронічна ниркова недостатність часто протікає латентно і може бути виявлена лише на стадії, коли вже виникають певні патологічні зміни, що є предикторами серйозних ускладнень у різних органах та системах організму. Це може призвести до ранньої інвалідазації пацієнтів та навіть передчасної смерті.

Клінічна картина хронічної ниркової недостатності залежить від основного захворювання, тяжкості перебігу хвороби та наявності ускладнень. При зниженні швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), виникають симптоми та ускладнення, які впливають на різні органи та системи. Серед них, доволі часто спостерігаються неврологічні ускладнення.

Необхідно відзначити, що у пацієнтів на ранній стадії хронічної ниркової недостатності можуть виявлятися такі симптоми, як порушення концентрації та пам'яті, сонливість або безсоння, апатія або дратівливість, хронічна гикавка, головний біль, синдром неспокійних ніг (відчуття дискомфорту в ногах, яке змушує постійно рухатися нижніми кінцівками), тремор та слабкість м'язів. З розвитком уремії у пацієнтів часто спостерігаються психопатологічні прояви, симптоми важкої форми нейропатії, енцефалопатії, набряку мозку, аж до розвитку периферичної тетраплегії, паралічу маломілкових нервів, судом, а також можуть розвиватися гострі і хронічні порушення мозкового кровообігу, такі як транзиторні ішемічні атаки, інсульти, дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) і уремічна полінейропатія (ПНП), і навіть кома.

Слід зазначити, що пацієнти з хронічною нирковою недостатністю (ХНН), які отримують нирково-замісну терапію (НЗТ), стикаються зі ще більшим ризиком ускладнень нервової системи. Це через проведення програмного гемодіалізу, що може сприяти прогресуванню анемії, а патогенетичне лікування анемії за допомогою еритропоєтину в певній мірі підвищує артеріальний тиск та збільшує ризик тромбоемболічних ускладнень. Також повідомляється про синдром діалізного дисбалансу (СДД), при якому концентрація осмотично-активних речовин в тканинах

знижується повільніше, ніж у крові, що створює тимчасовий осмотичний градієнт і може призвести до високої імовірності набряку мозку.

Депресія і тривожність також можуть бути обумовлені залежністю від апаратного лікування та зниженням якості життя. Таким чином, тривале проведення програмного гемодіалізу може не лише продовжити життя пацієнтів з уремією, але й сприяти розвитку ряду системних неврологічних ускладнень. Неврологічні розлади, що виникають у пацієнтів з ХНН, часто несвоєчасно діагностуються через стертість і атиповість клінічних проявів, латентний перебіг ХНН і можуть піддаватися недостатньому лікуванню. Це може призводити до поглиблення тяжкості перебігу захворювань, розвитку ускладнень і, в окремих випадках, до летальних наслідків [37].

Типові психологічні реакції пацієнтів, що перебувають на гемодіалізі, можна умовно поділити на три етапи: "медовий місяць", розчарування та довготривала адаптація. Період розчарування та розгубленості, а також період довготривалої адаптації, потребують особливої уваги лікаря та медичного персоналу. Психологічне благополуччя, свідомість власної хвороби та здатність жити з нею, а також згода з лікувальним режимом, відповідають категорії погодження (compliance). Проблема неприйняття лікування, або непокоря лікувальному режиму (у англійській літературі non-compliance), є особливо актуальною для пацієнтів на діалізі, оскільки у 30-50% з них виявлено неприйняття лікування, включаючи дотримання режиму, дієту, виконання рекомендацій та проведення супутньої терапії. Дослідження підтверджують, що виживання пацієнтів, які не дотримуються лікування діалізом, значно нижче, ніж у тих, хто дотримується лікування [24, с. 10].

Відносини хворої людини з родиною, медичним персоналом, соціальною групою та суспільством в цілому мають велике значення у процесі довготривалої адаптації. Виявлено, що більшість дітей, які проживають у сім'ї, де один з її членів отримує лікування діалізом, демонструють тривожність, депресію та різні форми поведінкових проблем. Подружжя хворих також часто переживають високий рівень тривожності та депресії. Це свідчить про значний взаємовплив психологічного стану пацієнта та його родини.

Депресія та стрес, викликані процедурою гемодіалізу, виявляють великий вплив на виживання пацієнтів. Функціональний стан та якість життя у хворих на діаліз незалежно від себе є факторами ризику, які пов'язані з підвищеним ризиком смертності у ранньому віці. Показники активності, участі у повсякденному житті, стану здоров'я та оцінки майбутнього значно знижені у пацієнтів, які тривалий час перебувають на лікуванні. Фактори, що найбільше впливають на рівень депресії, включають супутні стани та ускладнення основного захворювання. Психосоціальні чинники, такі як обтяжливість та зайнятість, мають вагомий вплив на сприйняття лікування пацієнтами та відтворенні зв'язку між психологічною адаптацією та контролем за фізичним станом хворого. Обтяжливість прямо взаємодіє з тривалістю лікування, розвитком ускладнень та супутніми станами. Вона не залежить від методу діалізного лікування та має найбільший вплив на

фізичний стан, працездатність, соціальні та сімейні аспекти, а також на втрату особистого контролю над життям та діяльністю [24, с. 11].

Раннє виявлення психічних порушень та аномальної поведінки базується на певних ключових симптомах чи проявах поведінки, які можуть свідчити про необхідність консультації фахівця ("Warning Signs of Mental Illness", 2018). До найбільш поширених ознак психічних порушень відносять:

- Розлади сну або апетиту, такі як безсоння чи надмірна сонливість, відсутність апетиту або надмірне бажання споживати їжу.
- Зміни настрою, включаючи різкі коливання від депресивного до надмірно піднесеного або утримання депресивного чи ейфоричного настрою протягом двох тижнів і довше.
- Бажання соціальної ізоляції та відмова від колишніх приємних активностей.
- Відмова від навчання, роботи та повсякденних обов'язків, що може виявитися у припиненні відвідування навчального закладу або місця роботи.
- Погіршення когнітивних функцій, таких як пам'ять та увага, проявляється у важкості запам'ятовування та відтворення інформації.
- Підвищена сенситивність до звуків, запахів, світла чи дотику та уникнення ситуацій, які можуть це стимулювати.
- Апатія та втрата зацікавлення в раніше приємних активностях.
- Відчуття втрати зв'язку з реальністю, яке проявляється відчуттям відчуженості чи змінності звичних речей та людей довкола.
- Нелогічне мислення та нереальні переконання про себе, світ чи оточуючих, підозрілість.
- Відчуття тривоги за нереальні події, напади паніки та безпричинний страх.
- Незвична поведінка, що відрізняється від звичного для індивіда.
- Думки про втрату сенсу життя та самогубство.

Ці прояви можуть слугувати ранніми сигналами психічних порушень та вимагають консультації з фахівцем у галузі психічного здоров'я [22, с.20].

Під час прогресування хронічної хвороби нирок фізичне здоров'я пацієнтів, яке є важливим показником якості життя, погіршується через обмеження фізичної активності, зменшення толерантності до навантажень та втрату можливостей для трудової діяльності. Постійний стресовий стан, що властивий хворим на замісній нирковій терапії, негативно впливає на їхнє психічне здоров'я та загальну якість життя.

Проблема якості життя є об'єктом дослідження у багатьох наукових галузях: в психології – особистісна самооцінка об'єктивних та суб'єктивних аспектів існування, вивчення різних сфер життя (фізичної, психологічної, соціальної незалежності, взаємовідносин у суспільстві, навколишнього середовища, духовності та особистих переконань); в соціології – спосіб життя людини в конкретних умовах, в суспільному оточенні та природному середовищі; в економіці вивчається вплив різних об'єктивних факторів, таких як матеріальний добробут та задоволеність житловими умовами, на

якість життя; в медицині – покращення якості життя хворих, їх реабілітація, адаптація до щоденної діяльності; а також їхній аналіз з урахуванням вікових періодів, гендерних різниць, соціального статусу, сімейного положення тощо.

Зараз українців торкається негативний вплив багатьох соціальних факторів. Щоб вижити в таких умовах, потрібно мати міцне здоров'я та вміння протистояти негативному впливу соціуму. Здоровий спосіб життя стає важливим для збереження себе в таких обставинах.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), спосіб життя – це спосіб існування, який ґрунтується на взаємодії між умовами і конкретними моделями поведінки людини. Відповідна модель поведінки відповідає конкретним умовам і сприяє зниженню ризику захворювання. Це також підтверджує, що різні умови життя вимагають різних моделей поведінки.

У способі життя, як соціальній категорії, можна виокремити такі основні категорії (за Ю.П. Лисициним):

- рівень життя (економічна категорія);
- якість життя (соціальна категорія);
- уклад життя (соціально-економічна категорія);
- стиль життя (соціально-психологічна категорія) [3, с. 37].

У 1984 р N. Wenger вперше сформулював критерії визначення якості життя:

Три основних параметри:

1. функціональна здатність
2. сприйняття
3. симптоми.

У дослідженні N.Wenger виокремлено дев'ять під параметрів якості життя: режим, соціальна, інтелектуальна діяльність, економічне становище, сприйняття загального здоров'я, добробут, задоволеність життям, сприйняття симптомів основного і супутніх захворювань.

Дослідження якості життя (ЯЖ) в практиці охорони здоров'я має широке застосування, зокрема:

1. **Стандартизація методів лікування.** Оцінка ЯЖ допомагає встановлювати єдині стандарти лікування, що враховують не лише медичні, але й соціальні аспекти здоров'я пацієнтів.

2. **Експертиза нових методів лікування.** Використання міжнародних критеріїв для оцінки нових терапевтичних підходів дозволяє проводити об'єктивну експертизу та порівнювати результати лікування з практикою в розвинених країнах.

3. **Індивідуальний моніторинг стану хворого.** Завдяки оцінці ЯЖ можна забезпечити повноцінний моніторинг стану пацієнта, що включає аналіз ранніх та віддалених результатів лікування, зокрема, впливу терапії на якість життя.

4. **Розробка прогностичних моделей.** Дані про ЯЖ використовуються для створення моделей, що передбачають перебіг

захворювання та його наслідки, що є важливим для прийняття клінічних рішень.

5. **Соціально-медичні популяційні дослідження.** Вивчення ЯЖ дозволяє визначати групи ризику та проводити соціально-медичні дослідження, спрямовані на покращення здоров'я населення.

6. **Динамічне спостереження за групами ризику.** Оцінка ЯЖ сприяє ефективному спостереженню за пацієнтами, що входять до групи ризику, та оцінці ефективності профілактичних програм.

7. **Підвищення якості експертизи нових лікарських засобів.** Дослідження ЯЖ допомагають покращити якість оцінки нових лікарських препаратів, зокрема через аналіз їх впливу на якість життя пацієнтів.

8. **Економічне обґрунтування методів лікування.** Використання ЯЖ дозволяє оцінювати економічну ефективність лікування, враховуючи такі показники, як «ціна-якість» та «вартість-ефективність», що є важливими фармакоекономічними критеріями [14, с.8].

Якість життя визначається через ряд ключових категорій, таких як потреби і цінності, свобода, можливості і вибір, безпека і розвиток, гармонія та самореалізація. Ці категорії використовуються для оцінки якості життя різних груп населення та суспільства в цілому. Оцінка включає об'єктивний і суб'єктивний аналіз, що охоплює сприйняття людиною власного життя: задоволення різними його аспектами, емоційний баланс (від почуття щастя до стресу та тривоги), які опосередковуються досвідом та індивідуальними характеристиками. Ці психологічні показники дозволяють розуміти, як людина сприймає та оцінює різні аспекти свого життя, враховуючи власні цінності та норми.

Концепція Центру здоров'я Торонтського університету виділяє ключові складові якості життя, визначаючи їх через «стан особи» (фізичний, психологічний та психічний), «оточуюче середовище» (соціальне, екологічне, локальна громада) та «наявну інфраструктуру» (можливості власного розвитку, проведення вільного часу, наявність роботи та можливість працевлаштування). Ці компоненти якості життя відображаються через показники здорового способу життя, що ґрунтуються на визначенні здоров'я, запропонованому Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ):

1) задоволення особи своїми зовнішніми даними, професійною успішністю, компетентністю у міжособистісних стосунках, статусом у сім'ї, своїм світосприйняттям;

2) задоволення своїм соціальним оточенням, до якого входять сім'я, сусіди, родичі, колеги, товариші по закладу освіти; визначення рівня соціальної напруженості, особливості сприйняття соціальних проблем, задоволення політичною ситуацією, рівень довіри до керівництва та рівень задоволення станом безпеки;

3) задоволення рівнем опанування матеріальними та культурними цінностями, проведенням вільного часу, рівнем поінформованості, інтимним життям, громадською активністю [9, с. 46].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) якість життя – індивідуальне співвідношення положення даного індивідуума в житті суспільства в контексті культури і систем цінності цього суспільства і його цілей, планів, можливостей і ступеня загального безладу.

Критерії якості життя (ВООЗ):

- фізичні: сила, задишка, втома, біль, дискомфорт, порушення сну, відпочинку;
- психологічні: позитивні емоції, мислення, запам'ятовування, концентрація уваги, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання;
- рівень самостійності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- довкілля: благополуччя, побут, безпека, доступність і якість медичного обслуговування, доступність інформації, дозвілля, екологія, можливість навчання;
- духовність: релігія, особисті переконання;
- громадське життя: особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальних активність.

Якість життя – це комплексний показник, що включає в себе психологічні та фізіологічні аспекти, що впливають на благополуччя та задоволеність життям людини.

**Психологічні аспекти якості життя включають:**

- **Емоційний стан.** Як людина сприймає та управляє своїми емоціями.
- **Психічне здоров'я.** Стан психіки, включаючи відсутність психічних захворювань, здатність адаптуватися до стресів, справлятися з проблемами.
- **Соціальні відносини.** Якість взаємин з родиною, друзями, співробітниками та соціальним оточенням.
- **Особистісний розвиток.** Здатність до самореалізації, досягнення особистих цілей і розвитку своїх потенціалів.
- **Стресостійкість.** Здатність впоратися зі стресом і труднощами.
- **Самоприйняття та самоповага.** Відношення до себе, впевненість у власних можливостях та цінність власної особистості.
- **Емоційна інтелігенція.** Здатність розуміти, контролювати та виражати власні емоції, а також розуміти емоції інших людей.
- **Духовний розвиток.** Пошук сенсу життя, внутрішня гармонія, розвиток духовності.

**Фізіологічні аспекти включають:**

- **Фізичне здоров'я.** Стан організму, включаючи фізичну активність, вагу, стан органів та систем.
- **Сон і відпочинок.** Якість та тривалість сну, як вони впливають на загальний стан здоров'я та енергію.
- **Харчування.** Вплив харчування на здоров'я та енергію, наявність достатньої кількості поживних речовин.

- **Оточуюче середовище.** Вплив якості повітря, води, екологічної обстановки на здоров'я.
- **Ментальне здоров'я.** Важливість підтримки мозкової активності, розвиток когнітивних здібностей.
- **Сексуальне здоров'я.** Вплив задоволення від інтимних стосунків на загальний стан емоцій та фізичного здоров'я.

Здоров'я і задоволення життям залежить від балансу цих аспектів. Якщо хтось відчуває дисбаланс у фізичному здоров'ї, це може впливати на їхні емоційний стан та сприйняття світу, а також на їхні можливості досягнення особистих цілей.

Ці аспекти взаємопов'язані, і для покращення якості життя важливо звертати увагу на обидва напрямки. Регулярна фізична активність, збалансована дієта, емоційна стійкість, підтримка від близьких та уміння вирішувати проблеми – усе це впливає на загальний стан та якість життя.

Ці аспекти утворюють складний мозаїчний образ, який складається з різних компонентів та взаємозв'язків між ними. Якість життя визначається комплексом цих чинників, а їх баланс та взаємодія визначають наше загальне самопочуття і щастя.

У медичній літературі якість життя розглядається з точки зору вивчення об'єктивних та суб'єктивних аспектів життя хворої людини. Клінічна психологія та медицина активно працюють над визначенням факторів, що можуть негативно або позитивно впливати на якість життя пацієнта. Ці дослідження спрямовані на сприяння швидкому відновленню здоров'я пацієнта, вивчення того, як людина сприймає свою якість життя до виникнення хвороби та після неї. Також широко досліджуються психосоматичні захворювання, що включають у себе взаємодію між фізичними та психологічними факторами у виникненні та перебігу захворювань.

Параметри якості життя людини відображають різні аспекти її соціального, психологічного та загального здоров'я. Вони передбачають комплексне дослідження клінічних, психологічних та соціальних чинників, що впливають на хворобу. Цей підхід охоплює всебічне розуміння особистості хворої людини, враховуючи її біологічні, психологічні, соціальні та духовні аспекти та сприяє розумінню хвороби як складного явища та покращує ставлення до пацієнта як до цілісної біопсихосоціодуховної системи.

Медичний аспект якості життя враховує вплив захворювання на щоденну активність та звичайні аспекти життя людини. Лікар оцінює результативність лікування та реабілітації особи на основі її скарг та об'єктивних показників. Проте, цей підхід часто обмежується лише фізичними аспектами, не враховуючи соціально-психологічних показників, які є важливою складовою загального благополуччя особистості. Лише сама хвора людина може достовірно розповісти про своє фізичне та психічне самопочуття, а також соціальні відтінки життя. Використання показників якості життя дозволяє оцінити, наскільки успішно людина адаптується до

хвороби та чи може вона продовжувати виконувати звичні функції, що відповідають її соціальному статусу, показуючи, як хвороба обмежує можливості особистості жити так, як вона б того бажала.

Вивчення якості життя, зокрема стану здоров'я, дозволяє оцінити вплив захворювання та лікування на різні аспекти життя хворої людини. Це оцінює всі складові здоров'я, такі як фізичне, психологічне і соціальне функціонування, що дозволяє отримати комплексне уявлення про вплив хвороби на життя людини.

Отримання повної картини здоров'я в медичній практиці передбачає виділення трьох основних складових концепції якості життя:

- **Багатомірність.** Оцінка якості життя враховує різні сфери життєдіяльності, такі як фізична, психологічна, соціальна, духовна та економічна. Зв'язок якості життя зі здоров'ям дозволяє розрізняти складники, які пов'язані і не пов'язані з певним захворюванням, що важливо для оцінки впливу хвороби та лікування на стан хворого.

- **Змінюваність у часі.** Якість життя може коливатися залежно від стану хворого, що визначається різними внутрішніми та зовнішніми чинниками. Моніторинг якості життя надає можливість постійно відстежувати стан хворого та, в разі потреби, коригувати лікування.

- **Участь хворого в оцінці свого стану.** Оцінка якості життя, проведена самим хворим, має велике значення. Вона є цінним та достовірним показником загального стану хворого, часто відрізняючись від оцінки, зробленої лікарем. Інформація, отримана від пацієнта про якість життя, доповнює традиційні медичні висновки та формує повну та об'єктивну картину здоров'я.

Концепція якості життя в медицині та клінічній психології спрямована на інтегральну оцінку фізичного, психічного та соціального функціонування людини, базуючись на її особистому сприйнятті. Дослідження якості життя наголошує на суб'єктивних переживаннях хвороби, які визначаються через поняття задоволеності-незадоволеності та благополуччя-неблагополуччя. Вивчення цих психосоціальних аспектів та їх взаємодія дозволяє краще розуміти глибинні переживання пацієнтів у ситуації хвороби.

Компоненти якості життя, що виділяються у медичній психології, включають багато аспектів особистісного функціонування. Ці компоненти, такі як біологічні (здоров'я), фізіологічні (задоволення основними біологічними потребами), емоційні (гедонія, духовна гармонія, самоповага, самореалізація) та фінансове благополуччя, мають свої складові, які варто розглядати окремо. Наприклад, фізичний аспект охоплює симптоми захворювання, рівень фізичної працездатності та здатність до самообслуговування. Психологічний аспект оцінює рівень тривожності, депресії, поведінку. Соціальний аспект включає в себе соціальну підтримку, працевлаштування, громадські зв'язки. Це всебічне вивчення дає можливість оцінити якість життя окремої особи чи групи, визначити, які аспекти підвищують чи знижують цю якість, і вплинути на них для поліпшення



ситуації (наприклад, змінити підхід до лікування, надати соціальну підтримку та інше).

Покращення стану здоров'я пацієнтів та підвищення якості їхнього життя є надзвичайно важливими у процесі лікуванні. Врахування оцінки якості життя в медичній практиці допоможе у кращому розумінні перебігу захворювання та уникненні ускладнень, що може сприяти ранньому виявленню та відслідковуванню пацієнтів, які потребують особливого спостереження. Це також допоможе лікарям приймати більш обґрунтовані рішення щодо лікування та спрямовувати зусилля на максимальне поліпшення якості життя пацієнтів. Створення умов для практичного впровадження оцінки якості життя у вітчизняній медицині допоможе покращити процес діагностики та лікування, а також забезпечить більш ефективне та індивідуалізоване обслуговування пацієнтів.

Так, дослідження якості життя у медицині включає декілька ключових напрямів:

- **Оцінка якості життя здорової популяції.** Дослідження, що стосуються загального стану здоров'я та якості життя людей без серйозних захворювань.

- **Розроблення нормативних критеріїв для різних груп населення.** Встановлення стандартів і критеріїв якості життя для різних вікових, соціальних та професійних груп.

- **Оцінка якості життя в групі ризику.** Аналіз якості життя у людей з певними факторами ризику або підвищеною вразливістю до певних захворювань.

- **Оцінка ефективності профілактичних та реабілітаційних програм.** Визначення впливу різних програм на покращення якості життя пацієнтів після захворювання або подій, що впливають на їхнє здоров'я.

- **Експертиза нових методів лікування.** Оцінка якості життя при використанні нових методів та технологій лікування згідно з міжнародними стандартами.

- **Індивідуальний моніторинг стану хворого.** Системний підхід до оцінки та контролю за станом пацієнтів з урахуванням їхніх індивідуальних потреб та результатів лікування.

- **Розроблення прогностичних моделей.** Створення моделей, які допомагають прогнозувати розвиток захворювання та його можливі наслідки на якість життя.

Ці напрямки спрямовані на розуміння та поліпшення якості життя, допомагають врахувати індивідуальні та соціальні аспекти при діагностиці, лікуванні та реабілітації пацієнтів [20, с. 161].

Для пацієнтів з захворюваннями нирок якість життя може бути суттєво позначеною як фізіологічними, так і психологічними аспектами.

**Фізіологічні аспекти включають:**

- **Діаліз та лікування.** Для багатьох пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю, діаліз є необхідним процедурою. Це може суттєво вплинути на розклад дня, енергію та загальний стан здоров'я.

- **Фізичні обмеження.** Деякі пацієнти можуть зіткнутися з фізичними обмеженнями через захворювання. Наприклад, обмежений рух через біль, слабкість або специфічні вимоги до дієти.

- **Побічні ефекти лікування.** Деякі препарати, які використовуються для лікування захворювань нирок, можуть мати побічні ефекти, які впливають на фізичний стан та самопочуття.

- **Дотримання дієти.** Захворювання нирок часто вимагає строгого дотримання дієти. Це може стати чинником обмеження в споживанні певних продуктів, що впливає на задоволення від їжі та соціальне спілкування під час прийому їжі.

- **Фізичний дискомфорт.** Ускладнення, такі як біль, симптоми сечостатевої системи, втрата енергії – усе це може впливати на фізичний комфорт пацієнта.

- **Обмеження у щоденних діях.** Обмеження у звичних справах, таких як подорожі, робота, вільний час, через необхідність діалізу або регулярних візитів до лікаря.

#### **Психологічні аспекти включають:**

- **Стан емоцій.** Пацієнти можуть відчувати стрес, тривогу або депресію через своє становище та обмеження у звичайних справах.

- **Самооцінка та ставлення до хвороби.** Важливою є самооцінка пацієнта та його/її ставлення до захворювання. Деякі пацієнти можуть відчувати втрату контролю або депресію через постійні обмеження.

- **Соціальні зв'язки.** Захворювання нирок може вплинути на соціальні зв'язки через обмеження у фізичних можливостях або розклад діалізу.

- **Страх перед майбутнім.** Неясність та тривога щодо прогресу захворювання та його впливу на майбутнє можуть впливати на емоційний стан.

- **Самоідентифікація.** Пацієнти можуть відчувати втрату самоідентифікації через фізичні зміни або обмеження у звичайних справах.

- **Підтримка та ресурси.** Важливість отримання підтримки від родини, друзів та спеціалізованих груп пацієнтів для подолання важкостей та емоційної підтримки.

Профілактика і лікування хронічної ниркової недостатності (ХНН) є критично важливими для запобігання її розвитку і прогресування. Оскільки ХНН є ускладненням різних захворювань нирок, основна увага має бути приділена профілактиці загострень і ефективному лікуванню цих первинних захворювань. Основні підходи до профілактики та лікування включають:

#### **Профілактика загострень захворювань нирок:**

##### **1. Загальні заходи:**

- **Раціональна дієта.** Включення в раціон продуктів, що підтримують здоров'я нирок і регулюють водний та електролітний баланс.
- **Загальний режим.** Підтримання здорового способу життя, регулярні фізичні навантаження.
- **Боротьба з артеріальною гіпертензією.** Контроль і лікування підвищеного кров'яного тиску для запобігання ушкодженню нирок.
- **Лікування інфекцій.** Ефективне лікування інфекцій нирок і сечових шляхів, щоб запобігти їх поширенню і ускладненням.

## 2. Спеціалізоване лікування:

- **Діабетична нирка.** Контроль рівня глюкози в крові, використання медикаментів для захисту нирок (наприклад, інгібітори АПФ).
- **Подагрична нирка.** Лікування підвищеного рівня сечової кислоти в крові, використання препаратів для зниження її рівня.
- **Полікістоз нирок.** Моніторинг і лікування симптомів, управління ускладненнями.

### Лікування ХНН включає:

- **Збереження функцій нирок.** У разі розвитку ХНН важливо зберігати залишкові функції нирок і покращувати якість життя пацієнта. Це може включати:

- Контроль рівня креатиніну і сечовини в крові.
- Моніторинг артеріального тиску та електролітів.
- Підтримка оптимального водного і електролітного балансу.

- **Активні методи лікування.** Коли ХНН досягає термінальної стадії, можуть знадобитися більш інтенсивні методи:

- Гемодіаліз або перитонеальний діаліз для заміщення функції нирок.
- Трансплантація нирки як можливість довготривалого вирішення проблеми.

Збереження функцій нирок та управління хронічною нирковою недостатністю є комплексним і індивідуально підібраним процесом, що потребує регулярного медичного контролю та підтримки.

Оптимізація якості життя для пацієнтів з захворюваннями нирок включає в себе не лише лікування та фізичні процедури, а й психологічну підтримку. Підтримка у збереженні позитивного ставлення, психологічна та емоційна підтримка, а також пошук способів покращення фізичного стану є важливими аспектами у покращенні якості життя пацієнтів із захворюваннями нирок.

Хронічна ниркова недостатність – це комплекс симптомів, що розвивається в результаті порушень функцій нирок протягом тривалого періоду, який триває три місяці і більше. Цей стан виникає внаслідок прогресуючої втрати нефронів і стромы, що призводить до порушення екскреторної та інкреторної функцій нирок, а також розладу обміну речовин, кислотно-лужної рівноваги та функції різних органів і систем організму. В разі декомпенсації роботи органів та систем організму внаслідок хронічної ниркової недостатності, потрібна замісна ниркова терапія, така як гемодіаліз,

перитонеальний діаліз або трансплантація нирки. Гемодіаліз використовується для очищення крові в разі недостатньої роботи нирок.

Життя пацієнтів із термінальною стадією ниркової недостатності динамічно змінюється та адаптується до впливу початку діалісної терапії, коли вони стають залежними від медичного обладнання та персоналу. Окрім медикаментозного лікування та діалізу, роль відіграють збалансоване харчування, режим пиття та фізичні навантаження. Психологічний та фізичний стан пацієнтів також суттєво впливають на їхню якість життя. Всесвітня організація охорони здоров'я описує якість життя як «сприйняття людиною свого життєвого положення в контексті культури та систем цінностей, у яких вона живе, а також у зв'язку зі своїми цілями, очікуваннями, стандартами». Це визначення розкриває траєкторію захворювання на підставі впливу діалізу та процесу адаптації, який характеризується фазою "кризи". Якість медичної допомоги, включаючи рівень кваліфікації та досвід медичного персоналу, підтримка соціального оточення та соціальна адаптація, є важливими чинниками, що впливають на якість життя пацієнтів. Необхідна спрямована медична реабілітація та навчання для адаптації до захворювання та лікування, що дозволяє пацієнтам продовжувати життя та зменшує ризик смертності. Пацієнти, які перебувають на програмному гемодіалізі, повинні отримувати комплексну допомогу, враховуючи соматичні, психічні та соціальні аспекти, для забезпечення покращення якості життя та зниження відсотку смертності.

Лікування хронічної ниркової недостатності методом діалізу серйозно впливає на життя пацієнтів, обтяжуючи їх соціальну, психологічну та фінансову сфери. Хвороба вимагає зміни у щоденному житті, адаптації до нових умов, пов'язаних з характером захворювання та методами лікування. Пацієнти стають залежними від діалізу та медичного персоналу. Крім того, лікування також включає обмеження у фізичних навантаженнях, дієті та контроль за вживанням рідини.

Поява негативних ефектів від діалісної терапії (наприклад, соматичний біль, порушення сну, тривожно-депресивні розлади, вегетативні дисфункції та розлади серцево-судинної та нервової систем) або обмеження, пов'язані з самим захворюванням, призводять до зниження якості життя пацієнтів. Це також впливає на їх професійну активність, що може призвести до погіршення фінансового становища. Хворі на хронічну ниркову недостатність часто відмовляються від інших видів активності, таких як спорт, соціальна участь та особистий розвиток. Якість життя пацієнтів, які отримують нирково-замісну терапію, також визначається соціальними та сімейними зв'язками.

Гемодіаліз проводиться в лікарні тричі на тиждень, протягом кожного сеансу триває чотири години. У той час як перитонеальний діаліз може проводитися вдома, існують два варіанти: безперервний амбулаторний перитонеальний діаліз з чотирма замінами рідини на день або безперервний циклічний перитонеальний діаліз з обмінами вночі, що тривають 8–9 годин за допомогою апарату для перитонеального діалізу. Обидва методи нирково-

замісної терапії мають свої плюси та мінуси. Пацієнти, які отримують перитонеальний діаліз, зазвичай повинні проводити процедуру 4-5 разів на день, тоді як ті, хто отримує гемодіаліз, зазвичай відвідують діалізний центр 3 рази на тиждень. Хворі, які вибирають перитонеальний діаліз, повинні дотримуватися стерильних умов для проведення процедури, тоді як ті, хто обирає гемодіаліз, мають регулярно відвідувати діалізний центр. Пацієнти, які отримують перитонеальний діаліз, зазвичай відвідують діалізний центр лише один раз на місяць, у порівнянні з 12-14 разами для тих, хто отримує гемодіаліз [35, с. 157].

Підтримка пацієнтів із захворюваннями нирок повинна включати в себе не лише медичні аспекти лікування, але і психологічну, емоційну підтримку та надання ресурсів для полегшення їхнього повсякденного життя. Важливою є комплексність підходу та уважне врахування всіх аспектів, щоб підвищити якість життя цих пацієнтів.

Систематичне визначення показників якості життя у пацієнтів, що отримують нирково-замісну терапію, дозволить підвищити взаємопорозуміння між медичним персоналом та пацієнтом, що в свою чергу сприятиме покращенню загального стану хворого та запобігатиме можливим ускладненням.

Поняття "стійкість" в психології охоплює широкий спектр аспектів особистості, поведінки та професійної діяльності. Це інтегральна характеристика, яка відображає здатність особистості витримувати та протистояти стресовим ситуаціям та негативним впливам. Психічна стійкість, особливо в контексті професійної діяльності, є важливою, оскільки працівники часто стикаються з викликами, що вимагають ментальної міцності.

Ця стійкість може виявлятися у різних аспектах, таких як:

- **Емоційна стійкість.** Здатність контролювати свої емоції та реакції на стресові ситуації.
- **Вольова стійкість.** Можливість утримуватися від впливу зовнішніх факторів на власні дії та рішення.
- **Спроможність адаптації.** Здатність швидко адаптуватися до змінних умов та вирішувати проблеми в екстремальних ситуаціях.
- **Стойкість до стресу.** Здатність залишатися стабільним та продуктивним під час стресових подій.
- **Саморегуляція.** Здатність керувати власними думками, емоціями та реакціями.

У професійній діяльності розвиток цих аспектів стійкості є ключовим, оскільки вони забезпечують ефективність та безпеку під час виконання службових обов'язків у складних умовах та стресових ситуаціях.

Психологічна стійкість особистості є складною властивістю, яка включає в себе синтез різних характеристик та здібностей. Рівень цієї стійкості залежить від численних факторів. Її визначають внутрішні ресурси особистості, а також зовнішня міжособистісна та соціальна підтримка. Ці

внутрішні ресурси сприяють психологічній стійкості та адаптивності особистості, що забезпечує формування та збереження гармонійного стану психіки.

Психологічна стійкість особистості створює умови для її продуктивного функціонування, адекватної саморегуляції, динамічного розвитку та достатньо повної адаптації.

Адаптація людини включає три фізіологічні рівні: фізіологічний, психологічний та соціальний, що відповідає фізіологічній, психічній та соціальній адаптації. Психологічна адаптація має значний вплив на адаптаційні процеси на різних рівнях. Ця складна характеристика є динамічним утворенням, яке можна розглядати як функціональний стан організму.

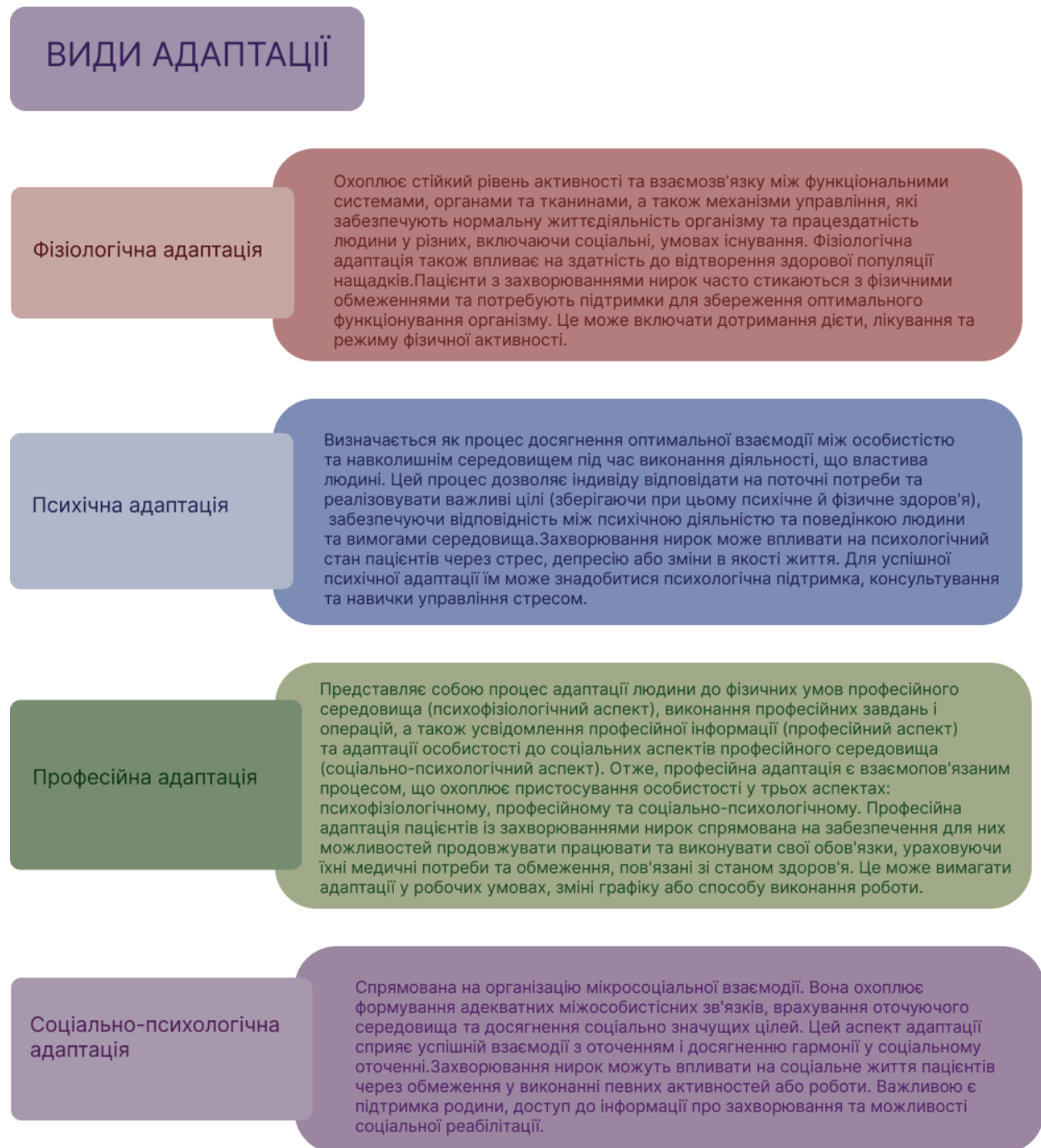
Так, адаптація людини може бути описана як процес її пристосування до змін у умовах життєдіяльності. Цей динамічний процес дозволяє організму підтримувати сталість внутрішнього середовища у змінному зовнішньому.

В залежності від домінування тих чи інших компонентів у цілісній системі при здійсненні адаптації виділяються такі види адаптації, як фізіологічна, психічна, професійна та соціально-психологічна, що мають важливий вплив для підтримки та покращення якості життя пацієнтів із захворюваннями нирок (рис. 2) [18, с. 100].

Нехтування бажанням або повна відсутність мотивації до самопізнання, саморегулювання і саморозвитку є основою для ослаблення психологічної стійкості, що в кінцевому підсумку призводить до розвитку захворювань. Недостатня психологічна компетентність може бути причиною того, що людина не усвідомлює зв'язку між емоційним дискомфортом, який в свою чергу поглиблюється, дисгармонією особистості та соматичним розладом [2, с. 883].

Показники психологічного здоров'я охоплюють особистісні характеристики психологічних процесів та властивостей. Внутрішній світ особистості включає цілі, потреби, інтереси, мотиви, стимули, установки, почуття та інше. Це також пов'язано з особливостями мислення, характеру, здібностей, духовного зростання та самореалізації, автономії, самодостатності та сприйняттям сучасної реальності. З іншого боку, показники соціального здоров'я асоційовані з взаємодією особистості з соціальним середовищем, таким як родина, групи, організації тощо. Ці взаємозв'язки формують соціальні зв'язки в аспектах як праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування, економічні фактори тощо. Узагальнено, соціальне здоров'я визначається характером і розвитком основних сфер суспільного життя, таких як економіка, політика, соціальні та духовні аспекти. Ці компоненти (соціальні та психологічні) тісно пов'язані між собою та впливають на стан здоров'я особистості у комплексі. Соціально-психологічна модель здоров'я враховує і розглядає соціальні та психологічні ознаки разом. Властивості особистості у психологічному плані є невід'ємними від системи соціальних відносин, у які вона вбудована,

оскільки людина функціонує на рівні особистості перш за все як соціальне істота, де ключовим фактором виступає вплив суспільства на її здоров'я. Психологічне здоров'я відповідає на різні соціальні взаємодії, такі як у сім'ї, спілкування з друзями і родичами, робота, дозвілля, належність до різних організацій тощо, і наслідки цих взаємодій можуть бути як позитивними, так і негативними [32, с. 136]. Психологічні аспекти, такі як мислення, почуття, мотиви та внутрішній світ особистості, є невід'ємною частиною її стану здоров'я. У той же час, соціальне оточення, зв'язки та взаємодія зі суспільством мають величезний вплив на психічне здоров'я.



*Рис. 2. Характеристика видів адаптації та їх особливості для пацієнтів із захворюваннями нирок [складено автором]*

Соціально-психологічна модель здоров'я дійсно враховує, як соціальні фактори можуть впливати на психологічне благополуччя. Наприклад, відносини з оточуючими, сімейне середовище, взаємодія на роботі та участь у різних суспільних групах можуть сприяти покращенню або, навпаки, погіршувати психічне здоров'я.

Це допомагає врахувати взаємозв'язок між соціальними та психологічними факторами при вивченні та збереженні здоров'я особистості.

Діагностика та лікування діалізної стадії хронічної хвороби нирок (ХХН) є однією з найважливіших проблем через зростання кількості випадків, що призводять до розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН). Це супроводжується високим ризиком ускладнень, необхідністю проведення нирковозамісної терапії (НЗТ) на кінцевих стадіях захворювання, погіршенням якості життя, збільшенням негативних психосоціальних факторів, інвалідизацією та високою летальністю пацієнтів. Така ситуація зумовлена ускладненнями, що виникають на термінальній стадії ниркової недостатності. Серед найчастіших ускладнень при ХХН виділяються проблеми серцево-судинної системи, вторинний гіперпаратиреоз і анемія, які тісно взаємопов'язані між собою.

При нирковій недостатності знижується швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), що призводить до порушень у виведенні фосфору з організму і, як наслідок, до підвищення його концентрації в крові. Високий рівень фосфору стимулює підвищену секрецію паратиреоїдного гормону (ПТГ). У нормальних умовах ПТГ регулює рівень фосфору в крові та підтримує баланс кальцію й фосфору. Проте при нирковій недостатності, особливо на термінальній стадії, цей регуляторний механізм втрачає ефективність, що призводить до стійкої гіперфосфатемії, яка, в свою чергу, викликає тривалу секрецію ПТГ і пригнічення синтезу кальцитріолу. Це порушує всмоктування кальцію в кишечнику та призводить до гіпокальціємії.

Гіпокальціємія у пацієнтів з ХХН також розвивається через зменшене надходження кальцію з їжею, що пов'язано з обмеженням споживання білка, оскільки основними джерелами кальцію є молочні та м'ясні продукти. Численні дослідження підтвердили, що гіпокальціємія в поєднанні з низьким рівнем кальцитріолу є потужним стимулятором секреції ПТГ, що сприяє розвитку гіперпаратиреозу.

Особливістю перебігу вторинного гіперпаратиреозу у пацієнтів, які отримують ниркову замісну терапію, є поступове погіршення показників обміну фосфору та кальцію. Це спричиняє підвищення кардіоваскулярного ризику та знижує якість життя пацієнтів, які перебувають на діалізі. Для запобігання розвитку та прогресуванню вторинного гіперпаратиреозу важливо контролювати основні показники кальцієво-фосфорного обміну, починаючи ще з додіалізного періоду, а також застосовувати раціональну дієтотерапію та своєчасну медикаментозну профілактику порушень цього обміну.



Враховуючи, що порушення кальцієво-фосфорного обміну часто виникають на ранніх стадіях ХХН, посилюються зі зниженням функції нирок, погіршують якість життя, стають додатковим фактором інвалідизації та підвищують смертність серед нефрологічних пацієнтів, важливо розробляти нові методи профілактики та ефективної корекції таких порушень [12, с. 24-25].

Основними функціями нирок є виведення продуктів життєдіяльності з організму та очищення крові. Вони також відіграють важливу роль у виведенні зайвої води, мінералів і хімічних речовин, а також у підтримці балансу натрію, калію, кальцію, фосфору та бікарбонатів в організмі. Для зменшення навантаження на нирки та запобігання порушенням рідинного й електролітного балансу, пацієнтам із хронічними захворюваннями нирок слід дотримуватись раціону харчування відповідно до рекомендацій лікаря.

Режим харчування для хворих із хронічною нирковою недостатністю є надзвичайно важливим і займає друге місце після процедури гемодіалізу. Оскільки нирки працюють постійно, а сеанси гемодіалізу проводяться лише тричі на тиждень по 4 години, необхідно контролювати, щоб організм не отримував надлишку токсичних речовин і рідини між сеансами.

Основні принципи харчування для пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі, включають:

- обмеження споживання рідини;
- обмеження вживання кухонної солі;
- обмеження продуктів, багатих на калій;
- обмеження продуктів, багатих на фосфор;
- достатнє споживання білка;
- забезпечення достатньої кількості енергії.

Недотримання цих принципів може призвести до серйозних ускладнень, таких як набряк легень, набряк мозку, і навіть до летальних наслідків [40, с. 43].

Постійне зростання кількості хворих на захворювання нирок, які потребують замісної ниркової терапії, має серйозні наслідки для фізичного, психологічного та соціального стану. Діаліз, який часто стає постійним, обмежує рухливість, вимагає дотримання строгої дієти, змінює зовнішність і обмежує спілкування. Ці аспекти стають важливими стресогенними факторами, які не лише впливають на якість життя пацієнтів, але й підвищують ризик серцево-судинних захворювань.

Головною причиною смерті у пацієнтів на діалізі є артеріальна гіпертензія, що призводить до розвитку гіпертрофії лівого шлуночка серця та ішемічних захворювань міокарда. Також ускладнюють стан пацієнтів вторинна анемія, гіперпаратиреоїдоз, порушення серцевого ритму та ліпідний обмін. Деякі з цих факторів мають визначену роль у підвищенні ризику серцево-судинних захворювань, у зв'язку з чим, розроблено заходи для їх мінімізації.

Що стосується психосоціальних аспектів у пацієнтів із захворюваннями нирок на програмному та перитонеальному діалізі,

досліджень у цій області значно менше. Однак зменшення впливу соціальних факторів може істотно поліпшити якість життя та його тривалість. Це підкреслює важливість розробки та впровадження українською мовою спеціальних анкет для оцінки якості життя пацієнтів на діалізі, а також потребу у консультаціях з реабілітації та психологічної підтримки цієї категорії пацієнтів не лише від спеціалістів з діалізнаю терапією, а й від лікарів-реабілітологів та психологів із досвідом у психологічній реабілітації.

Проблема якості життя пацієнтів з термінальною нирковою недостатністю стає все більш актуальною протягом останніх десятиліть. Це остання стадія хронічної хвороби нирок, де застосування методів замісної ниркової терапії (ЗНТ) – таких як гемодіаліз (ГД), перитонеальний діаліз (ПД) та трансплантація нирки – стає єдиною можливістю зберегти життя пацієнта. В кінці минулого століття у всьому світі на ЗНТ перебувало близько 1,5 мільйона осіб, і значна більшість з них (69%) отримувала гемодіаліз.

Застосування сучасних методів діалізнаю терапії може збільшити тривалість життя хворих, яких раніше вважали приреченими, в середньому на 10–12 років, навіть без трансплантації нирки. Хронічна хвороба нирок на своєму останньому етапі є типовим хронічним захворюванням, але в той же час унікальним через специфіку лікування. Однак термінальна ниркова недостатність та гемодіаліз призводять до серйозних змін у фізичній, психологічній та соціальній сферах. Тривалий характер лікування, залежність від апарата для "штучної нирки", необхідність проводити багато часу на сеансах гемодіалізу, обмеження свободи руху, строга дієта, обмеження рідини, інвалідизація, обмеження спілкування та зміна зовнішності — все це потужні фактори стресу, які супроводжують процес лікування гемодіалізом.

За даними Європейської асоціації діалізу і трансплантації, смертність від серцево-судинних ускладнень серед хворих з хронічною нирковою недостатністю, які перебувають на програмному гемодіалізі, значно вища, близько в 30 разів, ніж у тих самих вікових групах загальної популяції. Це головним чином пов'язано з широким розповсюдженням та прогресуванням гіпертрофії лівого шлуночка серця, ішемічною хворобою серця, аритміями та хронічною серцевою недостатністю у пацієнтів на діалізі.

Смертність серед хворих з хронічною нирковою недостатністю, які отримують програмний гемодіаліз, має менший вплив від віку та статі порівняно з загальною популяцією, але включає в себе високу частоту раптових смертей. Варто зазначити, що високий ризик розвитку гострого коронарного синдрому в структурі причин смертності є характерним як для хворих з артеріальною гіпертензією, так і для тих, хто має різке зниження артеріального тиску під час гемодіалізу (інтрадіалізна гіпотонія).

Так, психосоціальні фактори мають великий вплив на якість життя та можуть призвести до підвищеного кардіоваскулярного ризику та передчасної смерті у пацієнтів, що отримують діалізну терапію.

Якість життя у пацієнтів, які отримують гемодіаліз, не визначається тільки їхніми супутніми захворюваннями. Це складне явище, де фізичний

стан поєднується і взаємодіє з психосоціальними аспектами. Різноманітні фактори психологічного, соціального і біологічного характеру впливають на якість життя пацієнтів, які знаходяться на гемодіалізі. При цьому, особисті психологічні характеристики можуть мати ключове значення у цьому процесі.

В англomовній медичній літературі використовується термін "health-related quality of life", який перекладається як «якість життя, пов'язана зі здоров'ям». Це суб'єктивна оцінка пацієнтом фізичних, психічних та соціальних аспектів свого життя, на які впливають хвороба та її лікування.

Якість життя осіб, які отримують замісну ниркову терапію, є ключовим аспектом на термінальній стадії хронічної ниркової недостатності. Лікар може провести оцінку якості життя, враховуючи показники фізичної активності, працездатності, клінічні та лабораторні дані. Однак, така оцінка включає й суб'єктивні оцінки самого пацієнта стосовно його стану та адаптації до соціального оточення.

Дослідження, проведене Gabbay E. та іншими дослідниками, показало, що навіть при нормалізації рівня різних біохімічних параметрів та ефективності діалізу, якість життя не покращилася серед пацієнтів, які отримували гемодіаліз. Порівняння якості життя хворих на програмних та перитонеальних діалізах показало, що у першій групі показники нижчі через ряд стресогенних чинників, таких як залежність від процедури гемодіалізу, ризик інфікування вірусами, обмеження фізичної активності, інвалідизація та обмеження у виконанні роботи.

Ці фактори сприяють погіршенню якості життя у пацієнтів, що отримують діалізну терапію, і зачіпають їхню соціальну адаптацію та психологічний стан.

Перитонеальний діаліз є альтернативою для очищення крові, і в застосуванні його в основному віддають перевагу молодим пацієнтам. В середньому люди користуються цією процедурою протягом 5–6 років, перед переходом на гемодіаліз. Також його можна використовувати як підготовчий етап до трансплантації нирки, а при втраті функції трансплантованої нирки за різних причин його можуть відновити. Перевагами перитонеального діалізу є триваліше збереження функції нирок, відсутність проблем із судинним доступом, гнучкий графік процедур, менша ймовірність інфікування вірусними інфекціями та можливість проведення діалізу в домашніх умовах, дозвіл на працевлаштування.

Однак, основним недоліком перитонеального діалізу є часті випадки інфікування, такі як інфекція місця виходу катетера, тунельна інфекція та перитоніт, які можуть призвести до втрати здатності перитонеальної очередини до очищення та переходу на гемодіаліз.

Останнім часом зростає кількість хворих, яким застосовують автоматичний перитонеальний діаліз (АПД) – циклери для перитонеального діалізу (ПД). Якість життя таких пацієнтів вища порівняно з тими, хто отримує звичайний перитонеальний діаліз, і навіть вище, ніж у гемодіалізних пацієнтів. Це пояснюється більшим вільним часом та можливістю постійної

роботи, що сприяє більшій соціальній адаптації й активності, а також меншому відчуттю емоційного та фізичного дискомфорту. У багатоцентровому дослідженні, в якому взяли участь 18 015 пацієнтів, психологічний показник якості життя був вищим у пацієнтів на перитонеальному діалізі, хоча фізична активність була вищою у гемодіалізних пацієнтів.

Пацієнти після успішної трансплантації нирок високо оцінюють якість свого життя порівняно з загальною популяцією. У той же час ті, у кого втрачено функцію трансплантата, відчувають значний спад якості життя порівняно з хворими на підходящій до трансплантації нирковій недостатності V стадії.

Це може бути пов'язано з тим, що люди після успішної трансплантації переоцінюють цінність життя через відчуття визволення від хвороби, а також через можливість повернутися до більш нормального способу життя.

З іншого боку, у хворих з втраченою функцією трансплантата може виникати депресивний стан через втрату сподівань на здорове життя. Цей психологічний аспект може сильно впливати на їхнє сприйняття якості життя, що може бути навіть сильнішим, ніж у тих, хто перебуває на застосуванні методів замісної ниркової терапії.

Хоча сучасне лікування термінальної стадії хронічної ниркової недостатності значно підвищило якість життя та тривалість її, відсоток смертності залишається високим. Це пов'язано з ускладненнями самої хвороби, яка загострюється через погіршення якості життя та постійний стресовий стан, що проявляється тривогою, депресіями та виснаженням [34].

Погіршення якості життя та постійний стрес можуть суттєво погіршити стан пацієнтів з захворюваннями нирок як фізично, так і психологічно.

**Фізичний вплив.** Стрес може призвести до погіршення симптомів захворювання нирок через збільшення рівня гормону кортизолу, що може негативно впливати на функцію нирок та загальний стан здоров'я. Крім того, стрес може призвести до погіршення кровообігу та підвищення артеріального тиску, що також може негативно позначитися на стані нирок.

**Психологічний вплив.** Тривога та депресія можуть поглиблювати стан пацієнтів. Тривога може призводити до підвищення рівня стресу та погіршення сну, що в свою чергу може збільшувати втомленість та загострювати фізичний дискомфорт. Депресія також може призводити до втрати інтересу до лікування та дотримання медичних рекомендацій, що загрожує погіршенням стану нирок та загального здоров'я.

**Вплив на якість життя.** Постійний стрес та погіршення психічного стану можуть значно підірвати якість життя. Вони можуть призводити до відчуття відчуження, соціальної ізоляції, зменшення енергії та втрати інтересу до різних аспектів життя.

Для пацієнтів з захворюваннями нирок важливо отримувати підтримку та психологічну допомогу для управління стресом, тривогою та депресією. Зменшення рівня стресу та поліпшення психічного стану може позитивно позначитися на загальному стані здоров'я та якості життя пацієнтів.

Ефективна психосоціальна підтримка та включення психологічних методів лікування можуть допомогти зменшити вплив стресу на захворювання нирок та покращити самопочуття та здоров'я пацієнтів.

Важливими також є:

- **Підтримка спільноти.** Групи підтримки для людей з захворюваннями нирок можуть стати важливим ресурсом. Вони дозволяють обмінюватися досвідом, надихати одне одного та надавати емоційну підтримку. Взаємодія з тими, хто проходить через подібні труднощі, може підвищити самопочуття та знизити почуття ізоляції.

- **Життєвий стиль та самоменеджмент.** Надання пацієнтам навичок самоменеджменту, таких як контроль харчування, регулярне виконання фізичних вправ та вживання ліків, може покращити їхню самооцінку та допомогти керувати захворюванням.

- **Емоційна регуляція.** Навчання стратегіям емоційної регуляції, таким як медитація, дихальні вправи або майндфулнес, може допомогти знизити рівень стресу та покращити загальний психічний стан.

- **Підтримка родини та близьких.** Особлива увага також повинна бути приділена підтримці родини пацієнта. Вони також переживають стрес і можуть потребувати психологічної підтримки та інформації про те, як допомогти своїм близьким.

- **Узгоджена робота з медичними фахівцями.** Забезпечення взаємодії між психологами, соціальними працівниками та медичними фахівцями може стати основою комплексного підходу до допомоги пацієнтам з захворюваннями нирок.

Загальний підхід, що об'єднує фізичну, психологічну та соціальну підтримку, може значно поліпшити якість життя пацієнтів із захворюваннями нирок, забезпечуючи їм не лише медичну допомогу, але й емоційну та психосоціальну підтримку.

Психологічна стійкість грає важливу роль у якості життя пацієнтів з захворюваннями нирок, так як захворювання нирок можуть викликати стрес, тривогу та депресію у пацієнтів через фізичні обмеження, зміни у способі життя та ризики для здоров'я.

Психосоціальні фактори, такі як підтримка родини, доступ до інформації про захворювання, можливість отримання психологічної допомоги та ефективна комунікація з медичним персоналом, грають важливу роль у покращенні якості життя пацієнтів з захворюваннями нирок.

Створення сприятливого психосоціального середовища може допомогти пацієнтам з захворюваннями нирок краще адаптуватися до нової життєвої ситуації, знизити рівень стресу та покращити їх загальний психологічний стан.

Принципи психологічної підтримки та психосоціальної реабілітації можуть включати психологічну консультацію, групову підтримку, навчання стратегіям копінгу зі стресом, а також інформаційну підтримку для пацієнтів та їх сімей.

Необхідно також враховувати індивідуальні особливості пацієнтів та їх психологічні потреби для створення ефективних психосоціальних програм, спрямованих на покращення якості життя та психологічного благополуччя людей з захворюваннями нирок.

Відсутність розладів у психічному здоров'ї – це лише один з аспектів. Впевненість у своїй здатності впоратися з життєвими труднощами, відкритість до власних емоцій та гнучкість у вирішенні проблем допомагають краще адаптуватися до змін у швидкозмінному світі. Навіть психічно здорові люди можуть відчувати сум, мати проблеми. Але їхня здатність знайти шляхи вирішення та впоратися з цим визначає міцність їхнього психічного здоров'я та їх психологічну стійкість.

**Висновки.** Хронічна хвороба нирок (ХХН) стала серйозною проблемою для суспільства, оскільки 5-10% населення у всьому світі стикаються з цією хворобою. Це питання особливо актуальне через стабільний приріст (до 7% щорічно) кількості людей з термінальною стадією хвороби нирок, які потребують лікування методами ниркової замісної терапії (НЗТ). Темпи зростання цієї групи пацієнтів перевищують темпи приросту населення в цілому у світі майже у п'ять разів. За прогнозами фахівців, кожні 10 років кількість хворих, які будуть потребувати НЗТ, буде подвоюватися.

Більшість хворих з V стадією хронічної ниркової недостатності, які знаходяться на гемодіалізі, отримують лікування в спеціалізованих медичних закладах амбулаторно. Міжнародний досвід, систематизований провідними медичними організаціями (K/DOQI, ERA-EDTA, KDIGO, CARI), підтверджує, що своєчасний початок лікування, призначення відповідної медикаментозної та замісної ниркової терапії, включення пацієнта та його родини у процес лікування сприяють зниженню ризику розвитку ускладнень, покращенню якості життя, соціальній реабілітації, а також збереженню працездатності пацієнтів.

Ефективність лікування кожного окремого пацієнта з ХХН та успіхи в корекції цієї проблеми в цілому для національної популяції значною мірою залежать від співпраці між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарів-нефрологів, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам. Ця співпраця забезпечує єдиний підхід до діагностики та лікування, що сприяє досягненню кращих результатів у лікуванні та профілактиці захворювань нирок. Розвиток теоретичних знань про діаліз, нагромаджений практичний досвід та значні покращення у технічному обладнанні, разом із збільшенням кількості пацієнтів, кардинально змінили уявлення про діалізу терапію. Тепер це не просто засіб для продовження життя, але й можливість забезпечити прийнятну якість життя та максимальну соціальну реабілітацію для пацієнтів.

Гемодіаліз є необхідною процедурою для пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю, яка дозволяє замінити основні функції нирок, очищуючи організм від шлаків, токсичних речовин, а також відновлюючи водний та електролітний баланс. Навіть одноразове або короткочасне застосування гемодіалізу може значно покращити стан пацієнта, знижуючи

ризик ускладнень та покращуючи якість життя. Для багатьох людей з хронічною нирковою недостатністю гемодіаліз дозволяє продовжувати активне життя, залишатися повноцінними членами суспільства і сім'ї, зберігаючи працездатність і соціальну активність.

Гемодіаліз є життєво важливою процедурою для хворих із хронічною нирковою недостатністю, захищаючи від ускладнень та забезпечуючи прийнятну якість життя та соціальну адаптацію і відіграє ключову роль у підтримці їхнього здоров'я та якості життя. Незважаючи на значний прогрес у технології діалізу в останні роки, він все ще потребує подальшого вдосконалення та розробки конкретних програм, спрямованих на підвищення його потенціалу у сфері реабілітації пацієнтів.

Психологічна реабілітація тісно пов'язана із соціальною реабілітацією, яка включає систему заходів, спрямованих на створення та забезпечення умов для повернення людини до активної участі в житті. Вона також сприяє формуванню самоствердження і адекватної самооцінки, відновленню соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і сімейно-побутової діяльності. Це досягається через соціально-середовищну орієнтацію та соціально-побутову адаптацію.

Важливу роль у довготривалій адаптації відіграють стосунки пацієнта з сім'єю, медичним персоналом, соціальною групою та суспільством в цілому.

Якість життя є ваговою складовою концепції адекватності діалізного лікування, яка передбачає оцінку якості життя поряд з оцінкою лабораторних показників (діалізного індексу, рівня анемії, біохімічних показників харчування тощо) та клінічного стану пацієнта (контроль артеріального тиску, ознаки гіпергідратації, діалізні синдроми тощо). Адекватне проведення діалізу сприяє зменшенню частоти госпіталізацій та розвитку коморбідних станів.

Якість життя пацієнта є важливим показником успішності лікувально-реабілітаційних заходів. Це специфічна категорія, що базується на суб'єктивній оцінці пацієнтом свого стану, ефективності лікування та реабілітації, і відповідає сучасним вимогам медицини. Диференційована оцінка якості життя є ключовим критерієм для індивідуалізації лікування та психосоціальної реабілітації. Корекція повинна насамперед проводитися в тих сферах життєдіяльності, які найбільше постраждали.

#### *Література:*

1. Сікарчук І.М., Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. *Журнал «Внутрішня медицина»*. 2007. 3(3).
2. Варій М. Й. Загальна психологія.: підручник для студ. вищ. навч. закл. 3-тє вид. К.: Центр учбової літератури. 2009. 1007 с.
3. Грибан В. Г. Валеологія: підручник. 2-ге вид. перероб. та доп. К.: «Центр учбової літератури». 2012. 342 с.
4. Денова Л.Д., Іванов Д.Д. Якість життя хворих з додіалізною хронічною хворобою нирок, її зв'язок з оксидантним стресом і екскрецією уромодуліну. *«Нирки» / «Kidneys»*. 2023. 12(1).С. 6-14. doi: 10.22141/2307-1257.12.1.2023.389.
5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах: Надання медичної

допомоги хворим із хронічною хворобою нирок V стадії, які лікуються гемодіалізом. 2015. 136 с.

6. Дудар О.І., Сторожук Л.О., Довгалюк Т.В., Селезньова І.Б., Пивоварова Н.П. Сучасна класифікація, клініка, діагностика та основи медико-соціальної експертизи при хронічних хворобах нирок: методичні рекомендації. Вінниця. 2009. 30 с.

7. Жебель В.М., Куриленко І.В., Шевчук С.В. Комплексна реабілітація інвалідів з артеріальною гіпертензією: методичні рекомендації. Вінниця. 2004. 35 с.

8. Серкова В. К., Нечипорук О. В., Москалюк М. Т., Пивоварова Н. П., Довгалюк Т. В. Проблеми реабілітації хворих із хронічною нирковою недостатністю: методичні рекомендації. Вінниця. 2003. 29 с.

9. Еколого-психологічні чинники якості життя в умовах розвитку сучасного суспільства: Колективна монографія / за наук. ред. Ю. М. Швалба. – Кіровоград: «Імекс-ЛТД». 2013. 208 с.

10. Ждан В.М., Зазикіна Д.С., Ткаченко М.В., Капустянська А.А. Хвороби сечостатевої системи у практиці сімейного лікаря. Методичні рекомендації. 2008. 117 с.

11. Іванов Д. Д., Санджай Пандя Посібник для пацієнтів із хворобами нирок: Бережіть свої нирки. Samarpan Kidney Foundation, Samarpan Hospital, Bhutkhana Chowk, Rajkot 360002 (Gujarat, India). 236 с.

12. Катеренчук І. П., Рустамян С. Т. Вторинний гіперпаратиреоз: особливості перебігу, вплив на ступінь кардіоваскулярного ризику та на якість життя у хворих з хронічною хворобою нирок v стадії. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 3 (152).

13. Катеренчук І.П., Лукашевич О.В. Нирки: здорові, хворі, штучні, трансплантовані. Київ. 2010. 57 с.

14. Кривенко В.І., Качан І.С., Пахомова С.П., Федорова О.П., Колесник М.Ю., Непрядкіна І.В., Грінченко Т.Ю. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб: навчальний посібник. Запоріжжя, 2015. 80 с.

15. Кравченко В.В., Шевчук В.І., Сторожук Л.О., Дудар І.Л., Селезньова І.Б., Довгалюк Т.В. Психологічна реабілітація інвалідів з хронічною хворобою нирок: методичні рекомендації. Вінниця. 2016. 33 с.

16. Сторожук Л. О., Шевчук С. В., Сторожук Б. Г., Заїчко Н. В., Луговської Е. В., Платонова Т. М., Колеснікова І. М., Селезньова І. Б., Сторожук О. Б., Сторожук Н. В. Клініко-лабораторна діагностика тромбофілій у хворих ХХН V Д стадії, що перебувають на програмному гемодіалізі: методичні рекомендації. Вінниця. 2017. 29 с.

17. Кришталь М. В., Гоженко А. І., Сірман В. М. П20 Патофізіологія нирок: навч. посіб. Одеса: Фенікс. 2020. 144 с.

18. Кузів О.Є. Психофізіологія: курс лекцій. Тернопіль: вид-во ТНТУ ім. І. Пулюя. 2017. 194 с.

19. Лісовий В.М., Андон'єва Н.М. Актуальні питання трансплантації нирки: навч. посібник для лікарів-інтернів. Харків: ХНМУ. 2013. 184 с.

20. Мала С. М., Полетай В. М. Медико-соціальні проблеми розвитку декомпенсованої ниркової недостатності та оптимізація способу життя пацієнтів на гемодіалізі. *Крок у науку: дослідження у галузі природничо-математичних дисциплін та методик їх навчання: Збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю студентів, аспірантів і молодих учених (7 грудня 2023 р., м. Чернігів)*. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка. 2023. 150 с.

21. Дячук М.Д. поширеність урологічної патології та проблеми організації надання урологічної допомоги населенню (огляд наукової літератури). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 3 (77).

22. Медична психологія: підручник/ за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА. 2022. 300 с.

23. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних



захворюваннях сечовидільної системи: навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». Запоріжжя: ЗДМУ. 2018. 148 с.

24. Психологічна реабілітація інвалідів з хронічною хворобою нирок: методичні рекомендації. Вінниця. 2016. 33 с.

25. Андон'єва Н.М., Гуц О.А., Дубовик М.Я., Лісова Г.В., Волконська Т.Л. Якість життя пацієнтів із хронічною хворобою нирок залежно від кардіальної патології на перитонеальному діалізі. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020. № 2 (87).

26. Нефрологія: Національний підручник / Л.А. Пиріг, Д.Д. Іванов, О.І. Таран (та ін.); за ред. Пирога Л.А., Іванова Д.Д. Донецьк: Видавець Заславський О.Ю. 2014. 292 с.

27. Віговська О. Якість життя особистості: теоретико-емпіричні доробки сучасної психології. *Український науковий журнал "ОСВІТА РЕГІОНУ"*. №2. 2013. С.161.

28. Статінова О.А. ураження нервової системи при хворобах нирок. *Газета "Новини медицини та фармації". Неврологія*. №299. 2009.

29. Основи загальної і медичної психології / За ред.І. С. Вітенка і О. С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига. 2003. 344 с.

30. Основи медичної психології: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / ред. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ». 2014. 255 с.

31. Палій А.А. Диференціальна психологія: Курс лекцій. Київ. 2010. 954 с.

32. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2019. 312 с.

33. Рішко О.А., Внутрішня медицина. Розділ 4 – нефрологія. Навчальні матеріали для самостійної підготовки до практичних занять з нефрології для студентів VI курсу медичного факультету Ужгородського національного університету. 2020. 64 с.

34. Рустамян С. Т., Катеренчук І. П., Свінцицький А. С. Особливості впливу психосоціальних факторів на якість життя та ступінь кардіоваскулярного ризику в пацієнтів, які перебувають на програмному або перитонеальному діалізі. 11 с.

35. Рустамян С. Т., Катеренчук І. П. Порівняльна характеристика якості життя хворих, що перебувають на програмному та перитонеальному діалізі з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2022. Вип. 1 (163).

36. Рустамян С. Т., Катеренчук І. П. Якість життя хворих, які отримують нирковозамісну терапію з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2021. № 4. С. 156-160 с.

37. Талаш В. В., Ткаченко Л. А., Ярмола Т. І., Пустовойт Г. Л., Кострікова Ю. А. Особливості діагностики уражень нервової системи у хворих на хронічну хворобу нирок, що знаходяться на програмному гемодіалізі у центрі нефрології та діалізу. *Клінічна та експериментальна медицина. Вісник проблем біології і медицини*. 2019 Вип. 2. том 2 (151).

38. Урологія / укл. С.О. Возіанов, М.Р. Гжегоцький, О.В. Шуляк, Ю.С. Петришин, О.Г. Мисаковець, О.О. Строй. Львів: Світ. 2003. 304 с.

39. Фатула М.І., Рішко О.А. Внутрішня медицина. Навчальний посібник. Розділ IV – нефрологія. Ужгород. 2017. 60с.

40. Крамаренко Х. О., Складарова О. О. Основні принципи лікування хворих, які перебувають на гемодіалізі. *Медсестринство*. 2022. № 4. С. 43-45.

41. Посібник з проведення оцінювання: Швейцарська конфедерація, Організація «Health Assessment Europe», проєкт МН4U. С. 39.

42. XXV Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених. Тернопіль: Укрмедкнига. 2021. 42 с.

43. Хронічна хвороба нирок, навчальний посібник для пацієнтів та членів їх сімей. National Kidney Foundation. 28 с.

## Annotation

### **Part 1. Psychological determinants of mental health recovery and the activation of resilience in conditions of challenges and change**

**1.1. Lidia Butska. Scientific and theoretical aspects of codependent behavior in interpersonal relationships as one of the consequences of PTSD in persons living in a traumatic situation or war.** The study of the dynamics of the development of codependency remains the fundamental tasks of psychological science. Their solution opens up new opportunities for improving social-psychological modeling and substantiating effective psychological work. The essence of the problem lies precisely in the fact that understanding the fundamental principles of the formation of the phenomenon of codependency, as well as identifying the causes, nature and consequences of structural changes in the personality contributes to strengthening the adaptability of the individual, his personal boundaries, autonomy and individuality. Today, in works on the study of codependency, you can find different interpretations of it, mainly reflecting the addictive aspect, in particular, in the works of Ukrainian scientists – M.E. Zhidko, V.O. Kramchenkova, O.M. Savchuk. Therefore, the analysis of the above-mentioned psychological studies makes it relevant to further consider the problem of codependency in order to determine its main characteristics and ways to overcome it.

**1.2. Roman Popeliushko. Features of psychological rehabilitation of internally displaced persons.** The article is devoted to the study of psychological characteristics and rehabilitation of internally displaced persons. It reveals the complexity and multifacetedness of the problem associated with forced displacement and emphasizes the importance of providing timely and effective psychological assistance to this vulnerable population. The work presents a detailed analysis of the psychological consequences of forced migration, such as PTSD, depression, anxiety disorders, problems with sleep and social adaptation. Special attention is paid to the impact of traumatic experience on the emotional sphere, self-esteem and interpersonal relationships of IDPs. Various approaches and models of psychological rehabilitation of IDPs are also considered, including cognitive-behavioral therapy, existential therapy, trauma-focused therapy, group therapy, family therapy, art therapy, body-oriented therapy, psychoeducation, social-psychological support, and psychopharmacological support. The importance of a comprehensive approach that takes into account the individual needs and cultural characteristics of each person is emphasized. The article is an important contribution to understanding the psychological characteristics and needs of IDPs, as well as to the development of effective strategies for their psychological rehabilitation and social adaptation.

**1.3. Natalia Afanasieva. Relationship between adaptative skills and self-destructive behavior in migrants.** Currently, the migration of Ukrainians is mostly forced due to the Russian-Ukrainian war. Adaptation to new living conditions is a traumatic and stressful factor for forced migrants. The purpose of the work is to study the specifics of the relationship between adaptive abilities and the risk of self-destructive behavior in Ukrainian migrants. It was found that migrants who have not left Ukraine have a markedly reduced adaptation potential, which is manifested in various behavioral disorders, emotional instability, and tense interaction with colleagues and others. Their general perception of their own personality, the world, society, professional activity and communication in general is more negative, pessimistic, inadequate than that of those who moved to another country. As maladjustment symptoms increase, the risk of self-destructive behavior increases.

**1.4. Olha Kovalova. The relationship between mental health and the subjective assessment of the quality of life of an individual: psychological aspects and influencing factors.** The article determines that mental health is a complex, interdisciplinary category, the adequate content of which cannot be limited to the biological and psychophysiological levels of mental functioning; mental health depends on many factors, including sociocultural factors. As part of the empirical study, it was found that the perceptions of collective subjects about the real and desired quality of life are determined by the age period and the stage of professional socialization. The internalized passive-adaptive model of behavior in the context of new trends in the development of society is an ineffective adaptive strategy that provokes the creation of conditions for the existence of "prolonged infantilism" among youth. Formed socio-psychological conditions (war trauma) prevent the formation of pro-social values and legal behavior of the individual. The level of mental health of an individual is interconnected with the subjective assessment of the quality of life.

**1.5. Tetiana Mostova. Resilience as a factor in the development of constructive coping strategies for internally displaced persons in war conditions.** The article examines the role of resilience in the development of coping strategies among IDPs in war, which helps them maintain psychological health and adapt to new realities. It is analyzed that resilience is a key factor in the formation and development of constructive coping strategies among internally displaced persons in war. It is emphasized that military conflicts that cause mass migration flows create complex social and psychological challenges for people who are forced to leave their homes and adapt to new living conditions. It is determined that in such a situation, resilience, which is defined as the ability of an individual to adapt to difficulties and stressful events, becomes a decisive factor influencing the choice and effectiveness of coping strategies. The article also examines the impact of resilience on

overcoming situations of uncertainty. It is determined that resilience is complex and covers a wide range of psychological, social and behavioral aspects. The article explores the main theoretical approaches to the definition of resilience, its key components and factors that influence its development in the context of forced migration. Particular attention is paid to the analysis of the mechanisms through which resilience affects the ability of individuals to adapt to new conditions, maintain mental health and find effective ways to overcome stress. It is determined that resilience is complex and covers a wide range of psychological, social and behavioral aspects. The article discusses the types of coping strategies that can be used in difficult conditions of war and resettlement, as well as their relationship with the level of resilience.

**1.6. Tetiana Pavlenko. Model of personality behavior with preverbal injuries in the method of psychotherapy I-reconstruction.** The article analyzes theoretical approaches to understanding the concept of trauma, in particular, the concepts of "early trauma" and "preverbal trauma" are singled out as a separate category of personal experience that affects personality development. In particular, the author's classification of the preverbal period was formed according to the psychotherapeutic method of I -reconstruction, and we will develop a model of the behavior of an individual with preverbal injuries from the point of view of this modality.

**1.7. Olena Bohach. Development of students of institution of higher education of moral qualities.** The author's program for the development of moral qualities of a business person among students of higher education institutions is proposed for consideration. The purpose of the program is to increase the volume of ethical knowledge, understanding and assimilation by students of concepts important for moral activity, development of value and meaningful aspects of the moral consciousness of an individual, which is based on a stable system of value orientations. Special attention is paid to the development of reflection and self-reflection, such moral qualities of the individual as responsibility, tolerance, benevolence, self-criticism, altruism, etc. Peculiarities of the semantic and procedural aspects of decision-making in situations of moral choice are elaborated. Various forms of work were used: conversations, debates, round tables, presentations, excursions, business games, essays, training on the development of students' personal readiness to make moral choices.

**1.8. Hanna Varina. Integration of mindfulness approaches in the process of developing students' psychological well-being in the face of challenges and changes.** The article examines the main approaches to defining the concepts of "Psychological well-being" and "subjective well-being", modern basic models and criteria for defining the subjective are analyzed well-being. As part of the theoretical analysis, it was determined that psychological well-being is an integral indicator of the degree of a person's orientation towards

the implementation of the main components of positive functioning, as well as the degree of realization of this orientation, which is subjectively expressed in the feeling of satisfaction with one's life, inclusion in life, including the degree dissatisfaction, which is expressed in disappointment in life, life passivity and excessive depression with worries about the future. The article also describes a confirmatory study aimed at determining the characteristics of the manifestation of psychological well-being among students who study in a distance format and are under the influence of stressogenic factors as a result of military operations. Based on the results of the research, the possibilities of implementing a program for the development of the psychological well-being of young people who find themselves in difficult life circumstances based on practice-oriented approaches of mindfulness in the process of implementing an educational course – Mindfulness-Based Art Therapy with trauma MA within the project Erasmus+ KA2 «Boosting University Psychological Resilience and Wellbeing in (Post -) War Ukrainian Nation» (BURN).

## **Part 2. Clinical and psychological features of preventing destructive influences on mental health and personal resilience**

**2.1. Iryna Astremska. Psychological determinants of overcoming emotional burnout syndrome of systems specialists special education and social work.** The article is devoted to the problem of the syndrome of emotional burnout of specialists in the systems of special education and social work. A theoretical generalization of the scientific literature on the problem of studying the emotional burnout syndrome allows us to classify it as a problem that requires medical intervention and is defined by us as a persistent, progressive, negative psychological phenomenon that negatively affects the effectiveness of the work performed and, in general, the quality of life, caused by professional stress and constant work situations, which are accompanied by high emotional costs and long-term emotional burdens. The conditions and factors of emotional burnout are identified and described, the relationship between factors and symptoms is clarified. Peculiarities of emotional burnout of special education specialists, social workers and their referents were studied; the specificity of the connection of factors (referents) with the phases of emotional burnout is determined.

**2.2. Iryna Ostopolets. Psychocorrection of teacher's frustration using the means of deep psychological cognition of the psyche.** The article presents the author's program for overcoming teacher frustration and the results of its testing. It is established that the frustration that arises in the professional activity of a teacher, caused by both external and internal factors, is largely determined by various forms of social influences that do not find

their full satisfaction and are manifested in the futility of the teacher's hopes for better results of professional activity. The composition of internal factors that contribute to the emergence of a state of frustration is determined not only by a set of individual qualities that determine resistance to difficult life situations, external circumstances, but also by the presence of certain deep complexes that have developed under the influence of previous life experience. The results of testing the author's program, which included various means of psychocorrection, including active social and psychological training and cognition of deep inner personal contradictions, showed its effectiveness in working with teachers in the system of in-service training.

**2.3. *Svitlana Titarenko. Development of resilience of a preschool teacher in difficult life conditions.*** The relevance of the study is determined by the need to develop resilience in preschool educators under challenging living conditions. The essence of the «resilience» phenomenon is revealed as a complex, multidimensional, and dynamic set of personal characteristics; it is the individual's ability to withstand and adapt to adverse and traumatic events. Resilience is highlighted as the capacity to resist damage, recover quickly, and successfully adapt following unfavorable circumstances. Resilience is examined from two main perspectives: as an individual characteristic (ego-resiliency) and as a dynamic process (resilience). The components of personal resilience (hope, optimism, adaptability, persistence, etc.) are substantiated. The psychological factors and features of personal resilience development (purposefulness, life orientation towards a specific goal, the ability to plan activities, motivation for success, a sense of coherence between life and professional activities, the predominance of positive emotions, life endurance, optimism, high spirituality, etc.) are characterized. Methods and practical recommendations for developing resilience in preschool educators are substantiated.

**2.4. *Tetiana Horobets. Socio-perceptive distortions are the epiphenomenon of psychological defence.*** The article is devoted to researching the phenomenon of socio-perceptive distortions as the epiphenomenon of psychological defence. This article the theoretical approaches to the problem of distortion of perception process, reveals the dependence of this phenomenon from the actions of psychological defence system in the context of psychodynamic theory. Within the framework of the paper the psychological substance of the process of socio-perceptive distortions and their deep psychological essence were revealed. The phenomenon mentioned above is determined by both external (social) factors and deep mechanisms of the psyche. The article the presuppositions for appearance of socio-perceptive distortions, proves their connection with the psychological defence system, object relations, conditional and infantile values of the subject. The research has proved the necessity of deep psychological correction of socio-perceptive distortions, successful results of ASPC method for future psychologists.

**2.5. Alla Dushka. Emotional factors of somatic disorders in a neurotic state.**

The article analyzes the problem of modern concepts of neurotic, stress-related and somatoform disorders that are widespread among the population. The role of psychotraumatic situations and their perception as significant stress-inducing experiences in the formation of triggering maladaptive mechanisms that disrupt the normal functioning of the body is presented. Etiological and pathogenetic factors, clinical and psychopathological aspects, psychological foundations and problems of formulating diagnoses of neurotic, stress-related and somatoform disorders are considered in detail.

**2.6. Khrystyna Tsomyk. Emotional significance of relationships as a determinant of mental health of marital partners.**

According to the in-depth theoretical analysis, we have investigated such a property of marital relations, the presence of which can form those conditions in the family that will contribute to the harmonisation of partners and their psychological health in general. This property is the emotional significance of marital relations, which we consider to be the provision of these relations with a specific combination of experiences that determines their value and meaning and promotes marital intimacy, care and unity. Therefore, it can be stated that the presence of an emotionally meaningful relationship, a "significant other", where a person receives support, care, a sense of value and security, can maintain their own mental health in these difficult living conditions, filling themselves and their partner with psychological resources, resilience, providing basic needs of the individual and thus maintaining mental health.

**2.7. Nelia Bihun, Valentyna Voloshyna. Psychological prevention of suicidal risks in adolescents with depressed states.**

The article is devoted to the problem of prevention of depressive states and suicidal risks among teenagers. The publication substantiates the need to implement the tasks of emergency psychological assistance in working with depressed adolescents and to present the psycho-prevention program of adolescent suicides, developed on the basis of the results of a dissertation study of the problem of pubertal depression. Depressive disorders increase the risk of suicide attempts. Therefore, urgent psychological help is a necessary element of correctional and therapeutic work with depressed teenagers. The main tasks of urgent psychological help include: removing the risk of suicide attempts among teenagers, eliminating suicidal tendencies by correcting aggressiveness and self-destructive behavior, increasing self-esteem, forming a positive self-attitude, overcoming the "existential vacuum", developing a specific program of life goals and forming a positive life concept. At this stage of psychological work with depressed adolescents, it is advisable to use therapeutic methods aimed at reducing neuropsychological stress, regulating the emotional state, creating a positive atmosphere in the group, and forming the psychological readiness of adolescents for further active work.

**2.8. Natalia Kvasha. Development of communication skills in children with disabilities in the process of integration into society.** Taking into account foreign trends in the socialization of children with mental disorders, with the aim of ensuring their constitutional rights and state guarantees for receiving complex rehabilitation services, a modern European model of developing communication skills in children with mental disorders is being implemented in Ukraine today, which is one of the conditions for their effective social adaptation and integration into society. The article is devoted to the analysis of practically oriented approaches to the formation of communication skills in children with disabilities for the purpose of socialization and integration into society. The article analyzes the peculiarities of the use of modern methods (elements), the purpose of which is the formation of communication skills in children with mental disabilities. In the article, the author revealed the content, tasks, principles of work on creating prerequisites for the integration of children with disabilities into society.

**2.9. Iryna Matviienko. Stress-related maladaptation in children of the first year of education.** The article is devoted to the analysis of the features of diagnosis, prevention and complex correction of manifestations of school maladjustment as a stress-related disorder in children of primary school age 6-8 years of life (students of 1-2 grades) at the beginning and throughout the period of systematic education against the background of a deficiency of essential nutrients. It was found that a significant part of children of the first and second year of education have various manifestations of health disorders, which determine school maladjustment and characterize the reduced stress resistance of the body. The course of school maladjustment in children of the first year of education has various symptoms, it is more often observed in children with a delay in biological age (42.6%) and can be manifested by prolonged inappropriate behavior with low motivation to study (28%); frequent respiratory diseases (52%); somatovegetative clinic (74%). It was established that the process of maladaptation in first-graders can manifest itself in two forms. The first form of maladjustment is expressed in the long-term inappropriate behavior of a child on the verge of a pre-vomiting state, while he quickly loses motivation to learn and any interest in school life (28% of children). The second form of maladaptation is manifested in repeated diseases, more often these are respiratory diseases, in which sleep is disturbed, stable weight gain, appetite decreases, heart rate increases and a number of other somatic-vegetative manifestations (62% of children), which may also be related to critical periods of maturation of the central and autonomic nervous systems. Proven effectiveness of the developed complex of diagnostics and correction of manifestations of school maladjustment in children of primary school age.



**2.10. Mariana Tymko. Psychological determinants of the impact of kidney diseases on patients' quality of life.** The article examines the impact of kidney diseases on the physical and mental health of patients. It details the psychological and physiological aspects of the quality of life in patients with kidney diseases. The analysis includes aspects of psychological resilience and the specific influence of psychosocial factors on the quality of life of patients with kidney diseases. The article focuses on the fact that the patient's quality of life is an important indicator of the success of treatment and rehabilitation measures. This is a specific category based on the patient's subjective assessment of his condition, the effectiveness of treatment and rehabilitation, and meets the modern requirements of medicine. A differentiated assessment of the quality of life is a key criterion for the individualization of treatment and psychosocial rehabilitation. Correction should first of all be carried out in those areas of life that are most affected.

## About the authors

### **Part 1. Psychological determinants of mental health recovery and the activation of resilience in conditions of challenges and change**

- 1.1. *Lidia Butska* – Doctor of Medical Sciences, Professor, Associate Professor  
Department of Internal Medicine Educational and scientific center “Institute of Biology and Medicine” of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine
- 1.2. *Roman Popeliushko* – Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor  
Dragomanov Ukrainian State University, Kyiv, Ukraine
- 1.3. *Natalia Afanasieva* – Doctor of Psychological Sciences, Professor  
Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics, Kharkiv, Ukraine
- 1.4. *Olha Kovalova* – Doctor of Psychology, Professor  
Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine
- 1.5. *Tetiana Mostova* – Master of Psychology, Senior Lecturer  
Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine
- 1.6. *Tetiana Pavlenko* – PhD in Psychology, psychotherapist, author and copyright holder of the method of psychotherapy "I-reconstruction". Author of more than 15 books on sexology and psychosomatics. Founder and head of the NGO "International Association of Psychosomatics and Physical Therapy", Kyiv, Ukraine
- 1.7. *Olena Bohach* – PhD in Psychology, Associate Professor  
Luhansk Taras Shevchenko National University, Poltava, Ukraine
- 1.8. *Hanna Varina* – Master of Psychology, Senior Lecturer  
Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine

### **Part 2. Clinical and psychological features of preventing destructive influences on mental health and personal resilience**

- 2.1. *Iryna Astremska* – Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Psychology, Educational and Research Medical Institute of Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, Ukraine
- 2.2. *Iryna Ostopolets* – PhD in Psychology, Associated Professor  
Bohdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine.
- 2.3. *Svitlana Titarenko* – PhD of Pedagogical Sciences, Associated Professor  
Oleksandr Dovzhenko Hlukhiv National Pedagogical University, Hlukhiv, Ukraine

- 2.4.** *Tetiana Horobets* – Doctor of Philosophy, Docent  
Bohdan Khmelnytsky National University of Cherkasy, Cherkasy, Ukraine
- 2.5.** *Alla Dushka* – Doctor of Psychological Sciences, Professor  
Bohdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine
- 2.6.** *Khrystyna Tsomyk* – Doctor of Philosophy in Psychology, Lecturer  
Dragomanov Ukrainian State University, Kyiv, Ukraine
- 2.7.** *Nelia Bihun* – PhD in Psychology, Associated Professor  
Dragomanov Ukrainian State University, Kyiv, Ukraine
- Valentyna Voloshyna* – Doctor of Psychological Sciences, Professor  
Dragomanov Ukrainian State University, Kyiv, Ukraine
- 2.8.** *Natalia Kvasha* – Methodist of the Zaporizhzhia City Territorial Center of Social Services (provision of social services), Teacher of the Department of Social Pedagogy and Special Education of the Zaporizhzhia National University, Zaporizhzhia, Ukraine
- 2.9.** *Iryna Matviienko* – Master's degree in specialty 053 Psychology  
Bohdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine
- 2.10** *Mariana Tymko* – Master's degree in specialty 053 Psychology  
Bohdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University, Zaporizhzhia, Ukraine



978-83-66567-55-9